



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2015

Thèse N° 138/15

COMPORTEMENTS, CONNAISSANCES ET ATTITUDES DU PERSONNEL HOSPITALIER DE L'HOPITAL MOHAMED V DE MEKNES VIS-A-VIS DU TABAGISME

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06/07/2015

PAR

Mr. BOUZID ALAE

Né le 02 Septembre 1988 à Rabat

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Comportements - Connaissances - Attitudes - Personnel hospitalier - Tabagisme
Hôpital Mohamed V Meknès

JURY

M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB..... PRESIDENT

Professeur de Pneumo-phtisiologie

M. EL BIAZE MOHAMMED..... RAPPORTEUR

Professeur de Pneumo-phtisiologie

Mme. AMARA BOUCHRA.....

Professeur de Pneumo-phtisiologie

M. RAMMOUZ ISMAIL.....

Professeur agrégé de Psychiatrie

} JUGES

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
GENERALITES :	10
I. Historique	11
II. Epidémiologie.....	11
III. Différents modes de consommation du tabac.....	12
IV. Différents constituants de la fumée du tabac.....	17
V. Conséquences du tabagisme sur l'organisme.....	23
VI. Le tabagisme passif.....	30
VII. Le sevrage tabagique.....	32
VIII. La lutte antitabac.....	38
CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE :	40
I. Enoncé du problème	41
II. Objectif principal	41
III. Objectifs spécifiques.....	41
MATERIELS ET METHODES :	43
I. La population.....	44
II. La durée de l'enquête	44
III. Aspect éthique de l'enquête	44
IV. Critères d'inclusion.....	44
V. Recueil des données	45
VI. Analyse des données.....	46
RESULTATS	48
I. Taux de participation à l'enquête	49
II. Description de la population étudiée.....	49
1. Sexe.....	49
2. Age	50

3. Caractéristiques staturo-pondérales	50
4. Statut matrimonial.....	51
5. Profession	51
III. Prévalence globale du tabagisme.....	52
IV. Etude de la prévalence du tabagisme.....	53
1. Prévalence selon le sexe	53
2. Prévalence selon l'âge.....	54
3. Prévalence selon la profession	54
4. Prévalence selon la situation familiale	55
5. Prévalence selon le nombre d'enfant.....	55
6. Indice de masse corporelle et statut tabagique.....	55
V. Etude des fumeurs	56
1. Age de début du tabagisme	56
2. Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour	57
3. Répartition selon la durée du tabagisme	58
4. Répartition des fumeurs selon la marque de cigarettes.....	59
5. Prévalence de la consommation des autres produits du tabac	59
6. Motivation du début du tabagisme.....	61
7. Coût journalier des cigarettes	61
8. Evaluation de la dépendance à la nicotine	63
9. Les symptômes ressentis par les fumeurs	70
10. Tabagisme sur les lieux du travail.....	70
11. Tabagisme dans les zones non-fumeurs.....	71
12. Personnes qui fument sous le même toit.....	72
13. Tentatives de sevrage tabagique	72
14. Motivation d'un éventuel arrêt du tabagisme.....	75

15. Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac (score Q-mat).....	76
VI. Etude des ex-fumeurs.....	81
1. Répartition des ex-fumeurs selon l'ancienneté de l'arrêt du tabagisme .	81
2. Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début du tabagisme	81
3. Répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique	82
4. Répartition des ex-fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour	83
5. Les motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme	84
6. Nombre de tentative d'arrêt avant le sevrage définitif	85
7. Usage d'artifices pour le sevrage	85
8. Etat de santé après sevrage	85
9. Participation à une activité anti-tabac	85
VII. Les attitudes et les connaissances du personnel hospitalier	86
1. Implication du tabac dans certaines maladies	86
2. Mise en garde des malades vis-à-vis du tabac :.....	87
3. Interdiction de fumer :.....	89
4. Avis du personnel sur des affirmations concernant les professionnels de santé	89
5. Attitudes du personnel vis-à-vis certaines affirmations concernant la lutte anti-tabac	92
6. Connaissance de l'existence de la loi anti-tabac :	94
7. Les formations reçues sur l'aide à l'arrêt du tabagisme :.....	96
8. Les besoins du personnel concernant la pratique d'aide à l'arrêt du tabagisme :	98
9. Les obstacles rencontrés dans l'aide à l'arrêt du tabagisme	100
VIII. Les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population ...	102
DISCUSSION	105

RECOMMANDATIONS 139

CONCLUSION..... 141

RESUME..... 143

BIBLIOGRAPHIE 150

LISTE DES GRAPHIQUES, TABLEAUX ET PHOTOS..... 165

ANNEXE 172

LISTE DES ABBREVIATIONS

- C.O : monoxyde de carbone
- HbCO : carboxyhémoglobine
- CBPC : cancer broncho-pulmonaire à petites cellules
- CBNPC : cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules
- VADS : voies aérodigestives supérieures
- VEMS : volume expiratoire maximum seconde
- BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive
- GEU : grossesse extra-utérine
- RCIU : retard de croissance intra-utérin
- MFIU : mort fœtale in utéro
- HAS : haute autorité de santé
- TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

INTRODUCTION

Le tabac est la deuxième cause de mortalité dans le monde : il provoque environ 6 millions de décès chaque année, dont plus de 600 000 sont des non-fumeurs exposés involontairement à la fumée. On considère que près de 100 millions de personnes sont décédées en raison de leur consommation de tabac sur l'ensemble du XXème siècle. [1] et on en prévoit 450 millions de décès dans les 50 prochaines années [2]

La morbi-mortalité due à cette toxicomanie est due principalement à l'une des 23 maladies chroniques et dispendieuses qu'induisent 20 à 40 ans de tabagisme ; sans oublier les preuves très concluantes d'une relation entre le tabagisme passif et la survenue de cancers, maladies respiratoires, d'asthme chez les enfants exposés à des fumées de tabac. [4]

Le tabagisme est donc un problème majeur de santé publique. Tous les professionnels de santé sont concernés, ils se doivent de mettre en garde leurs patients sur les nombreux risques qu'ils encourent à fumer. Ils doivent s'investir au maximum dans l'aide au sevrage tabagique. Ils doivent être les premiers à donner le bon exemple, de ne pas fumer et de participer activement à la lutte anti-tabac, 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. [3]

Pourtant, la prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé reste élevée. L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les professionnels de santé « GTHPS » (Global Tobacco Health Professionals survey) révèle, dans sept des dix pays étudiés, une prévalence supérieure à 20%. Egalement les résultats des études réalisées par le CHU Hassan 2 de Fès concernant le personnel hospitalier du CHU Hassan 2 et de l'hôpital Al Ghassani de Fès, et les étudiants de la faculté de médecine de Fès révèlent des prévalences respectives de 13,7%, 18,9% et 19,9%.

Notre étude, menée auprès du personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed V de Meknès, a pour objectif de déterminer la prévalence du tabagisme chez cette catégorie professionnelle, évaluer leurs comportements et attitudes vis à vis du tabac, ainsi que la perception de leur rôle dans la lutte anti-tabac. Elle offre également l'occasion de les sensibiliser contre ce fléau.

GENERALITES

I. Historique :

Le tabac est une plante originaire d'Amérique utilisée par les autochtones. Des pipes datant de 1.000 ans avant notre ère ont été retrouvées en Amérique du sud.

C'est en 1492 que Christophe Colomb, par la découverte de l'Amérique, ouvre la porte de l'Europe à un nombre de plantes et de comportements qui y étaient inconnus dont le tabac et le tabagisme. Au cours du XVIème siècle, la culture du tabac se répand partout en Europe, principalement dans les zones portuaires. Le tabac pénètre l'Afrique, par le Maroc en 1593 et progresse rapidement vers le reste du continent. Ensuite, la conquête coloniale l'y implante rapidement et définitivement. Louis Nicolas Vauquelin, Professeur de chimie à l'école de Médecine de Paris isola en 1809 un principe actif azoté des feuilles de tabac, la nicotine. La première cigarette a été inventée et fabriquée vers 1843, avec le début de l'industrialisation. Cette nouvelle forme de tabagisme filtré, inventée en 1930 était réellement commercialisée en 1950, après l'apparition d'études prouvant indiscutablement la toxicité du tabac [5,6].

II. Epidémiologie :

Selon l'enquête épidémiologique « MARTA » réalisée en 2006, par l'équipe du Professeur Nejari du CHU Hassan 2 de Fès, sur un échantillon de 9197 personnes âgées entre 15 et 75 ans, la prévalence globale du tabac au Maroc était de 18% dont 11,4% sont des ex-fumeurs. L'étude rapporte également que le tabagisme des hommes était largement supérieur à celui des femmes avec des pourcentages respectifs 31,5% et 3,3%. L'âge moyen des fumeurs est de 17.6 ans et que plus de 60 % des fumeurs appartiennent à la tranche d'âge 20-39ans [7]. Concernant le niveau socio-économique des fumeurs, 62,8 % vivent en milieu urbain et 27,8 % sont de faible niveau socio-économique chiffré à moins de 2000 DH par mois.[3']

Le royaume est le 5ème marché africain pour la cigarette avec une consommation de 14 milliards d'unités en 2007. Les ventes nettes d'Altadis Maroc (Impérial Tobacco) ont augmenté de plus de 300 millions d'euros en 2007, soit une progression de deux chiffres par rapport à une année auparavant. Le tabac narguilé a connu lui aussi une importante hausse de 84.2 % en 2008 [8].

III. Différents modes de consommation du tabac :

L'usage du tabac est dominé par l'utilisation de la cigarette industrielle. La consommation de cigarette est estimée à 1.600 cigarettes par adulte et par an [9].

1. Tabac à fumer :

C'est la forme la plus répandue de nos jours. Il en existe quatre principaux : les cigarettes, le cigare, la pipe, et le tabac à narguilé.

a- Les cigarettes :

- **Les cigarettes industrielles :**

Elles ont conquis le monde. Elles sont constituées d'un cylindre de tabac séché finement coupé, enveloppé dans un papier de cellulose appelé vélin ou d'un matériel similaire, munie d'un bout-filtre qui permet de retenir certaines composants du tabac et contribue à sa dilution.



Photo 1 : une cigarette industrielle

- **Les "Beedies" [9] :**

Ils sont comparables à de petites cigarettes de forme conique, composées de morceaux grossiers d'un tabac clair, riche en nicotine, enveloppé dans une feuille séchée d'une plante Indienne appelée « Dhal » [9].



Photo 2 : les beedies

- **Les cigarettes roulées:**

Elles sont souvent roulées à la main. Elles contiennent 2 à 5 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone(CO) [10].

- b- **Les cigares :**

Ils sont constitués de feuilles ou parties de feuilles de tabac séché entouré d'une enveloppe appelée cape et éventuellement d'une enveloppe interne ou sous cape faite d'une feuille de tabac ou de tabac reconstitué. [9]



Photo 3 : le cigare [9]

c- La pipe :

Elle est, sans doute, le plus ancien moyen connu utilisé par les fumeurs. Il se présente sous l'aspect de brins plus ou moins longs et enchevêtrés, additionnés d'agents humectant et de substances sapides et aromatisants [9].



Photo 4 : la pipe

d- Le narghileh (narguilé, shisha ou chicha).

Le narguilé est une pipe orientale à long tuyau flexible dans laquelle la fumée passe par un récipient rempli d'eau avant d'être inhalée. 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. Une session de narguilé équivaut au moins à 40 cigarettes fumées [10].



Photo 5 : le narguilé

2. Tabac dits «sans fumée» [9] :

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

a- 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].

b- 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. [9]

c- La cigarette électronique [11] :

La cigarette électronique ou l'e-cigarette désigne un produit électronique destiné à simuler l'acte de fumer du tabac. Elle produit une vapeur ou « fumée artificielle » ressemblant visuellement à la fumée produite par la combustion du tabac. Cette vapeur peut être aromatisée (arôme de tabac blond, brun, de fruits, etc.) et contenir ou non de la nicotine. À la différence de la fumée produite par la combustion du tabac, cette vapeur n'a pas l'odeur du tabac et est censée contenir moins de substances cancérigènes. Elle ne contient pas de goudrons. [12]

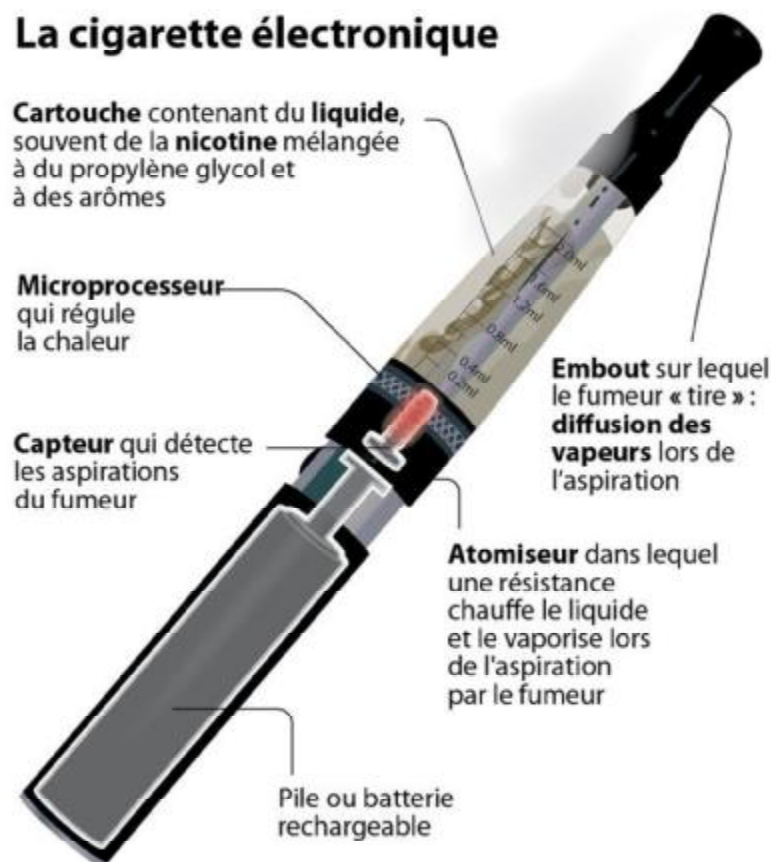


Photo 6 : la cigarette électronique

3. 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 [9].

IV. Différents constituants de fumée de tabac [4, 13,14] :

La fumée de cigarette est produite par la combustion du tabac. Cette fumée a une composition extrêmement complexe faite de plus de 4000 substances. La combustion du tabac génère un aérosol fait de substances à l'état liquide dispersées en très fines gouttelettes (phase particulaire) dans un mélange gazeux. La combustion, complète sur l'extrémité de la cigarette en ignition, entraîne par pyrolyse la production de monoxyde de carbone et de goudrons constitués principalement d'hydrocarbures polycycliques.

La cigarette génère 3 types de courants de fumée :

- le courant primaire ou principal, produit par l'inspiration du fumeur,
- le courant secondaire ou latéral, constitué par la fumée dégagée du cône de combustion entre les bouffées,
- le courant tertiaire, constitué par la fumée exhalée par le fumeur.

Le courant latéral, associé au courant tertiaire, est à l'origine du tabagisme passif.

La combustion spontanée de la cigarette étant incomplète, les concentrations de la majorité des substances toxiques sont supérieures dans le courant latéral par rapport au courant principal.

La phase particulaire :

Le diamètre des particules est essentiellement compris entre 0,1 et 1 μm , ce qui permet leur pénétration dans les alvéoles pulmonaires. *Les principaux toxiques sont :*

→ Les substances cancérigènes:

- hydrocarbures aromatiques (benzopyrènes, dibenzo-anthracènes, benzofluoranthène)
- dérivés nitrés hétérocycliques (pyridine, dibenzacridine)
- nitrosamines
- cétones, aldéhydes.

→ Les irritants: acroléine, acide cyanhydrique.

→ Les métaux: nickel, cadmium, polonium.

→ Les radicaux libres: quinones, hydroquinones, époxydes, peroxydes.

→ Les alcaloïdes: nicotine, anabasine.

La phase gazeuse : contient du dioxyde de carbone (15%), du monoxyde de carbone (6%), de l'oxygène (15%) et de l'azote (60%). Il s'y ajoute des composés organiques volatils tels que les aldéhydes, les cétones, l'ammoniac et des hydrocarbures polycycliques divers.

1- Monoxyde de carbone : CO

Compte-tenu de son affinité pour l'hémoglobine supérieure à celle de l'oxygène, le CO est un facteur d'hypoxie. En effet, le taux de carboxyhémoglobine (HbCO) d'un fumeur est en moyenne de 5 à 10% alors que celui d'un non-fumeur est en moyenne de 1 à 2%. Des taux élevés d'HbCO constituent un facteur de risque d'ischémie en particulier coronarienne et contribuent aux lésions endothéliales pouvant initier les lésions vasculaires.

2 – Substances cancérigènes

Ces substances sont nombreuses et variées. Elles correspondent principalement aux goudrons, dont les hydrocarbures aromatiques polycycliques tels que le 3,4 benzopyrène. Ces substances ne sont pas directement cancérigènes, mais le deviennent sous l'action du système physiologique de détoxification des xénobiotiques. En effet, ces hydrocarbures

Pro-carcinogènes sont transformés, sous l'action d'enzymes de phase I, en métabolites intermédiaires réactifs qui peuvent former en combinaison avec l'ADN, des adduits

(carcinogènes-ADN) à l'origine de mutations. Lorsque les mécanismes de réparation de l'ADN sont dépassés, ces mutations pathologiques sont transmises aux cellules filles. Si ces métabolites réactifs ne fixent pas l'ADN, ils sont transformés en métabolites solubles par l'action d'enzyme de phase II, puis sont éliminés. Comme il existe un polymorphisme important des enzymes de phase I et II, l'efficacité du système de détoxification des xénobiotiques varie d'un individu à l'autre. Ainsi, à consommation égale, certains individus présentent un risque de cancer bronchique plus élevé que d'autres.

3 – Les substances irritantes

Les voies respiratoires d'un fumeur sont l'objet d'agressions variées dues :

- aux irritants (CNH, aldéhydes, acroléine...) qui agressent directement l'épithélium bronchique avec lésions des cellules épithéliales bronchiques, de leurs cils et induction d'une hypersécrétion de mucus résultant d'une altération fonctionnelle du tapis roulant muco-ciliaire et des mécanismes de défense des voies aériennes ;

- aux enzymes protéolytiques : l'activation par la fumée de tabac des polynucléaires neutrophiles et des macrophages alvéolaires avec libération d'enzymes protéolytiques (élastase...) modifie de façon péjorative le rapport protéases/anti protéases, entraînant une destruction progressive du parenchyme pulmonaire ;
- aux radicaux libres oxydants présents dans la fumée de cigarette et à ceux libérés par les polynucléaires neutrophiles et les macrophages qui agressent directement les cellules bronchiques.

4 – La nicotine

La nicotine est un alcaloïde contenu dans la feuille de tabac (environ 10 mg/gramme de tabac). Elle tient un rôle central dans la dépendance tabagique. Elle exerce ses effets par l'intermédiaire des récepteurs cholinergiques nicotiques cérébraux situés dans le système dopaminergique mésolimbique. L'inhalation de la fumée de cigarette est le moyen le plus rapide pour saturer rapidement ces récepteurs avec des effets rapides sur les fonctions supérieures. Cet effet de bolus (après inhalation, la nicotine atteint le cerveau en 10 secondes environ) est à l'origine de l'installation et la poursuite de la dépendance qui n'est pas observé en l'absence de bolus vrai. Lors de la consommation d'une cigarette, la concentration veineuse en nicotine augmente rapidement, le pic plasmatique étant atteint dès la fin de la cigarette. La nicotémie diminue progressivement et rejoint la valeur de base en 2 heures. La prise régulière de cigarette au cours de la journée permet de maintenir un taux assez stable de la nicotémie. L'absorption de la nicotine est modulable en fonction des techniques de fumage : pour un même produit utilisé, l'absorption varie selon le volume de la bouffée, la profondeur de l'inhalation, la dilution du courant primaire avec l'air ambiant, le nombre et la fréquence des bouffées. Le fumeur peut

ainsi opérer une véritable « auto-titration » de sa nicotémie, indépendamment des taux de nicotine ou goudrons indiqués sur les paquets de cigarettes. [4, 15].

5 – les alcaloïdes mineurs du tabac :

Ceux-ci représentent environ 5 % des alcaloïdes du tabac. On distingue :

- des pyridil-pyrrolidines : cotinine, myosmine, nornicotine,
- des pyridil-pipéridines : anabasine, anatabine,
- des β -carbolines : harmane, norharmane.

Ces alcaloïdes auraient des effets mutagènes, en particulier l'anabasine.

Leurs effets sur les muscles lisses, les fonctions neuromusculaires et cardiovasculaires sont inférieurs à ceux de la nicotine.

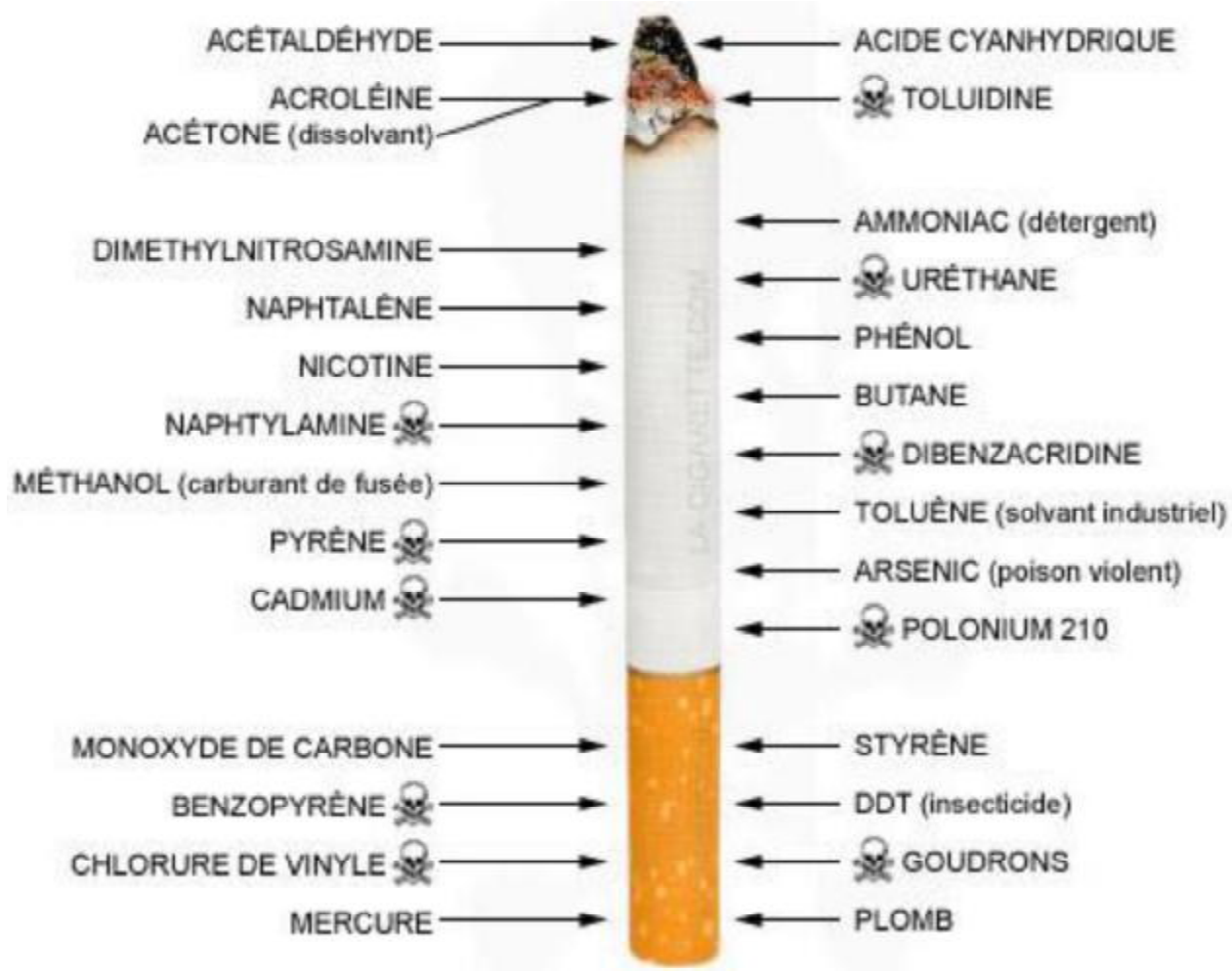


Photo 7: Les différents constituants de la cigarette [19]

V. CONSEQUENCES DU TABAGISME SUR L'ORGANISME :

6 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabac soit un décès toutes les 5 secondes.

De nombreux organes et systèmes du corps humain sont affectés par la fumée de tabac, les conséquences physiopathologiques étant innombrable et leur dangerosité redoutable.

1. Tabagisme et cancers :

Le tabagisme est responsable de plus de 30% de tous les décès causés par un cancer. Il provoque le cancer du poumon, de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du pancréas, des reins, de la vessie et du col de l'utérus. Des découvertes récentes établissent un lien entre le tabagisme et le cancer du gros intestin et certaines formes de leucémie.

1-1 Cancer broncho-pulmonaire :

Le cancer broncho-pulmonaire est l'une des premières maladies pour lesquelles un lien causal avec la consommation de tabac a été démontré [16, 17].

Les fumeurs ont un risque de développer un cancer du poumon 20 fois plus élevé que les non-fumeurs. Le tabac est ainsi responsable de près de 90% des cancers du poumon. Trois facteurs importants liés au tabagisme sont associés au risque de survenue d'un cancer broncho-pulmonaire :

- la durée du tabagisme,
- le nombre de cigarettes fumées quotidiennement,
- l'âge de début du tabagisme.

Selon l'étude de Doll [18], un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par 3 le risque de cancer, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie par 100 le risque de développer un cancer du poumon. Enfin, le

risque augmente avec la précocité de l'âge de début de la consommation de tabac : les personnes qui commencent à fumer à un âge précoce ont un risque plus important de développer un cancer broncho-pulmonaire et ceci, à des âges moins élevés que les fumeurs ayant débuté plus tardivement. On estime qu'un début de tabagisme avant l'âge de 15 ans multiplie par 4 le risque de cancer broncho-pulmonaire par rapport à un début après 25 ans [4].

Comme il existe différents types de cellules au niveau des bronches, on distingue 2 grands types de cancers broncho-pulmonaires [20] :

- Les cancers broncho-pulmonaires à petites cellules (CBPC). Ils représentent environ 20% des cas. Ils se caractérisent par leur rapidité à se propager à partir d'un foyer central vers d'autres organes du corps.

- Les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules (CBNPC). Ils sont les plus répandus. Leur rapidité de propagation est généralement plus lente. Il existe 3 catégories de CBNPC désignées selon le type de cellules à partir desquelles la tumeur se développe: les cancers épidermoïdes, les adénocarcinomes et les cancers à grandes cellules.

1-2 Cancers des voies aéro-digestives supérieurs :

Différents types de cancer peuvent atteindre les VADS. Le tabac, très souvent associé à l'alcool, est impliqué directement dans les cancers des lèvres, de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx et de l'œsophage.

Les effets du tabac et de l'alcool sont synergiques. Ainsi, par rapport à une personne n'ayant jamais fumé ni bu d'alcool, le risque de cancer de l'œsophage est 4 fois plus élevé chez le fumeur de moins de 8 cigarettes par jour buvant moins de 25 g d'alcool par jour et 50 fois plus élevé chez le fumeur de 25 cigarettes par jour buvant plus de 150 g d'alcool par jour [38]. Le risque relatif de cancer du larynx associé au tabagisme atteint le chiffre de 10 alors qu'en ce qui concerne les cancers de la cavité

buccale et du pharynx, le risque relatif est compris entre 4 et 5 et qu'il varie entre 2 et 5 pour le cancer de l'œsophage [17,21].

1-3 Autres cancers :

Le tabac est un facteur de risque bien établi de cancer de la vessie [17]. Le risque de survenue de cancer augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées et de la durée du tabagisme et décroît après l'arrêt de la consommation de tabac. Les fumeurs ont un risque multiplié par 2,5 à 3 de développer un cancer de la vessie par rapport aux non-fumeurs.

Le tabac est également impliqué dans la survenue du carcinome rénal [22].

L'implication du tabac dans le développement d'un nombre croissant de cancers a été mise en évidence ou est actuellement suspectée : cancer de l'estomac, du foie, du pancréas, du sein, du col de l'utérus, leucémie myéloïde [24,17].

2. Tabagisme et appareil cardio-vasculaire :

L'étude Interheart [23] 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. 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]

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.

3. Tabagisme et appareil respiratoire :

- Altérations fonctionnelles de la fonction ventilatoire : Des études comparatives entre fumeurs et non-fumeurs montrent que le tabagisme provoque une diminution du VEMS (volume expiratoire maximum seconde) et du débit de pointe, la capacité vitale restant constante. Ces résultats sont variables selon la consommation tabagique, l'accroissement du tabagisme détériorant ces paramètres.

Les résistances des voies aériennes s'accroissent avec une augmentation des résistances qui touchent les gros troncs et les petits troncs bronchiques, il s'agit là d'une réaction immédiate non spécifique liée aux substances irritantes (aldéhydes, acroléine...) et aux particules en suspension dans la fumée inhalée. Cet accroissement des résistances est réversible chez le fumeur récent lors de l'arrêt du tabac.

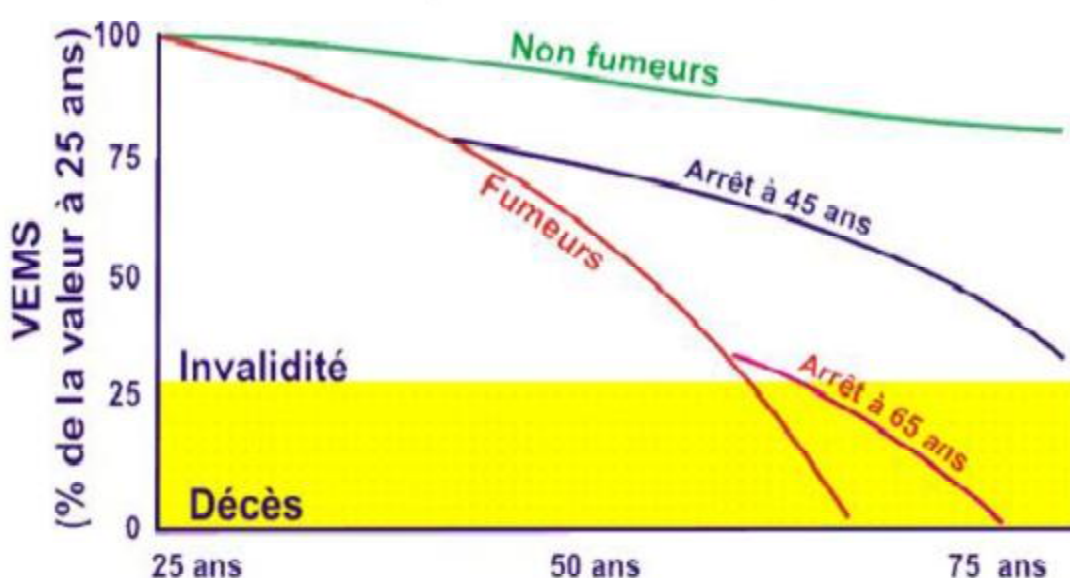


Photo 8 : Effets du tabagisme sur la fonction pulmonaire [29]

- 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 [27].

- 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). [28]

- 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, et enfin de détérioration de la qualité de vie des patients. [28]

4. Les effets sur la grossesse :

4.1. 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 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 hypo fécondité de près de 30%. [30]

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 [31].

Par ailleurs, le risque de fausses couches est presque multiplié par deux en cas de tabagisme [31]. 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. [31,32].

4.2. 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 [32]. 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 [31]. 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. [33].

5. Tabagisme et reproduction :

Le tabagisme affecte aussi bien la fertilité de la femme que celle de l'homme. Ainsi, le tabagisme provoque chez l'homme des troubles de l'érection et une altération de la spermatogenèse (diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes), avec un délai de conception plus long que pour un couple non-fumeurs, et chez la femme, un risque majeur de fausse couche, de grossesse extra-utérine et d'accouchement prématuré, et même dans les cas extrême, la fécondation in vitro donne de moins bons résultats.

6. Tabagisme et risques opératoires :

Les fumeurs sevrés de longue date ont un risque opératoire moindre que les fumeurs, et identique à celui des non-fumeurs. En effet, le tabagisme péri-opératoire augmente le risque de complications générales et chirurgicales, multipliant:

- par 2 le nombre de transferts en unité de réanimation et de complications respiratoires immédiates,
- par 2 à 4 celui de complications au site opératoire,
- par 3 le risque infectieux et coronaire,
- par 8 le risque d'absence de consolidation osseuse. [34,35]

7. Autres effets du tabagisme:

7.1 Effets gastro-intestinaux :

Les ulcères gastroduodénaux sont plus fréquents chez les fumeurs que les non-fumeurs. Quand un fumeur souffre d'ulcère, la guérison est moins rapide que chez un non-fumeur et les rechutes sont plus susceptibles de se produire.

7.2 Les effets stomatologiques :

L'état dentaire des fumeurs est souvent mauvais : caries, plombages, pertes dentaires, mauvaise haleine. On a également établi un lien entre le tabagisme et la parodontopathie chez les jeunes.

7.3 Autres :

Le tabagisme est associé à une diminution de la densité des os de la colonne vertébrale et des hanches chez les jeunes aussi bien que les personnes plus âgées, ainsi qu'à la diminution de l'aptitude physique et les troubles du sommeil.

VI. Le tabagisme passif :

C'est l'inhalation involontaire par un sujet non-fumeur de la fumée du tabac dans l'environnement. [4].

1 L'exposition au tabagisme passif :

Rappelons que la fumée de tabac inhalée directement par le fumeur est appelée « courant principal ». On oppose à ce courant principal le « courant latéral ou secondaire », qui correspond à la fumée produite par une cigarette se consumant seule, en l'absence d'aspiration du fumeur. Enfin, le « courant tertiaire » correspond à la fumée exhalée par le fumeur. Le tabagisme passif résulte de l'inhalation de la fumée provenant des courants latéral et tertiaire. La concentration des substances toxiques est plus élevée dans le courant latéral que dans le courant principal.

2. Désordres liés au tabagisme passif

2-1 Chez l'enfant :

- tabagisme passif in-utéro:

Le risque de mort subite in utero est majoré chez les mères fumeuses [36].

L'hypoxie chronique induite par le tabac affecte directement le placenta, dont elle modifie la composition et le rôle [37] ce qui a pour conséquences :

Passage dans le liquide amniotique

Petit poids à la naissance

Anomalie de la fonction respiratoire (altération de la maturation des propriétés mécaniques de l'appareil respiratoire).

Une relation aurait été établie entre le tabagisme paternel préconceptionnel et l'apparition de certains cancers chez les enfants entre 0 et 5 ans : leucémies, lymphomes, tumeurs cérébrales.

Cette relation n'existerait pas si le tabagisme débute après la naissance [38].

- L'asthme:

Chez l'enfant déjà asthmatique, la fumée du tabac augmente d'une part la fréquence et la gravité des crises et interfère d'autre part avec traitements utilisés dans l'asthme [39]

2-2 Chez l'adulte :

-cancer du poumon :

D'après les rapports de l'académie canadienne de médecine de 1997, on a noté une augmentation de 35% du risque de cancer du poumon chez le conjoint non-fumeur par rapport à celui d'un couple non-fumeur. [40]

-accidents cardiaques :

Chez un non-fumeur exposé à la fumée du tabac le risque relatif d'atteinte coronaire est de 1,25 [41] ce risque est presque le même chez les hommes que chez les femmes, et un peu plus élevé en cas de tabagisme passif au domicile qu'au travail.

-atteinte respiratoire :

Il est probable que l'exposition passive à la fumée de tabac est associée chez les non-fumeurs à la survenue de symptômes respiratoires chroniques et à celle d'une BPCO. Chez les sujets adultes préalablement asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitement et d'hospitalisation [42].

VII. SEVRAGE TABAGIQUE :

1. Généralités :

1-1 Définition :

Le sevrage tabagique ou cessation du tabagisme est l'abandon de l'habitude de fumer, de l'inhalation de la fumée de tabac.

a. Bénéfices du sevrage tabagique :

L'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible. Il est bénéfique, quelles que soit l'ancienneté de l'usage et la quantité du tabac fumé [43].

Les bénéfices de l'arrêt du tabac [4,44] :

- une baisse rapide du taux de carboxyhémoglobine dans le sang. L'oxygénation des cellules redevient normale.
- les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée.
- une récupération du goût et de l'odorat.
- une meilleure forme physique se traduisant par la diminution de la fatigue, récupération du souffle et la marche devient plus facile.
- diminution progressive de la morbi-mortalité liée au tabagisme avec la durée de l'abstinence :

Les risques relatifs des cancers bronchique, ORL et de vessie diminuent progressivement pour approcher ceux des non-fumeurs au bout de 10 ans, bien que demeurant légèrement plus élevés chez les anciens fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Dans les maladies cardio-vasculaires, on peut observer des bénéfices rapides et à long terme, qu'il s'agisse de la maladie coronarienne, de l'artérite ou des accidents vasculaires cérébraux. Si l'athérome proprement dit peut régresser lentement, les phénomènes de thrombose, de spasme coronarien et

d'anomalies de transport de l'oxygène sont susceptibles d'une réversibilité très précoce.

- Chez les sujets bronchiteux chroniques, les symptômes de dyspnée, toux et expectoration diminuent puis disparaissent rapidement. Cette diminution se complète au long terme par un moindre risque de surinfection et par une amélioration de la fonction ventilatoire des poumons.
- La numération du spermogramme redevient quasi normale lorsque le fumeur entreprend un sevrage tabagique. La diminution de l'âge de la ménopause régresse. Le risque de naissance prématurée et de faible poids à la naissance diminue nettement.

b. Le syndrome de sevrage [4, 45] :

Il est le résultat de l'arrêt brutal ou de la diminution importante des apports de nicotine chez un fumeur en état de dépendance physique. Il comporte les symptômes suivants :

- **Les signes neurologiques** : le sevrage tabagique va s'accompagner d'un besoin urgent et impérieux de fumer, d'une humeur déprimée, dysphorique, d'insomnie, d'anxiété, d'agitation, d'impatience, de frustration, de colère, de nervosité et d'irritabilité.
- **La prise de poids** : elle est due à une augmentation de l'appétit. L'individu reconstitue des réserves et peut ressentir une tendance aux hypoglycémies associées aux fringales et aux pulsions sucrées.

2. Moyens thérapeutiques :

2-1 Principes généraux :

D'après certaines études, plus de 70 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer. Malheureusement, on constate que, si 30 % à 40 % d'entre eux essayent chaque année, seulement 5 % réussissent sans aide. La principale difficulté liée au sevrage résulte de la présence d'une dépendance tabagique souvent importante, à la fois physique et psychologique. L'apparition d'un craving, pulsion irrésistible à consommer du tabac, renforcé par des stimuli environnementaux et des symptômes de sevrage, rendent l'arrêt souvent difficile et les rechutes fréquentes. Par conséquent, le tabagisme est considéré comme une maladie chronique qui nécessite souvent une prise en charge à la fois pharmacologique et psychologique. La motivation du fumeur est un élément déterminant pour démarrer un sevrage et le maintenir.

L'évolution de la motivation chez les fumeurs se fait suivant plusieurs stades, selon le schéma de Prochaska, il est essentiel d'évaluer cette motivation de façon systématique afin de pouvoir au mieux adapter le discours [46].

2-2 Évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac et conduite à tenir :

L'évaluation de la motivation se fait à l'interrogatoire. Les raisons qui poussent le fumeur à vouloir arrêter de fumer sont importantes à mettre en valeur. Il est essentiel également d'identifier les éventuelles craintes à l'arrêt et de répondre aux inquiétudes des fumeurs. Il faut aider le patient à identifier les bénéfices qu'il pourrait attendre d'un arrêt du tabac tout en l'adaptant à la situation personnelle du patient : grossesse en cours, enfants à la maison, problème de santé existants, tentatives d'arrêt antérieures...

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.

2.3 Traitements pharmacologiques :

2.3.1 Les substituts nicotiques : [43, 47, 48]

C'est le manque de la nicotine est à l'origine des manifestations du syndrome de sevrage, il faut fournir au sujet la nicotine dont il a besoin, sous une autre forme que le tabac. C'est le rôle des substituts nicotiques.

Il en existe plusieurs formes dont le choix se fera en fonction de degré de la dépendance du patient, de ses préférences et des éventuelles tentatives antérieures de sevrage. La posologie initiale est déterminée par le score obtenu par le questionnaire simplifié de Fagerström [52], puis adaptée en fonction de l'apparition de symptômes de surdosage (bouche pâteuse, diarrhée, insomnie, palpitation) ou de sous-dosage (syndrome de sevrage : irritabilité, agitation, anxiété, trouble de l'humeur).

a. Les substituts oraux :

Ils sont commercialisés sous différentes formes et doses :

- **Les gommes à mâcher** : dosées à 2 mg ou 4mg, elles libèrent la nicotine lors de la mastication et l'absorption de fait au niveau de la muqueuse buccale. Elles doivent être mâchées de façon intermittente pour éviter que la nicotine soit avalée avec la salive et ainsi l'apparition d'effets secondaires digestifs (dyspepsie, nausée). La posologie habituelle est de 8 à 12 gommes par jour, sans dépasser 30 gommes dosées à 2 mg ou 15 gommes dosées à 4 mg. Après la disparition de l'envie de fumer le nombre de gommes à mâcher est réduit progressivement. Le traitement est arrêté lorsque la consommation est réduite à une à deux gommes par jours.

- **Les comprimés sublinguaux et les comprimés à sucer** : dosés, respectivement, à 2mg et 4mg. Ils sont beaucoup mieux tolérés que les gommes. La posologie est de un comprimé toute les une à deux heures, jusqu'à 8 à 12 par jour. Le nombre de comprimés est diminué progressivement, jusqu'à un à deux comprimé par jour puis on arrête le traitement.

b. Les timbres ou patchs :

Les timbres permettent une meilleure observance car ils sont d'une grande facilité d'utilisation. Ils libèrent des doses faibles mais constantes de nicotine (environ 1 mg de nicotine par heure). On distingue deux types : le premier pouvant être porté durant 24 heures délivrant au maximum une dose de 21 mg de nicotine et le deuxième pouvant être porté durant 16 heures délivrant au maximum une dose de 15 mg de nicotine. Ces deux types sont à efficacité comparable, mais l'intérêt des patchs applicable 16 heures est d'éviter l'insomnie.

La posologie :

- Les timbres libérant la nicotine sur 16 heures : on commence le traitement par le timbre de 15mg. Quand l'envie de fumer est surmontée, on passe au timbre dosé à 10 mg pendant 2 à 6 semaines, puis un timbre dosé à 5 mg pendant également 2 à 4 semaines. Il est recommandé de ne pas utiliser ce traitement au-delà de 6 mois.
- les timbres libérant la nicotine sur 24 heures : le traitement est commencé par le timbre de 21 mg ou de 14 mg en fonction du degré de dépendance évalué par le score de Fagerström. La posologie est diminuée progressivement chaque 3 à 4 semaines en fonction de la réponse individuelle. Il est recommandé de ne pas utiliser ce traitement au-delà de 6 mois.

2.3.2 La varénicline : [50]

C'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques entraînant un soulagement des symptômes de besoin et de manque. Selon la HAS, la varénicline est un traitement de deuxième intention, vu ses effets indésirables. Il n'a pas été démontré que son efficacité soit supérieure à celle des patchs nicotiniques à long terme [49]. La varénicline doit être commencée une à deux semaines avant l'arrêt du tabac. La posologie est augmentée progressivement comme suit : 0,5 mg par jour pendant 3 jours, puis 0,5 mg deux fois par jour pendant 3 jours, puis 1 mg deux fois par jour jusqu'à la fin du traitement.

2.3.3 Le bupropion : [43]

C'est un inhibant de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central. Son efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques contrôlés ayant inclus un total de 2292 patients non déprimés.

2-4 Thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C) [43,51]:

Les T.C.C ont pour objectif de diminuer les rechutes et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique. Leur efficacité a été démontrée par de nombreuses études. Elles sont conseillées en première intention en association aux traitements pharmacologiques.

Ces thérapies présentent également un intérêt pour gérer les pulsions à fumer.

2-5 Méthodes alternatives [49] :

Activité physique, acupuncture ou hypno thérapie. Leur efficacité n'a pas été démontrée. Tout de même, il n'est pas recommandé d'empêcher le patient d'un traitement qui peut lui être utile par son effet placebo.

VIII. La lutte antitabac :

1. Introduction :

La persistance et l'accroissement de l'usage du tabac sont incompatibles avec la promotion de la santé. Il est donc d'importance capitale pour l'humanité que le marché du tabac se rétrécisse et que l'abstinence tabagique devienne la règle. Ainsi, la politique de lutte anti-tabagique, vise deux types de populations-cibles :

- **Les non-fumeurs** : dans ce groupe, il faut tenter de dissuader ceux qui n'ont pas encore fumé, et d'aider les anciens fumeurs à ne pas rechuter : c'est la prévention primaire.
- **Les fumeurs** : il faut les inciter et les aider à se débarrasser de leur habitude : c'est la prévention secondaire.

2. La loi antitabac 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. [109]

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), la publicité ainsi que la vente des cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans. [110]

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. [110]

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

CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE

I. 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 du personnel de santé 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. C'est pourquoi nous avons réalisé cette étude pour évaluer ce phénomène chez le personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed V de Meknès.

II. Objectif principal :

Déterminer la prévalence du tabagisme chez cette catégorie professionnelle et d'apprécier leurs attitudes et leurs comportements face au tabagisme.

III. Objectifs spécifiques :

- Prévalence actuelle du tabagisme selon la profession, le sexe, le statut matrimonial.
- Prévalence de consommation des autres produits de tabac chez les fumeurs.
- Prévalence du tabagisme sur les lieux du travail.

- Etude du sevrage tabagique (combien de tentative, méthodes utilisées...).
- 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 hospitalier concernant la lutte antitabac.
- Evaluation de la préparation du personnel hospitalier 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

I. La population :

Une étude transversale descriptive a été réalisée auprès du personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed 5 de Meknès.

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

II. La durée de l'enquête :

L'étude a duré 3 mois du 02 janvier au 31 mars 2015.

III. Aspect éthique de l'enquête :

Avant de mener l'enquête, il a été nécessaire d'obtenir le consentement du délégué régional du ministère de la santé à Meknès, du directeur de l'hôpital et du chef du service du personnel après leur information sur le déroulement et l'objectif de l'étude.

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

IV. Critères d'inclusion :

Pour la population enquêtée :

On a inclus dans l'étude le personnel hospitalier exerçant dans l'hôpital Mohamed 5 de Meknès et qui était disponible au moment de l'enquête :

- Les médecins.
- Le personnel paramédical.
- Le personnel administratif.
- Les agents des services et les aides-soignants.

Pour l'étude de la prévalence de tabagisme, on a adopté les définitions suivantes :

- **Fumeurs actuels** : qui englobent :
 - Fumeurs réguliers : sujets qui ; au moment de l'enquête ; fument au moins 1 cigarette par jour et qui avaient fumé plus de 100 cigarettes dans leur vie.
 - Fumeurs occasionnels : sujet qui ; au moment de l'enquête ; ne fument pas tous les jours et qui avaient fumé plus de 100 cigarettes dans leur vie.
- **Non-fumeurs** : qui regroupent :
 - Ex-fumeurs : sujets qui avaient fumé plus de 100 cigarettes dans de leur vie, et qui ont cessé de fumer pendant plus de 3 mois au moment de l'enquête.
 - Non-fumeurs actuels : sujets qui n'ont jamais fumé ou ont fumé moins de 100 cigarettes dans leur vie.

V. Recueil des données :

Les données sont recueillies par un auto-questionnaire de 8 pages, contenant 49 questions, ce questionnaire est rempli par le personnel après leur consentement éclairé.

Le questionnaire est élaboré par le service de Pneumologie du CHU Hassan II de Fès (inspiré des tests internationaux de Fagerström, test QTC2 de Gilliard, test de Khimji et Watts, test de Richmond, test de Q-MAT et le test de Demaria, Grimaldi et Largue) et validé par le département d'Epidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Sidi Mohammed Ben Abdallah de Fès.

Une étude a été déjà menée en 2012 par ce questionnaire concernant le personnel médical du CHU Hassan II de Fès. Les données rassemblées dans le questionnaire portent sur les éléments suivants :

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

VI. Analyse des données :

Toutes les données recueillies ont été codées, saisies et analysées au sein du laboratoire d'épidémiologie de santé publique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès selon le logiciel SPSS version 20.

Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage et de moyennes \pm 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), la comparaison des moyennes dans les différents groupes est faite en utilisant le test d'Anova. Le modèle de régression logistique binaire 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 bi variée 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 d'intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

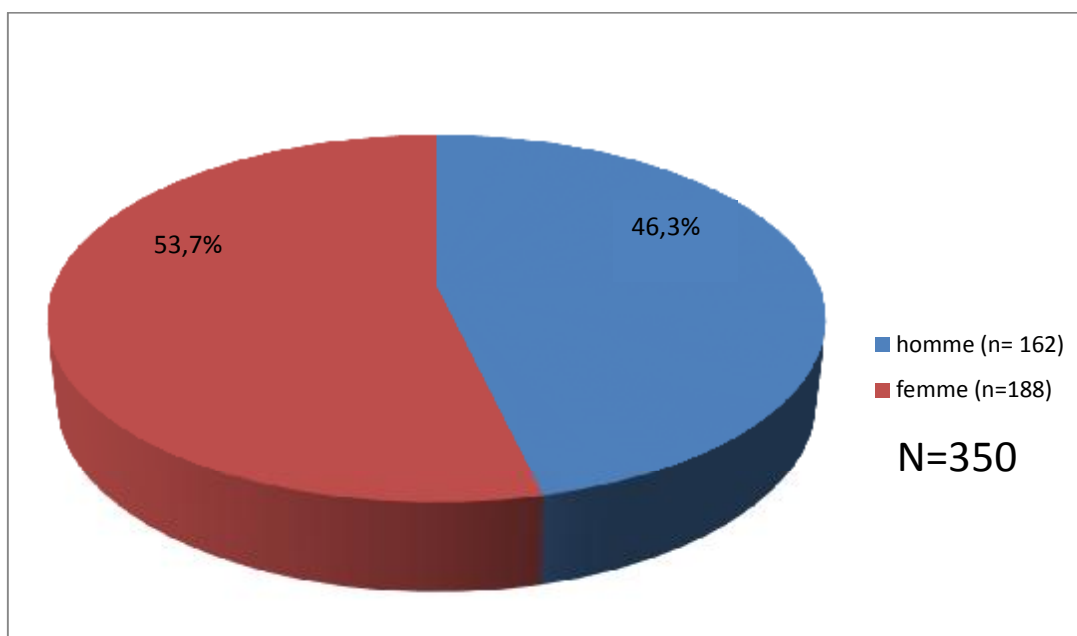
I. Taux de participation à l'enquête :

L'étude exhaustive transversale « comportements, connaissances et attitudes du personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed 5 de Meknès vis-à-vis du tabagisme » est réalisée auprès de 450 personnes disponibles au moment de l'enquête d'un effectif total de 497 selon la liste administrative. Parmi les 450 questionnaires distribués, 350 questionnaires sont recueillis auprès du personnel. Le taux de participation est de 70,4%.

II. Description de la population étudiée :

1. Sexe :

Les femmes représentent 53,7% des participants, avec un sexe ratio (H/F) de 0,86.

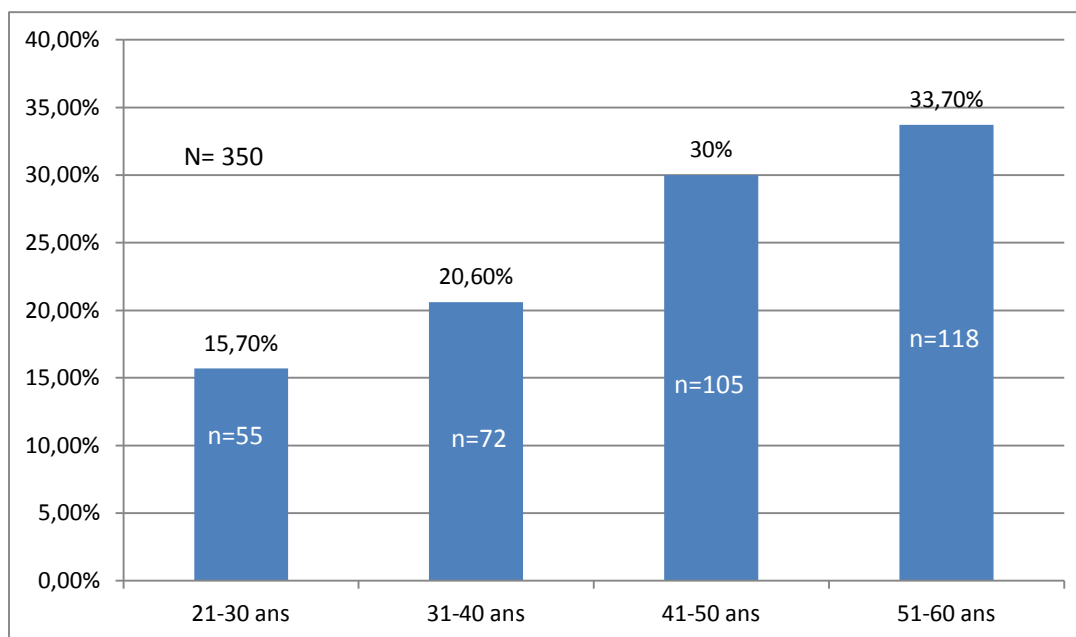


Graphique 1 : répartition du personnel selon le sexe

2. Age :

La moyenne d'âge du personnel est de 44,03 ans avec un écart-type de 10,36 ans et des extrêmes allant de 21 à 60 ans.

L'âge du personnel est réparti en 4 tranches selon le graphique suivant :



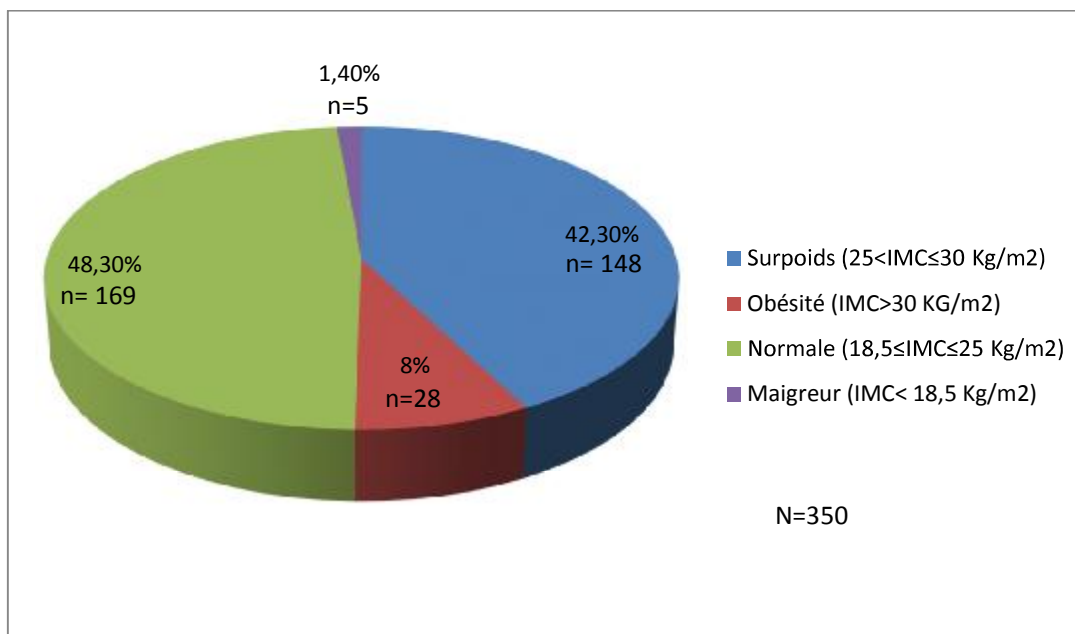
Graphique 2 : répartition du personnel selon l'âge

3. Caractéristiques staturο-pondérales :

Tableau 1 : caractéristiques staturο-pondérales

		Hommes	Femmes	Toute la population
Poids	Moyenne (Kg)	76,51	67,97	71,92
	Ecart-type (Kg)	9,67	9,09	10,28
	Extrêmes (Kg)	52-102	46-94	46-102
Taille	Moyenne (cm)	173,23	163,81	168,17
	Ecart-type (cm)	6,96	6,915	8,37
	Extrêmes (cm)	154-190	130-186	130-190
IMC	Moyenne (Kg/m ²)	25,47	25,35	25,41
	Ecart-type (Kg/m ²)	2,82	3,30	3,08
	Extrêmes (Kg/m ²)	17,87-37,46	18,20-37,18	17,87-37,46

Selon l'interprétation de l'IMC, 48,3% de la population enquêtée ont une corpulence normale et 42,3% ont un surpoids.



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

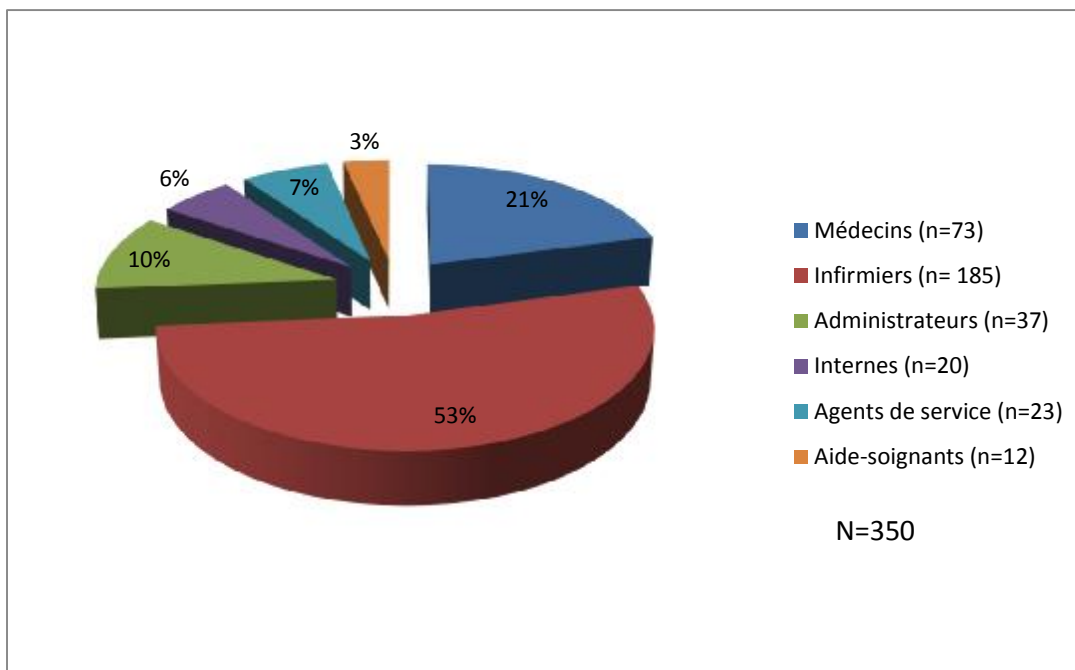
4. Statut matrimonial :

Les mariés représentent 67,4% de la population enquêtée, les célibataires 24,6%. Les séparés/divorcés et les veufs représentent 4% pour chacune de ces deux catégories.

5. Profession :

La population étudiée est essentiellement représentée par les infirmiers (N= 185 ; 52,9%) suivi par les médecins (N=73 ; 20,9%) et les administrateurs (N= 37 ; 10,6%).

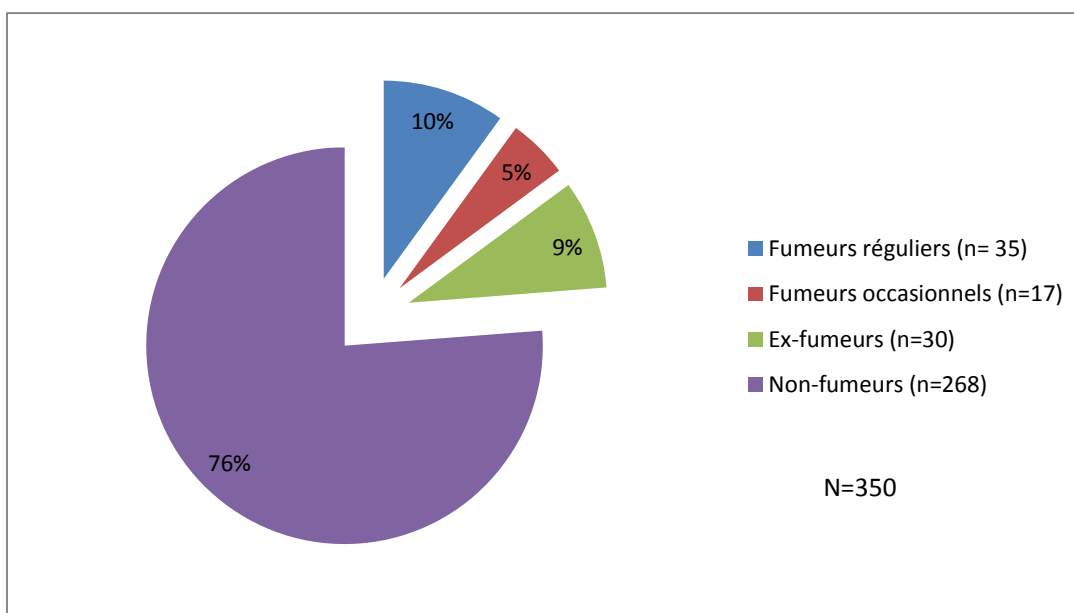
A noter qu'il y a un médecin chinois.



Graphique 4 : répartition selon la profession.

III. Prévalence globale du tabagisme :

Au moment de l'enquête, les fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) sont au nombre de 52 cas sur un ensemble de 350 personnes, soit une prévalence du tabagisme de 14,9%. La prévalence des fumeurs réguliers est de 10% et celle des fumeurs occasionnels est de 4,9%. Les ex-fumeurs représentent 8,9% et les non-fumeurs actuels 76,3%.



Graphique 5 : prévalence globale du tabagisme

IV. Etude de la prévalence du tabagisme :

1. Prévalence selon le sexe :

La prévalence du tabagisme est de 30,8% (50/162 cas) chez les hommes contre 1% (2/188 cas) chez les femmes. ($p=0,054$).

Tableau 2 : prévalence du tabagisme selon le sexe

	Fumeurs actuels		Total des fumeurs actuels	Non-fumeurs		Total des non-fumeurs	Total
	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels		Ex-fumeurs	Non-fumeurs actuels		
Hommes	35 21,6%	15 9,2%	50 30,8%	25 15,5%	87 53,7%	112 69,2%	162 100%
Femmes	0 0%	2 1%	2 1%	5 2,6%	181 96,2%	186 99%	188 100%
Total	35 10%	17 4,9%	52 14,9%	30 8,6%	268 76,5%	298 85,1%	350 100%

2. Prévalence selon l'âge :

La prévalence la plus élevée du tabagisme est noté chez la tranche d'âge 31–40 ans (22,2%) suivi de la tranche d'âge 51–60 ans (19,2%), la tranche d'âge 41–50 ans (17,1%) et de la tranche d'âge 21–30 ans avec 3,6%. ($p=0,001$)

Tableau 3 : répartition des fumeurs actuels selon l'âge

Tranches d'âge	N	n	%
21–30	55	2	3,6
31–40	72	16	22,2
41–50	105	18	17,1
51–60	118	16	13,6

$P=0,027$

3. Prévalence selon la profession :

Le taux des fumeurs actuels le plus élevé est constaté chez les administrateurs (27%), suivi des médecins (21,9%) et des infirmiers (10,8%). Avec une différence non significative ($p=0,6$)

Tableau 4 : prévalence du tabagisme selon le sexe et la profession

	Hommes			Femmes			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
médecins	46	16	34,7	27	0	0	73	16	21,9
Infirmiers	70	19	27,1	115	1	0,8	185	20	10,8
Administrateur	23	10	43,4	14	0	0	37	10	27
Autres :									
Internes	7	0	0	13	0	0	20	0	0
Agents de service	10	3	30	13	1	7,6	23	4	17,3
Aides-soignants	6	2	33,3	6	0	0	12	2	16,6

$P=0,6$

La prévalence du tabagisme est nettement supérieure chez les hommes dans toutes les catégories professionnelles. Le taux des fumeurs actuels le plus élevé chez les hommes est noté chez les administrateurs (43,4%) suivi des médecins (34,7%).

4. Prévalence selon la situation familiale :

La prévalence du tabagisme paraît plus élevée chez les mariés avec 15,7% contre 15,1% chez les célibataires et 7,1% chez les divorcés et les veufs, mais la différence est non significative : $p=0,6$.

5. Prévalence selon le nombre d'enfants :

Sur un total de 266 personnes, la prévalence du tabagisme paraît plus élevée chez les personnes ayant un ou plusieurs enfants avec 16,1% contre 10,2% chez les personnes n'ayant aucun enfant, mais la différence est non significative $p=0,295$.

6. Indice de masse corporelle et statut tabagique :

La moyenne de l'indice de masse corporelle est plus élevée chez les ex-fumeurs par rapport à celle des fumeurs et des non-fumeurs avec une différence non significative ($p=0,2$).

Tableau 5 : moyenne d'IMC selon le statut tabagique

	Fumeurs actuels	Ex-fumeurs	Non-fumeurs actuels
Moyenne d'IMC (Kg/m ²)	25,22	26,22	25,35
$P=0,2$			

V. Etude des fumeurs actuels :

1. Age du début du tabagisme (Q11) :

Presque la moitié des fumeurs actuels ont commencé entre l'âge de 13 et 18 ans (46,2%), le taux est de 41,2% et de 48,6% pour respectivement fumeurs occasionnels et réguliers. Il n'existe pas de différence significative concernant l'âge de début du tabagisme entre les fumeurs réguliers et occasionnels ($p=0,3$).

Tableau 6 : répartition des fumeurs selon l'âge de début du tabagisme

Tranche d'âge	Fumeurs réguliers		Fumeurs occasionnels		L'ensemble des fumeurs actuels	
	n	%	n	%	n	%
13-18 ans	17	48,6	7	41,2	24	46,2
19-23 ans	10	28,6	6	35,3	16	30,8
24-28 ans	4	11,4	4	23,5	8	15,4
29-32 ans	4	11,4	0	0	4	7,7
P=0,3						

La moyenne d'âge de début chez les fumeurs réguliers est de 20,11 ans (écart-type de 4,91 ans) avec des extrêmes de 14 à 32 ans. Chez les fumeurs occasionnels, la moyenne d'âge de début est de 20,12 (écart-type de 4,28) et extrêmes de 14 à 28 ans. Différence non significative ($p=0,9$).

Tableau 7 : la moyenne d'âge de début du tabagisme selon le statut tabagique.

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs actuels
Moyenne (ans)	20,11	20,12	19,63
Ecart-type (ans)	4,91	4,28	4,42
Extrêmes (ans)	14-32	14-28	14-32
P=0,9			

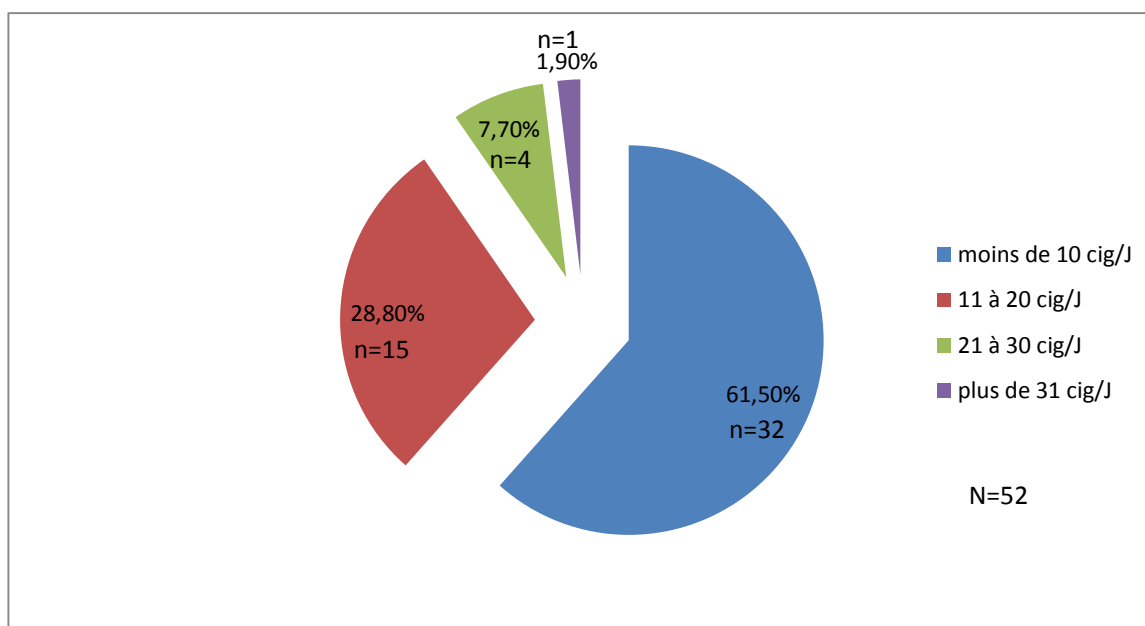
2. Répartition des fumeurs actuels selon le nombre de cigarettes consommées par jour (Q13) :

La moyenne de nombre de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers, par jour, est de 15,40 (écart-type = 7,98) et des extrêmes allant de 3 à 40. Chez les fumeurs occasionnels, la moyenne du nombre de cigarettes consommées par jour est de 2,71 (écart-type = 1,99) et des extrêmes de 1 à 8. La différence est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Tableau 8 : la moyenne du nombre de cigarettes consommées par jour chez les fumeurs actuels

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs actuels
Moyenne	15,40	2,71	11,25
Ecart-type	7,98	1,99	8,93
Extrêmes	3-40	1-8	1-40
P < 0,001			

Pour plus de la moitié des fumeurs actuels (61,5%), la consommation est de moins de 10 cigarettes par jour.



Graphique 6 : Nombre de cigarettes par jours chez les fumeurs actuels.

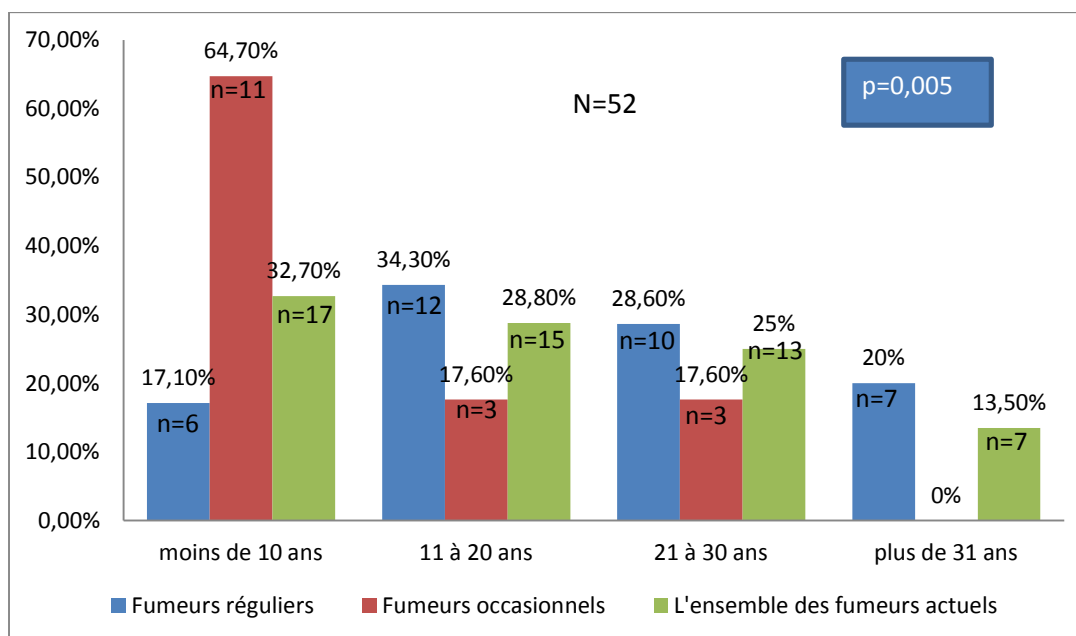
3. Répartition selon la durée du tabagisme (Q14) :

La moyenne de durée de tabagisme est de 17,77 ans (écart-type= 11,07) et des extrêmes allant de 1 à 40 ans. Cette moyenne est de 21,54 ans chez les fumeurs réguliers et de 10 ans chez les fumeurs occasionnels, avec une différence significative ($p < 0,001$).

Tableau 9 : la durée du tabagisme

	Fumeur réguliers	Fumeurs occasionnels	Ensemble des fumeurs actuels
Moyenne (ans)	21,54	10,00	17,77
Ecart-type (ans)	10,02	9,05	11,07
Extrêmes (ans)	1-30	3-40	1-40
$P < 0,001$			

Près du tiers des fumeurs actuels (32,7%), ont une ancienneté inférieure à 10 ans. Cette ancienneté (<10 ans), est notée chez 64,7% des fumeurs occasionnels et uniquement 32,7% des fumeurs réguliers, avec une différence significative ($p=0,005$).



Graphique 7 : prévalence du tabagisme selon la durée du tabagisme

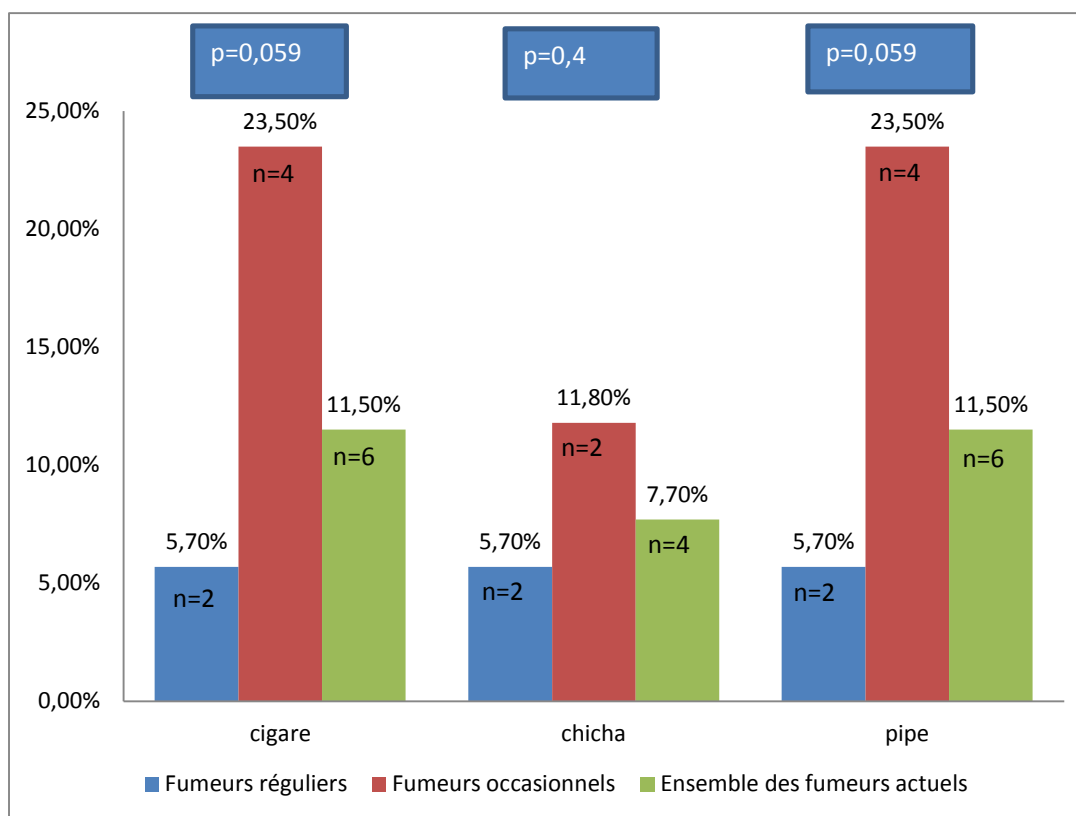
4. Répartition des fumeurs selon la marque de cigarettes (Q15) :

Marlboro est la marque la plus consommée (63,5%) suivi de Marquise (26,9%) et de Winston (21,2%) puis Gauloise (15,4%).

Des cigarettes avec filtre sont consommées dans l'ensemble des cas (100%).

5. Prévalence de consommation des autres produits de tabac (Q17) :

Le cigare est consommé par 11,5% des fumeurs actuels, le même taux pour la pipe (11,5%), suivis de la chicha (7,7%). On ne note pas de différence significative entre les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels concernant la consommation des autres produits du tabac.



Graphique 8 : prévalence de la consommation des autres produits tu tabac

La moyenne de consommation du cigare est de 1 par mois chez les consommateurs de cigare (n=6).

La moyenne de consommation de la chicha est de 3 par mois, avec des extrêmes allant de une par semaine à une par mois chez les consommateurs de chicha (n=4).

La moyenne de consommation de la pipe est de 60,6 par mois, avec des extrêmes allant de une par mois à 180 par mois chez les consommateurs de la pipe (n=6).

6. Motivation du début du tabagisme : (Q18)

Le plaisir est la plus fréquente des motivations du début du tabagisme (n= 39 ; 75%). Quatre cas ont rapporté le suivisme comme motivation (7%) et deux ont rapporté le snobisme (3%). La notion de stress a été rapportée par deux personnes.

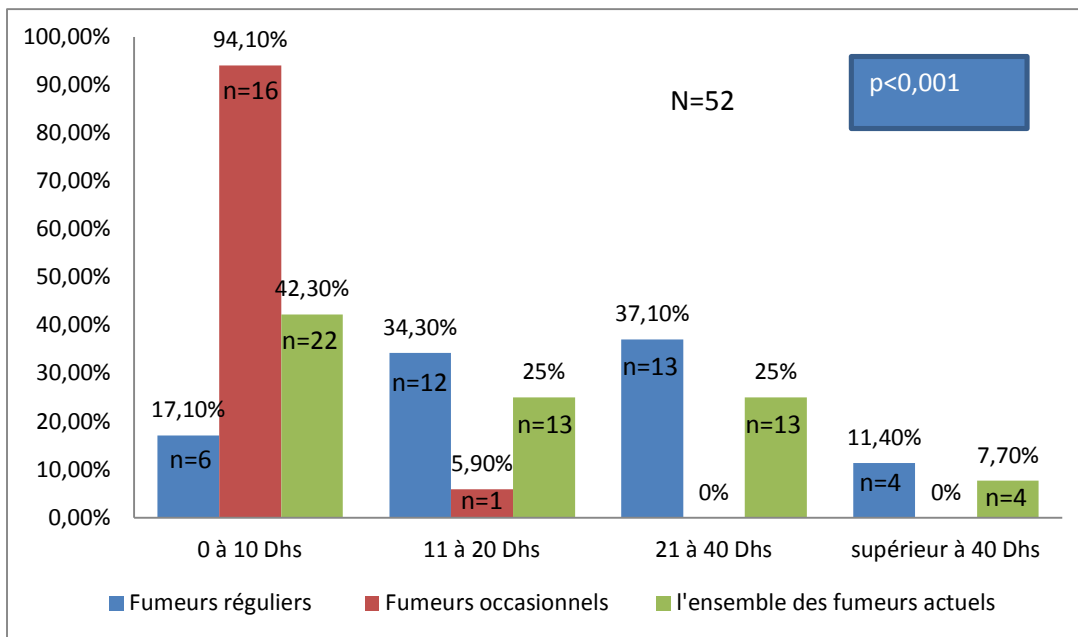
7. Coût journalier des cigarettes : (Q19)

La moyenne des dépenses chez l'ensemble des fumeurs actuels est de 20,35 Dhs par jour, avec 27,43 Dhs par jour pour les fumeurs réguliers et 5,76 Dhs par jour pour les fumeurs occasionnels. La différence est significative ($p < 0,001$).

Tableau 10 : le coût journalier des cigarettes

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs actuels
Moyenne (Dh)	27,43	5,76	20,35
Ecart-type (Dh)	16,08	4,88	16,88
Extrêmes (Dh)	5-75	2-20	2-75
P<0,001			

Pour les fumeurs actuels, 57,7% dépensent plus de 10 Dhs par jours. Les fumeurs occasionnels dépensent moins d'argent (94,1% dépensent moins de 11 Dhs par jour) que les fumeurs réguliers (82,8% dépensent plus de 10 DHs par jour) avec une différence significative ($p=0,001$).



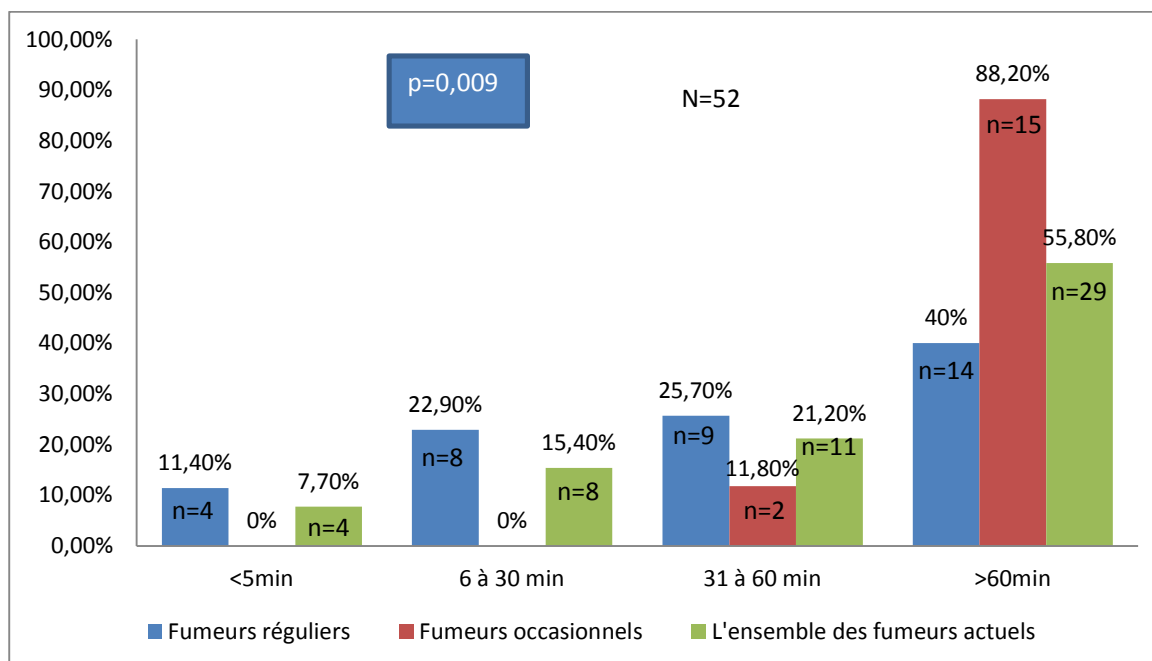
Graphique 9 : le coût journalier des cigarettes

8. Evaluation de la dépendance à la nicotine (Q20) :

- Question 1 :

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

Le taux des fumeurs actuels consommant leur première cigarette à partir de la 2^{ème} demi-heure est de 65,7% chez les fumeurs réguliers et de 100% chez les fumeurs occasionnels.

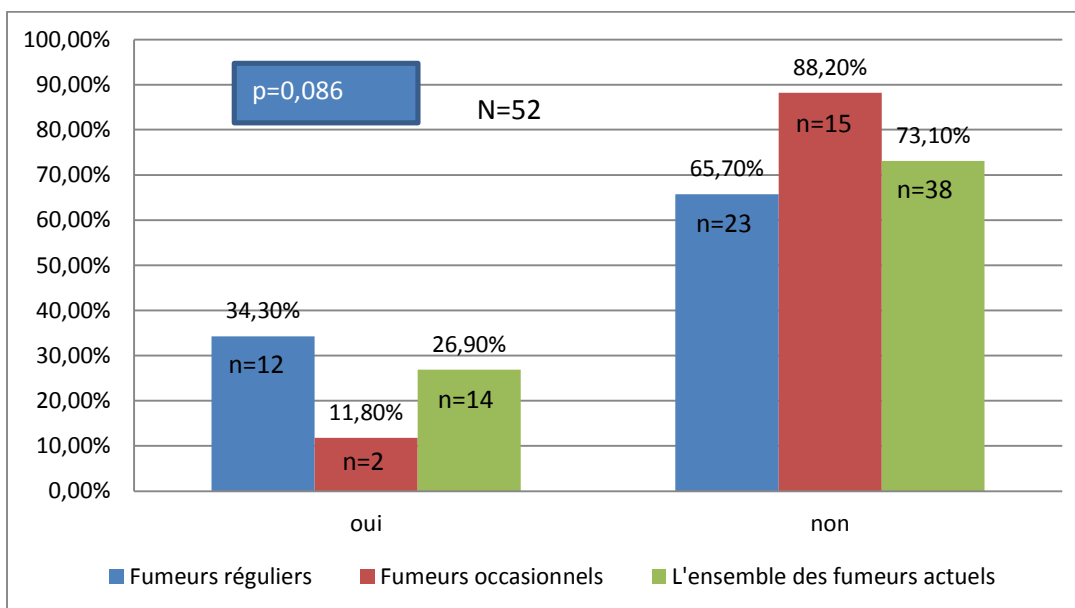


Graphique 10 : délai avant la première cigarette

- **Question 2 :**

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

Concernant la difficulté de ne pas fumer lorsque c'est interdit, 65,7% des fumeurs réguliers et 88,2% des fumeurs occasionnels ne trouvent pas cette difficulté, avec une différence non significative ($p=0,086$).

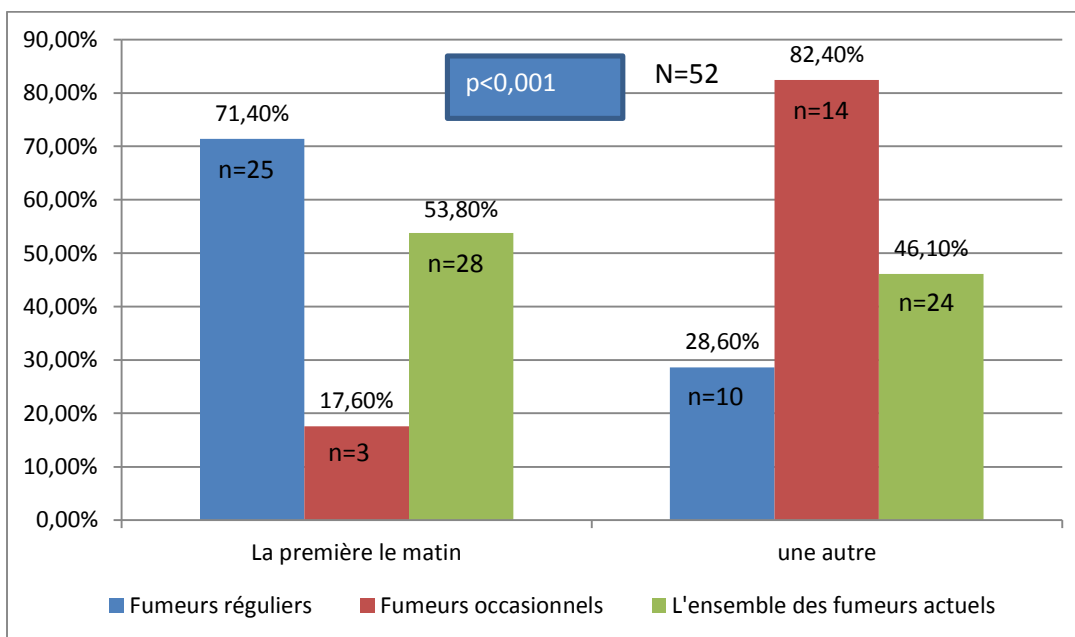


Graphique 11 : la difficulté de fumer lorsque c'est interdit

- **Question 3 :**

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

On note que 71,4% des fumeurs réguliers trouvent que la première cigarette le matin est la plus difficile à renoncer, contre uniquement 17,6% des fumeurs occasionnels, avec une différence significative ($p < 0,001$)

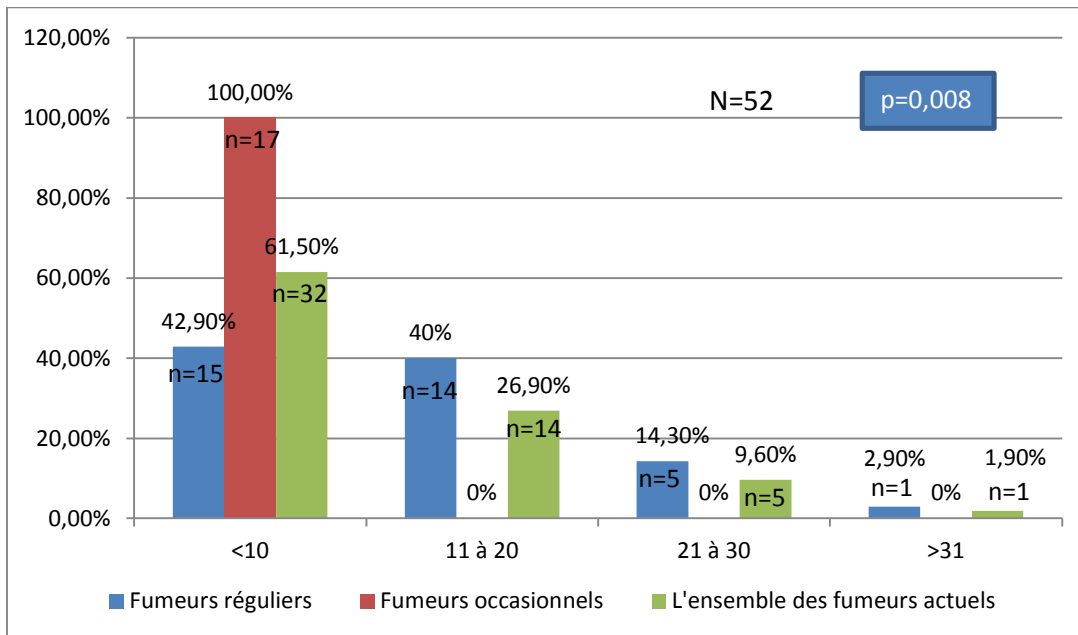


Graphique 12 : la cigarette la plus difficile à renoncer.

- **Question 4 :**

« Combien de cigarette fumez-vous par jour ? »

La totalité des fumeurs occasionnels fume moins de 10 cigarettes par jour, contre 42,9% des fumeurs réguliers. Avec une différence significative ($p=0,008$).

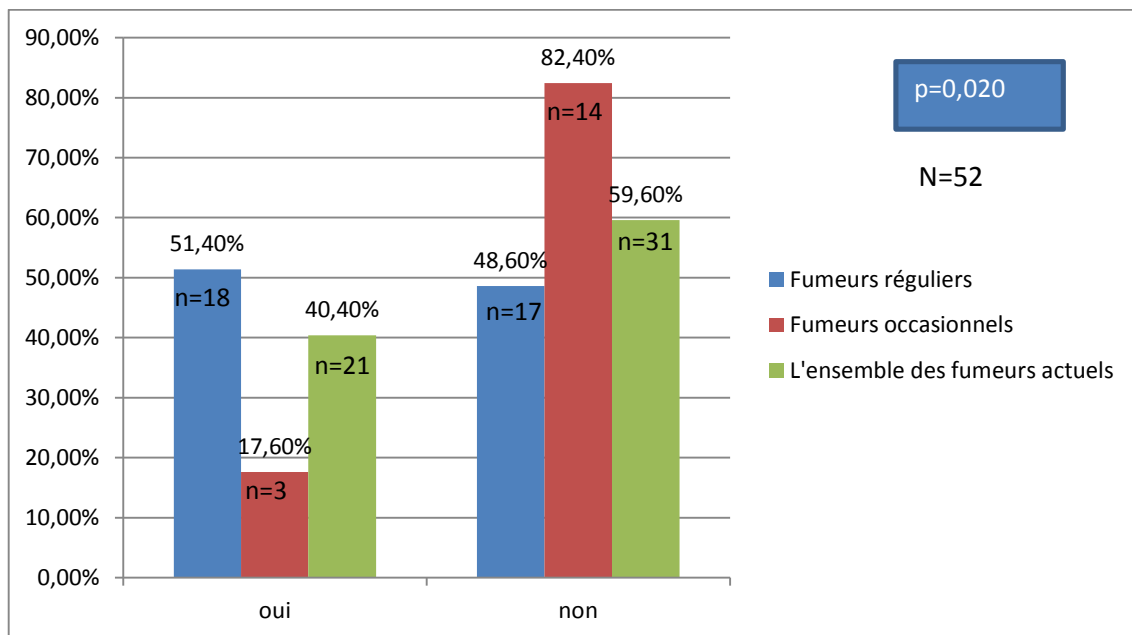


Graphique 13 : nombre de cigarettes fumées par jour

- **Question 5 :**

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

On observe que la moitié des fumeurs réguliers (51,4%) fume à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi, contre 17,6% des fumeurs occasionnels. Avec une différence significative ($p=0,020$).

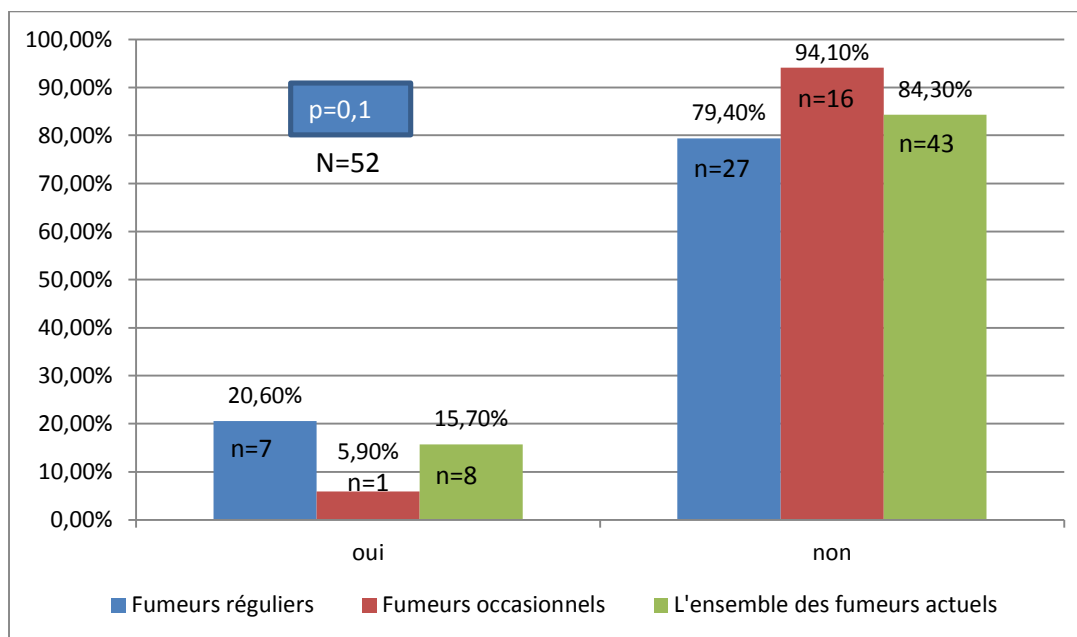


Graphique 14 : répartition selon le rythme

- **Question 6 :**

« Fumez-vous lorsque vous êtes malade ou alité la majeure partie du jour ? »

On observe que 20,6% des fumeurs réguliers et 5,9% des fumeurs occasionnels fument lorsqu'ils sont malades ou alités. La différence est non significative ($p=0,1$).

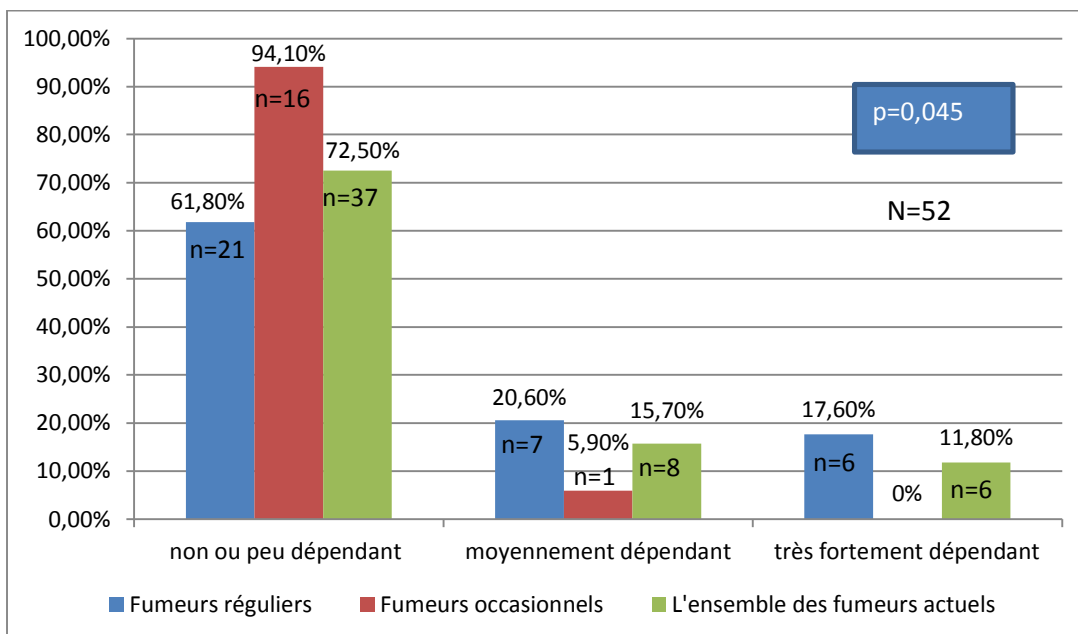


Graphique 15 : répartition des réponses selon fumer ou non quand on est malade ou alité.

- **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.

On observe que 27,5% des fumeurs actuels sont au moins moyennement dépendants. Chez les fumeurs réguliers 38,2% sont au moins moyennement dépendants, contre 5,9% des fumeurs occasionnels. La différence est significative ($p=0,045$).



Graphique 16 : score de Fagerström

9. Les symptômes ressentis par les fumeurs actuels (Q21):

Chez les fumeurs réguliers, l'essoufflement à l'effort est le symptôme le plus rapporté (n= 14 ; 26,9%) suivi par la toux matinale (n=12 ; 23%)

Chez les fumeurs occasionnels, la toux matinale et la réduction de la libido sont rapportés chacune par une personne.

La fatigue est rapportée par un fumeur régulier.

10. Tabagisme sur les lieux du travail (Q22) :

Chez les fumeurs réguliers, le taux de ceux qui fument sur les lieux du travail est de 51,4% contre uniquement 17,6% chez les fumeurs occasionnels. (Différence significative $p=0,020$). Pour l'ensemble des fumeurs actuels ce taux est de 40,4%.

Tableau 11 : Tabagisme sur les lieux du travail

	Fumeurs réguliers (N=35)	Fumeurs occasionnels (N=17)	L'ensemble des fumeurs actuels (N=52)
Qui fument sur les lieux du travail	18 (51,4%)	3 (17,6%)	21 (40,4%)
$P=0,020$			

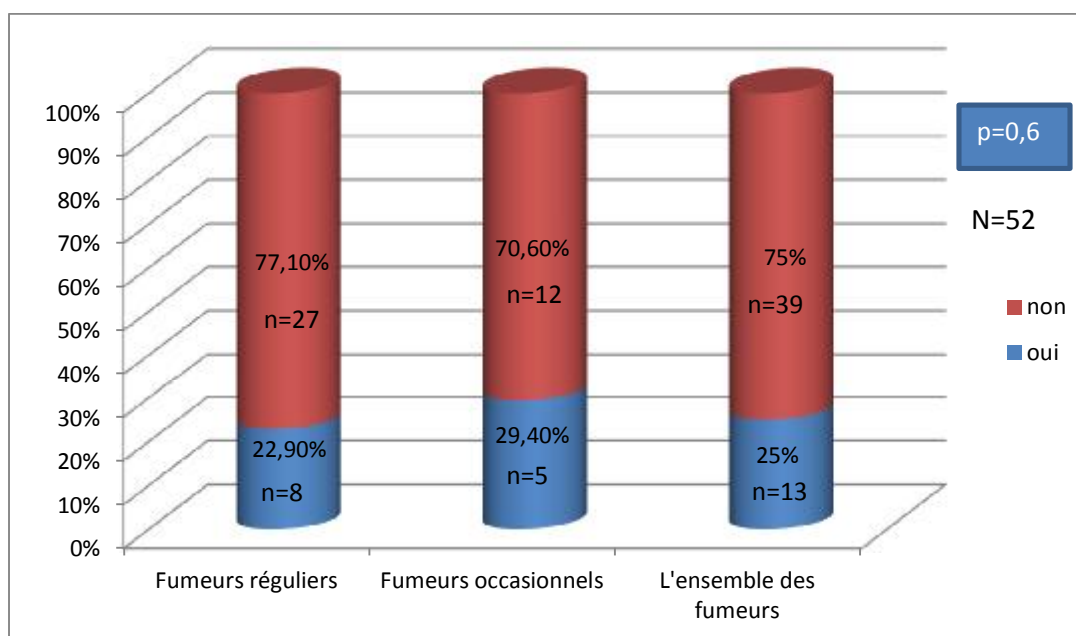
Parmi les 18 fumeurs réguliers fumants sur les lieux du travail, 14 personnes (77,8%) ressentent une gêne à le faire. Pour les trois fumeurs occasionnels fumants sur les lieux d travail, deux personnes (66,6%) ressentent une gêne à le faire. La différence est non significative ($p=0,6$).

Tableau 12 : gêne à fumer sur les lieux du travail

	Fumeurs réguliers (N=35)	Fumeurs occasionnels (N=17)	L'ensemble des fumeurs actuels (N=52)
Ceux qui ressentent une gêne à fumer sur les lieux du travail	14 (77,8%)	2 (66,7%)	16 (76,2%)
P=0,6			

11. Tabagisme dans les zones non-fumeurs (Q23) :

On observe que le taux de ceux qui fument dans les zones non-fumeurs parmi l'ensemble des fumeurs actuels est de 25%. Ce taux est de 22,9% chez les fumeurs réguliers et de 29,4% chez les fumeurs occasionnels. (p=0,6)

**Graphique 17 : Tabagisme dans les zones non-fumeurs.**

12. Personnes qui fument sous le même toit (Q24) :

Parmi les 43 fumeurs actuels ayant répondu à cette question, 12 personnes (27,9%) vivent avec au moins un fumeur sous le même toit dont 8 sont des fumeurs réguliers et 4 des fumeurs occasionnels. Cette personne a été précisée dans 5 cas dont le conjoint dans 2 cas, l'enfant, le père et le frère dans un cas chacun.

Tableau 13 : Fumeurs actuels qui vivent avec des fumeurs sous le même toit.

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs actuels
Vivent avec au moins un fumeur sous le même toit	8 22,8%	4 23,5%	12 23,1%
P=0,9			

Chez l'ensemble des fumeurs actuels, le nombre moyen des fumeurs sous le même toit est de 1,92 (écart-type=1,16) et des extrêmes allant de 1 à 5.

13. Tentatives de sevrage tabagique : (Q25)

Parmi les 52 fumeurs actuels, 37 personnes (71,2%) ont essayé au moins une fois d'arrêter de fumer dont 29 sont des fumeurs réguliers (82,9% ; N=35) et 8 des fumeurs occasionnels (47,1% ; N=17). La différence est significative (p=0,046).

Tableau 14 : Tentative de sevrage selon le statut tabagique

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs actuels
Ayant déjà essayé d'arrêter	29 82,9%	8 47,1%	37 71,2%
P=0,046			

La moyenne de nombre de tentatives d'arrêt chez l'ensemble des fumeurs actuels est de 5,35 tentatives. Chez les fumeurs réguliers, cette moyenne est de 4,38 et chez les fumeurs occasionnels, elle est de 9,25, avec une différence significative ($p=0,026$).

Tableau 15 : nombre de tentatives d'arrêt de tabagisme

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs
Moyenne	4,38	9,25	5,43
Ecart-type	4,38	7,45	5,47
Extrêmes	1 à 15	1 à 20	1 à 20
$P=0,026$			

La moyenne de la durée de sevrage tabagique chez l'ensemble des fumeurs actuels est de 5,61 mois avec 4,9 mois chez les fumeurs réguliers et 7,6 mois chez les fumeurs occasionnels. Différence non significative ($p=0,5$).

Tableau 16 : la durée la plus longue de tentatives de sevrage tabagique

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	L'ensemble des fumeurs
Moyenne (mois)	4,9	7,6	5,61
Ecart-type (mois)	8,33	6,52	7,93
Extrêmes	6jrs à 36 mois	6 jrs à 20 mois	6jrs à 36mois
$P=0,5$			

Sur l'ensemble des fumeurs actuels qui ont essayé d'arrêter de fumer, 6 personnes ont utilisé des artifices pour les aider à arrêter.

Les artifices utilisés :

- Les patchs, utilisés par deux fumeurs ;
- Les substituts nicotiques, utilisés par un fumeur ;
- La varénicline, utilisée par un fumeur ;
- Le chewing-gum utilisé par un fumeur

Chez les 37 personnes ayant essayé d'arrêter, l'impression de manque est la difficulté la plus ressentie dans 64,8% des cas, suivie de la nervosité dans 56,7% des cas.

Chez les fumeurs réguliers, la nervosité est la difficulté la plus ressentie avec 63,3% des cas, suivie de l'impression de manque (60%). Concernant les fumeurs occasionnels c'est l'impression de manque qui arrive en premier avec 66,7% des cas, suivie de céphalée et des fortes tentations (33,3%).

Les symptômes ressentis par les fumeurs réguliers et non ressentis par les fumeurs occasionnels sont : l'insomnie ($p=0,003$), la reprise de l'appétit ($p=0,024$) et les tendances dépressives ($p=0,078$).

Tableau 17 : difficulté ressenties au cours du sevrage

	Fumeurs réguliers		Fumeurs occasionnels		L'ensemble des fumeurs actuels		p
	n	%	n	%	n	%	
Impression de manque	18	60	6	66,7	24	64,8	0,5
Nervosité	19	63,3	2	22,2	21	56,7	0,095
Fortes tentations	11	36,7	3	33,3	14	37,8	0,9
Céphalée	10	33,3	3	33,3	13	35,1	0,6
Environnement fumeur	6	20	2	22,2	8	21,6	0,9
Reprise de l'appétit	9	30	0	0	9	24,3	0,024
Insomnie	8	22,9	0	0	8	21,6	0,003
Tendance dépressive	1	3,3	0	0	1	2,7	0,078

14. Motivation d'un éventuel arrêt du tabagisme dans le futur (Q29) :

Les motivations pour lesquels les fumeurs actuels sont le plus d'accord sont : protéger sa santé (80,8%), donner un bon exemple aux enfants (80%), par respect à ses principes (70,6%) et la survenue de certains symptômes (70,6%).

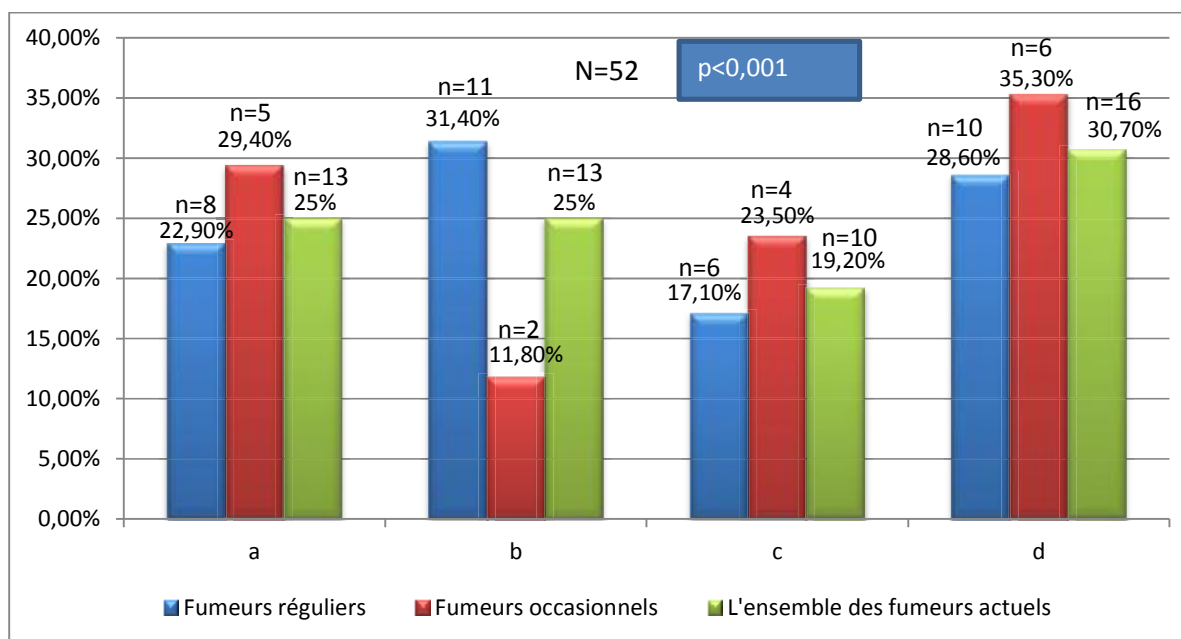
Tableau 18 : les motivations d'un éventuel arrêt.

	N	Très d'accord (%)	Moyennement d'accord (%)	Désaccord total (%)
La survenue de certains symptômes	51	70,6	19,6	9,8
Pour ne pas déranger l'entourage	52	50	34,6	15,4
Pour économiser l'argent	51	47,1	29,4	23,5
Pour donner un bon exemple à vos enfants	50	80	8	12
Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage	51	39,2	27,5	33,3
Se conformer à la pression des collègues	50	22	26	52
Pour protéger votre santé	52	80,8	15,4	3,8
Par respect à vos principes	51	70,6	13,7	15,7

15. Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac (score Q-mat) :

- **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 d fumer

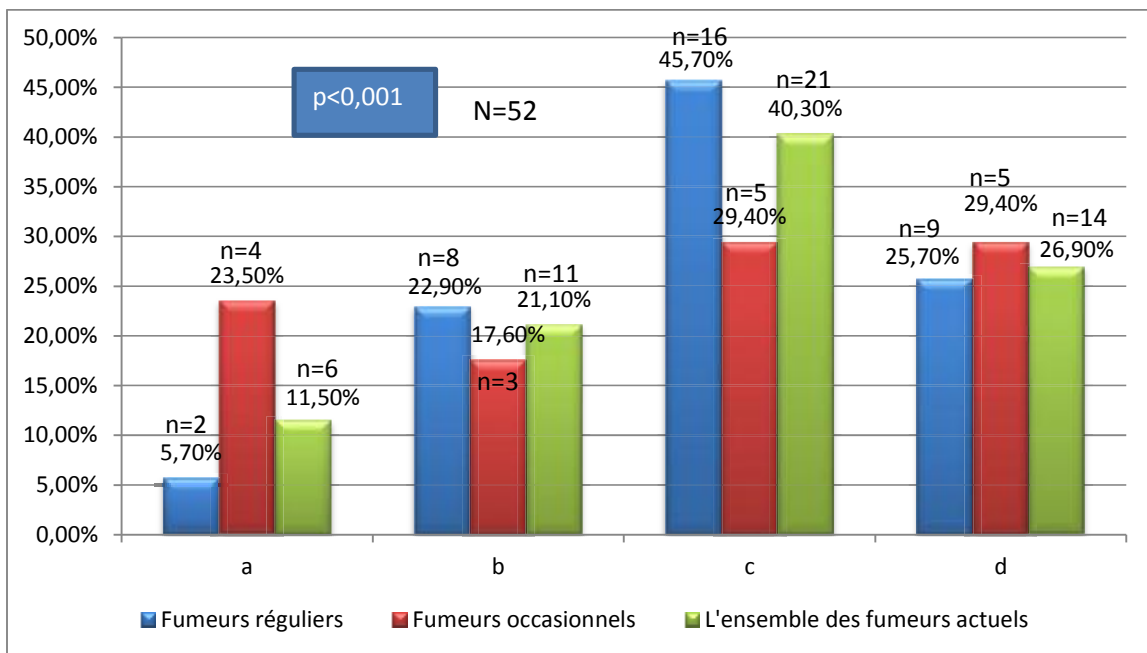
On observe que, parmi les fumeurs réguliers, 54,3% pensent que leurs consommation serait la même ou diminuerait un peu dans 6 mois contre 41,2% des fumeurs occasionnels. ($p < 0,001$).



Graphique 18 : les prévisions dans 6 mois à propos de la quantité de consommation de cigarettes.

- **Question 2** : avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?
a. Pas du tout b. un peu c. Beaucoup d. Enormément

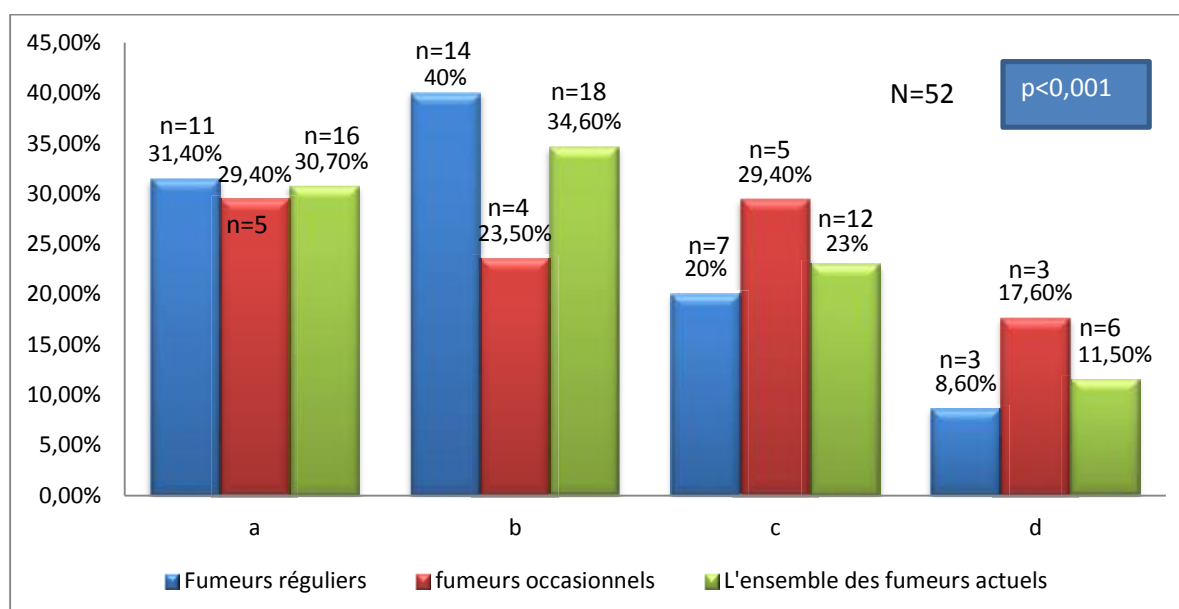
On observe que 71,4% des fumeurs réguliers et 58,8% des fumeurs occasionnels ont beaucoup ou énormément envie d'arrêter de fumer. ($p < 0,001$).



Graphique 19 : l'envie d'arrêter de fumer.

- **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 arrêté d fumer

On observe que 71,4% des fumeurs réguliers et 52,9% des fumeurs occasionnels pensent que leur consommation de tabac serait la même ou un peu diminuée dans 4 semaines. ($p < 0,001$)

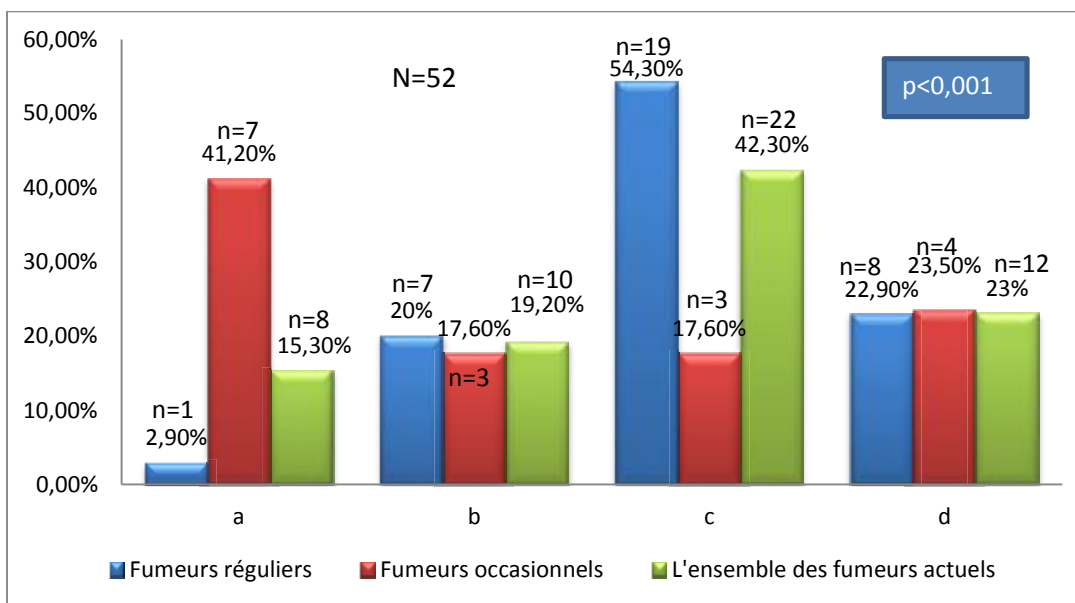


Graphique 20 : les prévisions dans 4 semaines concernant la quantité de consommation de cigarettes.

- **Question 4** : vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?

a. Jamais b. quelques fois c. souvent d. très souvent

On observe que 77,2% des fumeurs réguliers et 41,1% des fumeurs occasionnels sont souvent ou très souvent mécontents de fumer ($p < 0,001$).



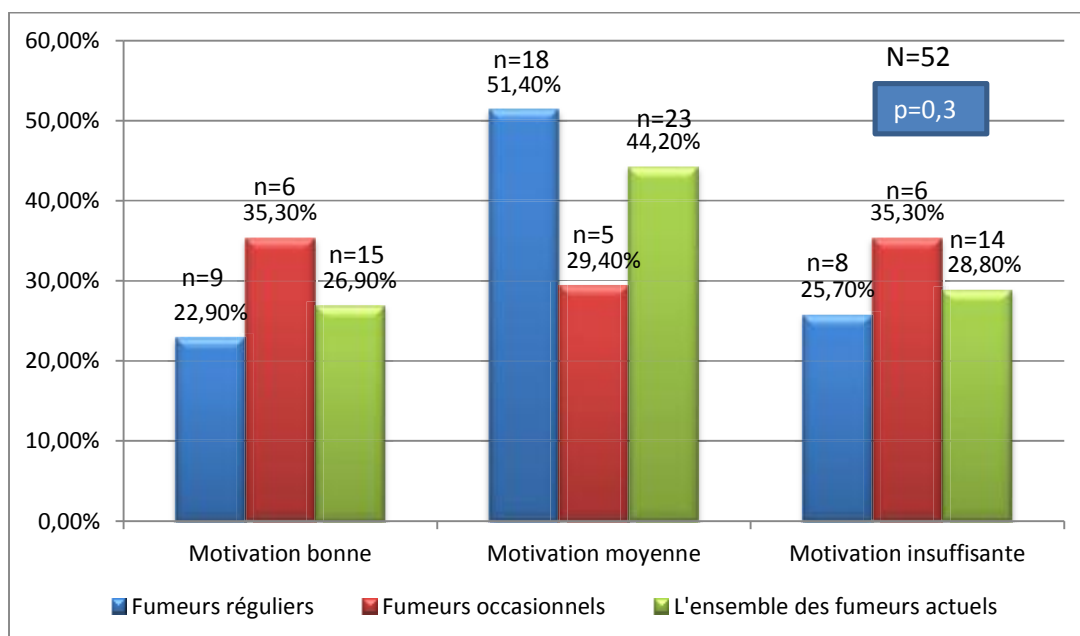
Graphique 21 : ne pas être content de fumer.

- **Score de Q-mat :**

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.

Parmi les fumeurs actuels, 26,9% ont une bonne motivation et 44,2% ont une motivation moyenne.

On note que, 22,9% des fumeurs réguliers et 35,3% des fumeurs occasionnels ont une bonne motivation, avec une différence non significative ($p=0,3$).



Graphique 22 : score de Q-mat.

VI. Etude des ex-fumeurs :

Il s'agit d'une population de 30 personnes représentant 8,57% (30/350) de la population totale étudiée.

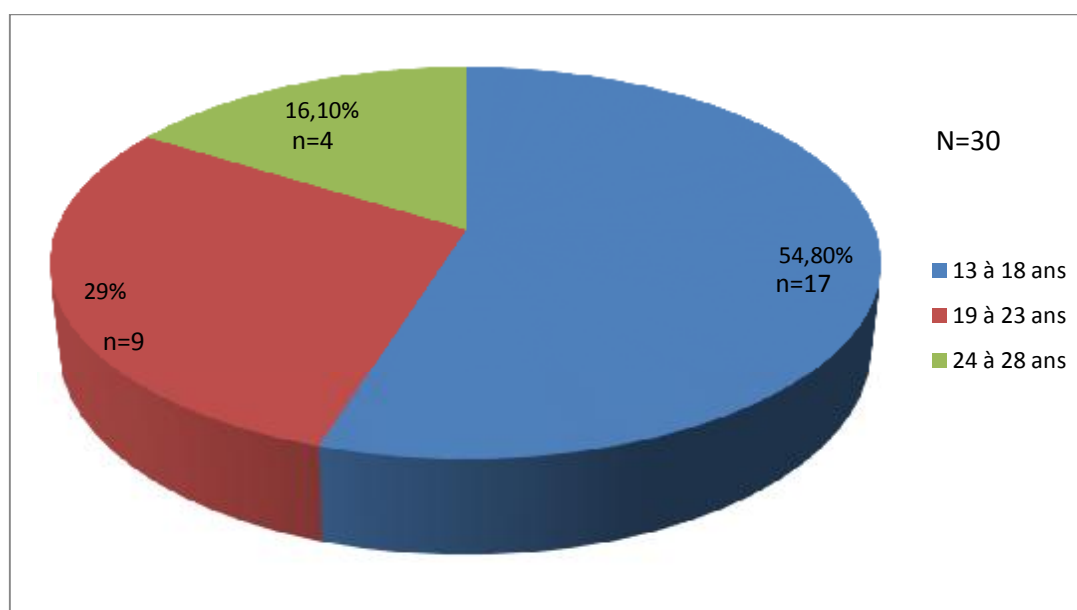
1. Répartition des ex-fumeurs selon l'ancienneté de l'arrêt du tabagisme

(Q31) :

Sur l'ensemble des ex-fumeurs, 28 personnes (93%) ont arrêté depuis plus d'un an et 26 personnes (86%) ont arrêté depuis plus de 3 ans. La moyenne de la durée d'arrêt du tabagisme est de 13,45 ans avec un écart-type de 10,21 ans et des extrêmes allant de 6 mois à 36 ans.

2. Répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début du tabagisme (Q11) :

Plus de la moitié des ex-fumeurs (54,8%) a commencé à fumer entre l'âge de 13 à 18 ans.



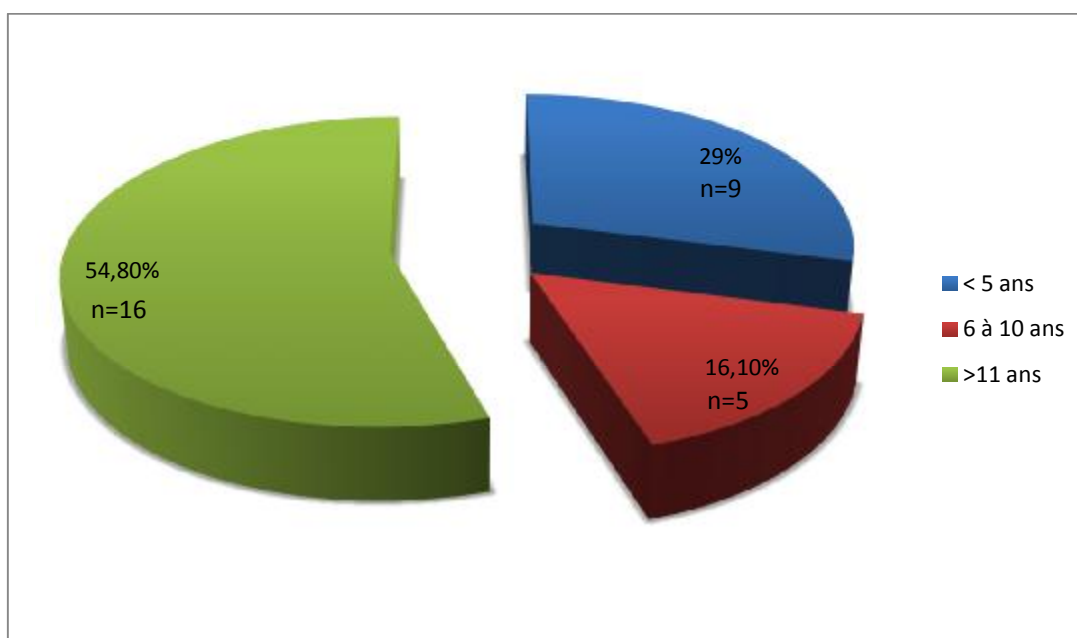
Graphique 23 : répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début du tabagisme.

La moyenne d'âge de début du tabagisme est de 18,81 ans avec un écart-type de 3,91 ans et des extrêmes de 13 à 26 ans.

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

(Q32) :

Parmi les ex-fumeurs, 54,8% ont fumé 11 ans et plus et 29% ont fumé pendant moins de 5 ans.

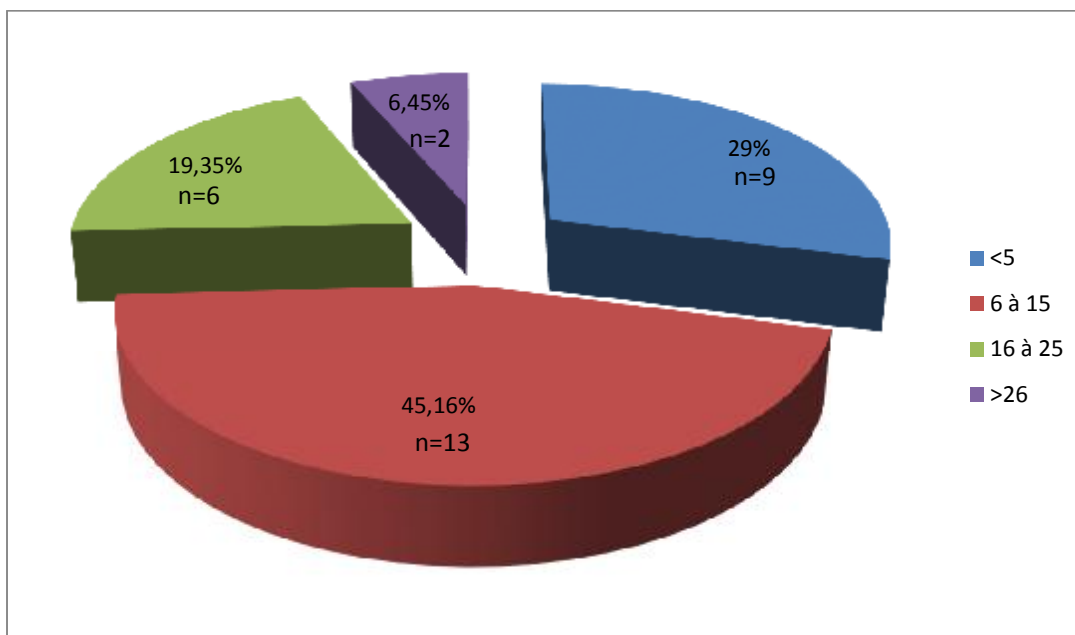


Graphique 24 : répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique.

La moyenne de la durée d'exposition tabagique est de 14,71 ans avec un écart-type de 10,54 ans et des extrêmes de 2 mois à 34 ans.

4. Répartition des ex-fumeurs selon le nombre et le genre de cigarettes consommées par jour (Q33):

Parmi les ex-fumeurs, 9 personnes (29%) consommaient moins de 5 cigarettes par jour et 14 personnes (45,1%) consommaient entre 6 et 15 cigarettes par jour.



Graphique 25 : répartition des ex-fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour.

La moyenne du nombre de cigarettes consommées par jour est de 12,1 cigarettes avec un écart-type de 9,26 cigarettes par jour et des extrêmes de 1 à 40 cigarettes par jour.

Les cigarettes avec filtre ont été consommées dans 96,6% des cas (29/30).

5. Les motivations apparentes de l'arrêt du tabagisme (Q34):

Les motivations pour lesquels les ex-fumeurs sont le plus d'accord sont : protéger sa santé (96,6%), donner un bon exemple aux enfants (72,4%), respect à ses principes (62,1%) et la survenue de certains symptômes (48,3%).

Tableau 19 : motivations apparentes d'arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs.

	N	Très d'accord (%)	Moyennement d'accord (%)	Désaccord total (%)
La survenue de certains symptômes	29	48,3	10,3	41,4
pour ne pas déranger l'entourage	29	31	34,5	34,5
pour économiser l'argent	29	31	31	41,4
Pour donner un bon exemple à vos enfants	29	72,4	13,8	13,8
Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage	29	20,7	31	48,3
Se conformer à la pression des collègues	29	6,9	20,7	72,4
Pour protéger votre santé	29	96,6	0	3,4
Par respect à vos principes	29	62,1	17,2	20,7

6. Nombre de tentative d'arrêt avant le sevrage définitif (Q36) :

Le quart des ex-fumeurs (8 cas ; 25,8%) ont réussi à arrêter dès la première tentative, 16 cas (51,6%) ont eu besoin de plusieurs tentatives.

La moyenne des tentatives est de 2,1 fois avec un écart-type de 1,90 et des extrêmes de 0 à 6 fois.

Tableau 20 : moyenne de tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif

	moyenne	Ecart-type	Extrêmes
Nombre de tentatives d'arrêt	2,1	1,90	0-6

7. Usage d'artifices pour le sevrage (Q35):

Parmi les ex-fumeurs, 2 (6,6%) ont rapporté avoir utilisé des artifices pour les aider à arrêter de fumer, sans pour autant en préciser la nature, alors que les 28 cas (93,3%) ont réussi à arrêter sans aucune aide.

8. Etat de santé après sevrage (Q37) :

On observe que 96,6% (29 cas) ont rapporté un état de bien-être après le sevrage.

Parmi les ex-fumeurs, 17 personnes (56,6%) pratiquent régulièrement du sport après de sevrage.

9. Participation à une activité anti-tabac (Q39):

Seulement 4 ex-fumeurs (13,3%) participent à une activité anti-tabac.

VII. Les attitudes et les connaissances du personnel hospitalier :

1. Implication du tabac dans certaines maladies (Q40):

Les méfaits du tabac pour lesquels le personnel est le plus d'accord sont respectivement : les cancers (80,9%), les maladies respiratoires (81,9%) et les maladies cardiaques (68,9%).

Tableau 21 : degrés de connaissance du rôle du tabac dans certaines maladies chez l'ensemble du personnel.

	N	Fortement d'accord (%)	D'accord (%)	Incertain (%)	Pas d'accord(%)	Fortement en désaccord (%)
Les cancers	341	80,9	14,4	3,8	0,9	0
Les maladies respiratoires	342	81,3	17,8	0,9	0	0
Les maladies cardiaques	341	68,9	22	8,2	0,9	0
Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de mort subite du nourrisson	340	42,6	30	22,6	4,7	0
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies pulmonaires chez les adultes non-fumeurs	341	46,6	37,2	11,7	4,4	0
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies cardiaques chez les adultes non-fumeurs.	339	34,5	33	21,8	10	0,6
Le tabagisme chez le père augmente le risque de maladies des voies respiratoires inférieures telles que les pneumonies chez les enfants exposés	341	45,7	35,2	12	5,3	1,8

La différence, concernant la connaissance des méfaits du tabac, est non significative entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs.

Tableau 22 : avis sur l'implication du tabac dans certaines maladies

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		Total		P
		n	%	n	%	n	%	
Les cancers (fortement d'accord)	341	41	78,8	235	81,3	276	80,9	0,6
Les maladies respiratoires (fortement d'accord)	342	43	82,7	235	81,0	278	81,3	0,7
Les maladies cardiaques (fortement d'accord)	341	41	78,8	194	67,1	235	68,9	0,093
Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de mort subite du nourrisson (fortement d'accord)	340	23	44,2	109	37,8	132	38,8	0,3
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies pulmonaires chez les adultes non-fumeurs (fortement d'accord)	341	28	53,8	131	45,3	159	46,6	0,2
Le tabagisme passif augmente le risque de maladies cardiaques chez les adultes non-fumeurs (fortement d'accord)	339	21	40,4	96	33,4	117	34,5	0,3
Le tabagisme chez le père augmente le risque de maladies des voies respiratoires inférieures telles que les pneumonies chez les enfants exposés (fortement d'accord)	341	24	46,2	132	45,7	156	45,7	0,9

2. Mise en garde des malades vis-à-vis du tabac (Q41) :

Parmi les personnes ayant répondu à la question, 67,1% du personnel mettent souvent en garde leurs malades quand ils ont des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabagisme. Ce taux est de 82,3% chez les fumeurs actuels et de 64,3% chez les non-fumeurs. ($p=0,024$).

Le taux du personnel mettant souvent en garde les patients quand ces derniers posent des questions à propos du tabagisme est de 55,5%. Chez les fumeurs actuels, ce taux est de 66,6%, contre 53,4% chez les non-fumeurs ($p=0,1$).

Seulement 31,4% des fumeurs actuels et 19,4% des non-fumeurs mettent souvent en garde les patients quand ces derniers n'ont pas de symptômes de maladies liées au tabac et ne posent pas de questions sur le tabac. ($p=0,054$)

Tableau 23 : mise en garde des patients vis-à-vis du tabac chez l'ensemble du personnel :

	N	souvent	parfois	rarement	Jamais
Quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac	334	67,1%	20,4%	6,9%	5,7%
Quand le patient lui-même pose des questions sur le tabac	333	55,6%	23,7%	14,7%	6%
Quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de question sur le tabac	330	21,2%	25,2%	28,8%	24,8%

Tableau 24 : mise en garde des patients vis-à-vis du tabac :

Souvent mettre en garde les patients :	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		total		p
		n	%	n	%	n	%	
Quand ils ont des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac	334	42	82,3	182	64,3	224	67,1	0,024
Quand ils posent eux même des questions sur le tabac	333	34	66,6	151	53,4	185	55,5	0,1
Quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de question sur le tabac	330	16	31,4	54	19,4	70	21,2	0,054

3. Interdiction de fumer (Q42) :

Parmi les fumeurs actuels, 75% interdisent les gens de fumer dans leurs bureaux, contre 87,2% des non-fumeurs. La différence est significative ($p=0,023$).

Tableau 25 : interdiction de fumer dans certains endroits chez l'ensemble du personnel

	N	oui	Non
Dans votre service	336	85,7%	14,3%
Dans votre salle d'attente	333	79,9%	20,1%
Dans votre bureau	333	85,3%	14,7%
A vos enfants	336	90,2%	9,8%
A votre domicile	342	86,8%	13,2%

Tableau 26 : interdiction de fumer dans certains endroits

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		Total		P
		n	%	n	%	n	%	
Dans votre service	336	45	86,5	243	85,6	288	85,7	0,8
Dans votre dalle d'attente	333	42	80,8	224	79,7	266	79,9	0,8
Dans votre bureau	333	39	75,0	245	87,2	284	85,3	0,023
A vos enfants	336	45	86,5	258	90,8	303	90,2	0,3
A votre domicile	342	41	78,8	256	88,3	297	86,6	0,064

4. Avis du personnel sur des affirmations concernant les professionnels de santé (Q43) :

Parmi les fumeurs actuels, 66,6% pensent que les professionnels de santé doivent recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage, contre 48,1% des non-fumeurs. Avec une différence significative ($p=0,034$).

Tableau 27 : avis du personnel sur des affirmations concernant les professionnels de santé

	N	Fortement d'accord (%)	D'accord (%)	Incertain (%)	Pas d'accord(%)	Fortement en désaccord (%)
Servent de modèles pour leurs patients et le public	335	56,1	17	11	13,2	2,7
Doivent donner le bon exemple en ne fumant pas	337	73,3	21,4	2,7	1,8	0,9
Devraient systématiquement poser des questions sur les habitudes de tabagisme des patients	334	44,3	38,6	10,8	5,7	0,6
Doivent régulièrement informer leurs patients fumeurs à arrêter de fumer	335	58,5	31	6	3,9	0,6
Qui fument sont moins susceptible de conseiller les gens à arrêter de fumer	335	34,9	31,9	12,5	17,3	3,3
Devraient recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage	336	50,9	35,4	8,6	4,5	0,6
Devraient parler à des groupes communautaires au sujet du tabagisme	334	38,9	42,8	11,7	5,4	1,2
Devraient systématiquement conseiller les patients fumeurs de ne pas fumer près des enfants	336	76,5	17,3	4,2	1,5	0,6

On note que la majorité du personnel est d'accord à fortement d'accord sur toutes ces affirmations.

Tableau 28 : affirmation concernant les professionnels de santé

Etre fortement d'accord sur :	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		total		P
		n	%	n	%	n	%	
Servent de modèles pour leurs patients et le public	335	26	52,0	162	56,8	188	56,1	0,8
Doivent donner le bon exemple en ne fumant pas	337	32	62,7	215	75,1	247	73,3	0,1
Devraient systématiquement poser des questions sur les habitudes de tabagisme des patients	334	18	35,3	130	45,9	148	44,3	0,2
Doivent régulièrement informer leurs patients fumeurs à arrêter de fumer	335	27	54,0	169	59,3	196	58,5	0,7
Qui fument sont moins susceptible de conseiller les gens à arrêter de fumer	335	18	35,3	100	35,2	118	35,2	0,6
Devraient recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage	336	34	66,6	137	48,1	171	50,9	0,034
Devraient parler à des groupes communautaires au sujet du tabagisme	334	23	45,1	107	37,8	130	38,9	0,3
Devraient systématiquement conseiller les patients fumeurs de ne pas fumer près des enfants	336	42	82,3	215	75,4	257	76,5	0,3

5. Attitudes du personnel vis-à-vis certaines affirmations concernant la lutte anti-tabac (Q44) :

La majorité du personnel est fortement d'accord sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'interdiction des ventes de tabac aux enfants et sur le fait que les hôpitaux et les centres de soins de santé doivent être « sans fumée ».

Les fumeurs actuels et les non-fumeurs ont les mêmes attitudes, la différence est significative concernant l'interdiction des commandités du sport par l'industrie du tabac ($p=0,003$) et l'augmentation des prix du tabac ($p=0,055$).

Tableau 29 : avis du personnel sur des affirmations concernant la lutte antitabac

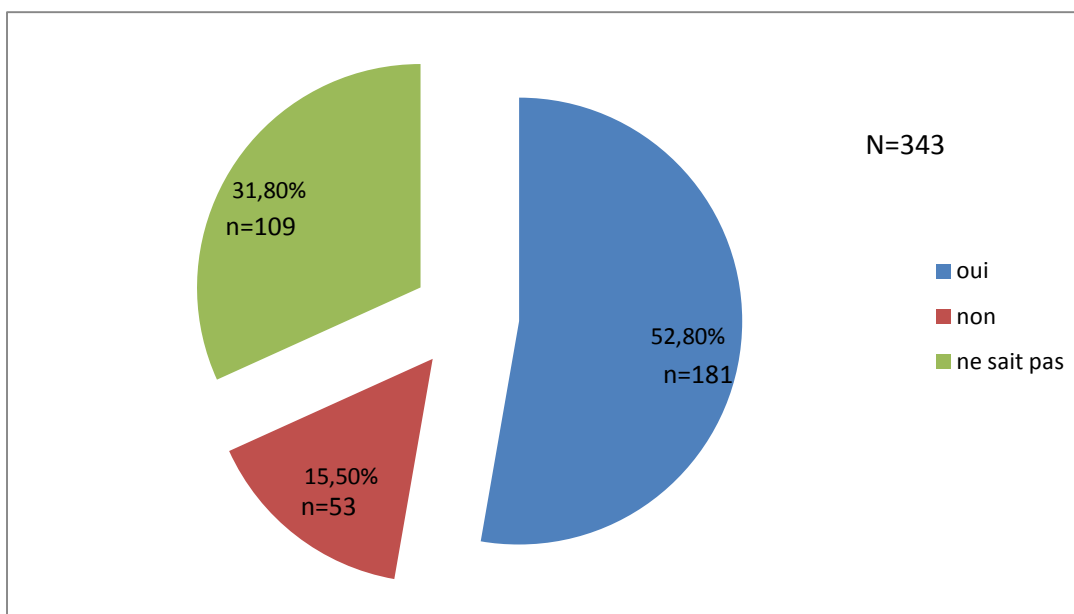
	N	Fortement d'accord (%)	D'accord (%)	Incertain (%)	Pas d'accord (%)	Fortement en désaccord (%)
Fumer dans les lieux publics fermés devrait être interdit	341	90	5,9	1,8	2,3	0
Les avertissements sanitaires dans les paquets de cigarettes doivent être en gros caractères	338	74	19,2	4,4	2,1	0,3
Les ventes de tabac aux enfants et aux adolescents devraient être interdites	341	85,3	9,7	3,2	1,5	0,3
Les commandités du sport par l'industrie du tabac devrait être interdites	337	62	19,3	12,8	4,5	1,5
Il devrait y avoir une interdiction complète des produits du tabac	341	78,3	15,2	5	0,6	0,9
Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être « sans fumée »	340	86,8	10,3	2,1	0,6	0,3
Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté	341	66,6	14,7	11,4	5,6	1,8

Tableau 30 : des affirmations concernant la lutte anti-tabac.

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		total		p
		n	%	n	%	n	%	
Fumer dans les lieux publics fermés devrait être interdit	341	46	90,2	261	90,0	307	90,0	0,9
Les avertissements sanitaires dans les paquets de cigarettes doivent être en gros caractères	338	40	78,4	210	73,2	250	74,0	0,4
Les ventes de tabac aux enfants et aux adolescents devraient être interdites	341	46	90,2	245	84,5	291	85,3	0,2
Les commandités du sport par l'industrie du tabac devrait être interdites	337	41	80,4	168	58,7	209	62,0	0,003
Il devrait y avoir une interdiction complète des produits du tabac	341	41	80,4	226	77,9	267	78,3	0,6
Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être « sans fumée »	340	43	86,0	252	86,9	295	86,8	0,8
Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté	341	28	54,9	199	68,6	227	66,6	0,055

6. Connaissance de l'existence de la loi anti-tabac (Q45) :

Sur l'ensemble de la population étudiée, 52,8% savent qu'il existe une loi anti-tabac. Les fumeurs actuels savent plus que les fumeurs de l'existence de la loi antitabac avec respectivement 74% et 49,1%. Cette différence est significative ($p < 0,001$).

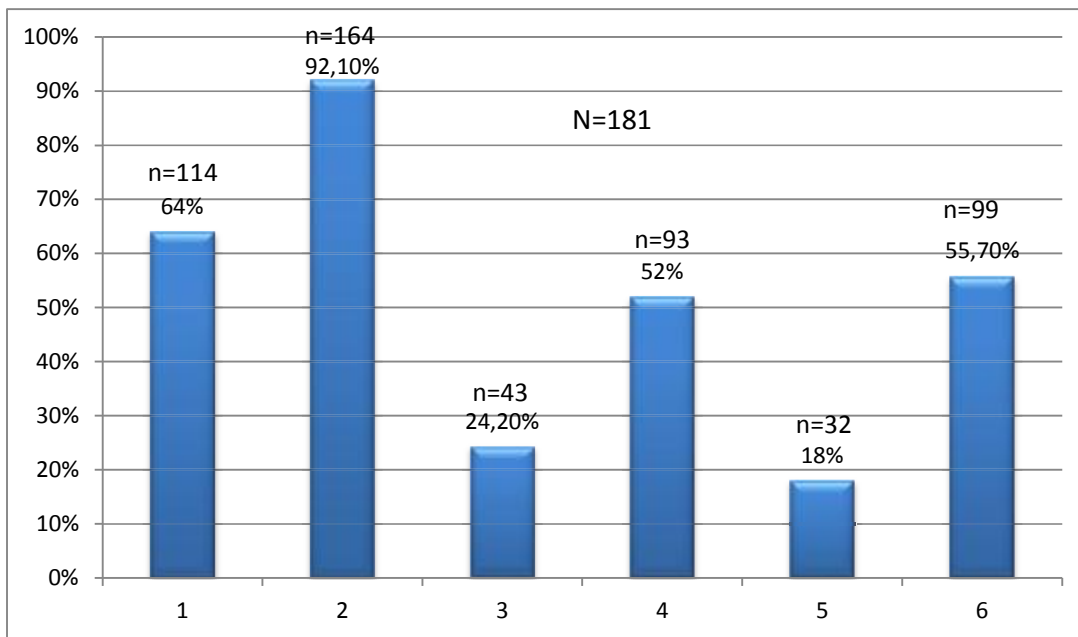


Graphique 26 : connaissance de la loi anti-tabac.

Tableau 31 : connaissance de la loi anti-tabac

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		total		p
		n	%	n	%	n	%	
Oui	343	37	74	144	49,1	181	52,8	<0,001
Non		9	18,0	44	15,0	53	15,5	
Ne sait pas		4	8,0	105	35,8	109	31,8	

Parmi les traités de cette loi, seule l'interdiction du tabac dans les lieux publics est connue par la majorité du personnel, alors que le reste des traités reste encore mal connu



Graphique 27 : connaissance des traités de la loi anti-tabac

- 1 : Interdit la publicité
- 2 : Interdit le tabac dans les lieux publics
- 3 : Aide à l'arrêt
- 4 : Interdit la vente aux enfants
- 5 : Encourage l'information du public en la finançant
- 6 : Impose l'information sur le paquet

La différence entre les connaissances des traités de la loi antitabac au Maroc des fumeurs actuels par rapport aux non-fumeurs n'est pas significative pour tous les traités.

Tableau 32 : connaissance des traités de la loi anti-tabac

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		total		p
		n	%	n	%	n	%	
Interdit la publicité	181	25	67,6	89	61,8	114	63,0	0,5
Interdit le tabac dans les lieux publics		32	86,5	132	91,7	164	90,6	0,3
Aide à l'arrêt		5	13,5	38	26,4	43	23,8	0,1
Interdit la vente aux enfants		15	40,5	78	54,2	93	51,4	0,1
Encourage l'information du public en la finançant		4	10,8	28	19,4	32	17,7	0,2
Impose l'information sur le paquet		17	45,9	82	56,9	99	54,7	0,2

7. Les formations reçues sur l'aide à l'arrêt du tabagisme (Q46, 47) :

Seuls 21,6% (74) du personnel se sont estimés suffisamment préparés pour aider les patients à arrêter de fumer. On retrouve 22% des fumeurs actuels et 21,2% des non-fumeurs.

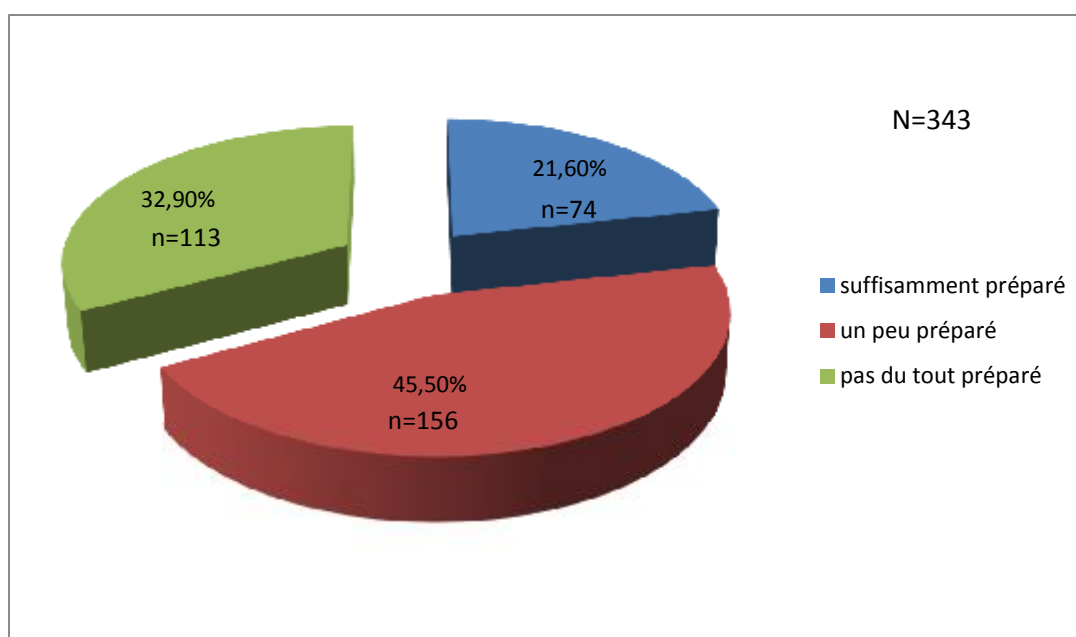
**Graphique 28 : Estimation du degré de préparation.**

Tableau 33 : estimation du degré de préparation.

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		Total	
		n	%	n	%	n	%
Suffisamment préparé	343	11	22,0	62	21,2	73	21,3
Un peu préparé		19	38,0	137	46,9	156	45,5
Pas du tout préparé		20	40,0	93	31,7	113	32,9
P= 0,6							

La majorité du personnel n'a reçu ni formation initiale ni formation post universitaire ni formation continue dans ce domaine.

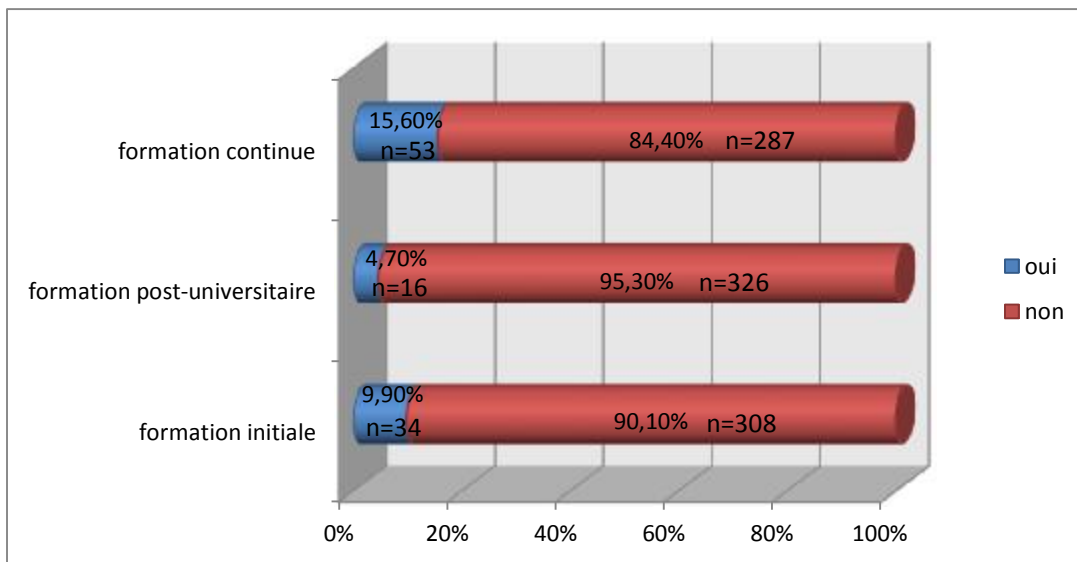
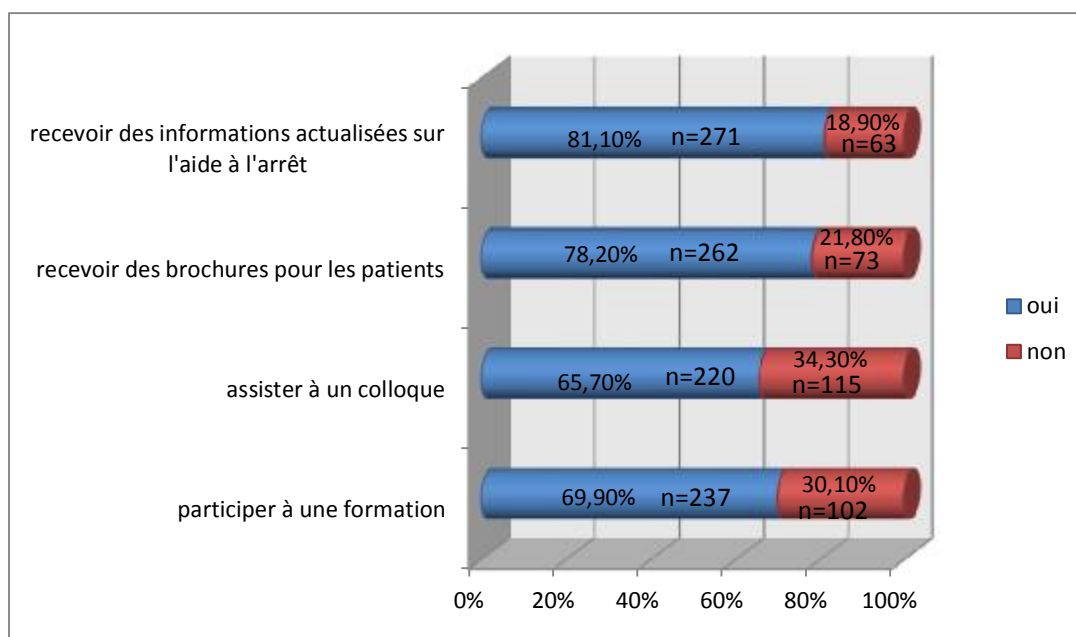
**Graphique 29 : les formations reçues.**

Tableau 34 : les formations reçues

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Formation initiale	342	5	10,0	29	9,9	34	9,9	0,9
Formation postuniversitaire	342	3	6,1	13	4,4	16	4,7	0,6
Formation continue	340	6	12,2	47	16,2	53	15,6	0,4

8. Les besoins du personnel concernant la pratique d'aide à l'arrêt du tabagisme (Q48) :

En ce qui concerne les besoins en matière d'aide à l'arrêt du tabagisme, 81,8% du personnel (84% des fumeurs actuels et 80,6% des non-fumeurs) ont besoin de recevoir des informations actualisées sur l'aide à l'arrêt. 78,2% du personnel (78% des fumeurs actuels et 78,2% des non-fumeurs) souhaitent recevoir des brochures pour les patients. 65,7% du personnel (68% des fumeurs actuels et 65,3% des non-fumeurs) souhaitent assister à un colloque. 69,9% du personnel (76% des fumeurs actuels et 68,9% des non-fumeurs) souhaitent participer à une formation.



Graphique 30 : Les besoins en matière de sevrage tabagique.

Les différences entre les besoins des fumeurs actuels par rapport aux non-fumeurs ne sont pas significatives.

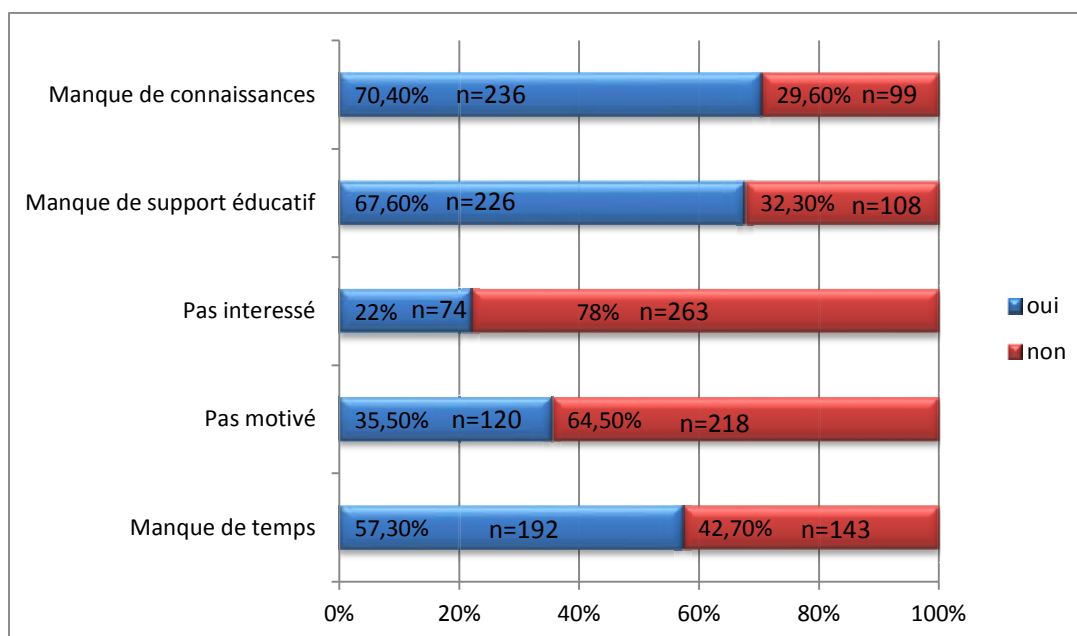
Tableau 35 : les besoins en matière de sevrage tabagique

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Participer à une formation	339	38	76,0	199	68,9	237	69,9	0,3
Assister à un colloque	335	34	68,0	186	65,3	220	65,7	0,7
Recevoir des brochures	335	39	78,0	223	78,2	262	78,2	0,9
Recevoir des informations actualisées	334	42	84,0	229	80,6	271	81,1	0,5

9. Les obstacles rencontrés dans l'aide à l'arrêt du tabagisme (Q49) :

Le manque de connaissances est l'obstacle le plus rencontré par le personnel (70,4%) suivi par le manque de support éducatif (67,6%) et le manque de temps (57,3%). On note également que le tiers du personnel n'est pas motivé pour aider au sevrage tabagique.

On plus des obstacles cités dans le graphique ci-dessous, l'absence de contact direct avec les patients, a été rapporté par 8 personnes.



Graphique 31 : les obstacles rencontrés.

Il n'existe pas de différence significative entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs sauf pour le manque de temps ($p=0,001$).

Tableau 36 : les obstacles rencontrés

	N	Fumeurs actuels		Non-fumeurs		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Manque de temps	335	39	78,0	153	53,7	192	57,3	0,001
Pas motivé	338	19	38,0	101	35,1	120	35,5	0,6
Pas intéressé	337	12	24,0	62	21,6	74	22,0	0,7
Manque de support	334	31	62,0	195	68,6	226	67,6	0,6
Manque de connaissances	335	37	74,0	199	69,8	236	70,4	0,5

VIII. Les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population :

Tableau 37 : tableau comparant les comportements, les connaissances et les attitudes des fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

	Non-fumeurs	Fumeurs actuels	p
Sexe :			
Homme	69,1%	30,9%	0,054
femme	98,9%	1,1%	
Age :			
Entre 21 et 30 ans	96,4%	3,6%	0,027
Entre 31 et 40 ans	77,8%	22,2%	
Entre 41 et 50 ans	82,9%	17,1%	
Entre 51 et 60 ans	86,4%	13,6%	
Profession :			
Médecins	78,1%	21,9%	0,016
Infirmiers	89,2%	10,8%	
Administrateurs	73,0%	27,0%	
Les connaissances :			
Le rôle du tabagisme passif dans les maladies pulmonaires chez les adultes non -fumeurs (fortement d'accord)	45,3%	53,8%	0,2
Existence de la loi anti-tabac au Maroc	49,1%	74,0%	<0,001
Les attitudes :			
Interdiction de fumer au domicile	88,3%	78,8%	0,064
Interdiction de fumer dans le bureau	87,2%	75,0%	0,023
Mise en garde des malades vis-à-vis du tabac :			
Souvent quand ils ont des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac	61,1%	80,8%	0,024
Souvent quand le patient lui-même pose des questions	50,7%	65,4%	0,1
Souvent quand le patient n'a pas de symptômes de maladies liées au tabac et ne pose pas de questions	19,4%	31,4%	0,054
Affirmations sur les professionnels de santé :			
Doivent donner le bon exemple en ne fumant pas. (Fortement d'accord)	72,1%	61,5%	0,1
Devraient recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage. (fortement d'accord)	46,0%	65,4%	0,034
Devraient systématiquement poser des questions sur les habitudes tabagiques des patients. (Fortement d'accord)	43,6%	34,6%	0,2
Affirmations sur la lutte antitabac :			
Les commandités du sport par l'industrie du tabac devrait être interdites. (fortement d'accord)	58,7%	80,4%	0,003
Les ventes de tabac aux enfants et adolescents devraient être interdites. (fortement d'accord)	84,5%	90,2%	0,2
Les prix des produits du tabac devraient être fortement augmentés. (fortement d'accord)	68,6%	54,9%	0,055
Aide à l'arrêt du tabagisme :			
Très bonne formation pour aider les patients à arrêter de fumer	21,2%	22,0%	0,4
Formation reçues :			
Formation initiale	9,9%	10,0%	0,9
Formation continue	16,2%	12,2%	0,4
Les attentes :			
Participer à une formation	68,9%	76,0%	0,3
Les obstacles :			
Manque de temps	53,7%	78,0%	0,001
Manque de motivation	35,1%	38,0%	0,6
Manque de support	65,4%	59,6%	0,6

Tableau 38 : analyse multivariée montrant les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population.

	Odds Ratio (OR)	Intervalle de confiance	P
Sexe	44,073	[10,047–193,343]	<0,001
Les prix des produits du tabac devraient être fortement augmentés (fortement d'accord)	0,298	[0,133–0,669]	0.003
Interdiction de fumer dans le bureau	0,223	[0,082–0,609]	0.003
Existence d'une loi antitabac au Maroc	2,743	[1,116–6,739]	0,028
Manque de temps	5,998	[2,501–14,384]	<0.001

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

- Le sexe
- L'âge
- La profession
- L'interdiction de fumer dans le bureau
- Mise en garde des patients vis-à-vis du tabagisme :
 - Souvent quand ils ont des symptômes ou un diagnostic d'une maladie liée au tabac
 - Souvent quand ils n'ont pas de symptômes ou de maladies liées au tabac et ne posent pas de question à propos du tabac
- Connaissance de l'existence ou non d'une loi antitabac
- Avis concernant les professionnels de santé :
 - Doivent recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage (fortement d'accord)
- Avis concernant la lutte anti-tabac :

- Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté.
(Fortement d'accord)
- Les commandités du sport par l'industrie du tabac devraient être interdites (fortement d'accord)
- L'aide à l'arrêt du tabagisme :
 - Le manque de temps

En ajustant sur les facteurs de confusion, l'analyse multi variée (tableau) montre que les facteurs influençant le comportement tabagique sont :

- Le sexe (OR= 44,073)
- Les prix des produits du tabac devraient être fortement augmentés (fortement d'accord) (OR=0,298)
- Interdiction de fumer dans le bureau (OR=0,223)
- Connaissances de l'existence de la loi antitabac (OR=2,743)
- Manque de temps (OR=5,998)

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....).

Au Maroc, la prévalence globale du tabagisme chez le personnel de santé varie de 10% à Casa [55] à 51,7% à Tanger [54]. A Fès, elle est de 13,7% au CHU Hassan 2 [53] et de 18,9% à l'hôpital Al-Ghassani [67]. Dans notre étude, elle est de 14,9%, figurant parmi les plus faibles. Néanmoins, il reste proche de celui retrouvé dans l'étude MARTA [12] où la prévalence chez la population générale était de 18%. Il en résulte que le statut « personnel de santé » n'influence pas la prévalence du tabagisme.

Tableau 39 : prévalence du tabagisme chez le personnel de santé au Maroc

Ville	Année d'étude	Effectif global	fumeurs	%
Casa [55]	1990	50	5	10
Tanger [54]	1991	176	91	51,7
Settat [75]	1995	80	34	42,5
Laâyoune [77]	1999	46	14	30,4
Azilal [76]	1997	37	13	35,1
Safi [79]	2000	53	13	24,5
Casa [80]	2005	58	12	20,7
Meknès [68]	2011	512	80	15,6
Fès [53]	2012	416	57	13,7
Fès [67]	2014	196	37	18,9
Notre étude	2015	350	52	14,9

En France, la prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier est passée de 32,6% en 2001 à 24% en 2003 [56].

En Espagne, cette prévalence est restée stable entre 1998 et 2001 (43,1% et 43%) [86].

Dans les pays voisins, comme l'Algérie, une étude réalisée auprès du personnel du CHU de Tizi-Ouzou avait objectivé une prévalence globale de 13,5%, alors qu'en Tunisie, cette prévalence était de 19%.

Au Sénégal, cette prévalence était de 11,6% [57].

Tableau 40 : prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier dans certains pays.

Pays	Année d'étude	Prévalence (%)
Espagne [86]	1996	42,3
	1998	43,1
	2001	43
France [56]	2001	32,6
	2002	31
	2003	24
Sénégal [57]	2005	11,6
Algérie [59]	2009	13,5
Tunisie [60]	2011	19

II. Etude de la prévalence :

1. Prévalence du tabagisme selon l'âge :

Dans notre étude, la tranche d'âge 31–40 ans est la plus touchée avec un taux de 22,2%, la prévalence est de 19,2% pour la tranche d'âge 35–44 ans. A Fès [53], la prévalence du tabagisme pour la tranche d'âge 35–44 ans est de 18,1%. Au Maroc, la tranche d'âge (35–44) ans est la plus touchée et elle est variable selon la ville et l'ancienneté d'enquête, elle varie de 44,7% à Casa [55] à 12,1% à Safi [79].

Les études menées auprès des étudiants en médecine de Fès et Oujda montraient clairement l'association du tabagisme avec l'âge. Le taux des fumeurs passe de 15,3% entre 17 et 20 ans à 48% entre 23 et 24 ans pour les étudiants de Fès [87]. Pour les étudiants d'Oujda ce taux passe de 4,8% entre 17 et 20 ans à 8,1% entre 21 et 25 ans [70].

Tableau 41 : prévalence du tabagisme selon l'âge chez le personnel de santé d'après certains travaux au Maroc.

Ville	Année d'étude	Prévalence de tabagisme chez la tranche d'âge 35–44 ans
Casa [55]	1990	44,7%
Safi [74]	1992	26,4%
Azilal [76]	1997	43,5%
Laâyoune [77]	1999	31,1%
casa [78]	2000	17%
Safi [79]	2000	12,1%
Casa [80]	2005	19,2%
Fès [53]	2012	18,1%
Notre étude	2015	19,2%

En Algérie, Liban, Egypte [58], 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. En Tunisie, le taux est de 20,7% pour la tranche d'âge 31-40 ans [60].

Tableau 42 : prévalence du tabagisme chez le personnel de santé selon l'âge dans certains pays.

Pays	Catégorie professionnelle	Age	%
Espagne [86]	Médecins	Moins de 30 ans	13,6
	Infirmiers		43,8
Bosnie [85]	Personnel hospitalier	Moins de 39 ans	48,8
		Plus de 40 ans	39,3
Albanie [89]	Etudiants en médecine	Etudiants 1 ^{ère} année	14,1
		5 ^{ème} année	40,3
Sénégal [61]	Personnel hospitalier	Moins de 45 ans	91,2
Estonie [84]	Médecins de sexe masculin	Moins de 34 ans	31,1
		Plus de 65 ans	13,7
	Médecins de sexe féminin	35-44 ans	12,7
France [62]	Personnel hospitalier	36-45 ans	36
		46-55 ans	27

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 :

D'après les études réalisées au Maroc, la prévalence du tabagisme chez les hommes est nettement supérieure à celle des femmes. Elle varie de 28,4% à Fès [53] à 52,5% à Settat [75] chez les hommes, alors que chez les femmes, la prévalence varie de 0,8% à Safi [79] à 23,4% à Settat [75].

Dans l'étude MARTA [12], réalisée entre 2005 et 2006, a montré que la fréquence des fumeurs dans la population marocaine est de 31,5% chez les hommes contre 3,3% de femmes.

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme est de 30,9% (50/168 cas) chez les hommes contre 1% (2/188 cas) chez les femmes. La prévalence du tabagisme chez les hommes de notre population reste similaire à celle retrouvée chez population générale (étude MARTA). Ces données montrent que le statut « personnel de santé » n'influence pas le statut tabagique.

L'analyse multivariée de notre étude a montré que le sexe masculin est un facteur de risque du tabagisme (OR : 44,073 ; IC : [10,047–193,343] ; $p < 0,001$). Ça rejoint les données retrouvées dans la littérature, notamment à Fès [53] (OR : 32,3 ; IC : [7,64–136,676] ; $p < 0,001$).

Tableau 43 : prévalence du tabagisme du personnel de santé selon le sexe

Ville	Année	Prévalence du tabagisme (%)	
		hommes	Femmes
Casa [52]	1990	44	22,9
Safi [74]	1992	39,1	13,8
Settat [75]	1995	52,5	23,4
Azilal [76]	1997	47,6	8
Laâyoune [77]	1999	38,5	8,6
Casa [78]	1999	28,6	0
Safi [79]	2000	34,3	0,8
Fès [53]	2012	28,4	1,3
Fès [67]	2014	39,8	0
Notre étude	2015	30,8	1

Tableau 44 : prévalence du tabagisme chez le personnel de santé selon le sexe dans certains pays.

Pays	Année	Prévalence du tabagisme	
		Hommes	Femmes
France	2003 [83]	25,9	23,4
	2010 [62]	38	27
Danemark [63]	2005	32,1	26,7
Bosnie [85]	2004	33,3	46
Sénégal [61]	2010	18,9	3,8
Bahreïn [90]	1999	83	15
Tunisie [60]	2011	40,5	3,4

On observe qu'au Maroc, comme dans d'autres pays arabes, la prévalence du tabagisme est très élevée chez les hommes par rapport aux femmes. Alors qu'au niveau des pays occidentaux, la différence entre les deux sexes est moins importante voire même élevée chez les femmes dans certains pays.

3. Prévalence du tabagisme selon le statut matrimonial:

Des études nationales réalisées auprès du personnel de santé à Settat [75] ; Azilal [76] et Laâyoune [77] montrent que les mariés fument dans, respectivement 34,3% ; 74,2% et 30,6% contre 54,5% ; 48,3% et 29,7% chez les célibataires. Des études faites à Casa [78]; [80] montrent que les médecins célibataires fument plus que les médecins mariés.

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme chez les mariés est de 15,7%, chez les célibataires 15,1%, alors que chez les divorcés et les veufs la prévalence est de 7,1% pour chacune des deux catégories.

Tableau 45 : prévalence du tabagisme selon le statut matrimonial

Ville	Années	Célibataires fumeurs (%)	Mariés fumeurs (%)	Veufs fumeurs (%)	Divorcé fumeurs (%)
Casa [78]	2000	18,5	15,9	0	–
Casa [80]	2005	28,6	18,8	–	33,3
Fès [53]	2012	14,4	13,2	0	0
Fès [67]	2014	14,5	21	–	–
Notre étude	2015	15,1	15,7	7,1	7,1

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

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes ayant un ou plusieurs enfants (15,8%), par rapport aux personnes n'ayant aucun enfant (10,2%).

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 [77] et de 20% à Safi [79].

5. Prévalence du tabagisme selon la profession :

a. Chez les médecins :

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme chez les médecins est de 21,2%. On observe que le personnel médical, qui devrait donner l'exemple, fume plus que les autres catégories de personnel de santé, en dehors du personnel administratif.

A Fès, elle de 13,7% au CHU Hassan 2 [53] et de 28,5% à l'hôpital al-Ghassani [67].

Tableau 46 : prévalence du tabagisme chez les médecins au Maroc.

Ville	Année	N	n	%
Casa [55]	1990	658	257	39,1
Tanger [54]	1991	176	91	51,7
Safi [74]	1992	80	33	41,2
Settat [75]	1995	80	34	42,5
Azilal [76]	1997	37	13	35,1
Laâyoune [77]	1999	46	14	30,4
Casa [80]	2005	58	12	20,7
Fès [53]	2012	416	57	13,7
Fès [67]	2014	28	8	28,5
Notre étude	2015	73	16	21,2

Tableau 47 : prévalence du tabagisme chez les médecins dans certains pays.

Pays	Année	Prévalence du tabagisme (%)
France	2003 [56]	15,9
	2007 [64]	7
Inde [81]	2005	10,5
Danemark [63]	2005	15
Grèce [66]	2005	38,6
Sénégal [61]	2010	12,2
Algérie	2009 [59]	12,3
	2011 [65]	18,4
Tunisie [60]	2011	13,6

b. Chez le personnel paramédical :

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme chez le personnel paramédical est de 10,8%.

Elle reste la plus basse comparée à d'autres études réalisées à l'échelle nationale où elle varie de 45% à Tanger [54] à 11,6% à Fès [67].

On constate tout de même que le taux des fumeurs chez le personnel paramédical a diminué au cours des années. (De 45% en 1991 [54] à 10,8% en 2015 [notre étude]).

Tableau 48 : prévalence du tabagisme chez le personnel paramédical au Maroc

Ville	Année	Prévalence du tabagisme (%)
Tanger [54]	1991	45,0
Settat [75]	1995	39,4
Azilal [76]	1997	35,3
Laâyoune [77]	1999	28,0
Safi [79]	2001	12,8
Casa [69]	2002	12,5
Casa [80]	2005	23,9
Fès [67]	2014	11,6
Notre étude	2015	10,8

A l'échelle internationale, cette prévalence varie de 14% au Sénégal [61] à 18% en France [62] et en Tunisie [60].

Tableau 49 : prévalence du tabagisme chez le personnel paramédical dans certains pays.

Pays	Année	Prévalence du tabagisme (%)
Danemark [63]	2005	17,9
Algérie [59]	2009	16
France	2010 [62]	18
	2007 [64]	24
Sénégal [61]	2010	14
Tunisie [60]	2011	18

c. Chez le personnel administratif :

Dans notre étude la prévalence du tabagisme chez le personnel administratif est de 27%. Elle est élevée par rapport à celles du personnel administratif de l'hôpital Al-Ghassani de Fès [67] et celui des hôpitaux de Casablanca [69] qui étaient respectivement de 16,7% et de 22,2%.

En France [62] cette prévalence est de 23%, en Danemark [63] elle est de 22,7% et en Tunisie [60] elle est de 20%.

d. Chez les agents de service :

Dans les hôpitaux de Casablanca [69] la prévalence du tabagisme chez les agents de services est de 15,5%. A l'hôpital Al-Ghassani de Fès [67] elle est de 46,1%, alors que pour le personnel de la province de Safi [79] la prévalence est de 23,7%.

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme chez cette catégorie professionnel figure parmi les plus bas avec 17,3%.

III. Etude des fumeurs actuels :

1. Age de début du tabagisme :

Dans notre étude 88,4% des fumeurs ont commencé avant l'âge de 26 ans dont 69,2% avant l'âge de 21 ans. La moyenne de l'âge de début du tabagisme est de 19,63 ans avec un écart-type de 4,42 et des extrêmes de 13 à 32 ans.

L'âge de début du tabagisme est relativement tardif (début des études universitaires), ceci incite à prendre des mesures en amont dès l'intégration de l'université.

Dans les différentes études marocaines, la prévalence des fumeurs ayant commencé à fumer avant l'âge de 21 ans varie de 43,4% à 71,4% chez le personnel de santé, comme le montre le tableau :

Tableau 50 : Age de début du tabagisme du personnel de santé

Ville	Année	Avant 21 ans (%)	Avant 26 ans (%)
Safi [74]	1992	56,6	79,6
Settat [75]	1995	46	89,7
Azilal [76]	1997	49	87,8
Laâyoune [77]	1999	63,6	83,3
Safi [79]	2000	49,3	N.P
Fès [53]	2012	71,4	94,6
Fès [67]	2014	51,3	97,2
Notre étude	2015	69,2	88,4

Tableau 51 : moyenne d'âge de début du tabagisme du personnel de santé

Ville	Année	Population	Moyenne d'âge de début du tabagisme (ans)
rabat [107]	2010	Personnel hospitalier	17
Fès [53]	2012	médecins	19,28
Fès [67]	2014	Personnel hospitalier	19,24
Notre étude	2015	Personnel hospitalier	19,63

En Grèce [66], une étude réalisée en 2005 montre que 83% des médecins fumeurs ont commencé avant l'âge de 25 ans dont 33% avant l'âge de 18 ans.

En France [92] une étude réalisée en 2003 montre que le taux du personnel de santé ayant commencé à fumer avant l'âge de 20 ans était de 71% contre 64,9% en 2000.

En Arménie [71], 47,2% des médecins hommes ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans contre seulement 14,3% des médecins femmes.

Tableau 52 : moyenne d'âge de début du tabagisme du personnel de santé dans certains pays

Pays	Population étudiée	Moyenne d'âge du début du tabagisme (ans)
Turquie [93]	Personnel de santé	Sexe masculin : 17
		Sexe féminin : 17,7
Allemagne [94]	Elèves infirmiers	16
Inde [81]	médecins	18,5
	Etudiants en médecine	16,5
Sénégal [61]	Personnel de santé	Sexe masculin : 20,5
		Sexe féminin : 17,4

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 de tabagisme est de 17,7 ans avec des extrêmes de 1 à 40 ans.

A Fès, la moyenne d'ancienneté du tabagisme chez les médecins du CHU Hassan 2 [53] est de 7,75 ans. Chez le personnel hospitalier de l'hôpital Al-Ghassani [67], 37,9% fument depuis 5 à 9 ans.

En France [82], 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.

En Algérie [59], la moyenne d'ancienneté du tabagisme est de 18,8 ans

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

Dans notre étude, la moyenne de cigarettes consommées par jour est de 11,25 cigarettes (écart-type=8,93) et des extrêmes de 1 à 40 cigarettes par jour. L'ensemble des fumeurs consomment des cigarettes avec filtre. On constate que 61,5% des fumeurs consomment moins de 10 cigarettes par jour.

Tableau 53 : répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Ville	Année	Petits fumeurs ≤10cig/jour	Moyens fumeurs 11à20 cig/jour	Gros fumeurs >21 cig/jour
Settat [75]	1995	47,4	39,1	13,2
Azilal [76]	1997	22,4	34,7	39,8
Laâyoune [77]	1999	35,3	58,9	5,8
Casa [78]	2000	56,5	30,4	13
Safi [79]	2000	43,5	49,4	7,5
Casa [80]	2005	57,7	31	15,5
Fès [53]	2012	74,6	23,7	1,8
Notre étude	2015	61,6%	28,8	9,6

En Grèce [66], 89% des médecins consommaient plus de 10 cigarettes par jour avec une moyenne de 20,8 cigarettes par jour. En France [89, 105,112], 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.

En Algérie, au CHU d'Oran [65], la consommation moyenne de cigarettes est de 16 par jour, alors qu'au CHU de Tizi-Ouzou [59] elle est de 15 par jour.

En Tunisie [60], 22,6% des fumeurs étaient des gros fumeurs (>20 cigarettes par jour). Au Sénégal [57], 65,5% du personnel étaient des moyens fumeurs (11 à 20 cigarettes par jour), alors que 31% étaient des gros fumeurs (> 20 cigarettes par jour).

4. Motivation du début du tabagisme :

Dans notre étude, la motivation de début du tabagisme est liée dans 75% des cas au plaisir. Cette motivation a été rapportée comme la principale dans la plupart

des études faites au Maroc sauf l'étude de Casa [78] où le taux de plaisir comme motivation chez les médecins est équivalent à celui de suivisme.

Tableau 54 : motivation du début du tabagisme du personnel de santé

Ville	Motivation	
	Plaisir (%)	Suivisme (%)
Fès [73]	54,5	27,3
Safi [74]	56	18,4
Settat [75]	52,1	31,9
Laâyoune [77]	70,2	12,3
Casa [78]	55,6	31,1
Casa [80]	53,5	32,4
Fès [53]	98,1	0
Notre étude	75%	7%

D'autre motivation de début du tabagisme ont été notés chez d'autres catégories de personnel de santé. Notamment, chez les étudiants en médecine de Fès [87], presque la majorité des étudiants ont fumé leur première cigarette par curiosité et à cause du stress des examens.

En France [95], 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 [96], cette motivation est représentée par le stress dans 42,8% et par la curiosité dans 34,4%. En Estonie [84] ; 30,8% des médecins continuent à fumer pour se relaxer, ce taux est de 25% chez les hommes contre 33,6% chez les femmes.

Au Sénégal [61], le personnel de santé tabagique fumait plus par plaisir (41,2 %), influence de l'entourage (36,5 %), impact de la publicité (35,3 %) que par le stress (21,2 %).

5. Dépendance à la nicotine :

Dans notre étude, en utilisant le score de Fagerström, nous constatons que 72,5% des fumeurs sont peu ou non dépendants et 55,8% consomment leur première cigarette après une heure de réveil contre 7,7% dans les cinq minutes.

A Fès [53], des données similaires ont été rapportés chez les médecins, en effet, 74,1% du personnel médical fumeur sont peu ou non dépendants, 53,7% consomment leur première cigarette après une heure de réveil contre seulement 5,5% dans les cinq minutes.

Au Sénégal [57], l'étude du personnel hospitalier du Centre Hospitalier FANN classe 17,2% des fumeurs comme étant faiblement dépendants, 55,2% moyennement dépendants et 27,6% comme fortement dépendants.

En Grèce [66], l'étude montre que 41,6% des médecins fumeurs ont une dépendance faible, 33,3% ont une dépendance moyenne et 15,1% ont une forte dépendance.

En Algérie [59], 8% des fumeurs sont classés comme non dépendants et 21,7% comme fortement dépendants.

6. Symptômes ressentis :

Dans notre étude, l'essoufflement à l'effort est le symptôme le plus fréquemment rapporté chez les fumeurs actuels dans 26,9% suivi de la toux matinale dans 25%. Ceci veut dire que ce sont des sujets qui auraient soit la bronchite chronique soit la bronchopneumopathie chronique obstructive. Ces personnes-là doivent être identifiées pour éventuellement confirmer ces diagnostics.

A Casa [78], l'essoufflement à l'effort est le symptôme le plus rapporté par les fumeurs (60,9%) suivi par la toux matinale (40%).

A Fès [53], la toux matinale était 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%.

7. Tabagisme sur le lieu de travail :

Dans notre enquête, le taux du personnel fumant dans les lieux du travail est de 40,4%. Ce taux reste relativement bas par rapport aux taux rapportés par d'autres séries marocaines, à savoir, 67,7% à Casa [80], 51,9% au CHU Hassan II de Fès [53] et 51,3% à l'hôpital Al-Ghassani de Fès. Sauf à la province d'Azilal où le taux de personnel fumant sur les lieux de travail est de seulement 14,3%.

En France [64], dans le cadre d'une étude réalisée au centre hospitalier Vichy en 2007, 49% des fumeurs déclaraient ne pas respecter la loi interdisant de fumer dans l'hôpital. En Espagne [86], 90,6% des médecins et 87,1% des infirmiers fument à l'hôpital et respectivement 2,9% et 1% fument devant leurs patients. En Danemark [63], le taux fumant sur les lieux du travail est de 20,9%. En Tunisie [60], 74 % ont rapporté fumer sur les lieux du travail et 8 % environ ont déclaré fumer en présence des malades.

Malgré l'interdiction de fumer dans les hôpitaux dans ces pays, on constate que les taux du personnel de santé fumant dans les lieux du travail demeurent élevés.

Ceci nous incite à renforcer les mesures locales d'interdiction de fumer et d'assurer l'application du programme « hôpital sans tabac » mis en œuvre dans les différents hôpitaux du royaume.

8. Tentatives d'arrêt du tabagisme :

Dans notre étude, 71,1% des fumeurs ont essayé au moins une fois d'arrêter de fumer.

A Fès, dans le CHU Hassan 2 de Fès [53] et dans l'hôpital Al-Ghassani [67], le taux de personnel fumeur ayant tenté de s'arrêter au moins une fois est respectivement de 46,3% et de 86,4%. A Casa [80], 81,7% du personnel de santé fumeur déclarent avoir tenté le sevrage au moins une fois.

En France [62], en 2010 le taux personnel fumeur ont déjà tenté d'arrêter au moins une fois est de 76%, ce taux était de 67% en 2000 [92] et 82,2% en 2002 [91]. En Grèce [66], en 2005 le taux de médecins fumeur ayant essayé d'arrêter au moins une fois était de 57%. Au Sénégal [61], 77,6% du personnel hospitalier fumeur ont tenté d'arrêter au moins une fois.

Il existe une volonté d'arrêt du tabagisme chez les fumeurs qui doit être appuyée par l'installation de consultation d'aide au sevrage tabagique dédié au personnel.

➤ **Motivation de sevrage :**

Dans notre étude, les deux motivations les plus rapportées par le personnel sont la protection de la santé (80,8%) et donner un bon exemple aux enfants (80%) ; de même que dans différentes études marocaines sauf à Casa [78] où la survenue de certains symptômes était la motivation principale chez le personnel de santé.

Tableau 55 : fréquences des fortes motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme.

ville	A1 (%)	A2 (%)	A3 (%)	A4 (%)	A5 (%)	A6 (%)	A7 (%)	A8 (%)
Safi [74]	56.6	30.6	30.2	31.4	N.P	22.0	79.2	47.0
Settat [75]	62.5	51.3	32.2	32.9	N.P	21.0	76.9	55.9
Azilal [76]	49.0	52.0	44.3	41.8	N.P	45.9	73.5	59.2
Laâyoune [77]	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 [78]	65.2	39.1	39.1	37.0	61.9	32.6	53.3	54.3
Safi [80]	58.4	53.8	70.8	46.0	87.7	43.1	66.7	64.9
Casa [80]	57.1	42.9	31.2	37.7	33.8	31.7	85.7	40.3
Fès [53]	64.1	47.2	39.6	20.7	65.4	5.7	85.2	50
Notre étude	70.6	50	47.1	39.2	80.0	22.0	80.8	70.6

A1 : Survenue de certains symptômes.

A2 : Pour ne pas déranger 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 : se conformer 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 étaient la "protection de la santé" (69%), et pour "survenue de certains symptômes " (56%), et pour "discipline personnelle" (53%) [87]. Alors que pour les étudiants en médecine d'Oujda, les raisons les plus fortes invoquées étaient la "Protection de la santé" (45,5%), la "Discipline personnelle " (31,8%), et "Pour donner le bon exemple" (22,7%) [70].

En France [92], 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 [81] ; 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 Estonie [84], 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 Tunisie [98], 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 [97], 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%).

IV. Etude des ex-fumeurs :

1. Répartition globale des ex-fumeurs :

Dans notre série, les ex-fumeurs représentent 8,57% de l'ensemble du personnel étudié. Au Maroc, ce taux oscille entre 5,53% à Fès [53] et 20,2% à Laâyoune [77].

Tableau 56 : prévalence des ex-fumeurs chez le personnel de santé au Maroc.

Ville	Année	Lot total	Prévalence (%)
Safi [74]	1992	520	14,0
Settat [75]	1994	440	11,3
Azilal [76]	1996	278	16,9
Laâyoune [77]	1999	258	20,2
Casa [82]	1999	299	10,7
Casa [78]	1999	303	7,6
Casa [80]	2005	312	12,2
Fès [53]	2012	416	5,53
Fès [67]	2014	196	7,6
Notre étude	2015	350	8,57

A l'échelle internationale, le taux des ex-fumeurs parmi le personnel hospitalier est plus élevé, notamment il est de 27,2% En Danemark [63] et 23,1% en France [62]. Au Sénégal [61] et en Algérie [65], ce taux est respectivement de 13,6% et 8%.

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

Dans notre travail, 83% des ex-fumeurs ont arrêté depuis plus d'un an et 86% ont arrêté depuis plus de 3 ans. La moyenne de la durée d'arrêt était de 13,45 ans avec des extrêmes de 6 mois à 36ans.

A Fès, au CHU Hassan 2, 87% ont arrêté de fumer depuis plus d'un an et 65% depuis plus de 3 ans, alors qu'à l'hôpital Al-Ghassani, 60% des ex-fumeurs ont arrêté de fumer depuis plus de 2 ans.

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

En France [95], 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, 54,6% ont fumé 11 ans et plus et 29% ont fumé pendant moins de 5 ans. La moyenne de la durée d'exposition tabagique est de 14,71 ans avec des extrêmes de 2 mois à 34 ans.

A Fès [53], 95,7% des ex-fumeurs ont réussi à arrêter après une durée d'exposition tabagique inférieure à 10 ans. Ce taux est de 22,6% à Casa [72] et 97,9% à Azilal [76].

Il en résulte que le sevrage est toujours possible quel que 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 nombre et le genre de cigarettes consommées par jour :

Dans notre étude, 60% des ex-fumeurs étaient des petits fumeurs. Un résultat similaire a été retrouvé à Fès [53] où la majorité des ex-fumeurs étaient des petits fumeurs. Des résultats différents étaient notés à Safi [74], à Settat [75] et à Azilal [76] où la plus grande part des ex-fumeurs se constituait de moyens fumeurs. A Casa [72] et à Fès [73], ils étaient pour la majorité de gros fumeurs.

Tableau 57 : répartition des ex-fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Ville	Année	Petits fumeurs (%) < 10cig/jour	Moyens fumeurs (%) 11 à 20 cig/jour	Gros fumeurs (%) <21cig/jour
Casa [72]	1990	12,3	23,6	59,4
Fès [73]	1991	32,0	28,0	40,0
Safi [74]	1992	34,2	48,1	17,7
Settat [75]	1994	12,5	5,6	33,9
Azilal [76]	1996	10,6	44,7	38,3
Casa [82]	1999	47,8	26,1	26,1
Casa [80]	2005	51,9	29,6	18,5
Fès [53]	2012	78,3	21,7	0
Notre étude	2015	60	26,7	13,3

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

Concernant le genre de cigarettes : 96,6% de nos ex-fumeurs consommaient des cigarettes avec filtre. Ce taux était de 95,7% à Fès [53], 63,3% à Azilal [76] et 75% à Settat.

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

Dans notre étude, la protection de la santé est la motivation la plus importante (96,6%) suivie de donner un bon exemple aux enfants (72,4%) et le respect des principes (62,1%).

Ces données appuient les données retrouvées chez les fumeurs, en plus du respect des principes, et particulièrement dans notre contexte socioculturel où l'Islam interdit le tabagisme selon les Fatwas des oulémas.

Les mêmes motivations ont été notées chez les fumeurs actuels, ce qui prouve que la motivation n'est pas ce qui manque aux fumeurs pour arrêter de fumer.

A Fès [53], 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 [80], 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 d'autres études marocaines, c'est la crainte des risques du tabac qui est la motivation forte de sevrage, à Settât [75], à Azilal [76] et à Casa [78], 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 série, 25,8% des ex-fumeurs ont réussi à arrêter dès la première tentative, tandis que 51,6% ont eu besoin de plusieurs tentatives.

A Fès [53], 40,9% ont eu au moins une tentative avant d'arrêter définitivement, alors que 59,1% ont en eu plusieurs.

A Casa [80], 84,2% des ex-fumeurs ont arrêté de fumer après plusieurs tentatives contre 2,6% qui ont réussi d'arrêter en une seule fois.

A Settât [75] ; Azilal [76] ; 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 et instaurer les consultations d'aide au sevrage tabagique.

➤ **Techniques de sevrage :**

Parmi nos ex-fumeurs, seuls deux cas (6,6%) ont eu recours à des artifices pour les aider à arrêter de fumer.

A Fès [53], au CHU Hassan 2, un seul cas (4,5%) a eu besoin d'artifice pour lui aider à arrêter, alors qu'à l'hôpital Al-Ghassani [67], 26% des ex-fumeurs ont eu recours aux différents moyens de sevrage (gomme, patch et médicaments).

En France [83], 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 acupuncture.

➤ **Etat de santé après le sevrage :**

Dans notre étude, 96,6% des ex-fumeurs rapportent un état de bien être après le sevrage. Des résultats similaires ont été rapportés à Fès [53] avec 81,8%, à Settat [75], à Azilal [76] avec 93,6% et à Casa [84, 86] avec 78,2% et 97,4%.

V. Les attitudes et les connaissances du personnel hospitalier :

1. Importance du rôle du tabac dans certaines pathologies :

Dans notre étude, la majorité du personnel est fortement d'accord sur l'importance du rôle du tabagisme dans les cancers et les maladies respiratoires et cardiaques, mais ils ont du mal à percevoir le rôle du 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% du personnel seulement ont eu un fort accord pour ces liens.

Malgré les connaissances pratiquement identiques des méfaits du tabac entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs, ceci n'a pas incité les fumeurs à arrêter de fumer.

Ceci a été même noté à un âge plus bas, chez les écoliers [108].

A Fès [53], un résultat similaire a été obtenu, puisque les complications du tabac les mieux reconnues par les médecins étaient les cancers et les maladies respiratoires et cardiaques. A Casa [80], les complications les mieux reconnues étaient les cancers bronchique et du larynx et la bronchite chronique.

Les connaissances sur les méfaits du tabagisme passif doivent être renforcées dans les campagnes de sensibilisation antitabac d'autant plus qu'une des motivations les plus importante d'arrêter est la protection des enfants.

Par contre des études internationales réalisées par G Soto Mas F et al [99] et Hodgetts G et al [100] montrent que tout le personnel connaît les maladies liées au tabagisme.

En France [101], 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 série, 67,1% du personnel mettent souvent en garde leurs malades quand ces derniers ont des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabagisme (situation 1), 55,6% du personnel les mettent souvent en garde quand ils posent des questions à propos du tabagisme (situation 2) et seulement 21,2% les mettent en garde de façon systématique (situation 3). On en conclue que le tabagisme est négligé par le personnel hospitalier tant qu'il ne provoque pas de symptôme ou de maladie chez le patient.

On a noté que les fumeurs actuels mettent plus en garde les patients vis-à-vis du tabac par rapport aux non-fumeurs, probablement grâce à leur vécu et leurs connaissances des méfaits du tabac.

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.

Dans l'étude de Fès [53], 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 est sorti comme facteur déterminant du comportement tabagique dans l'analyse multivariée.

Tableau 58 : mise en garde vis-à-vis du tabagisme chez le personnel de santé dans certaines villes

Ville	Situation 1	Situation 2	Situation 3
Safi [74]	76,1	59,4	15,8
Settat [75]	90,4	79,0	12,4
Azilal [76]	74,6	54,5	11,0
Laâyoune [77]	65,3	53,6	13,3
Casa [78]	57,4	52,1	13,5
Safi [79]	75,7	44,2	13,5
Casa [80]	89,6	63,2	15,4
Fès [53]	92,7	80,2	14,9
Notre étude	67,1	55,6	21,2

A l'échelle internationale, en France [102], 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 [84], 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 Japon [88], 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 Tunisie [98], 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 par les fumeurs:

Dans notre étude, la majorité du personnel interdit de fumer dans tous les lieux cités dans le questionnaire (service, salle d'attente, bureau, aux enfants, à domicile). Ce taux est plus élevé quand l'interdiction concerne leurs enfants avec 90,2%. Ceci incite à utiliser l'influence sur les enfants du comportement tabagique des parents pour les inciter au sevrage tabagique.

L'analyse multivariée de notre étude fait sortir l'interdiction de fumer dans le bureau comme facteur protecteur contre le tabagisme (OR : 0,223 ; IC : [0,082–0,609] ; p=0.003).

Des résultats similaires ont été trouvés à Fès [53] et à Casa [80] où plus de 80% du personnel interdisent de fumer dans tous les endroits cités. L'analyse multivariée de l'étude de Fès [53] a montré que l'interdiction de fumer à domicile est un facteur déterminant du comportement tabagique.

Ce qui montre qu'il faut insister sur l'application de l'interdiction du tabac dans les lieux publics et privés pour empêcher le comportement tabagique.

En France [91] ; 64% du personnel de santé déclarent qu'ils ne devraient pas fumer à l'hôpital.

4. Attitudes du personnel vis-à-vis de certaines affirmations concernant les professionnels de santé :

La conviction que les professionnels de santé doivent recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage est essentiellement liée au statut tabagique. Les fumeurs actuels semblent plus convaincus que les non-fumeurs que le personnel de santé doit recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage. Ce qui incite à utiliser le comportement tabagique des fumeurs pour les arrêter de fumer et aider les autres à ne pas fumer ou à arrêter de fumer.

5. Attitudes du personnel vis-à-vis de certaines affirmations concernant la lutte anti-tabac :

La majorité du personnel est fortement d'accord que l'usage du tabac devrait être interdit dans les lieux publics, que la vente du tabac aux enfants et aux adolescents devrait être totalement interdite et que les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être « sans fumée ». Et 66,6% du personnel reconnaissent l'importance de la majoration des prix des produits du tabac dans la baisse de la consommation.

La majoration des prix du tabac est sortie dans l'analyse multivariée comme facteur protecteur contre le tabagisme (OR : 0,298 ; IC : [0,133-0,669] ; p=0.003) aussi bien dans notre étude que dans l'étude du CHU Hassan 2 de Fès [53]. C'est pourquoi nous recommandons qu'elle soit une mesure importante dans la lutte antitabac.

Des résultats similaires ont été trouvés chez les médecins du CHU Hassan II de Fès [53] et les étudiants de médecine de Fès [87].

Une enquête réalisée à Oujda et Berkane [103] 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 l'existence d'une loi anti-tabac :

Sur l'ensemble de notre population, 52,8% savent qu'il existe une loi anti-tabac au Maroc. Les fumeurs actuels savent plus que les non-fumeurs de l'existence de cette loi (respectivement 74% et 49,1%). Ces taux restent très bas pour une population qui devait donner l'exemple dans la lutte anti-tabac.

L'analyse multivariée fait sortir la connaissance de cette loi comme facteur déterminant du comportement tabagique (OR : 2,743 ; IC : [1,116-6,739] ; p=0,028). En effet, malgré une meilleure connaissance de l'existence d'une loi antitabac, sa non application sur le terrain encourageraient les fumeurs à continuer de fumer. C'est pourquoi nous recommandons une application stricte de cette loi.

A Fès, Le même résultat a été obtenu au CHU Hassan II [53], notamment 55,9% savent de l'existence d'une loi anti-tabac ; 66,1% pour les fumeurs et 54,3% pour les non-fumeurs, alors qu'à l'hôpital Al-Ghassani [67], ce taux est de 77% de l'ensemble du personnel.

Ce taux est plus bas chez les étudiants en médecine de Fès [87] et Oujda [70], il est respectivement de 24% et 22%.

Les médecins généralistes d'Oujda et Berkane [103] rapportent dans 81,4 % qu'il existe une loi antitabac au Maroc, ce résultat est très proche de celui de l'étude de Meknès [89].

7. Aide à l'arrêt du tabagisme :

Dans notre travail, 78,4% du personnel étudié se sont estimés insuffisamment formé pour aider les patients à arrêter de fumer. Ceci peut être expliqué par le taux très faible des formations reçues par le personnel sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme, puisque la majorité du personnel n'a reçu ni formation initiale ni formation post universitaire ni formation continue dans ce domaine. Dans l'étude de Fès [53],

l'analyse multivariée a montré que la très bonne formation dans l'aide à l'arrêt du tabac est un facteur déterminant du comportement tabagique. Ce qui incite à encourager les formations spécifiques aux techniques de sevrage.

Le personnel rencontre plusieurs obstacles entravant 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 notre personnel. Au CHU Hassan II de Fès [53], 51,9% des médecins interrogés ont l'estimation de ne pas être suffisamment formés et outillés pour aider leurs patients à arrêter de fumer, ils ont évoqué les mêmes obstacles rapporté dans notre étude. L'analyse multivariée a montré que le manque de temps est un facteur de risque du tabagisme (OR : 5,998 ; IC : [2,501-14,384] ; $p < 0.001$). le manque de temps serait une marque de charge de travail et du stress qu'il engendre, ce qui serait un facteur de risque du comportement tabagique.

Les mêmes résultats sont rapportés par les études de Meknès et Oujda [101, 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 %) [104] et l'étude de Coleman T et al. [105] 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 al. [100] 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 [106], en France [130] et en Grande Bretagne [105]. 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 de l'étude de G Soto Mas F et al. [99].

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 tabacologie 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 tabacologie.

Les fumeurs actuels ont exprimé leurs volonté d'arrêter par plusieurs tentatives d'arrêt, ils connaissent bien les méfaits du tabac, ils mettent en garde les patients vis-à-vis du tabac plus que les non-fumeurs, ils ont exprimé leur volonté de recevoir des formations et des informations sur le sevrage et l'aide à l'arrêt du tabagisme, ils connaissent mieux que les non-fumeurs l'existence de la loi anti-tabac. La cause de la difficulté de sevrage tabagique chez les fumeurs actuels serait probablement la dépendance (27,5% des fumeurs actuels sont au moins moyennement dépendants).

RECOMMANDATIONS

Notre étude nous rapporte des informations judicieuses concernant les connaissances, attitudes et comportement du personnel hospitalier vis-à-vis du tabac. A la lumière de ces données, des recommandations peuvent être proposées :

1. Recommandations de campagne de lutte antitabac :

- Encourager les formations spécifiques aux techniques de sevrage ;
- Les campagnes de sensibilisations et de lutte antitabac peuvent tenir compte des motivations d'arrêt rapportées dans notre étude. Notamment, la protection de la santé, la protection des enfants et le respect des principes. Tout en insistant sur l'influence du comportement tabagique des parents sur les enfants ;
- Les messages de sensibilisation doivent renforcer les connaissances des méfaits du tabagisme et particulièrement les méfaits du tabagisme passif.

2. Recommandations d'aide au sevrage tabagique :

- L'installation de consultation d'aide au sevrage tabagique dédié au personnel ;
- Dépistage des complications du tabac (bronchite chronique, BPCO) chez les fumeurs.

3. Recommandations législatives :

- L'application stricte de la loi antitabac ;
- Renforcer les mesures locales de l'application de la stratégie « hôpital sans tabac » ;
- La majoration des prix et des taxes sur les produits du tabac.

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 au sujet du tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed V de Meknès.

L'enquête menée à cet égard conclu à la forte prévalence du tabagisme à 14,9% surtout chez les hommes (30,8% des hommes).

Partant des résultats de ce travail, nous avons relevé cinq principaux déterminants du comportement tabagique du personnel hospitalier :

- Facteurs de risque :
 - Le sexe masculin (OR= 44,073) ;
 - La connaissance ou non de l'existence de la loi antitabac (OR=2,743) ;
 - Le manque de temps comme obstacle à l'aide à l'arrêt du tabagisme (OR=5,998).
- Facteurs protecteurs :
 - L'interdiction, par le personnel, de fumer dans le bureau (OR=0,223) ;
 - Etre fortement d'accord sur l'importance de la majoration des prix du tabac (OR=0,298) ;

A la lumière de ces résultats, nous avons établi des recommandations de lutte antitabac et de sevrage tabagique et des recommandations législatives.

RESUME

RESUME

Le tabagisme, est un véritable problème de santé publique est au centre de l'actualité médicale. Il représente l'une des causes de morbidité et de mortalité accessible à la prévention. Cependant, il est tout à fait possible de s'opposer aux conséquences sanitaires et sociales de ce fléau mondial en agissant sur les moyens de prévention.

Le but de notre travail est de déterminer la prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed V de Meknès, ainsi que leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements face au tabagisme.

Il s'agit d'une étude exhaustive réalisé en 2015 par auto questionnaire portant sur 350 cas, la saisie et l'exploration des données a été faite par le logiciel SPSS.

Les résultats montrent que la prévalence globale est de 14,9% ; ce taux est de 21,9% chez les médecins, 10,8% chez les infirmiers et de 27% chez les administrateurs. Le tabagisme est significativement élevé chez les hommes (30,9%) par rapport aux femmes (1,1%). La tranche d'âge la plus touché par le tabagisme est celle entre 31 et 40 ans avec 22,2%.

L'analyse bi variée a montré plusieurs déterminants possibles du comportement tabagique :

La prévalence du tabagisme est liée au sexe (30,9% des hommes sont fumeurs et 1,1% des femmes sont fumeuses), l'âge : (22,2% des fumeurs sont âgés entre 31 et 40 ans, 17,1% entre 41 et 50 ans et 13,6% entre 51 et 60 ans), la profession (21,9% des médecins sont fumeurs, 10,8% des infirmiers sont fumeurs et 27% des administrateurs sont fumeurs).

Cette prévalence est significativement plus élevée chez le personnel qui met souvent en garde les patients qui présentent des symptômes ou un diagnostic de

maladies liées au tabac (80,8% des fumeurs vs 61,6% des non-fumeurs), chez le personnel qui est fortement d'accord que les professionnels de santé doivent recevoir une formation spécifique aux technique de sevrage (65,4% des fumeurs vs 46% des non-fumeurs), chez le personnel qui sont fortement d'accord sur l'importance de l'interdiction des commandités du sport par l'industrie du tabac (80,4% des fumeurs vs 58,7% des non-fumeurs), chez le personnel connaissant l'existence de la loi anti-tabac(74% des fumeurs vs 49,1% des non-fumeurs) et chez le personnel n'ayant pas assez de temps pour aider les patients à arrêter de fumer (78% des fumeurs vs 53,7% des non-fumeurs).

La prévalence est significativement moins élevée chez le personnel qui est fortement d'accord sur l'importance de l'augmentation des prix des produits du tabac (54,9% des fumeurs vs 68,6% des non-fumeurs).

L'analyse multivariée a permis d'isoler cinq facteurs déterminants qui sont :

- Facteurs de risque :
 - Le sexe masculin (OR=44,073) ;
 - La connaissance ou non de l'existence de la loi antitabac (OR=2,743);
 - Le manque de temps comme obstacle à l'aide à l'arrêt du tabagisme (OR=5,998).
- Facteurs protecteurs :
 - L'interdiction, par le personnel, de fumer dans le bureau (OR=0,233) ;
 - Etre fortement d'accord sur l'importance de l'augmentation des prix du tabac (OR=0,298) ;

A la lumière de ces données, nous avons établis des recommandations de lutte antitabac et de sevrage tabagique et des recommandations législatives adaptées au personnel hospitalier.

SUMMARY

Smoking, a real public health problem is at the center of the medical news. It represents one of the causes of morbidity and mortality accessible to prevention. However, it is entirely possible to oppose the health and social consequences of this global scourge by acting on means of prevention.

The objective of our study is to determine the prevalence of smoking among hospital staff of the Mohamed V hospital of Meknes and their knowledge, attitudes and behaviors related to smoking.

It's an exhaustive study realized in 2015 by self-administrated questionnaire on 350 cases, seizure and data mining has been done on SPSS software.

The results show that the overall smoking prevalence was 14,9%, this rate was 21,9% among physicians, 10,8% among paramedics and 27% among administrators. The rate of smoking was highly significant for men (30,9%) than women (1,1%). The age group most affected by tobacco is between 31 and 40 years old (22,2%).

The bivariate analysis showed several potential determinants of smoking behavior:

The prevalence of smoking is linked to sex (30,9% of men are smokers and 1,1% of women are smokers), age (22,2% of smokers are between 31 and 40 years old, 17,1% are between 41 and 50 years old and 13,6% are between 51 and 60 years old) and the profession (21,9% of physicians are smokers, 10,8% of paramedics are smokers and 27% of administrators are smokers).

This prevalence is significantly higher among staff who often cautions patients against the dangers of smoking when these patients represent symptoms or illnesses related to tobacco (80,8% of smokers vs 61,6% of non-smokers), among staff who has a strong agreement that health professionals have to take weaning formations (65,4%

of smokers vs 46% of non-smokers), among staff who has a strong agreement that the sports complementary by the tobacco industry should be banned (80,4% of smokers vs 58,7% of non-smokers), among staff knowing the existence of the anti-smoking law (74% of the smokers vs 49,1% of the non-smokers and among staff who doesn't have enough time to help patients quit smoking (78% of smokers vs 53,7% of non-smokers).

This prevalence is significantly lower among staff that has a strong agreement about the importance of the increase of the tobacco products prices (54,9% of smokers vs 68,8% of non-smokers).

The multivariate analysis allowed to isolate 5 factors that are determinants:

- Risk factors:
 - The sex (OR=44,073);
 - The knowledge of the existence of the anti-smoking law (OR=2,743);
 - The lack of time as an obstacle of helping patients quit smoking (OR=5,998);
- Protective factors:
 - The ban of smoking in the office (OR=0,233);
 - Having a strong agreement on the importance of the increase of the tobacco products prices (OR=0,298);

In the light of these data we have established anti-tobacco, smoking cessation and legislative recommendations tailored to hospital staff.

ملخص

يعتبر التدخين مشكلا محوريا في الصحة العمومية, إذ يعد من أهم أسباب الأمراض و الوفيات الممكن تجنبها عن طريق الوقاية. و مع ذلك من الممكن تماما الحد من العواقب الصحية والاجتماعية لهذه الافة العالمية بالعمل على ركائز وسائل الوقاية. الهدف من هذه الدراسة هو تحديد مدى انتشار التدخين بين الطاقم الاستشفائي لمستشفى محمد الخامس بمكناس, وكذا المعارف, المواقف و السلوكيات المرتبطة بالتدخين.

إنها دراسة شاملة أجريت عام 2015 بالاعتماد على استمارة ذاتية بصدد 350 حالة, تحليل المعطيات و البيانات تم عن طريق برنامج SPSS.

تظهر النتائج أن الانتشار العام للتدخين بلغ 14.9% و قد مثل 21.9% لدى الأطباء, 10.8% لدى الممرضين و 27% لدى الإداريين. وقد كانت نسبة التدخين عند الرجال (30.9%) أكبر من النساء (1.1%). شريحة السن بين 31 و 40 سنة كانت الأكثر تدخيننا (22.2%).

أظهر التحليل ثنائي المتغيرات كثيرا من المحددات المحتمل مساهمتها في التدخين:

نسبة التدخين لها علاقة بالجنس (30.9% من الذكور مدخنون و 1.1% من الإناث مدخنات), السن : (22.2% من المدخنين سنهم بين 31 و 40 سنة, 17.1% سنهم بين 41 و 50 سنة, 13.6% سنهم بين 51 و 60), المهنة (21.9% من الأطباء مدخنون, 10.8% من الممرضين مدخنون و 27% من الإداريين مدخنون).

نسبة انتشار التدخين كانت مرتفعة عند من يقومون بتحذير مرضاهم بمخاطر التدخين في حالة وجود مرض مرتبط بهذا الأخير (80.8% من المدخنين و 61.6% من غير المدخنين), عند من لديهم اتفاق قوي على أن على منهيبي الصحة تلقي تكوين حول وسائل الإقلاع عن التدخين (65.4% من المدخنين و 46% من غير المدخنين), عند من لديهم اتفاق قوي على أنه يجب منع رعاية و دعم الرياضة من طرف شركات التبغ (80.4% من المدخنين و 58.7% من غير المدخنين), عند الذين يعلمون بوجود قانون منع التدخين (74% من المدخنين و 49.1% من غير المدخنين) و عند الذين ليس لديهم وقت كاف لمساعدة المرضى على الإقلاع عن التدخين (78% من المدخنين و 53.7% من غير المدخنين).

نسبة انتشار التدخين كانت أقل عند من لديهم اتفاق قوي بأهمية رفع أئمة منتجات التبغ (54.9% من المدخنين و 68.6% من غير المدخنين).

التحليل متعدد المتغيرات سمح بعزل 5 عوامل مساهمة في تعاطي التدخين:

- عوامل مساعدة:

• الجنس

- المعرفة بوجود قانون "منع التدخين"
- عدم كفاية الوقت لمساعدة المرضى للإقلاع عن التدخين

- عوامل واقية:

- منع التدخين داخل المكتب
- اتفاق قوي بأهمية رفع أئمنة منتجات التبغ

على ضوء هذه المعطيات، وضعنا توصيات لمكافحة التدخين و للإقلاع عن التدخين و توصيات تشريعية تخص الأطقم

الاستشفائية.

BIBLIOGRAPHIE

- 1: Global Youth Tobacco Survey. World Health Organization 2013
- 2: Peto R. Lopez A.D
The future worldwide health effects of current smoking patterns.
Jossey-bass, 2001
- 3: convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, 2005
- 4: N. Wirth, A. Bohadana, A. Spinosa.
Tabagisme : de la prévention au sevrage.
Rev Mal Respir 2004; 21: 1197-201
- 5: Tobacco Control Country Profiles 2003. <http://www.globalink.org>.
- 6: Colombus C, Ife BW.
Journal of the first voyage.
Warminster: Aris & Philips, 1990:259
- 7: Nejari C. Benjelloun M.C Berraho M.
Prevalence and demographic factors of smoking in Morocco.
Int J Public Health. 2009; 54(6):447-51
- 8: Tachfouti N. Berraho M Benjelloun MC.
Knowledge and attitude about antismoking legislation in Morocco according to smoking status.
East Mediterr. Health Journal. 2011; 17 pp. 297-302
- 9 : Etournaud A., Lutz R., Jaccard P.
Tabac et produits du tabac.
Manuel Suisse des Denrées Alimentaires (MSDA),2005 :06 pages.
- 10 : Dautzenberg B.
Chicha, cannabis et tabac à rouler.....les dangers des nouvelles façons de fumer.
TABACOLOGIA, vivre sans fumées. OFT ENTREPRISE, 2007; 5: 15-27.

- 11 : La Cigarette Electronique, une méthode efficace pour arrêter de fumer
<http://www.fragger.fr/>
- 12: Health New Zealand, « The Ruyan e-cigarette; Technical Information Sheet [archive]] »
Health New Zealand, 2007-10-17.
- 13 : Lebargy F.
Composition de la fumée de tabac. Pharmacologie de la nicotine.
Bases physiopathologiques de la dépendance au tabac. Faculté de Nancy, 2006.
- 14 : Saint-Jalm Y.
Technologie du tabac et de la cigarette. 2005.
- 15 : Delage C.
Sevrage tabagique en 2008.
Thèse de Doctorat en Pharmacie. 2008, Université de Nancy I.
- 16 : B. DAUTZENBERG.
Traiter le tabagisme : une priorité en cancérologie pulmonaire.
REV. PNEUMOL. CLIN., 2004, 60, 6-308-311
- 17 : A.-L. Le Faou, O. Scemama.
Épidémiologie du tabagisme.
Rev. Mal. Respir. 2005; 22: 8S27-8S32
- 18 : R. Doll, R. Peto, J. Boreham, I.
Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male
British doctors *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE
- 19 : www.la-cigarette.com
- 20 : Le Gercor. Les types de cancers : le cancer du poumon. 2004.
http://www.canceronet.com/public/types_cancer/types_cancer12.asp

- 21 : X. CASTELLSAGUE, N. MUNOZ, E. DE STEFANI.
INDEPENDENT AND JOINT AFFECTS OF TOBACCO SMOKING AND ALCOHOL DRINKING ON THE RISK OF ESOPHAGEAL CANCER IN MEN AND WOMEN.
Int. J. Cancer: **82**, 657–664 (1999)
- 22: Jay D. Hunt, Olga L. van der Hel, Garnett P.
Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: Meta-analysis of 24 studies.
Int. J. Cancer: **114**, 101–108 (2005)
- 23: K. K Teo, S. Ounpuu, S. Hawken, MR Pandey.
Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study.
Lancet 2006; 368: 647–58
- 24: G. D. Batty, M. Kivimaki, L. Gray.
Cigarette smoking and site-specific cancer mortality: testing uncertain associations using extended follow-up of the original Whitehall study.
Annals of Oncology 19: 996–1002, 2008
- 25: P. Marques-Vidal, JP. Cambou, J. Ferrières, 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: M. Öberg, Maritta S. Jaakkola, A. Woodward.
Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries.
Lancet 2011;377:139–46.
- 27: N. Roche
Bronchopneumopathie chronique obstructive.
Rev Mal Respir Actual 2009 ; 26 : 21–31

28: J. Perriot.

INFLUENCE DU TABAGISME SUR LES MALADIES RESPIRATOIRES : IDEES RECUES ET REALITES. 17ème congrès de Pneumologie de Langue Française. Lille, février 2013.

29 : http://www.oncoprof.net/Generale2000/g02_Prevention/Index/Index_pr07.php

30 : E. Peyret

Addiction chez la femme enceinte : Tabac : sevrer plus tôt.

La revue du praticien Médecine générale. 2010 ; 24(842) : 421-4

31 : P. Habib,

Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement.

J Gynecol Obstet Biol Reprod / vol 34, hors-série N°1, 2005.

32 : Conférence de consensus : Grossesse et tabac. Lille, Octobre 2004.

33 : G. Chéron, S. Timsit.

Tabac et mort subite du nourrisson.

J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32(1): 1S33-1S40

34: Lettre mensuelle d'informations sur les effets du tabagisme et le sevrage tabagique.

Janvier 2007 ; N° 73.

35 : Theadom A, Cropley M.

Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: a systematic review.

Tob Control 2006; 15:352-8.

36 : K. Wisborg, U. Kesmodel, T.B Henriksen

A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS.

Arch Dis Child 2000;83:203-206

- 37: Dewi R Evans, Robert G Newcombe, H Campbell.
Maternal smoking habits and congenital malformations: a population study.
British Medical journal, 1979, 2, 171–173
- 38: Bu–Tian Ji, Xiao–Ou Shu, Martha S. Linet.
Paternal Cigarette Smoking and the Risk of Childhood cancer Among Offspring
of Nonsmoking Mothers.
Journal of the National Cancer Institute, Vol. 89, No. 3, February 5, 1997
- 39: N.C Thomson, M. Spears.
The influence of smoking on the treatment response in patients with asthma.
Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2005 Feb;5(1):57–63
- 40: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.
Volume 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. 2004
- 41: Jiang He, Suma Vupputuri, Kristaallen.
Passive smoking and the risk of coronary heart disease: a meta–analysis of
epidemiologic studies.
The New England Journal of Medicine, march 25, 1999: 920–926
- 42: The Health consequences of involuntary smoking. U.S Department of Health and
Human Services. 1986.
- 43: Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de
l'aide à l'arrêt du tabac. Agence Française De Sécurité Sanitaire Des Produits De
Sante – Mai 2003 –
- 44 : Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt. Comité National Contre le
Tabagisme (CNCT) Dépliant Inpes, réf. 220–17012–DE
- 45 : Visier J.
Vivez Léger sans la fumée! Conseils nutritionnels pour réussir votre sevrage
tabagique.
TABACOLOGIA, vivre sans fumées. OFT Entreprise, 2007 ; 6 : 13–16.

- 46 : James O. Prochaska, Carlo C. DiClemente, Wayne F. Velicer.
Predicting change in smoking status for self-changers.
Addictive Behaviors, Vol. 10. pp. 395-406, 1985.
- 47: F. Lebargy, L.A Becquart.
Epidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac.
EMC-Médecine 2 (2005) 171-190
- 48 : J.Mansourati, M.-L. Borel, S. Munier, A.-L. Guevel-Jointret.
Médicaments d'aide au sevrage tabagique. Presse Med 2005; 34: 1331-6
- 49: www.has-sante.fr
- 50: Vidal Recos. 2015
- 51: P. Guichenez, I. Clauzel, C. Cungi.
Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique.
Rev Mal Respir 2007; 24: 171-82
- 52: Todd F. Heatherton, Lynn T. Kozlowski, Richard C. Frecker & Karl-Olov Fagerström.
The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire.
British Journal of Addiction (1991) 86, 1119-1127
- 53: BOULMAKOL S.
Comportement, connaissances et attitudes du personnel médical du CHU Hassan II de Fès vis-à-vis du tabagisme.
Thèse Méd., FMPF, 2012, N° 120/12
- 54 : EL OUASSI B.
Tabagisme chez le personnel de santé de la province de Tanger.
Thèse Méd., Casablanca, 1991, N° 205.
- 55 : OUAMOUDI M.
Enquête sur le tabagisme chez les médecins à Casablanca.
Thèse Méd., Casablanca, 1990, N° 23.

- 56 : Baromètre tabac personnel hospitalier. Observatoire français des drogues et toxicomanie. France 2003
- 57 : N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.H.M. Ndiaye.
Étude préliminaire sur le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHN de Fann.
Rev. Mal. Respir. 2006 ; 23 : 59–67
- 58 : J-F. Tessier, C. Nejjari, M. Bennani-Othmani.
Le tabagisme dans les pays méditerranéens, INT J TUBERC LUNG DIS 3 (10): 927–937, 1999.
INT J TUBERC LUNG DIS 3 (10): 927–937
- 59: N. Hammache, F. Toudeft, M.S. Messadi.
Le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHU Tizi-Ouzou. 2009
Revue des Maladies Respiratoires Vol 26, N° HS1 – janvier 2009
- 60: S. Mezghani Ben Salaha, H. Rhifb, O. Elguesmia, A. Ben Abderrahmena, A. Hayounia, N. Mrizakb,
M. Benzartia.
Connaissances, attitudes et comportements du personnel hospitalier vis-à-vis du tabagisme et de la réglementation anti-tabac : résultats d'une enquête réalisée au CHU F.-Hached de Sousse (Tunisie). Revue de Pneumologie clinique (2011) 67, 347—353.
- 61 : N.O. Touré, K. Thiam, A. Diatta, Y. Dia Kane, E.M. Ndiaye, M.F. Cissé, F.B.R. Mbaye, A.A. Hane.
Le tabagisme chez le personnel médical et paramédical dans quatre grands hôpitaux de Dakar. Revue des Maladies Respiratoires (2011) 28, 1095—1103.
- 62 : B. Fougerea, M. Undernera, P. Ingranda, J.-C. Meurice.
Tabagisme du personnel du centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer.
Revue des Maladies Respiratoires (2011) 28, 1104—1110.

- 63 : P. N. Kannegaard, S. Kreiner, P. Gregersen, H. Goldstein.
Smoking habits and attitudes to smoking 2001 among hospital staff at a Danish hospital.
Preventive Medicine 41 (2005) 321–327
- 64: L.T. Nguyen, N. Gravier, S. Roncolato Marty, M.L. Vent, A. Benamane, D. Wahl.
Prévalence de tabagisme au CH Vichy.
11e Congrès de pneumologie de langue française Lyon, 2–5 Février 2007.
- 65 : Ziane B., Medjane R., Rezk-kallah B., OuldKadi F., Lellou S. Tebboune C.B., Berrabah Y.
Profil des habitudes tabagiques du personnel hospitalier. CHU Oran.
Université d'Oran, Batna, 4–5 Mai 2011
- 66 : A. Sotiropoulosa, A. Gikasb, E. Spanouc, D. Dimitrelosc, F. Karakostasc.
Smoking habits and associated factors among Greek physicians.
Public Health (2007) 121, 333–340
- 67: BAMINE H.
Prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital al-Ghassani Fès.
Thèse Méd. FMPF, 2014 N° 22/12.
- 68 : BOUTAHIRI N.
Facteur de risques cardio-vasculaire chez le personnel de l'hôpital Mohamed 5 Meknès.
Thèse Méd. FMPF, 2011. N° 32/11.
- 69 : A. Alaoui Yazidi, M Bartal, A. Mahmal, A. Moutawakil, A. Bakhatar, M. Lahlou, M. El Biaze, Ch. Laraqui.
Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca: connaissances, attitudes et pratiques.
Rev. Mal. Respir, 2002, 19, 435–442.

70 : GARTIT M.

Tabagisme chez les étudiants en médecine d'Oujda.

Thèse Méd. FMPF, 2013, N°73/13

71 : PERRIN PAUL C, MERRILL RAY M, LINDSAY GORDAN B.

Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia.

BMC Public Health 2006, 6:139

72: OUAMOUHDI M.

Enquête sur le tabagisme chez les médecins à Casablanca.

Thèse Méd., Casablanca, 1990, N° 23.

73 : EL JAAFARI M.

Tabagisme chez le personnel de la province de Fès.

Thèse Méd., Casablanca, 1991, N° 182

74 : AIT HMAD T.

Tabagisme chez le personnel de santé à Safi.

Thèse Méd., Casablanca, 1992, N° 236.

75 : BERROUCH E.

Tabagisme chez le personnel de santé à Settat.

Thèse Méd., Casablanca, 1995, N° 11.

76 : FAKIR A.

Tabagisme chez le personnel de santé dans la province d'Azilal.

Thèse Méd., Casablanca, 1997, N° 46

77 : 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.

78 : MHIJANE K.

Attitudes et comportements du personnel de santé face à un hôpital à Casablanca.

Thèse Med., Casablanca, 2000, N° 283.

79 : MARIAMI M.

Tabagisme chez le personnel de santé de Safi.

Thèse Med., Casablanca, 2001, N° 346

80 : OUAHMANE S.

Prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital sidi Othmane de Casablanca.

Thèse Méd. FMPC 2005.

81 : 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 professionals in Kerala, India : The need for enhanced tobacco cessation and control effort.

Addictive Behaviors, 2006, 31 (8): sous Presse.

82: J.TREDANIEL, S.KARSENTY, CI.CHASTANG, K. SLAMA, A. HIRCH.

Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français.

Rev. Mal. Resp., 1993. 10. 35-38

83 : RUFF F, CHIÈZE F, JOSSERAN L, BEAUJOUAN L, SCHOELCHER A, OURANANOU A.

Baromètre tabac personnel hospitalier 2002.

Paris : Réseau Hôpital sans Tabac, 07/2003.

84: PÄRNA K, RAHU K, RAHU M.

Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians.

Public Health (2005) 119, 390-399.

85: 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.

86: FERNANDEZ RUIZ ML, SANCHEZ BAYLE M.

Evolution of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain.

Gac Sanit. 2003 Jan-Feb ; 17 (1) : 5-10.

87: EL OUARDANI M.

Tabagisme chez les étudiants en médecine de Fès.

Thèse Méd. FMPF, 2012, n° 70/12

88 : MENO T., HAYASHI O.K., MIZUNUMA H., NAKAI S., OHASHI Y. and SUZUKI S.

Impact of reproductive experience on women's smoking behavior in Japanese nurses. Public Health, Volume 119, Issue 9, September 2005, Pages 816-824.

89: BOUKHRISSA A.

Tabagisme: connaissances, attitudes et comportements des médecins généralistes de la région de Meknès.

Thèse Méd. FMPF, 2007 n° 31/07.

90: BEHBEHANI NN, HAMADEH RR, MACKLAI NS.

Knowledge of and attitudes towards tobacco control among smoking and nonsmoking physicians in two Gulf Arab states.

Saudi Med J. 2004 May; 25 (5): 585-91.

91 : LOIC JOSSERAN.

Principaux résultats de l'enquête baromètre soignants.

BEH, n°48, 2004

92 : VERONIQUE VILLEMONTAIX.

Le tabagisme au centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.

Mémoire pour l'obtention du diplôme Inter Universitaire de Tabacologie, 1999-2000.

93: GULSEN GUNES, LEYLA KARAOGLU, METIN F. GENC, ERKAN PEHLIVAN, MUCAHIT EGRI.

University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counseling in Malatya, Turkey.

Preventive Medicine 34, 370-373 (2002).

94: KILIAN RAPPA, GISELA BÜCHELE, ANKE G. JÄHNKE, STEPHAN K. WEILAND.

A cluster-randomized trial on smoking cessation in German student nurses.

Preventive Medicine, 2006, 42 (6) : 443-444.

95: GONTIER JULIETTE.

Enquête au Centre Hospitalier d'Albi.

Mémoire pour l'obtention de DIU de tabacologie et d'hygiène respiratoire, Septembre 2001.

96: 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).

97: 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.

- 98: 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.
- 99: 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.
- 100: 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.
- 101: JOSSERAN L., RAFFIN J., BRUCKER G.
Comportement tabagique des étudiants en médecine.
Service de Santé Publique : G.H Pitié Salpêtrière Octobre 2001.
- 102: SALOMON L, LEVU S, STEFFEN C, PAPY E, BLANCHON T, MATHERN G, DAUTZENBERG B, DELOMAS P, BRUCKER G.
Les Internes et le tabagisme : Connaissances et pratiques.
BEH de 2001.
- 103: AMRAOUI R.
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.
Thèse Méd. FMPF, 2009, n° 09/09
- 104: 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

105: 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

106: 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 et santé publique.

107 : I. Id Ahmed , H. Moubachir , I. Nayme , K. Marc , M. Soualhi , R. Zahraoui , J.E. Bourkadi, J. Benamor , G. Iraqui.

Tabagisme chez le personnel de santé à l'hôpital MY Youssef.

16e Congrès de pneumologie de langue française, Lyon 2012.

108 : MIRY S.

Meta-analyse des études sur les connaissances, attitudes et comportements des écoliers vis-à-vis du tabagisme dans la région centre-est du Maroc.

Thèse Méd. N° 119/15, FMPF, 2015.

109 : la loi antitabac arrive au Maroc

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

110 : l'ébauche d'une vraie loi antitabac au Maroc

<http://www.yabiladi.com/article-politique-1429.html>

LISTE DES GRAPHIQUES, DES TABLEAUX ET DES PHOTOS

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : répartition du personnel selon le sexe

Graphique 2 : répartition du personnel selon l'âge

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

Graphique 4 : répartition selon la profession.

Graphique 5 : prévalence globale du tabagisme

Graphique 6 : Nombre de cigarettes par jours chez les fumeurs actuels.

Graphique 7 : prévalence du tabagisme selon la durée du tabagisme

Graphique 8 : prévalence de la consommation des autres produits tu tabac

Graphique 9 : le coût journalier des cigarettes

Graphique 10 : délai avant la première cigarette

Graphique 11 : la difficulté de fumer lorsque c'est interdit

Graphique 12 : la cigarette la plus difficile à renoncer.

Graphique 13 : nombre de cigarettes fumées par jour

Graphique 14 : répartition selon le rythme

Graphique 15 : répartition des réponses selon fumer ou non quand on est malade ou alité.

Graphique 16 : score de Fagerström

Graphique 17 : Tabagisme dans les zones non-fumeurs.

Graphique 18 : les prévisions dans 6 mois à propos de la quantité de consommation de cigarettes.

Graphique 19 : l'envie d'arrêter de fumer.

Graphique 20 : les prévisions dans 4 semaines concernant la quantité de consommation de cigarettes.

Graphique 21 : ne pas être content de fumer.

Graphique 22 : score de Q-mat.

Graphique 23 : répartition des ex-fumeurs selon l'âge de début du tabagisme.

Graphique 24 : répartition des ex-fumeurs selon la durée d'exposition tabagique.

Graphique 25 : répartition des ex-fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour.

Graphique 26 : connaissance de la loi anti-tabac.

Graphique 27 : connaissance des traités de la loi anti-tabac

Graphique 28 : Estimation du degré de préparation.

Graphique 29 : les formations reçues.

Graphique 30 : Les besoins en matière de sevrage tabagique.

Graphique 31 : les obstacles rencontrés.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques staturο-pondérales

Tableau 2 : prévalence du tabagisme selon le sexe

Tableau 3 : répartition des fumeurs actuels selon l'âge

Tableau 4 : prévalence du tabagisme selon le sexe et la profession

Tableau 5 : moyenne d'IMC selon le statut tabagique

Tableau 6 : répartition des fumeurs selon l'âge de début du tabagisme

Tableau 7 : la moyenne d'âge de début du tabagisme selon le statut tabagique.

Tableau 8 : la moyenne du nombre de cigarettes consommées par jour chez les fumeurs actuels

Tableau 9 : la durée du tabagisme

Tableau 10 : le coût journalier des cigarettes

Tableau 11 : Tabagisme sur les lieux du travail

Tableau 12 : gêne à fumer sur les lieux du travail

Tableau 13 : Fumeurs actuels qui vivent avec des fumeurs sous le même toit.

Tableau 14 : Tentative de sevrage selon le statut tabagique

Tableau 15 : nombre de tentatives d'arrêt de tabagisme

Tableau 16 : la durée la plus longue de tentatives de sevrage tabagique

Tableau 17 : difficulté ressenties au cours du sevrage

Tableau 18 : les motivations d'un éventuel arrêt.

Tableau 19 : motivations apparentes d'arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs.

Tableau 20 : moyenne de tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif

Tableau 21 : degrés de connaissance du rôle du tabac dans certaines maladies chez l'ensemble du personnel.

Tableau 22 : avis sur l'implication du tabac dans certaines maladies

Tableau 23 : mise en garde des patients vis-à-vis du tabac chez l'ensemble du personnel :

Tableau 24 : mise en garde des patients vis-à-vis du tabac :

Tableau 25 : interdiction de fumer dans certains endroits chez l'ensemble du personnel

Tableau 26 : interdiction de fumer dans certains endroits

Tableau 27 : avis du personnel sur des affirmations concernant les professionnels de santé

Tableau 28 : affirmation concernant les professionnels de santé

Tableau 29 : avis du personnel sur des affirmations concernant la lutte antitabac

Tableau 30 : des affirmations concernant la lutte anti-tabac.

Tableau 31 : connaissance de la loi anti-tabac

Tableau 32 : connaissance des traités de la loi anti-tabac

Tableau 33 : estimation du degré de préparation.

Tableau 34 : les formations reçues

Tableau 35 : les besoins en matière de sevrage tabagique

Tableau 36 : les obstacles rencontrés

Tableau 37 : tableau comparant les comportements, les connaissances et les attitudes des fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Tableau 38 : analyse multivariée montrant les facteurs liés au comportement tabagique dans notre population.

Tableau 39 : prévalence du tabagisme chez le personnel de santé au Maroc

Tableau 40 : prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier dans certains pays.

Tableau 41 : prévalence du tabagisme selon l'âge chez le personnel de santé d'après certains travaux au Maroc.

Tableau 42 : prévalence du tabagisme chez le personnel de santé selon l'âge dans certains pays.

Tableau 43 : prévalence du tabagisme du personnel de santé selon le sexe

Tableau 44 : prévalence du tabagisme chez le personnel de santé selon le sexe dans certains pays.

Tableau 45 : prévalence du tabagisme selon le statut matrimonial

Tableau 46 : prévalence du tabagisme chez les médecins au Maroc.

Tableau 47 : prévalence du tabagisme chez les médecins dans certains pays.

Tableau 48 : prévalence du tabagisme chez le personnel paramédical au Maroc

Tableau 49 : prévalence du tabagisme chez le personnel paramédical dans certains pays.

Tableau 50 : Age de début du tabagisme du personnel de santé

Tableau 51 : moyenne d'âge de début du tabagisme du personnel de santé

Tableau 52 : moyenne d'âge de début du tabagisme du personnel de santé dans certains pays

Tableau 53 : répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Tableau 54 : motivation du début du tabagisme du personnel de santé

Tableau 55 : fréquences des fortes motivations d'un éventuel arrêt du tabagisme.

Tableau 56 : prévalence des ex-fumeurs chez le personnel de santé au Maroc.

Tableau 57 : répartition des ex-fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour

Tableau 58 : mise en garde vis-à-vis du tabagisme chez le personnel de santé dans certaines villes

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : une cigarette industrielle

Photo 2 : les beedies

Photo 3 : le cigare [9]

Photo 4 : la pipe

Photo 5 : le narguilé

Photo 6 : la cigarette électronique

Photo 7 : Les différents constituants de la cigarette [19]

Photo 8 : Effets du tabagisme sur la fonction pulmonaire [29]

ANNEXE

Service de Pneumologie
CHU Hassan II - Fès
Pr. M. EL BIAZE.

Enquête sur le Tabagisme
Chez le Personnel hospitalier
du CHR Mohamed V, Meknès.

QUESTIONNAIRE ANONYME ET CONFIDENTIEL

N° Fiche :

Date d'entretien :/...../2015

Cher collègue:

Le service de pneumologie de CHU Hassan II de Fès organise une enquête pour évaluer les comportements, les connaissances, et les attitudes du personnel hospitalier de l'hôpital Mohamed V vis-à-vis du tabagisme.

Ce questionnaire s'adresse à l'ensemble du personnel médical, paramédical et administratif y compris ceux qui n'ont pas une pratique de prise en charge du tabagisme car leurs opinions nous intéressent également.

Nous vous remercions de bien vouloir participer à la réussite de cette initiative dont l'objectif est de participer à la lutte contre le fléau du tabagisme.

**MERCI BEAUCOUP D'AVANCE POUR VOTRE
COLLABORATION**

Prière de cocher la ou les cases correspondantes dans l'affirmative, et de préciser certains éléments.

I. INFORMATIONS GENERALES :

Q1. Sexe? 1. M 2. F

Q2. Age : ans

Q3. Poids : Kg

Q4. Taille : cm

Q5. Statut matrimonial:

1 Marié(e)

2 Célibataire

3 Séparé(e) ou divorcé(e)

4 Veuf (ve)

Q6. Combien d'enfants avez-vous?.....

Q7 Profession:

1 Médecin Spécialiste

2 Médecin Généraliste

3 Infirmier

4 Aide-soignant

5 Administrateur

6 Agent de service

Q8. Nationalité:.....

II. COMPORTEMENT TABAGIQUE :

Q9. Avez-vous déjà fumé: 1 Oui 0 Non **(SI(NON) VEUILLEZ PASSER A LA QUESTION 40)**

Q10. Avez-vous déjà fumé au moins 100 cigarettes ou la somme équivalente dans votre vie ?

1 Oui 0 Non

Q11. À quel âge avez-vous essayé la cigarette ? (Ans)

Q12. Etes-vous :

1 Ex-fumeur **(VEUILLEZ PASSER A LA QUESTION 31)**

2 Fumeur occasionnel

3 Fumeur quotidien

II.A Fumeurs :

Q13. Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous par jour?...../jr

Q14. Pendant combien de temps vous avez fumé? (Années)

Q15a. Quelle marque fumez-vous habituellement ? 1 Marlboro 2 Marquise

3 Gauloises 4 Fortuna 5 Camel 6 Winston 7 Autre__ **Q15b :.....**

Q16. Les cigarettes que vous fumez, sont-elles filtrées ? 1 Oui 2 Non

Q17a. Fumez-vous le cigare : 1 Oui 0 Non Si oui, combien de fois :

.... /Jour ou.... /Semaine ou.... /Mois

Q17b. Fumez-vous la chicha: 1 Oui 0 Non Si oui, combien de fois

.... /Jour ou.... /Semaine ou.... /Mois

Q17c. Fumez-vous la pipe : 1 Oui 0 Non Si oui, combien de fois

.... /Jour ou.... /Semaine ou.... /Mois

Q18. Motivations apparentes : 1 Suivismisme 2 Plaisir 3 Snobisme (cherche à se distinguer, appartenir à une élite) 4 Autre:.....

Q19. Combien vous dépensez par jour en moyenne pour fumer ? (Dirhams)

Q20. Evaluer votre degré de dépendance à la nicotine :

Q20a. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

1 dans les 5 premières minutes : 3 points

2 entre 6 et 30 minutes : 2 points

3 entre 31 et 60 minutes : 1 point

4 après 60 minutes : 0 point

Q20b. Avez-vous du mal à ne plus fumer lorsque c'est interdit?

1 Oui :1point

0 Non : 0 point

Q20c. A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer?

1 La 1^{ère} le matin : 1 point

2 Une autre : 0 point

Q20d. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? (question répétée)

1 10 ou moins : 0 point

2 11 à 20 : 1 point

3 21 à 30 : 2 points

4 31 et plus : 3 points

Q20e. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?

1 Oui : 1 point

0 Non : 0 point

Q20f. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour?

1 Oui : 1 point

0 Non : 0 point

La somme des points obtenus à chaque réponse indique le degré de dépendance à la nicotine :

0 à 3 points Vous êtes non ou peu dépendant à la nicotine

4 à 6 points Vous êtes dépendant

7 à 10 points Vous êtes très fortement dépendant

0 à 3 points Vous êtes non ou peu dépendant à la nicotine

4 à 6 points Vous êtes dépendant

7 à 10 points Vous êtes très fortement dépendant

Q21. Ressentez-vous des signes liés au tabagisme : 1 oui 0 non

Si oui, depuis combien de tps (en mois) :

Q21a. Toux matinale

Q21b. Toux permanente

Q21c. Palpitation

Q21d. Réduction de l'odorat

Q21e. Douleurs gastriques

Q21f. Essoufflement à l'effort

Q21g. Réduction de la libido

Q21h. Autre Depuis:.....

Q22a. Fumez-vous sur les lieux de votre travail: 1 Oui 0 Non.

Q22b. Si oui, ressentez-vous une gêne à le faire: 1 Oui 0 Non.

Q23. Vous arrive-t-il de fumer dans les zones non-fumeurs ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q24a. Y'a-t-il des personnes qui fument dans la famille (sous le même toit) :

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q24b. Conjoint(e): 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q24c. Enfants: 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q24d. Autre:.....

Q24e. Nombre de fumeurs :.....

Q25a. Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer:

1 Oui **Q25b. Si oui, combien de fois :.....**

2 Non **(Si (non) Veuillez passer à la question Q29)**

3 Ne sait pas

Q26. Quel est le plus long temps que vous êtes resté sans tabac?

Q27a. Avez-vous usé d'artifices (moyens) pour vous aider d'arrêter?

1 Oui **Q27b. Si oui, lesquels.....**

0 Non

Q28. Quelles sont les Difficultés ressenties?

Q28a. Nervosité 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28b. Insomnie 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28c. Fortes tentations 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28d. Céphalée 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28e. Impression de manque 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28f. Environnement fumeur 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28g. Reprise de l'appétit et du poids 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28h. Tendance dépressive 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q28i. Autres :

Q29. Si vous décidez de ne plus fumer, quel serait pour vous le degré d'importance des raisons suivantes (cochez la case correspondante):

	Très d'accord 1	Moyennement d'accord 2	Désaccord total 3
Q29a. La survenue de certains symptômes			
Q29b. Pour ne pas déranger l'entourage			
Q29c. Pour économiser de l'argent			
Q29d. Pour donner un bon exemple à vos enfants			
Q29e. Pour donner un bon exemple aux adultes de votre entourage			
Q29f. Se conformer à la pression des collègues			
Q29g. Pour protéger votre santé			
Q29h. Par respect à vos principes			

Q30. Test de motivation à l'arrêt du tabac:

Q30a. Pensez-vous que dans 6 mois:

1 Vous fumeriez toujours autant..... 0point

2 Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes..... 2points

3 Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes..... 4points

4 Vous aurez arrêter de fumer..... 8points

Q30b. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer?

1 Pas du tout.....0point

2 Un peu.....1point

3 Beaucoup.....2points

4 Enormément.....3points

Q30c. Pensez-vous que dans 4 semaines:

1 Vous fumeriez toujours autant0point

2 Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes.....2points

3 Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes 4points

4 Vous aurez arrêter de fumer.....6points

Q30d. Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer?

1 Jamais.....0point

2 Quelquefois.....1point

3 Souvent.....2points

4 Très souvent.....3points

Score de 0 à 20: Motivation croissante de 0 à 20

II. B Ex-Fumeurs

Q31. Vous avez arrêté depuis combien de temps (en mois) :

Q32. Après combien de mois de tabagisme :

Q33a. Vous fumiez combien de cigarettes par jour : jr

Q33b. Avec filtre: 1 Oui 0 Non

Q34. Les motivations apparentes de l'arrêt (remplir le tableau de la question 29)

Q35a. Avez-vous utilisé d'artifices pour vous aider à arrêter 1 Oui 0 Non

Q35b. Si oui, lesquels

Q36. Nombre de tentatives d'arrêt avant le sevrage définitif

Q37. Vous sentez-vous mieux après le sevrage : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Q38. Faites-vous du sport régulièrement depuis l'arrêt 1 Oui 0 Non

Q39. Participez-vous à une activité anti-tabac : 1 Oui 0 Non

III ATTITUDES ET CONNAISSANCES :

Q40. Pour chacune des maladies suivantes, pouvez-vous évaluer l'importance que vous attribuez au rôle du tabac ?

	1. Fortement d'accord	2. D'accord	3. Incertain	4. Pas d'accord	5. Fortement en désaccord
Q40a Les Cancers					
Q40b Les Maladies respiratoires					
Q40c Les Maladies cardiaques					
Q40d Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de mort subite du nourrisson.					
Q40e Le tabagisme passif augmente le risque de maladies pulmonaires chez les adultes non-fumeurs.					
Q40f Le tabagisme passif augmente le risque de maladies cardiaques chez les adultes non-fumeurs.					
Q40g Le tabagisme chez le père augmente le risque des maladies des voies respiratoires inférieures telles que la pneumonie chez les enfants exposés.					

Q41. Au cours de votre carrière professionnelle, mettez-vous en garde vos malades vis-à-vis du tabac ?	1. Souvent	2. Parfois	3. Rarement	4. Jamais
Q41a. Quand le malade a des symptômes ou un diagnostic de maladie liée au tabac				
Q41b. Quand le patient lui-même pose des questions sur le tabac				
Q41c. Quand le patient n'a pas de symptômes de maladie liée au tabac et ne pose pas de questions sur le tabac				

Q42. Interdisez-vous de fumer

- Q42a.** Dans votre service 1 Oui 0 Non
Q42b. Dans votre salle d'attente 1 Oui 0 Non
Q42c. Dans votre bureau 1 Oui 0 Non
Q42d. A vos enfants 1 Oui 0 Non
Q42e. A votre domicile 1 Oui 0 Non

Q43. Quel est votre avis sur les affirmations suivantes concernant les professionnels de Santé, ils :	1. Fortement d'accord	2. D'accord	3. Incertain	4. Pas d'accord	5. Fortement en désaccord
Q43a Servent de modèles pour leurs patients et le public.					
Q43b Doivent donner le bon exemple en ne fumant pas.					
Q43c Devraient systématiquement poser des questions sur les habitudes de tabagisme des patients.					
Q43d Doivent régulièrement informer leurs patients fumeurs à arrêter de fumer.					
Q43e Qui fument sont moins susceptibles de conseiller les gens à arrêter de fumer.					
Q43f Devraient recevoir une formation spécifique aux techniques de sevrage.					
Q43g Devraient parler à des groupes communautaires au sujet du tabagisme.					
Q43h Devraient systématiquement conseiller les patients fumeurs de ne pas fumer près des enfants.					

Q44. Quel est votre avis sur les affirmations suivantes concernant la Lutte Anti-Tabac ?

	1. Fortement d'accord	2. D'accord	3. Incertain	4. Pas d'accord	5. Fortement en désaccord
Q44a Fumer dans les lieux publics fermés devrait être interdite.					
Q44b Les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes doivent être en gros caractères					
Q44c Les ventes de tabac aux enfants et adolescents devraient être interdites.					
Q44d Les commandites du sport par l'industrie du tabac devrait être interdites					
Q44e Il devrait y avoir une interdiction complète de la publicité des produits du tabac.					
Q44f Les hôpitaux et les centres de soins de santé devraient être «sans fumée».					
Q44g Le prix des produits du tabac devrait être fortement augmenté.					

Q45a. A votre connaissance existe-t-il une loi anti-tabac au Maroc?1 Oui 2 Non 3 ne sait pas**Q45b. Si Oui, cette loi:**1 Interdit la publicité2 Interdit le tabac dans les lieux publics3 Aide à l'arrêt4 Interdit la vente aux enfants5 Encourage l'information du public en la finançant6 Impose l'information sur le paquet7 Autre précisez :**Q46. Estimez-vous être suffisamment formé pour aider vos patients fumeurs à arrêter de fumer ?**1 Très bien préparé2 Un peu préparé3 Pas du tout préparé**Q47. Avez-vous reçus une formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme ?**a. Pendant votre formation initiale 1 Oui 0 Nonb. En formation post universitaire 1 Oui 0 Nonc. En formation médicale continue (séminaire ; débat) 1 Oui 0 Non

d. Autre :

Q48. Concernant la pratique d'aide à l'arrêt de tabagisme, souhaiteriez-vous?a. Participer à une formation (diplôme de tabacologie, séminaire) 1 Oui 0 Nonb. Assister à un colloque 1 Oui 0 Nonc. Recevoir des brochures et des affiches pour vos patients 1 Oui 0 Nond. Recevoir des informations actualisées sur l'aide à l'arrêt (site internet) 1 Oui 0 Non

e. Autre, précisez:

Q49. Dans votre pratique courante, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'aide à l'arrêt du tabagisme?a. Manque de temps 1 Oui 0 Nonb. je ne suis pas motivé(e) pour aider au sevrage tabagique 1 Oui 0 Nonc. Je ne suis pas intéressé(e) par l'aide au sevrage tabagique 1 Oui 0 Nond. je manque du support éducatif 1 Oui 0 None. Je manque de connaissance des méthodes de sevrage 1 Oui 0 Non

f. Autre, précisez :