



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N° 019

# Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 / 01 / 2022

PAR

**Mlle. Ikram EL MOTAE**

Née le 19 Décembre 1996 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Tabac - Sevrage tabagique - Recommandations

JURY

Mr.	<b>A.BENJELLOUN HARZIMI</b> Professeur de Pneumologie	PRESIDENT
Mr.	<b>H.JANAH</b> Professeur agrégé de Pneumologie	RAPPORTEUR
Mr.	<b>M.A.LAFFINTI</b> Professeur agrégé de Psychiatrie	} JUGES
Mr.	<b>A.AL JALIL</b> Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ  
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ  
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي  
مِنَ الْمُسْلِمِينَ





## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

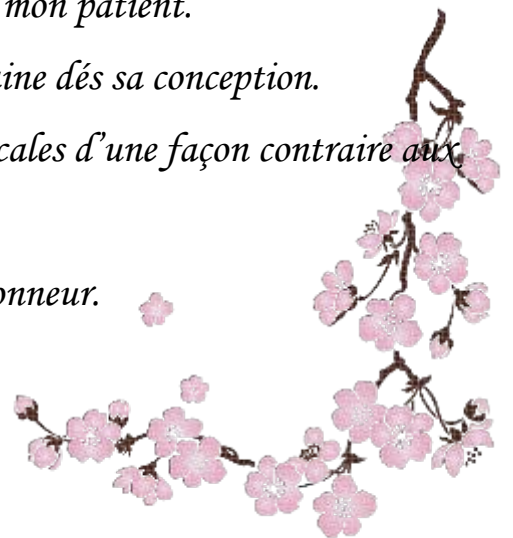
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





**LISTE DES  
PROFESSEURS**



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement  
supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie

AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAKMICHI MohamedAmine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation

CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
----------------	-------------------	----------------	--------------------

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI FIGHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAIJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAIJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINE Widad	Pédiatrie

BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiya	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

**LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021**



**DEDICACE**





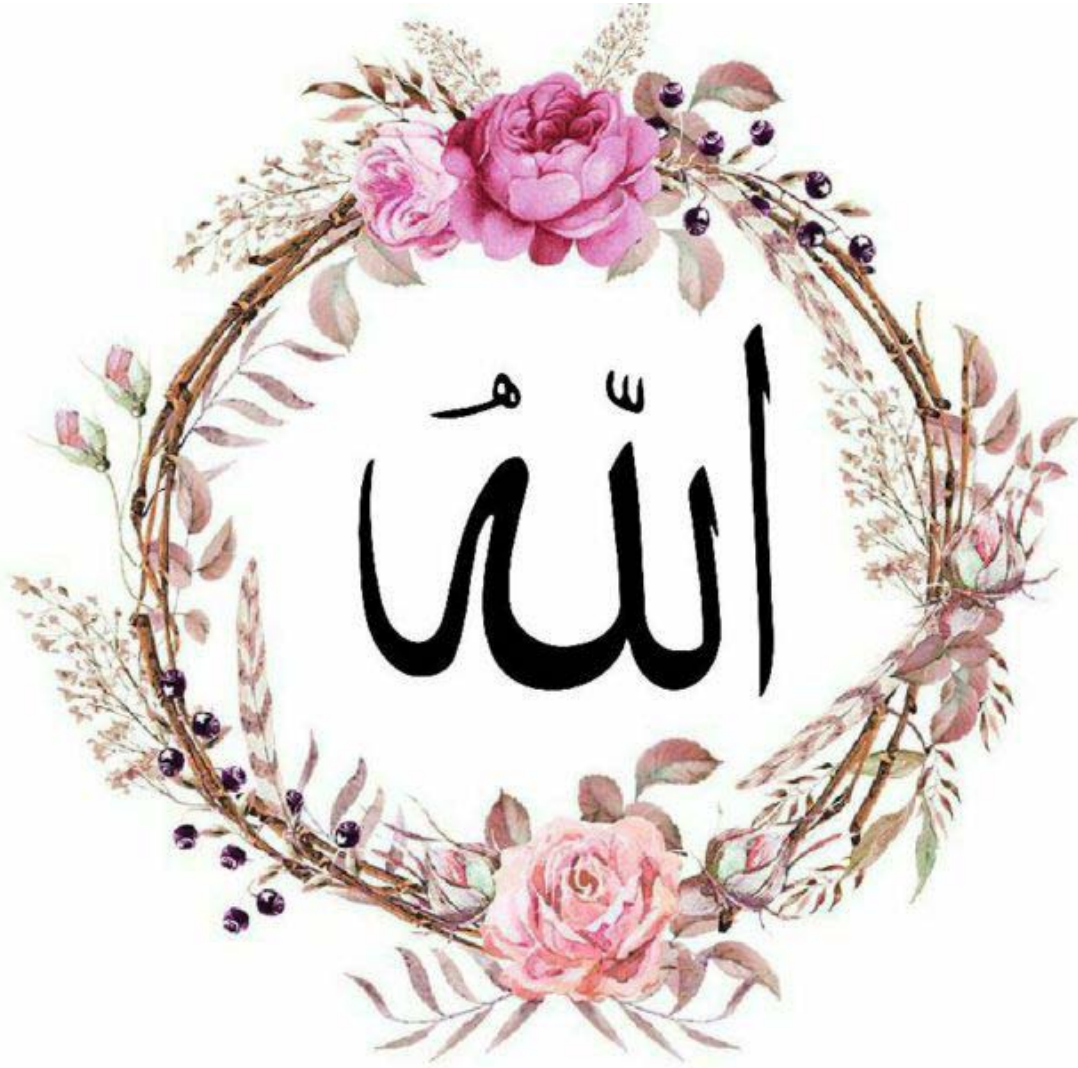
بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ





*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que*

*Je dédie cette thèse...*



*Louange à Dieu tout puissant,  
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

### *A mon formidable papa*

*On dit un papa est le premier héros de son fils, le premier amour de sa fille. Mais pour moi vous resterez mon premier et dernier amour éternel.*

*Vous êtes mon père exemplaire, mon ami intime et mon confident, l'homme de ma vie. Vous avez fait de moi ce que je suis et je vous dois tout.*

*Je suis très fière de dire que je suis votre fille. Nul mot, aucune dédicace ne saurait exprimer à sa juste valeur mon respect, ma reconnaissance, mon admiration et l'amour que je vous porte pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être.*

*J'espère être à la hauteur de vos souhaits et que ce modeste travail soit le témoignage de mon affection.*

*Que dieu le tout puissant vous garde et vous donne longue vie pour que je puisse vous combler à mon tour.*

### *A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans*

*Je suis si petite, le monde est si grand Que serait ma vie, sans vous maman ??*

*Maman chérie vous êtes la raison de ma joie et de mon sourire je ne peux pas imaginer ma vie sans vous. Je remercie Dieu pour votre présence à mes côtés. Je ne vais jamais oublier vos nombreux sacrifices pour moi. Un coup d'oeil dans vos beaux yeux était suffisant pour vaincre ma souffrance et creuser dans la voie de la réussite. Vous avez cru en moi quand je n'y croyais plus. Vous n'avez pas cessé de me soutenir et de m'encourager. Votre amour, votre générosité exemplaire et votre présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Vos prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.*

*Merci d'être ce puits inépuisable d'amour et cet océan de tendresse. Merci pour tous vos sacrifices, vos conseils et vos prières. Vous êtes mon exemple et le plus précieux trésor de ma vie.*

*Puisse Dieu tout puissant vous protéger du mal, vous procurer longue vie et santé pour que vous puissiez me voir réaliser tous vos rêves.*

**وقل ربّي ارحمهما كما ربياني صغيرا**





*A mon adorable sœur*

*La prunelle de mes yeux, la plus précieuse et la plus tendre des sœurs, je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour envers toi. Tu es la source de tous les bonheurs, d'inspiration, de force et de tendresse. Tu n'as pas cessé de me soutenir et m'encourager durant toutes les années de mes études. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et ma reconnaissance.*

*Je te souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de réussite. Je t'aime mon cœur*

*Que dieu te garde, te protège et nous unissent à jamais*

*A toute la famille*

*J'aurai aimé citer chacun de vous par son nom, mais même mille pages ne sauraient suffire pour vous témoigner toute mon affection.*

*J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours de vous honorer.*

*Tous mes vœux de bonheur et de santé*

*A Hasna ZIZI*

*Cela fait plus de six ans que l'on se connaît, T'u as partagé avec moi les hauts et les bas sans jamais se lasser, j'ai passé avec toi des moments inoubliables, on a défini ensemble ce que signifiait l'amitié et pour cela tu garderas toujours une place dans mon cœur.*

*Je remercie Dieu d'avoir croisé nos chemins. J'espère que notre amitié ne s'arrêtera jamais*

*Je te souhaite tout le bonheur et la réussite qu'on puisse espérer*

*A Douaa El Majdoubi*

*Tellement de souvenirs partagés avec toi, merci de toujours me raisonner quand il le faut, Dieu sait que j'en ai besoin.*

*Je remercie Dieu de m'avoir fait rencontrer une personne comme toi.*

*Je te souhaite tout le bonheur du monde.*



*A Manal EL Morjani*


*Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé ensemble, des moments qui ont rendu nos études médicales moins pénibles. Je te souhaite encore plus de succès et j'espère que notre amitié durera à jamais.*

*A tous mes amis et collègues :*

*Merci pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble. Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond respect et vous souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du monde.*



*REMERCIEMENTS*



**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE ,**  
**PROFESSEUR BENJELLOUN HARZIMI AMINE ,**  
**PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE DE PNEUMOLOGIE**  
**HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH**

*Nous vous remercions de l'immense honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury.*

*Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et professionnelles. Nous vous remercions de la générosité et de l'humilité avec lesquelles vous partagez votre savoir. Votre professionnalisme, humanisme et qualités d'enseignements, sont pour nous un exemple à suivre.*

*Veillez accepter, cher maître, le témoignage de notre profond respect, nos remerciements les plus sincères et de notre grande estime.*

**A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE,**  
**PROFESSEUR JANAH HICHAM,**  
**PROFESSEUR AGREGÉ EN PNEUMOLOGIE**  
**HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH**

*C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.*

*Votre sérieux, votre sympathie, votre modestie, votre honnêteté et toutes vos qualités humaines m'ont profondément marqué, et seront toujours pour moi un modèle et un exemple à suivre lors de l'exercice de ma profession.*

*Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Je vous remercie infiniment pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance.*

*Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mes respects les plus distingués.*



**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE**  
**PROFESSEUR LAFFINITI MAHMOUD AMINE**  
**PROFESSEUR AGREGE ET CHEF DE SERVICE DE**  
**PSYCHIATRIE**

**HOPITAL MILITAIRE AVICIENNE DE MARRAKECH**

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de siéger parmi les membres de jury de cette thèse.*

*Notre modestie, vos qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre admiration.*

*Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE**  
**PROFESSEUR AL JALIL ABDELFTAH,**  
**PROFESSEUR AGREGE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**  
**HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH**

*Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance.*

*Veuillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et notre profond respect.*



# *Abréviations*



## LISTE D'ABREVIATIONS

<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporelle
<b>AVC</b>	: Accident vasculaire cérébral
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>CO</b>	: Monoxyde de carbone
<b>HbCO</b>	: Carboxyhémoglobine
<b>HIS</b>	: Heaviness Smoking Index
<b>BPCO</b>	: Broncho-pneumopathie chronique obstructive
<b>RR</b>	: Risque relatif
<b>GEU</b>	: Grossesse extra-utérine
<b>HRP</b>	: Hématome Rétro Placentaire
<b>SA</b>	: Semaine d'aménorrhée
<b>RCIU</b>	: Retard de croissance intra-utérin
<b>MFIU</b>	: Mort fœtale in utéro
<b>VEMS</b>	: Volume expiratoire maximal seconde
<b>ORL</b>	: Oto-rhino-Larynx
<b>VADS</b>	: Voies aéro-digestifs supérieures
<b>IDM</b>	: Infarctus du myocarde
<b>HAS</b>	: Haute Autorité de Santé
<b>E.I</b>	: Effet indésirable
<b>TNS</b>	: Traitement nicotinique de substitution
<b>TCC</b>	: Thérapie Comportementale et Cognitive
<b>SN</b>	: Substituts nicotiques

**ENSRS** : L'enquête nationale sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé

**GATS** : Global Adult Tobacco Survey

**CBP** : Cancer broncho-pulmonaire

**ETP** : L'exposition au tabagisme passif

**ST** : Sevrage tabagique

**AP** : Activité physique



*Tableaux et figures*

## Liste des tableaux

- Tableau I** : Répartition des fumeurs selon la profession.
- Tableau II** : Prévalence de la consommation des autres produits du tabac.
- Tableau III** : Prévalence de la consommation des autres produits toxiques.
- Tableau IV** : Prévalence des symptômes ressentis par les fumeurs.
- Tableau V** : Connaissances des fumeurs vis-à-vis des méfaits du tabac.
- Tableau VI** : Répartition des fumeurs selon la durée maximale de sevrage.
- Tableau VII** : Syndrome de sevrage.
- Tableau VIII** : Les causes d'échec.
- Tableau IX** : Les interférences entre tabagisme et activité médicamenteuse.
- Tableau X** : Les bénéfices de l'arrêt sur la santé à court terme (Dautzenberg, 2007).
- Tableau XI** : Les bénéfices de l'arrêt sur la santé à long terme (Perriot, 2003 et Dautzenberg, 2010).
- Tableau XII** : Les substituts nicotiques/Gommes à mâcher.
- Tableau XIII** : Les substituts nicotiques/Comprimés à sucer.
- Tableau XIV** : Les substituts nicotiques/Patchs.
- Tableau XV** : Les substituts nicotiques/Inhaleur.
- Tableau XVI** : Les substituts nicotiques/Spray.
- Tableau XVII** : Les Médicaments d'aide au sevrage tabagique.

**Tableau XVIII** : Tranche d'âge la plus représentée selon les études.

**Tableau XIX** : Répartition du sexe dans les différentes études.

**Tableau XX** : Age d'initiation au tabagisme selon les études.

**Tableau XXI** : Les motivations du début du tabagisme selon les études.

**Tableau XXII** : La moyenne de cigarettes consommées par jour selon les études.

**Tableau XXIII** : Facteurs sociodémographiques associés aux signes de dépendance forte.

**Tableau XXIV** : La consommation des autres produits toxiques.

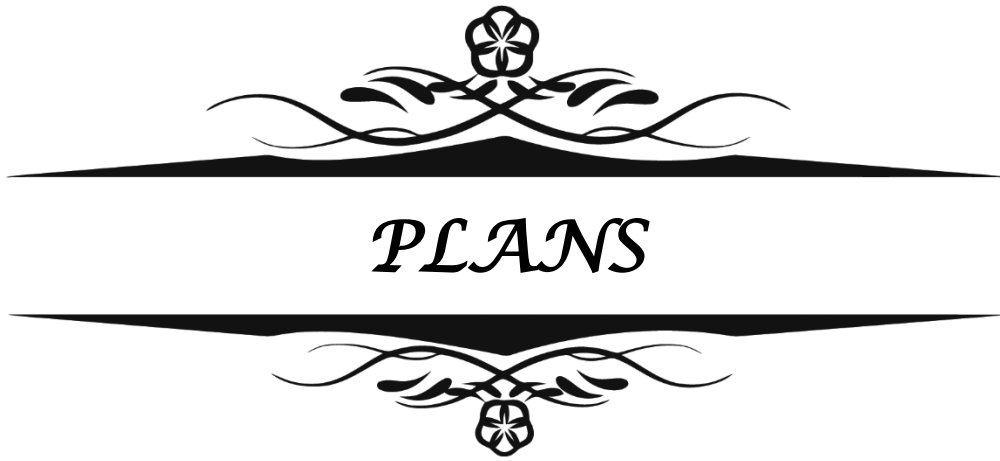
**Tableau XXV** : Les motivations des tentatives de sevrage selon les études.

**Tableau XXVI** : Les symptômes de sevrage selon les études.

## Liste des figures

- Figure 1 : Répartition des fumeurs selon la tranche d'âge.
- Figure 2 : Répartition des fumeurs selon le sexe.
- Figure 3 : Répartition des fumeurs selon l'interprétation de l'IMC.
- Figure 4 : Répartition des fumeurs selon le statut matrimonial.
- Figure 5 : Répartition des fumeurs selon le nombre des enfants.
- Figure 6 : Répartition des fumeurs selon le niveau scolaire.
- Figure 7 : Répartition des fumeurs selon le niveau socio-économique.
- Figure 8 : Répartition des fumeurs selon la pratique d'une activité physique.
- Figure 9 : Répartition des fumeurs selon la pratique de la prière.
- Figure 10 : Répartition des fumeurs selon l'âge de début du tabagisme.
- Figure 11 : Répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme.
- Figure 12 : Les raisons principales de début du tabagisme.
- Figure 13 : Usage régulier ou occasionnel du tabagisme.
- Figure 14 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes consommées par jour.
- Figure 15 : Répartition des fumeurs selon la marque de la cigarette consommée.
- Figure 16 : Délai avant la première cigarette.
- Figure 17 : La difficulté de ne pas fumer lorsque c'est interdit.
- Figure 18 : La cigarette la plus difficile à renoncer.
- Figure 19 : Nombre de cigarettes fumées par jour.
- Figure 20 : Répartition selon le rythme.
- Figure 21 : Répartition des réponses selon fumer ou non quand on est malade ou alité.
- Figure 22 : Score de Fagerström.
- Figure 23 : Répartition des fumeurs selon les symptômes ressentis.
- Figure 24 : Tabagisme sur les lieux de travail.
- Figure 25 : Gêne à fumer sur les lieux de travail.
- Figure 26 : Tabagisme devant la famille.
- Figure 27 : Gêne à fumer devant la famille.

- Figure 28 : Tabagisme dans les zones non fumeurs.
- Figure 29 : Prévalence des fumeurs dans l'entourage.
- Figure 30 : Taux de participation à une activité anti-tabac.
- Figure 31 : Etes-vous conscients des dangers du tabac ?
- Figure 32 : Nombre de tentatives de sevrage.
- Figure 33 : Les raisons principales des tentatives de sevrage.
- Figure 34 : L'usage d'artifices pour le sevrage.
- Figure 35 : Les bénéfices de sevrage.
- Figure 36 : Des médecins qui font des publicités sur les cigarettes.
- Figure 37 : Les différents constituants de la cigarette.
- Figure 38 : Une cigarette industrielle.
- Figure 39 : Les beedies.
- Figure 40 : Des cigarettes roulées.
- Figure 41 : Le cigare.
- Figure 42 : La pipe.
- Figure 43 : Le narguilé.
- Figure 44 : La cigarette électronique.
- Figure 45 : Étude Interheart : risque d'infarctus du myocarde lié au tabagisme passif.
- Figure 46 : Modèle d'intervention des « 5 A ».



*PLANS*

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>4</b>
<b>I. Type d'étude</b>	<b>5</b>
<b>II. Objectif</b>	<b>5</b>
<b>III. Population cible</b>	<b>5</b>
<b>IV. Echantillonnage</b>	<b>6</b>
<b>V. Aspect éthique</b>	<b>6</b>
<b>VI. Recueil des données</b>	<b>6</b>
<b>VII. Analyse statistique</b>	<b>7</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>8</b>
<b>I. Description de la population étudiée :</b>	<b>9</b>
1. Age	9
2. Sexe	9
3. Caractéristiques staturο-pondérales	10
4. Statut matrimonial	10
5. Nombre d'enfants	11
6. Niveau scolaire	11
7. Statut professionnel	12
8. Niveau socio-économique	13
9. La pratique d'une activité physique	13
10. La pratique de la prière	14
<b>II. Histoire tabagique des fumeurs :</b>	<b>14</b>
1. Age de début du tabagisme	14
2. Durée du tabagisme	15
3. Motivations de début du tabagisme	15
4. Usage régulier ou occasionnel de la cigarette	16
5. Nombre de cigarettes consommées par jour	16
6. Marque de la cigarette consommée	17
7. Consommation des autres produits du tabac (cigare, chicha, pipe)	17
8. Autres habitudes toxiques (Alcool, cannabis)	18
9. Evaluation de la dépendance à la nicotine	18
10. Retentissement du tabagisme sur la santé des fumeurs	22
<b>III. Comportement des fumeurs vis-à-vis de la cigarette :</b>	<b>23</b>
1. Fumer sur le lieu de travail	23
2. Fumer devant la famille	24
3. Fumer dans les zones non fumeurs	25
4. Présence d'un fumeur dans l'entourage	26
5. Participation à une campagne anti-tabac	26
<b>IV. Degré de connaissance des fumeurs sur le tabagisme :</b>	<b>27</b>
1. Degré de conscience des dangers du tabagisme	27
2. Connaissance des risques liés au tabac	27
<b>V. Etude des tentatives de sevrage tabagique :</b>	<b>29</b>

1. Nombre de tentatives de sevrage	29
2. Motivations apparentes des tentatives de sevrage	30
3. Utilisation des moyens pour l'aide au sevrage	31
4. Répartition des fumeurs selon la durée maximale du sevrage	31
5. Symptômes ressentis au cours du sevrage	32
6. Bénéfices du sevrage	33
7. Causes d'échec des tentatives du sevrage	33
<b>DISCUSSION</b>	<b>35</b>
I. Généralités	36
II. Discussion de l'étude	73
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>98</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>104</b>
<b>RESUMES</b>	<b>106</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAPHIES</b>	<b>126</b>



**INTRODUCTION**



## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

Environ 7 millions de morts par an dans le monde, 100 millions de morts au XXème siècle [1] ; et on prévoit 450 millions de décès dans les 50 prochaines années [2] ... Voilà des chiffres plus qu'effrayants. Pourtant nous ne parlons pas là d'une maladie incurable, mais bien du tabac qui est considéré actuellement comme étant l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde [3].

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

Le tabac a non seulement des effets négatifs sur la santé, mais également un impact environnemental, la production du tabac nécessite 22 000 milliards de litres d'eau par année. La surface de déforestation concerne des milliers d'hectares par an, la production de cigarettes est à l'origine de 84 millions de tonnes d'équivalent de CO<sub>2</sub>.

Le Maroc n'échappe pas à ce fléau, il est considéré comme l'un des plus grands consommateurs de tabac dans la zone méditerranéenne ; avec plus de 15 milliards de cigarettes par an. [5]

Donc, le tabagisme est un véritable problème de santé publique, les bénéfices de l'arrêt du tabac ont été clairement prouvés, en terme de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Les moyens mis en œuvre pour combattre le tabagisme et aider les fumeurs au sevrage sont de plus en plus nombreux : médicaments, formations de professionnels de santé, sensibilisation de la population, nouvelles réglementations ...Quelle que soit la méthode utilisée, un fumeur sevré reste toujours sujet à des rechutes.

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

Pour cela, il nous a paru digne d'intérêt de réaliser une étude visant à identifier les facteurs conduisant à l'échec de sevrage tabagique afin d'établir une stratégie globale et bien codifiée pour mieux accompagner le fumeur dans sa procédure de sevrage tabagique.



**MATÉRIELS ET  
MÉTHODES**



## **I. Type d'étude :**

Afin d'identifier les différentes causes d'échec des tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actuels de la région de Marrakech, une enquête a été effectuée. Il s'agit d'une étude transversale descriptive étalée sur une période de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> Avril 2021 au 30 septembre 2021.

## **II. Objectif de l'étude :**

L'objectif de cette étude est de déterminer les particularités épidémiologiques et socioculturelles des fumeurs de la région de Marrakech ainsi que les causes d'échec des tentatives de sevrage tabagique.

## **III. Population cible :**

La population concernée par l'étude est constituée de 400 fumeurs de la région de Marrakech.

### **1. Les critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude les fumeurs actuels qui ont vécu au moins une tentative de sevrage tabagique non réussie.

### **2. Les critères d'exclusion :**

Ont été exclus de notre étude :

- Les anciens fumeurs qui ont réussi leur sevrage tabagique.
- Les fumeurs actuels qui n'ont jamais fait une tentative de sevrage.
- Les fiches incomplètes ne permettant pas une analyse suffisante.

#### **IV. Echantillonnage :**

Une fois la population cible est déterminée, nous avons procédé à un échantillonnage au hasard des fumeurs actifs volontaires. Ainsi, tout fumeur acceptant de participer à l'enquête et remplissant les critères d'inclusion a été interrogé. Le recrutement des participants a été effectué :

- A partir des consultations de médecine générale au niveau des centres de santé ELHAOUZ (Tahnaout, Ait ourir, Ourika, Sidi Abdellah Ghat et Amzmiz) : nous avons interrogé tous les fumeurs actifs quelque soit le motif de leur présence, qu'ils soient venus pour consulter, pour avoir des soins ou pour accompagner un proche chez le médecin.
- Au niveau des cafés de la ville de Marrakech : Hay Mhamid, Massira et Guéliz, ces cafés ont été choisis par hasard.
- Au niveau des magasins de vente des cigarettes.

#### **V. Aspect éthique de l'enquête :**

Avant de mener l'enquête, il a été nécessaire d'obtenir le consentement des tabagiques après leur information sur le déroulement et l'objectif de l'étude, avec respect de l'anonymat.

#### **VI. Recueil des données :**

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire (annexe1) en arabe et en français de type auto administré inspiré de celui de l'OMS.

Les éléments étudiés dans notre questionnaire sont :

- Les caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles des fumeurs.
- Leur histoire tabagique.
- Leur comportement tabagique.
- Les connaissances des fumeurs sur le tabagisme.
- Leurs tentatives de sevrage tabagique.

## **VII. Analyse statistique :**

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du Microsoft Office Excel. L'analyse était descriptive, les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et les variables quantitatives exprimées par moyenne et limites.

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés dans toutes les étapes de traitement des données.



**RÉSULTATS**



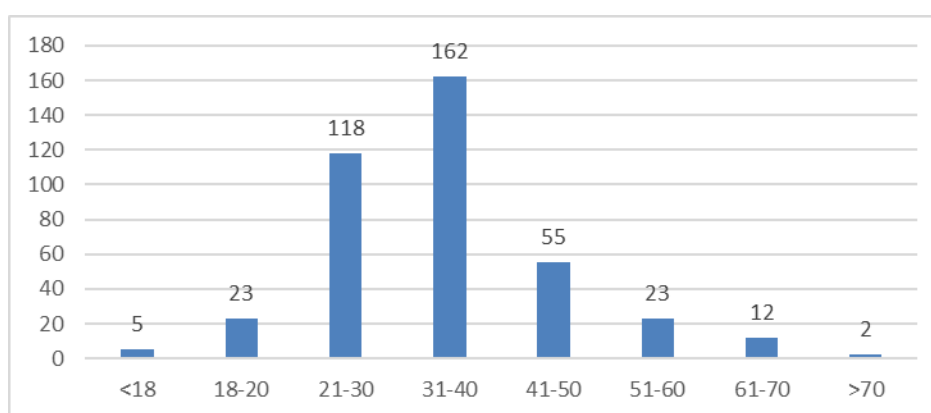
## **I. Description de la population étudiée :**

Notre population d'enquête comporte 400 fumeurs actifs.

### **1. Répartition des fumeurs selon l'âge :**

La moyenne d'âge de notre population était 34 ans avec des extrêmes allant de 12 à 75 ans.

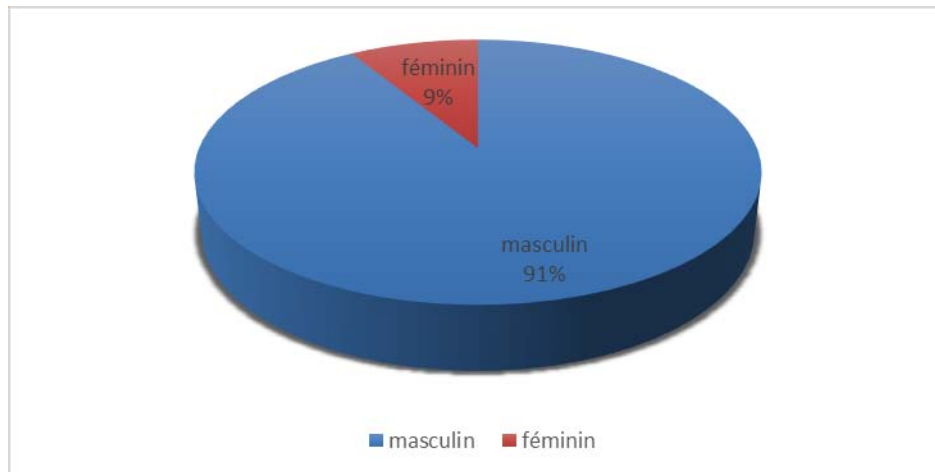
La tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-40 ans : 162 cas soit 40,5%.



**Figure 1 : Répartition des fumeurs selon la tranche d'âge**

### **2. Répartition des fumeurs selon le sexe :**

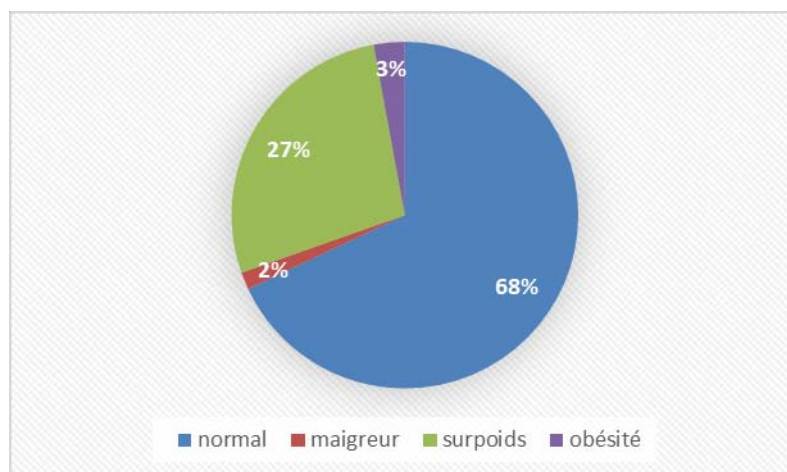
Dans notre étude 364 cas soit 91% étaient de sexe masculin et 36 cas soit 9% étaient de sexe féminin avec un sex-ratio (H/F) de 10,11.



**Figure 2 : Répartition des fumeurs selon le sexe**

### **3. Caractéristiques staturo-pondérales :**

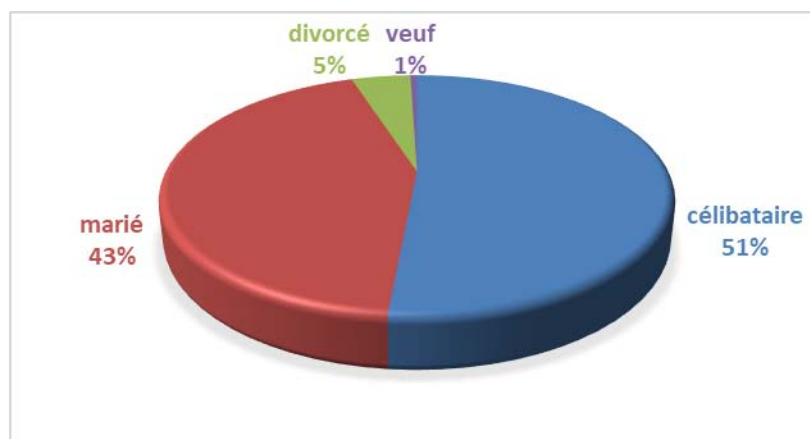
Selon l'interprétation de l'IMC, 68% de la population enquêtée avaient une corpulence normale et 27,5% étaient en surpoids.



**Figure 3 : Répartition des fumeurs selon l'interprétation de l'IMC**

### **4. Statut matrimonial :**

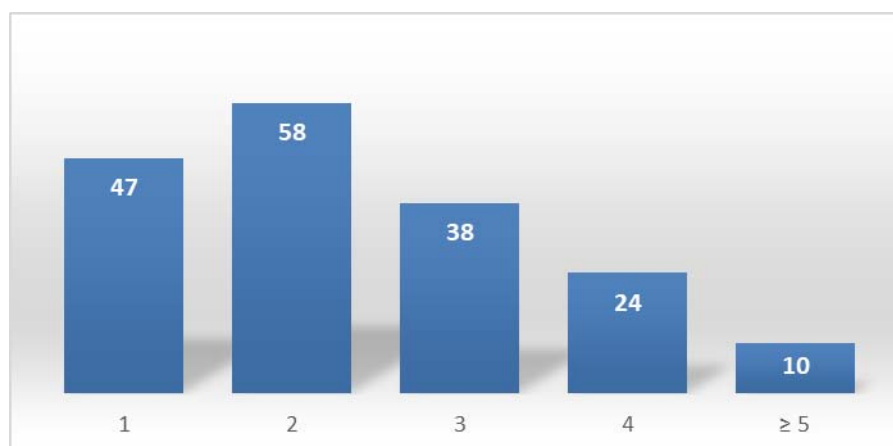
Dans notre série, 51,5% des fumeurs étaient des célibataires, suivis par les mariés qui représentaient 43,5% de la population enquêtée ; les divorcés représentaient 4% ; avec en dernier lieu 2 veufs soit 0,5%.



**Figure 4 : Répartition des fumeurs selon le statut matrimonial**

### **5. Nombre d'enfants :**

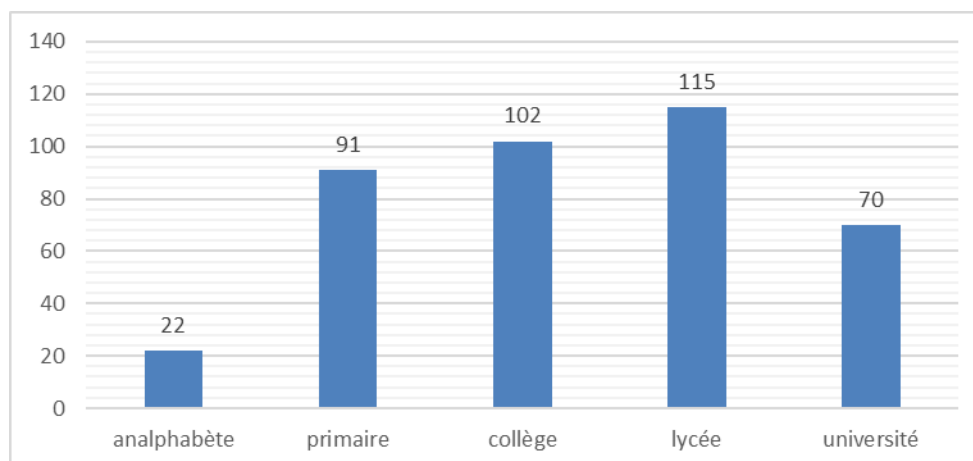
Au moment de l'enquête, 177 fumeurs déclaraient avoir des enfants, 26,55% parmi eux avaient un seul enfant. 32,77% avaient 2 enfants, 3 enfants chez 21,47% des fumeurs, 4 enfants chez 13,56% et 5,65% avaient plus de 4 enfants.



**Figure 5 : Répartition des fumeurs selon le nombre des enfants**

### **6. Niveau scolaire :**

Dans notre série, 5,5% des fumeurs étaient des analphabètes, 22,75% avaient un niveau primaire, 25,5 % des collégiens, 28,75% des lycéens et 17,5% avaient un niveau universitaire.



**Figure 6 : Répartition des fumeurs selon le niveau scolaire**

### **7. Le statut professionnel :**

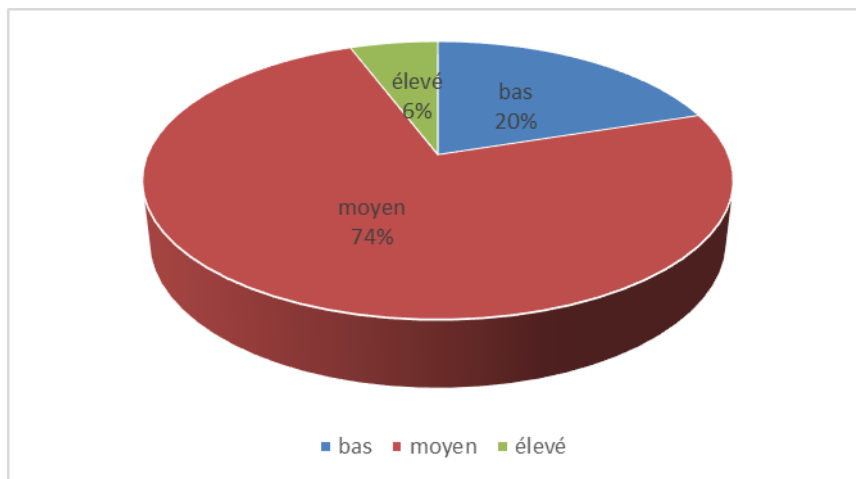
La majorité des fumeurs interrogés (54.75%) avaient une activité professionnelle variant entre secteur privé et public, 7.25 % étaient des retraités, 15% de la population étudiée étaient en formation et 23% des fumeurs étaient inactifs.

**Tableau I : Répartition des fumeurs selon la profession**

	Effectif(n)	Pourcentage (%)
<b>Actif :</b>	<b>219</b>	<b>54,75</b>
• Agriculteur	16	4
• Artisan, commerçant, chef d'entreprise	28	7
• Cadre et profession intellectuelle sup	12	3
• Profession intermédiaire	62	15.5
• Employé	53	13.25
• Ouvrier	48	12
<b>Retraité</b>	<b>29</b>	<b>7.25</b>
<b>Chômage</b>	<b>92</b>	<b>23</b>
<b>En formation</b>	<b>60</b>	<b>15</b>

### **8. Niveau socioéconomique :**

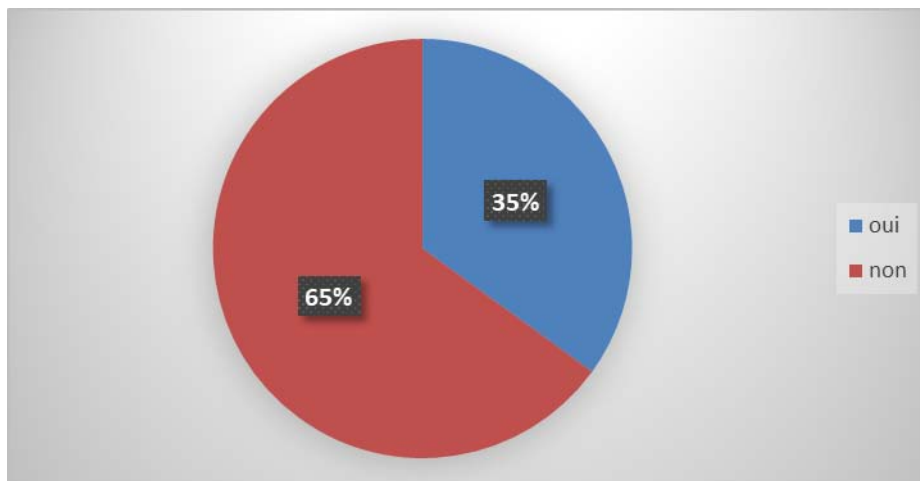
La majorité des fumeurs (N=297) était de moyen niveau socioéconomique soit 74,25%, 20% des fumeurs étaient de bas niveau socioéconomique (N=80) et 5,75% des tabagiques avaient un niveau socioéconomique élevé.



**Figure 7 : Répartition des fumeurs selon le niveau socio-économique**

### **9. La pratique de l'activité physique :**

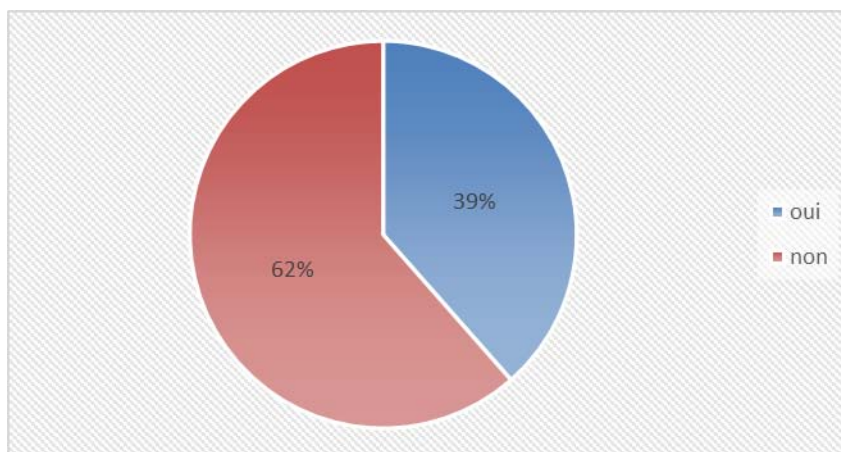
Dans notre série, seulement 35% des fumeurs (N=140) pratiquaient une activité physique.



**Figure 8 : Répartition des fumeurs selon la pratique d'une activité physique**

## 10. La pratique de la prière :

Sur un total de 400 fumeurs actuels, 61,5% (N=246) ne pratiquaient pas la prière contre 38,5% qui étaient des pratiquants.



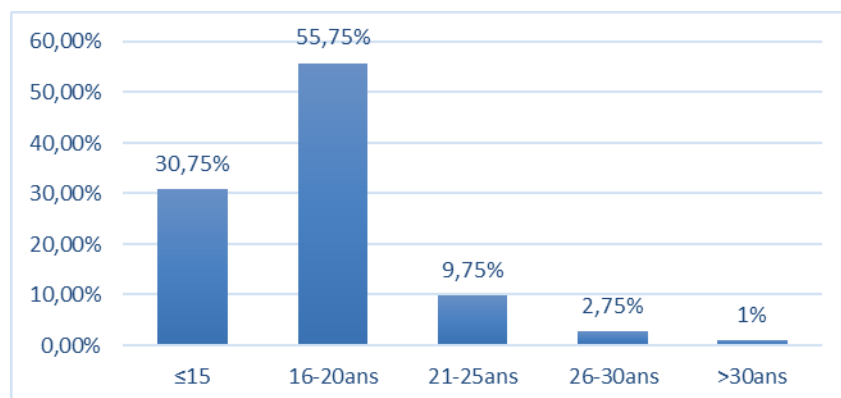
**Figure 9 : Répartition des fumeurs selon la pratique de la prière**

## II. Histoire tabagique des fumeurs :

### 1. Age de début du tabagisme :

La majorité des fumeurs (55,75%, N=223) avait commencé entre l'âge de 16 à 20ans.

La moyenne d'âge de début du tabagisme était de 17,53ans avec des extrêmes allant de 8 à 36ans.

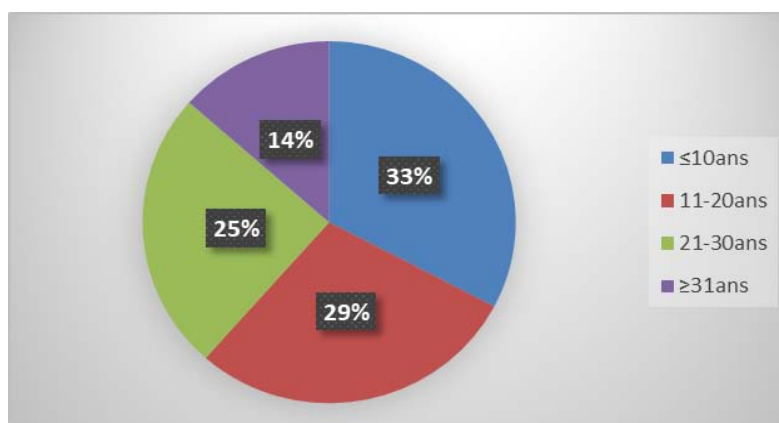


**Figure 10 : Répartition des fumeurs selon l'âge de début du tabagisme**

## **2. Durée du tabagisme :**

La moyenne de durée du tabagisme était de 17,34ans avec des extrêmes allant de 1 à 45ans.

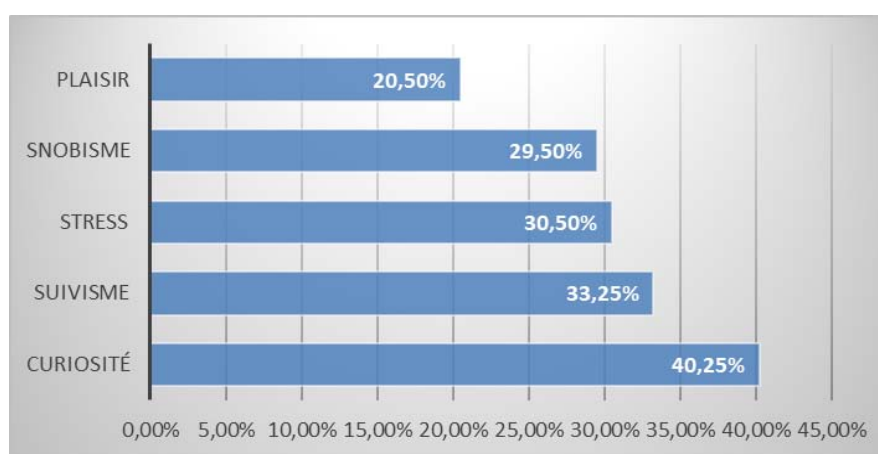
Près du tiers des fumeurs (32,7%) avait une ancienneté inférieure à 10ans, 28,8% des fumeurs avaient une ancienneté entre 11 et 20 ans, 25 % c'est le pourcentage des fumeurs ayant une ancienneté entre 21 et 30 ans et 13,5% des fumeurs fumaient pendant plus de 31 ans.



**Figure 11 : Répartition des fumeurs selon la durée du tabagisme**

## **3. Motivations de début du tabagisme :**

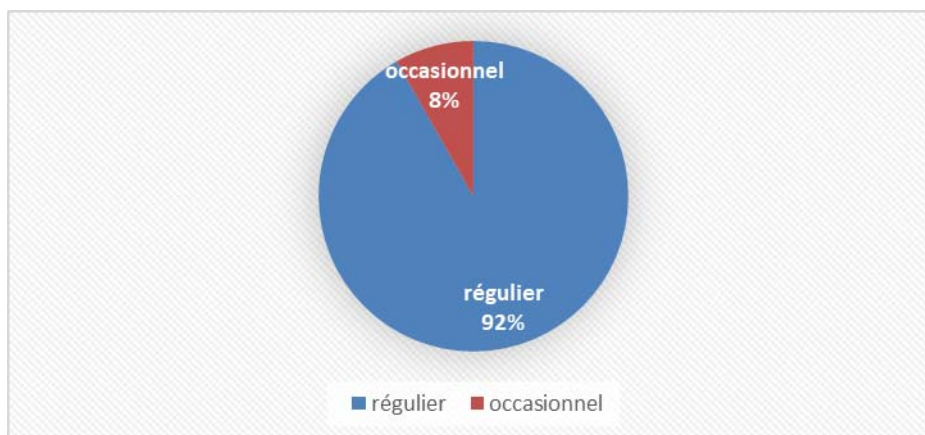
La motivation de début du tabagisme était liée dans 40,25% à la curiosité, au suivisme dans 33,25% des cas et au stress dans 30,5% des cas.



**Figure 12 : Les raisons principales de début du tabagisme**

#### **4. Usage régulier ou occasionnel de la cigarette :**

367 fumeurs soit 91,75% consomment la cigarette de manière régulière, contre 8,25% qui fument occasionnellement.

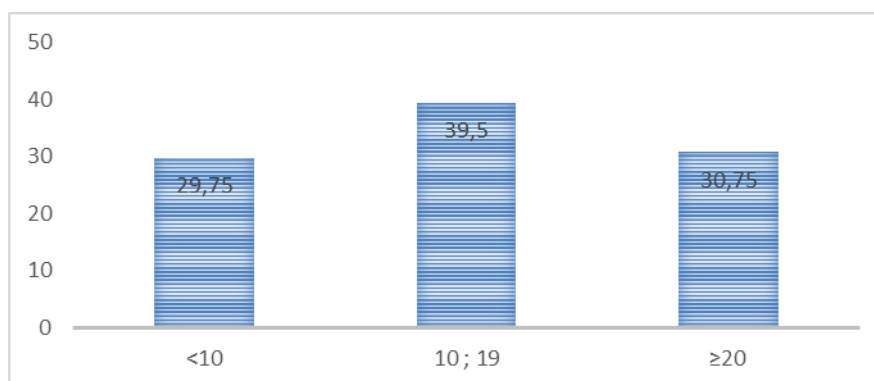


**Figure 13 : Usage régulier ou occasionnel du tabagisme**

#### **5. Nombre de cigarettes consommées par jour :**

La moyenne de nombre de cigarettes consommées par jour était de 15,46 cigarettes avec des extrêmes allant de 1 à 36.

Dans 39,5% des cas, la consommation était entre 10 et 19 cigarettes par jour.

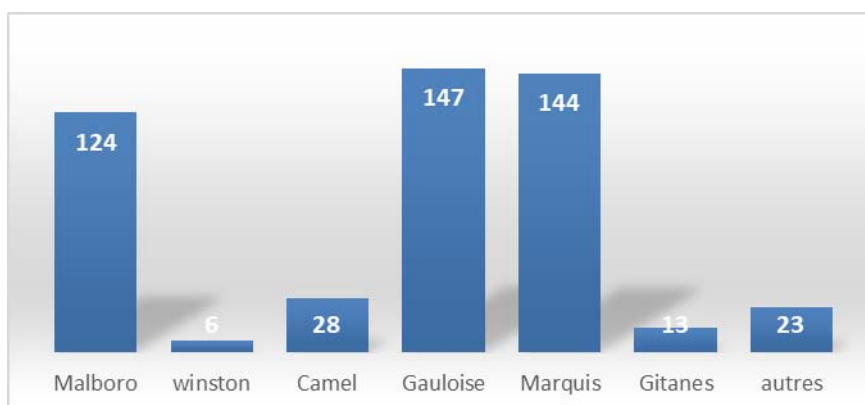


**Figure 14 : Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarette par jour**

## **6. Marque de cigarette consommée :**

Dans notre enquête, la marque de cigarette la plus consommée était Gauloise (N=147 ; 36,75%), suivie de la marque Marquis (N=144 ; 36%) puis Marlboro chez 124 fumeurs soit 31%.

La prévalence de la consommation des autres marques est représentée dans le graphique ci-dessous :



**Figure 15 : Répartition des fumeurs selon la marque de la cigarette consommée**

## **7. Consommation des autres produits du tabac (chicha, cigare, pipe, tabac sans fumée) :**

Les résultats montrent que 43 de l'ensemble des fumeurs enquêtés soit 10,75% utilisaient en plus de la cigarette d'autres produits du tabac.

**Tableau II : Prévalence de la consommation des autres produits du tabac**

Autres produits de tabac	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Chicha	34	79,07
Tabac sans fumée	12	27,90
Cigare	6	13,95
La pipe	4	9,30

## **8. Autres habitudes toxiques (Alcool et cannabis) :**

La consommation d'alcool et du cannabis était notée respectivement dans 53,6% et 15%.

**Tableau III : Prévalence de la consommation des autres produits toxiques**

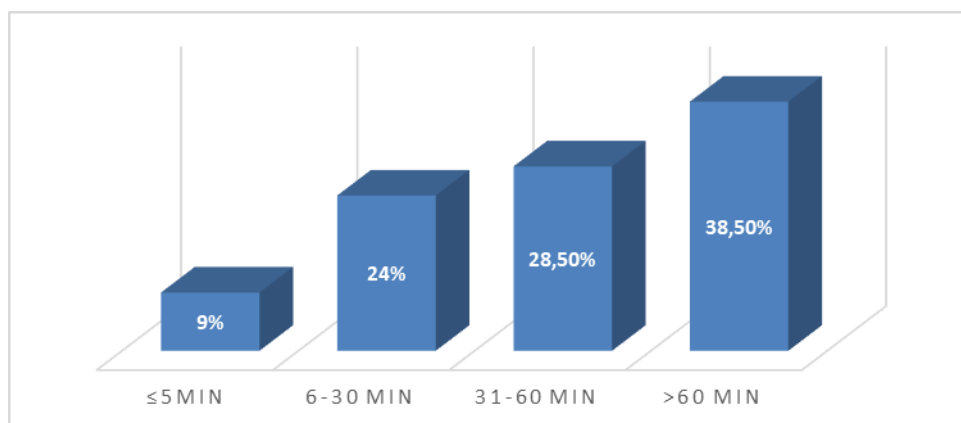
Produits toxiques	Effectif(n)	Pourcentage(n)
Alcool	214	53,3
Cannabis	60	15

## **9. Evaluation de la dépendance à la nicotine :**

- **Question 1 :**

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

On observe que 38,5% des fumeurs (154) consommaient leur première cigarette à partir de la deuxième heure, alors que 28,5 % des fumeurs consommaient leur première cigarette à partir de la deuxième demi-heure.



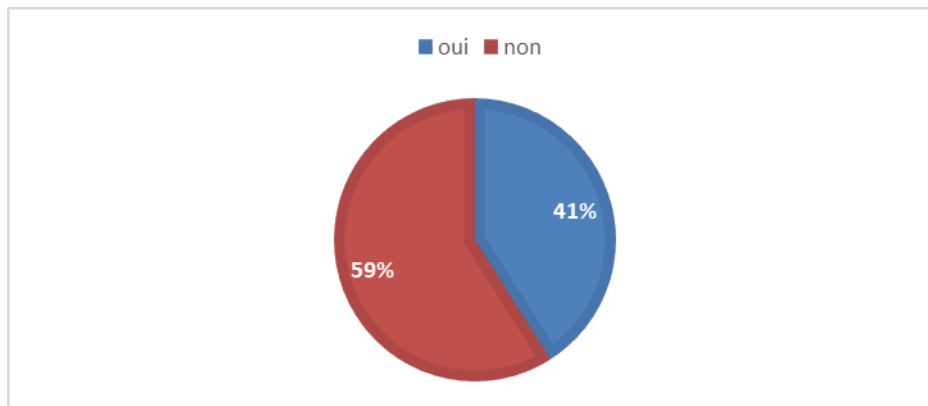
**Figure 16 : Délai avant la première cigarette**

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

- **Question 2 :**

- ✓ Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ?

Concernant la difficulté de ne pas fumer lorsque c'est interdit, 59% des fumeurs ne trouvent pas cette difficulté.

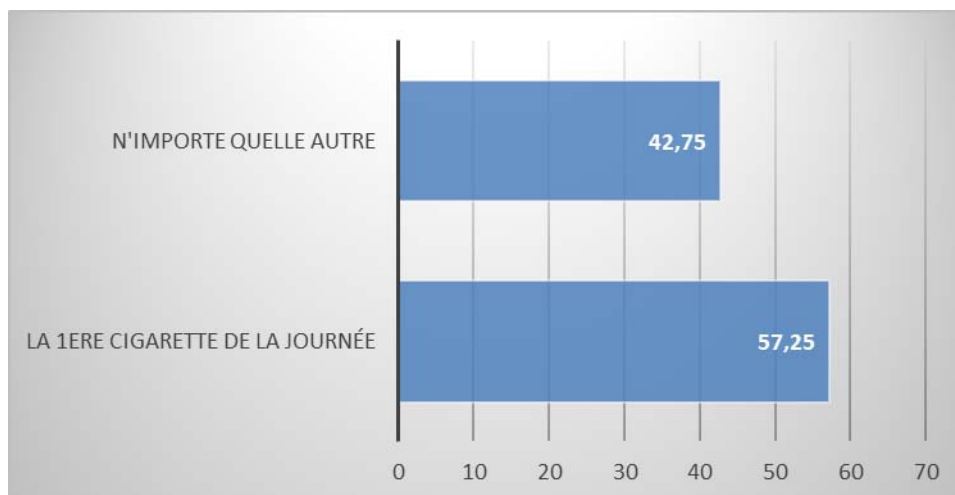


**Figure 17 : La difficulté de ne pas fumer lorsque c'est interdit**

- **Question 3 :**

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

Dans notre enquête, 57,25% des fumeurs trouvent que la première cigarette du matin est la plus difficile à renoncer.



**Figure 18 : La cigarette la plus difficile à renoncer**

---

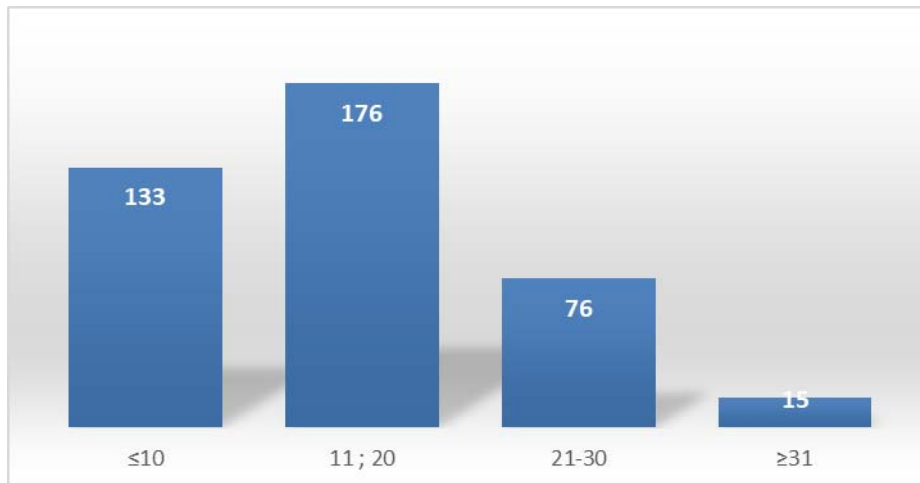
## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

- **Question 4 :**

- ✓ Combien de cigarette fumez-vous par jour ?

44% des fumeurs (176) fument entre 11 et 20 cigarettes par jour, alors que seulement 3,75% des fumeurs qui fument plus de 31 cigarettes par jour.

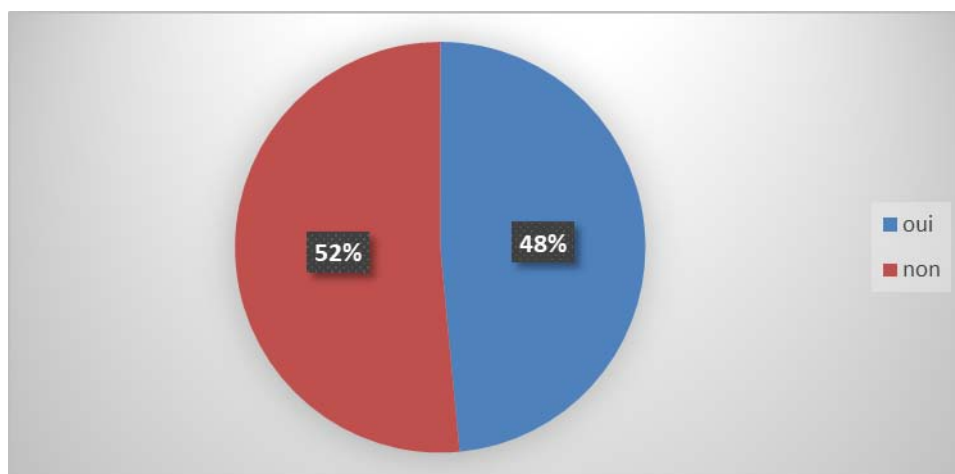


**Figure 19 : Nombre de cigarettes fumées par jour**

- **Question 5 :**

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

On observe que 48,5% des fumeurs fument à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi.

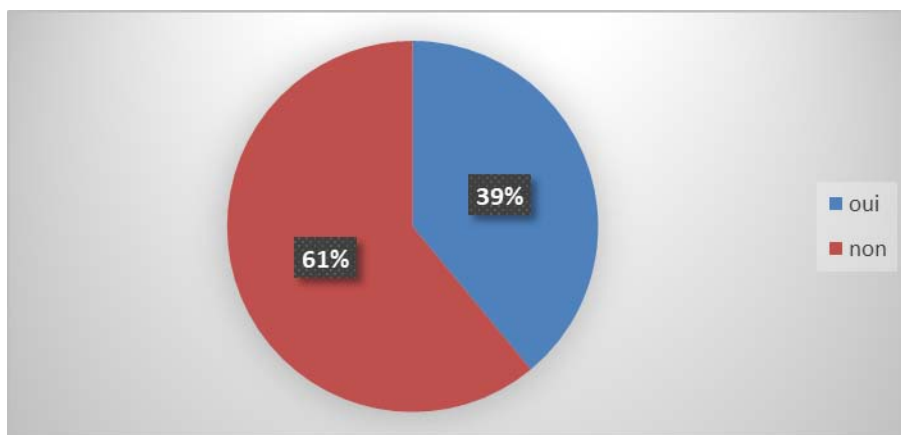


**Figure 20 : Répartition selon le rythme**

- **Question 6 :**

- ✓ Fumez-vous lorsque vous êtes malades ou alités la majeure partie du jour ?

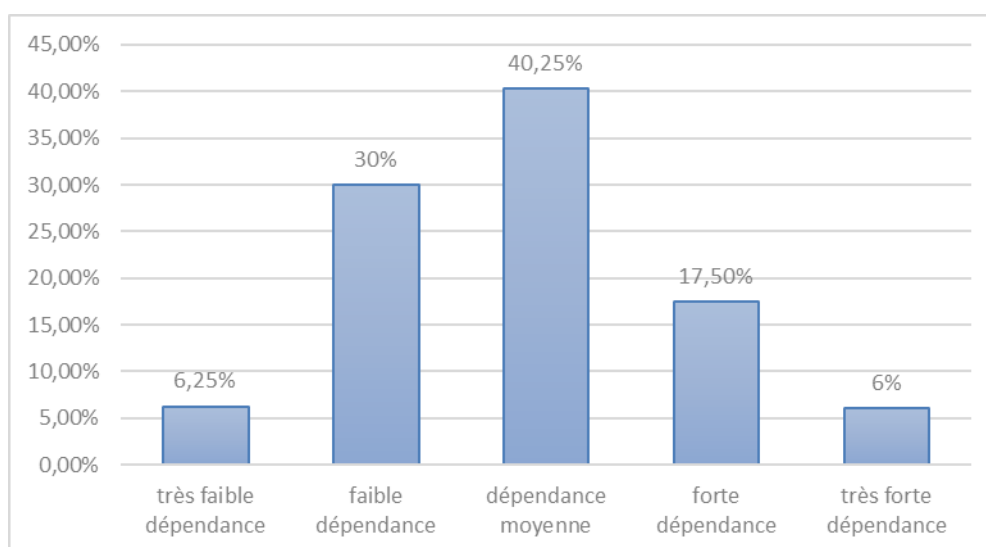
La majorité des fumeurs (N=244, 61%) ne fume pas lorsqu'ils sont malades ou alités.



**Figure 21 : Répartition des réponses selon fumer ou non quand on est malade ou alité**

- **Score de Fagerström :**

Selon l'interprétation du score de Fagerström (Annexe2), on note que 40,25% de nos fumeurs avaient une dépendance moyenne, 30% avaient une faible dépendance et 17,5% avaient une forte dépendance.



**Figure 22 : Score de Fagerström**

**10. Répartition selon le retentissement du tabagisme sur la santé :**

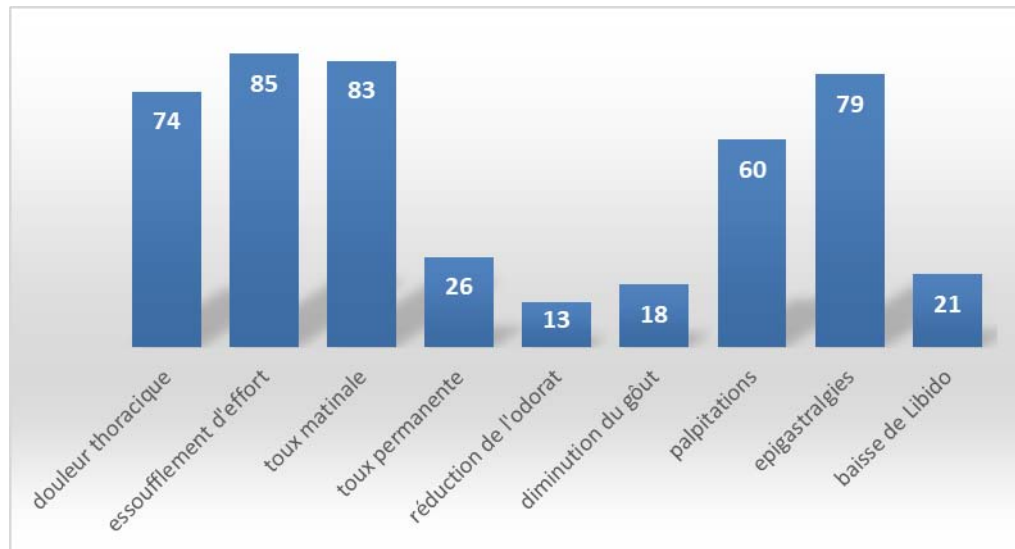
Parmi les 400 fumeurs interrogés, 181 fumeurs (45,25%) présentaient des signes liés au tabac.

L'essoufflement à l'effort était le symptôme le plus rapporté (N=85 ; 46,96%), suivi par la toux matinale (N=83 ; 45,85%), puis les épigastralgies chez 43,65% des fumeurs.

La prévalence des autres symptômes ressentis par les fumeurs est représentée dans le tableau suivant :

**Tableau IV : Prévalence des symptômes ressentis par les fumeurs**

Symptômes	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Essoufflement à l'effort	85	47
La toux matinale	83	45,85
Epigastralgies	79	43,65
Douleur thoracique	74	40,88
Palpitations	60	33,15
La toux permanente	26	14,36
Baisse de Libido	21	11,60
Diminution du goût	18	10
Réduction de l'odorat	13	7,18

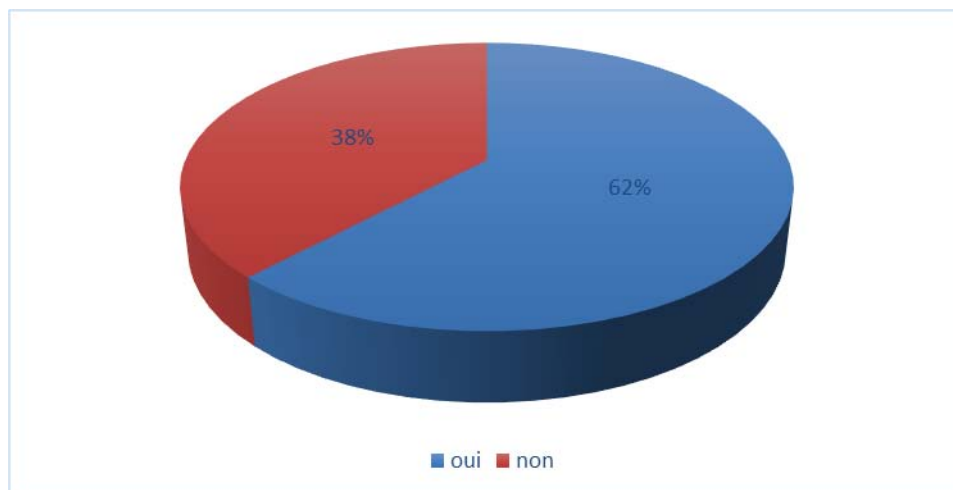


**Figure 23 : Répartition des fumeurs selon les symptômes ressentis**

### **III. Comportement des fumeurs vis-à-vis de la cigarette :**

#### **1. Fumer sur le lieu de travail :**

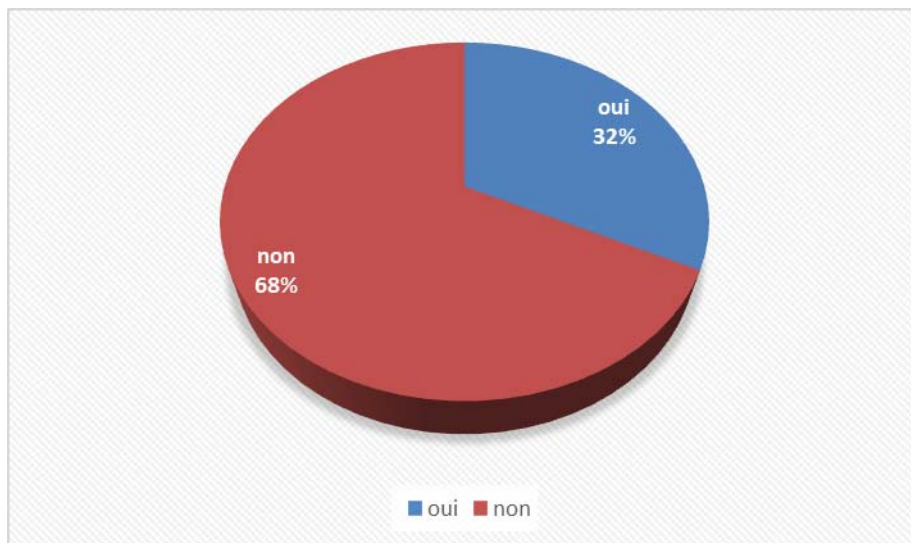
Parmi les fumeurs ayant répondu à cette question (N=379), 235 cas (62%) fumaient sur les lieux du travail.



**Figure 24 : Tabagisme sur les lieux de travail**

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

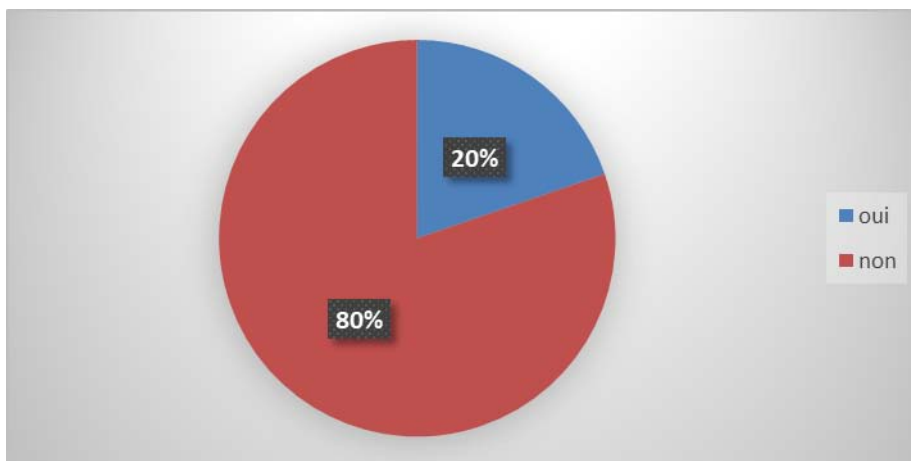
Parmi les 235 fumeurs fumants sur les lieux du travail, 76 personnes (32,34%) ressentaient une gêne à le faire.



**Figure 25 : Gêne à fumer sur les lieux du travail**

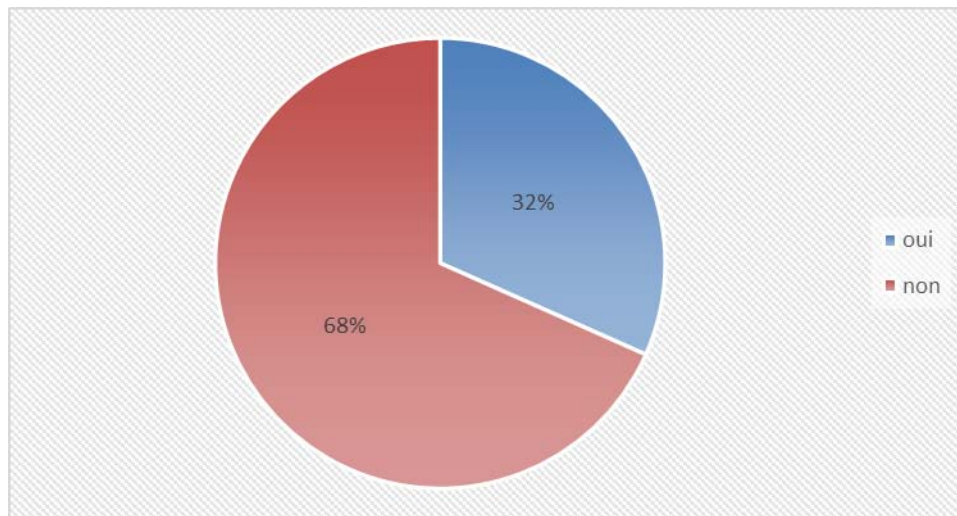
### **2. Fumer devant la famille :**

On note que seulement, 19,75 % des fumeurs (N=79) fumaient devant leur famille.



**Figure 26 : Tabagisme devant la famille**

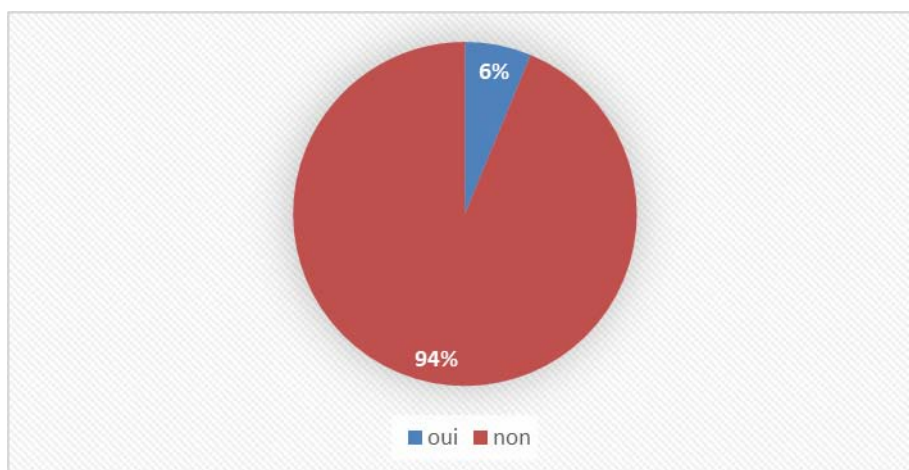
Parmi les 79 fumeurs qui fument devant leur famille, 31,65% ressentent une gêne.



**Figure 27 : Gêne à fumer devant la famille**

### **3. Fumer dans les zones non fumeurs :**

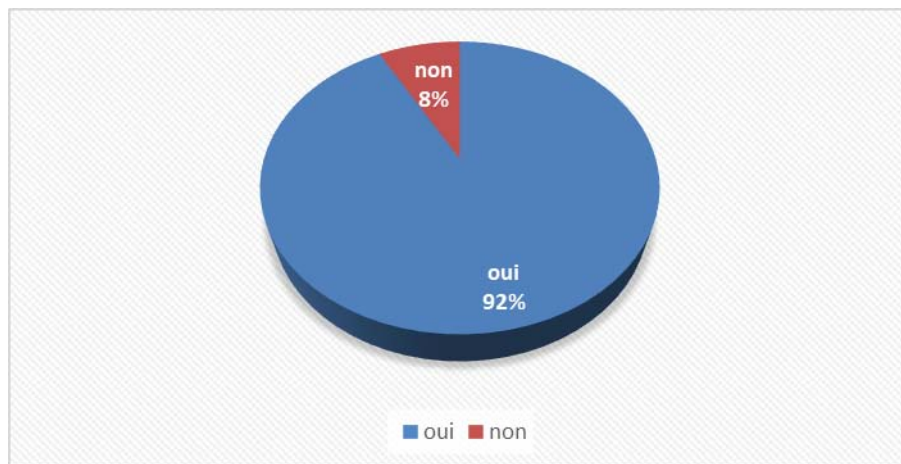
On observe que le taux de ceux qui fument dans les zones non fumeurs parmi l'ensemble des fumeurs actuels était de 6,25% soit 25 personnes.



**Figure 28 : Tabagisme dans les zones non fumeurs**

**4. Présence d'un fumeur dans l'entourage :**

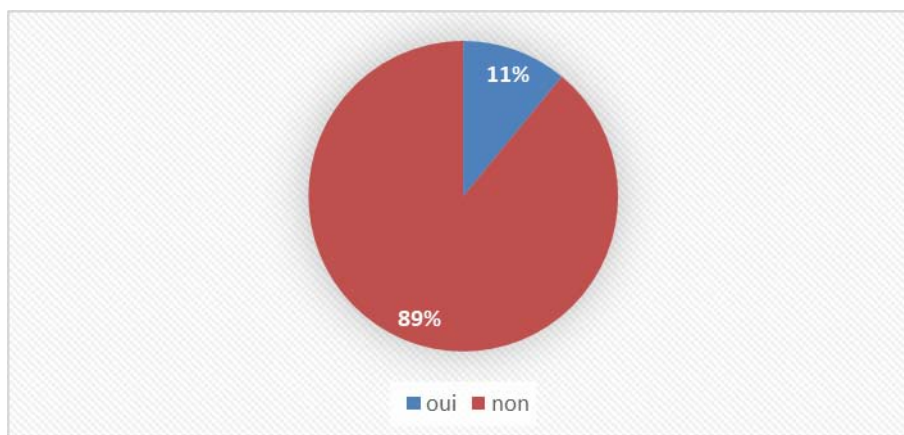
Au moment de l'enquête, la prévalence du tabagisme dans l'entourage des fumeurs était 92%.



**Figure 29 : Prévalence des fumeurs dans l'entourage**

**5. Participation à une campagne anti-tabac :**

Le taux de participation à une campagne anti-tabac était globalement 11,25% (N=45).



**Figure 30 : Taux de participation à une activité anti-tabac**

#### IV. Degré de connaissance des fumeurs sur le tabagisme :

##### 1. Degré de conscience des dangers du tabagisme :

La majorité des fumeurs déclarait être consciente de la nocivité du tabac pour la santé (N=365 ; 91,25%).

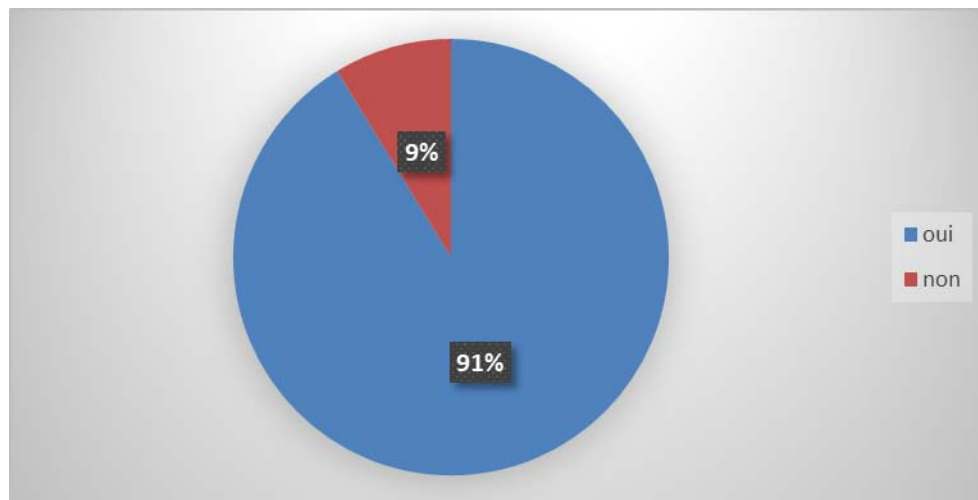


Figure 31 : Etes-vous conscients des dangers du tabac ?

##### 2. Connaissance des risques liés au tabac :

Globalement, les pathologies liées au tabac les mieux connues étaient le cancer pulmonaire (84,65%), le cancer du larynx (73%) et l'ulcère gastrique (68,22%).

Le degré de connaissance des autres risques liés au tabac est rapporté sur le tableau suivant :

**Tableau V : Les Connaissances des fumeurs vis-à-vis des méfaits du tabac**

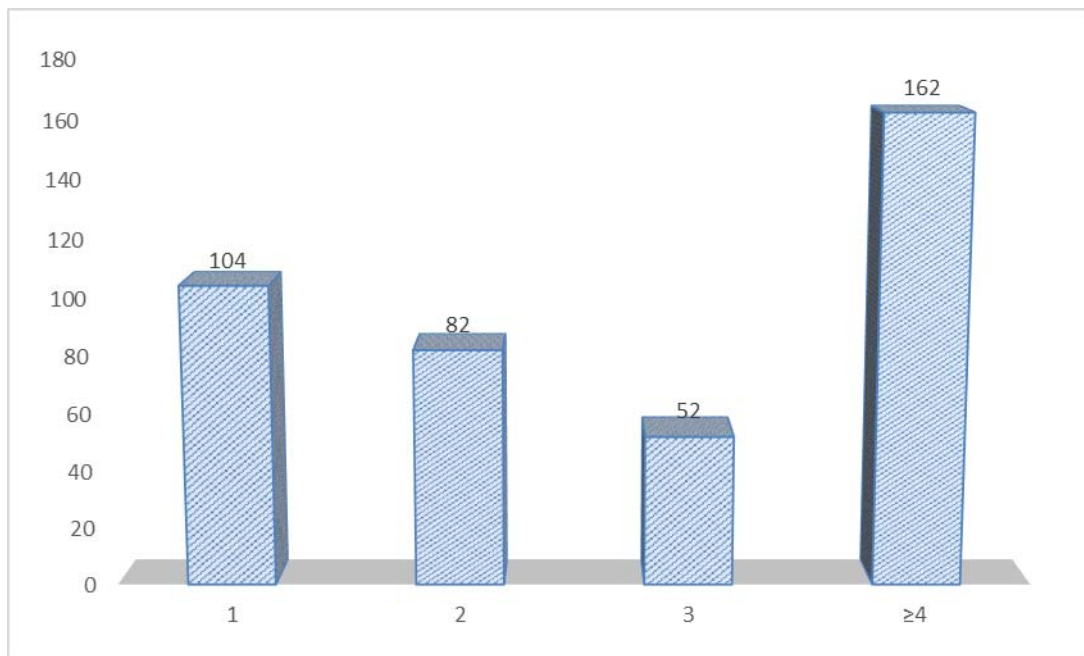
Méfaits du tabac	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Cancer pulmonaire	309	84,65
Cancer du larynx	266	73
L'ulcère gastrique	249	68,22
Pharyngite	135	37
Bronchite	119	32,6
Impuissance sexuelle	116	31,78
Palpitations	91	24,93
Artérite du membre inférieur	74	20,27
Coronaropathie	73	20
AVC	63	17,26
Cancer de la vessie	64	17,53
Cancer de la langue	62	17
Cancer de la joue	43	11,78
Perturbation de la grossesse	34	9.31
Cancer de l'estomac	73	20

## V. Etude des tentatives de sevrage tabagique :

### 1. Nombre de tentatives de sevrage :

Parmi les 400 fumeurs inclus dans notre série, 104 fumeurs (26%) ont fait une seule tentative de sevrage, 20,5% des fumeurs ont fait 2 tentatives d'arrêt, 13% c'est le pourcentage des fumeurs ayant essayé d'arrêter 3 fois, alors que la majorité des fumeurs (N=162, 40,5%) a essayé plusieurs tentatives d'arrêt (4 tentatives voire plus).

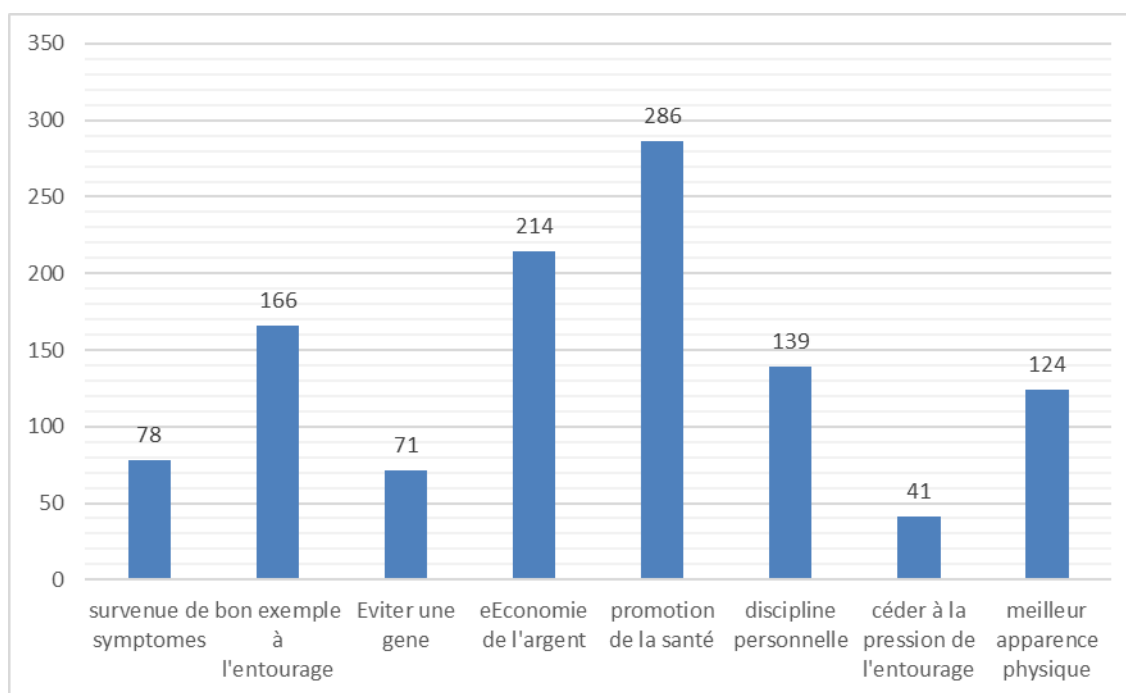
La moyenne de nombre de tentatives de sevrage était de 4,55 avec des extrêmes allant de 1 à 20.



**Figure 32 : Nombre de tentatives de sevrage**

## **2. Motivations apparentes des tentatives de sevrage :**

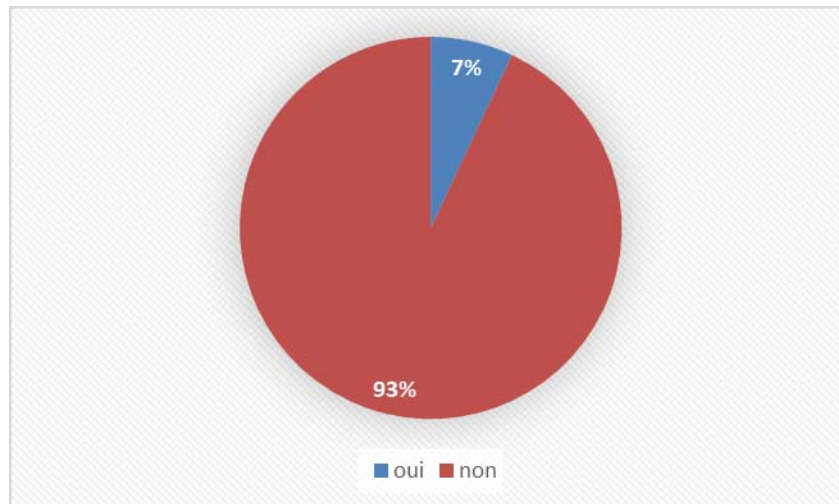
La figure 33 montre les différentes raisons ayant motivé les tentatives de sevrage, qui étaient dominées principalement par la promotion de la santé dans 71,5% des cas, puis l'économie de l'argent dans 53,5% des cas. 41,5% des tabagiques ont fait des tentatives d'arrêt pour donner le bon exemple à leur entourage, venaient ensuite les autres motifs tels que : discipline personnelle (34,7%) et meilleur apparence physique (31%).



**Figure 33 : Les raisons principales des tentatives de sevrage**

### **3. Utilisation des moyens pour aider le sevrage :**

Parmi l'ensemble des fumeurs de notre enquête, seulement 28 fumeurs (7%) avaient utilisé des artifices pour les aider à arrêter de fumer.



**Figure 34 : L'usage d'artifices pour le sevrage**

Les moyens d'aide au sevrage tabagique utilisés étaient :

- L'activité physique : chez 24 fumeurs.
- Les substituts nicotiques : chez 17 fumeurs.
- Le Bupropion : chez 5 fumeurs.
- La varénicline : chez 3 fumeurs.
- Les séances de psychothérapie : chez 2 fumeurs.

### **4. Durée maximale de sevrage tabagique :**

La moyenne de la durée maximale de sevrage tabagique chez l'ensemble des fumeurs était de 7,3 mois avec des extrêmes allant de 5j à 23ans.

**Tableau VI : Répartition des fumeurs selon la durée maximale de sevrage**

	Effectif(n)	Pourcentage (%)
≤1 mois	184	46
1 mois < -- ≤ 3 mois	68	17
3 mois <-- ≤ 1 an	108	27
1 an <-- ≤ 2 ans	21	5,25
2 ans < -- ≤ 3 ans	10	2,5
>3 ans	9	2,25

### **5. Symptômes ressentis au cours du sevrage :**

Durant la période de sevrage ,357 fumeurs (89,25%) avaient présenté des symptômes de sevrage dominés par : les céphalées dans 66,95% des cas, la nervosité dans 55,74% des cas et l'insomnie dans 42,01% des cas.

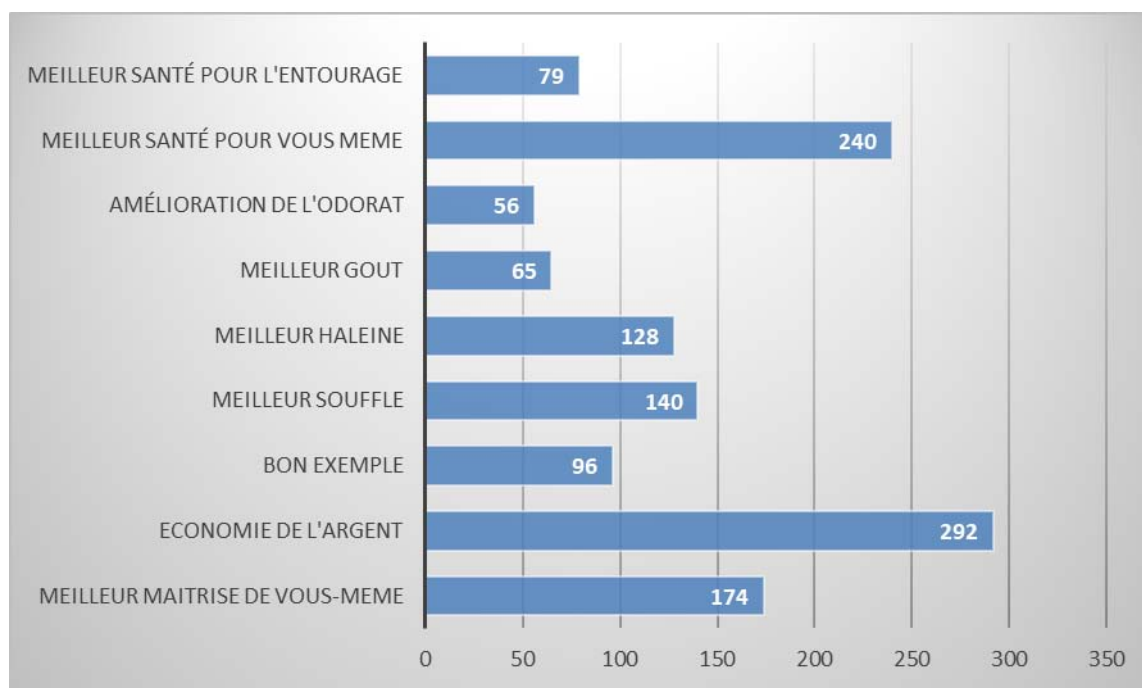
Les autres symptômes ressentis sont présentés dans le tableau suivant :

**Tableau VII : Syndrome de sevrage**

Les symptômes	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Les céphalées	239	66,95
La nervosité	199	55,74
L'irritabilité	121	33,89
Difficulté de concentration	80	22,41
Impression de manque	40	11,20
L'insomnie	150	42,02
Prise de poids	56	15,69
Constipation	12	3,36
Anxiété	24	6,72
Craving	86	24,08

## 6. Bénéfices du sevrage :

Les tentatives de sevrage étaient ressenties comme bénéfiques pour l'ensemble des fumeurs, les modifications rapportées étaient dominées par l'économie de l'argent dans 73% des cas, suivie par une bonne santé chez 60% des fumeurs (240 cas). Les autres bénéfices du sevrage sont présentés dans le graphique suivant :



**Figure 35 : Les bénéfices de sevrage**

## 7. Causes d'échec des tentatives de sevrage :

Dans notre série, les rechutes étaient imputables principalement au stress dans 55 % des cas, suivi par l'environnement fumeur dans 45% des cas puis le degré de dépendance à la nicotine chez 44 % des fumeurs.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

Les autres causes d'échec des tentatives de sevrage sont regroupées dans le tableau suivant :

**Tableau VIII : Les causes d'échec**

Les causes d'échec	Effectif(n)	Pourcentage (%)
<b>Les causes individuelles :</b>		
➤ Psychologiques :		
- Stress	220	55
- Tendance anxio-dépressive	83	20,75
- Etat d'émotion négative	163	41
➤ Intellectuelles :		
- Manque de connaissance sur les TTT efficaces.	53	13,25
<b>Les causes socio-environnementales :</b>		
- Environnement fumeur.	180	45
- Convivialité.	80	20
- Conflits familiaux.	139	34,75
- Manque de soutien.	87	21,75
- Faible niveau socio-économique.	59	14,75
<b>Les causes liées à la cigarette :</b>		
- Degré de dépendance à la nicotine	176	44
- Symptômes forts/prolongés de sevrage.	62	15,5
<b>Autres :</b>		
- Manque de motivation.	134	33,5
- Consommation excessive des autres substances psycho-affectives.	75	18,75



**DISCUSSION**



## **I. Généralités :**

### **1. Historique :**

#### **1-1. Dans le monde : [6]**

C'est en Amérique que le tabac puise ses origines il y a plus de 3000 ans, en témoignent d'anciennes pipes découvertes en Amérique du Sud. L'histoire du tabac commence avec l'arrivée de CHRISTOPHE COLOMBE en Amérique. En effet c'est en 1492 que les Européens aperçoivent pour la première fois des indiens entrain de fumer des rouleaux de feuilles de tabac séchés ; appelés Tobacco.

Les indiens utilisaient le tabac à la fois dans leur cérémonie, ou lors des rituels pour la purification du corps et pour entrer en communication avec le grand esprit, ou à des fins médicinales (comme analgésique), ou comme un insecticide.

L'importation du tabac en Europe, marqua une nouvelle étape dans l'histoire, sa consommation connut une croissance continue à partir du XVI<sup>e</sup> siècle.

Dès 1520, la pipe a apparu dans les ports du Portugal et d'Espagne.

En 1561, Jean Nicot ambassadeur de France à Lisbonne, signale à sa protectrice : la reine de France, qu'il possède une herbe provenant des indiens dont les vertus médicinales sont exceptionnelles.

Entre 1620-1625, la culture du tabac se répand rapidement en France.

A leur contact, les voyageurs anglais, italiens, et surtout hollandais se mettent également à fumer.

En 1809, Louis Nicolas Vauquelin, découvre l'alcaloïde qui constitue le principe actif du tabac et le nomme nicotine en l'honneur de Jean Nicot.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

En 1930, les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent.

En 1943, la première machine à fabriquer les cigarettes est inventée.

L'usage du tabac se répandit rapidement en Europe puis dans le monde entier.

Le théâtre puis la télévision, la publicité ou le cinéma participent à démocratiser cet usage, à le rendre attractif et moderne, tour à tour symbole de virilité puis de féminité. Comme disait Molière dans Dom Juan : « Il n'est rien d'égal au tabac : c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre ». Le tabac est alors totalement banalisé, fumer devient « normal » au point de faire partie de la ration journalière des soldats, en temps de guerre comme de paix.

Les professionnels de santé font même de la publicité pour certaines marques de cigarettes, comme en témoigne les affiches ci-dessous. [7]



Figure 36 : Des médecins qui font des publicités sur les cigarettes.

### **1-2. Au Maroc [8,9] :**

Le tabac fut introduit par les commerçants du Soudan sous le régime du sultan AHMED MANSOUR EL DAHBI en 1598.

Bien plus tard, le sultan Moulay ABDERAHMANE (1822–1899) instaura le commerce du tabac pour faire face aux dépenses militaires.

Durant le siècle dernier, la régie des tabacs a été créée en 1910 ; elle a été anciennement dénommée : société internationale de régie Cointéressée des tabacs au Maroc. Ce n'est que depuis le 1er janvier 1968, qu'elle est devenue une société anonyme dont le Capital est détenu à 100% par l'état marocain.

## **2. Epidémiologie :**

### **2-1. A l'échelle mondiale :**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation de tabac tue plus de 7 millions de personnes chaque année dans le monde (soit un décès toutes les six secondes) et constitue la première cause de mortalité évitable. [1]

Le tabagisme a entraîné 100 millions de décès au XXe siècle, et l'épidémie mondiale, liée au savoir-faire de l'industrie cigarettière, continue de se propager, ciblant dorénavant les pays en voie de développement, et en Occident depuis quelques décennies, de nouvelles populations comme les femmes et les adolescents. [1]

En France 78 000 décès annuels imputables au tabac. C'est la drogue qui tue le plus en France, loin devant l'alcool (49 000 décès/an). Un fumeur sur deux mourra des complications de son tabagisme. [1]

---

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

Aux Etats– Unis, les Centers of Diseases Contrôle (CDC) estiment que le nombre de décès lié au tabagisme durant la période 1997–2001 était de 438 000 décès dont près de 40% (158529) des cas de cancer. Au Canada, en 1998, près de 47 000 décès ont été causés par le tabac représentant 22% de la mortalité globale. [10]

Près de 80% du milliard de fumeurs que compte la planète vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, là où la charge de morbidité et de mortalité liée au tabac est la plus lourde. [10]

### **2-2. Au Maroc :**

Selon l'enquête épidémiologique MARTA réalisée par l'équipe du Professeur Nejari du CHU Hassan 2 de Fès, sur un échantillon de 9195 personnes âgées entre 15 et 90 ans, la prévalence globale du tabac au Maroc était de 18%. 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%. Chez les hommes, le tabagisme était associé à un niveau d'éducation inférieur. Chez la femme, il était associé à un niveau d'instruction et à une classe sociale plus élevés. [11]

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. [12]

### **3. Différents constituants de la fumée du tabac : [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.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

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.

### **2-3. La phase particulaire :**

Le diamètre des particules est essentiellement compris entre 0,1 et 1µm, 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.

### **2-4. La phase gazeuse :**

Elle 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.

---

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

### **a. 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.

### **b. 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 (cancinogènes-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.

### **c. 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 lésion 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 des 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.

### **d. 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 nicotiniques cérébraux situés dans le système dopaminergique méso-limbique. 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 observée 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

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

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

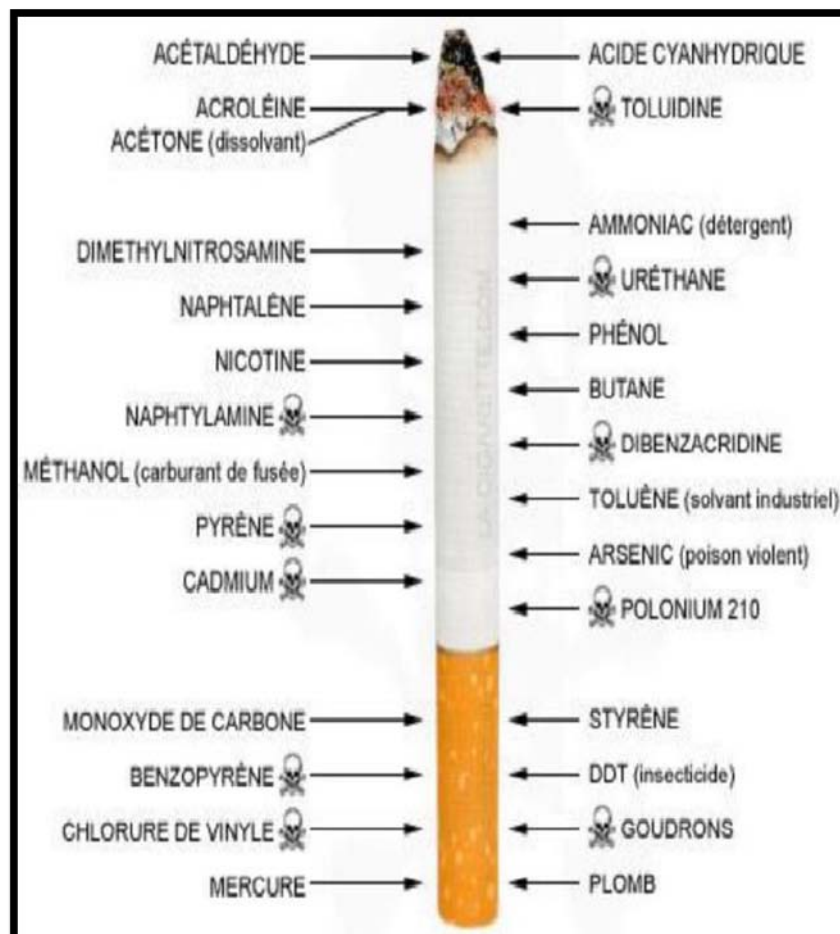
### e. Les alcaloïdes mineurs du tabac :

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

- Des pyridil-pyrrolidines : cotinine, myosmine, nornicotine
- Des pyridil-pipéridines : anabasine, anatabine
- Des B-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.



**Figure 37 : Les différents constituants de la cigarette**

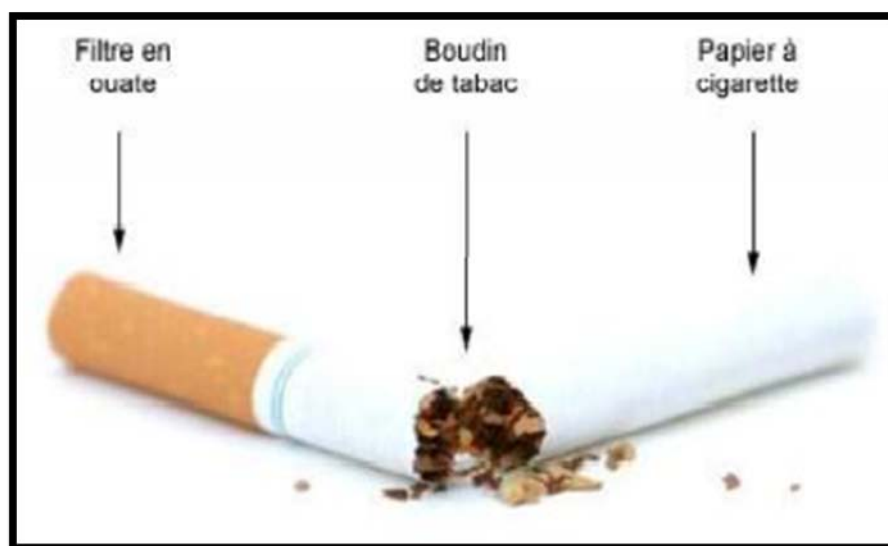
#### **4. Différents modes de consommation du tabac :**

##### **4-1. Tabac à fumer :**

C'est la forme la plus répandue de nos jours. Il en existe 4 principaux : les cigarettes, le cigare, la pipe, et le tabac à narguilé.

##### **a. Les cigarettes :**

- **Les cigarettes industrielles** : elles sont constituées d'un cylindre du tabac séché finement coupé, enveloppé dans un papier de cellulose appelé vélin ou d'un matériel similaire, muni d'un bout filtre qui permet de retenir certains composants du tabac et contribue à sa dilution.



**Figure 38 : Une cigarette industrielle**

- **Les Beedies** : sont des petites cigarettes roulées à la main. Bien que plus petites que les cigarettes classiques, les bidis contiennent en général quelques centaines de milligrammes de tabac, enveloppées dans une feuille de tendu. Des études récentes indiquent que la libération de nicotine et autres substances par les bidis est plus élevée que celle des cigarettes ordinaires [15].



**Figure 39 : Les beedies**

- **Les cigarettes roulées** : Les consommateurs sont de plus en plus nombreux à rouler leurs propres cigarettes, en partie pour des raisons culturelles et en partie pour économiser de l'argent, compte tenu du coût croissant (taxes incluses) des cigarettes industrielles. On ne dispose d'aucune base pour affirmer que ces cigarettes sont moins toxiques que les cigarettes industrielles ; et l'on ne peut pas davantage affirmer qu'elles soient source de taux plus élevés de morbidité et de mortalité prématurée. [15]



**Figure 40 : Des cigarettes roulées**

**b. Les cigares :**

Les cigares sont des rouleaux de tabac enveloppés dans une feuille de tabac, ils contiennent autant de tabac qu'un paquet de 20 cigarettes, voire davantage. [15]



**Figure 41 : Le cigare**

**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 [16].



**Figure 42 : 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. [17]



**Figure 43 : Le narguilé**

**4-2. Tabacs dits « sans fumée » :**

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

**a. Le tabac oral :**

Le tabac oral se consomme soit :

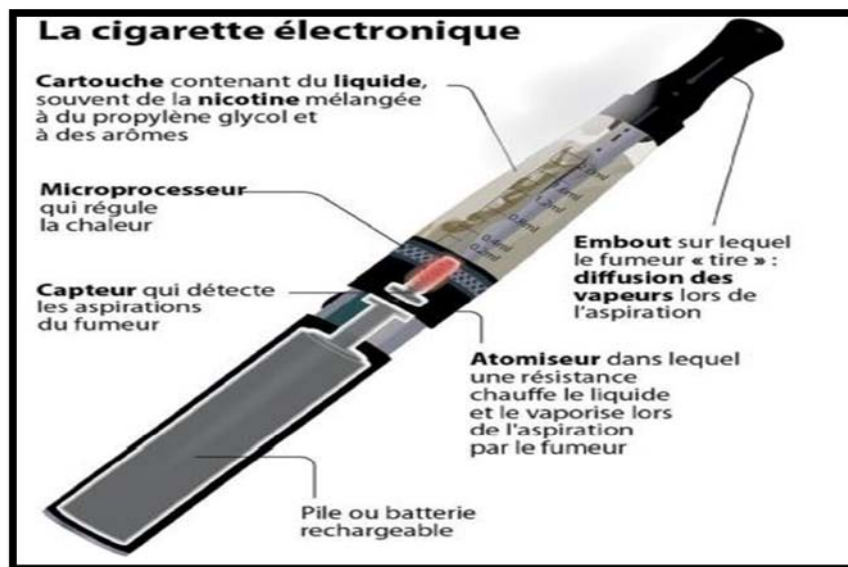
- Sous forme de feuilles de tabac placées en bouche et mâchées (tabac à chiquer).
- Sous forme de tabac moulu appelé « snuff » ou « snus », humidifié conditionné en sachets [18]

### b. Le tabac à priser :

Le tabac à priser se présente sous forme de tabac moulu destiné à être aspiré par voie nasale. Ce type de tabac est généralement sec et peut être aromatisé avec différents parfums, tels que menthe, cannelle, rose ou réglisse. La nicotine du tabac à priser absorbée par les muqueuses nasales peut provoquer une dépendance chez ses consommateurs. La vitesse d'absorption est rapide, comparable à la fumée de la cigarette, elle augmente lorsque le pH du tabac est alcalin. [18]

### c. La cigarette électronique [18] :

La cigarette électronique est un dispositif produisant de la vapeur tiède pouvant contenir de la nicotine dans le but de reproduire la fumée de la cigarette. Il s'agit d'un embout muni d'une batterie et d'un pulvérisateur, dans lequel on insère des cartouches contenant des substances aromatiques, avec ou sans nicotine.



**Figure 44 : La cigarette électronique**

## **5. La dépendance tabagique :**

### **5-1. Définition de la dépendance :**

L'OMS définit la dépendance aux substances comme « Un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. [19]

Il existe plusieurs tests pour évaluer la dépendance tabagique. Le plus utilisé est le test de Fagerstrom rapide à réaliser. (Annexe 2)

Deux items (délai entre le lever et la première cigarette, et le nombre de cigarettes fumées par jour) sont les deux notions les plus informatives sur la dépendance et ont, par conséquent, donné naissance à un score simplifié dit HSI (Heaviness Smoking Index). [20]

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

### **5-2. Dépendance comportementale [21] :**

La dépendance comportementale s'explique par l'association de la consommation de tabac à de nombreuses situations (fin de repas, détente, pauses sur le lieu de travail...). Le fumeur associe ces situations ou ces lieux au tabagisme.

L'exposition à des stimuli environnementaux déclenche des pulsions à fumer qui persistent malgré un traitement pharmacologique de sevrage.

### 5-3. Dépendance psychique [19] :

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

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

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

## **6. TABAC ET SANTE :**

### **6-1. Tabac et maladies respiratoires :**

- Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) : si le tabagisme n'est pas la seule cause, il n'est pas moins responsable de 85% des broncho-pneumopathies chroniques obstructives [22].
- Pneumothorax spontané : Le tabagisme est un facteur de risque principal de pneumothorax chez l'homme (risque relatif [RR]= 22) et chez la femme (RR =9). [23]
- Asthme : Le tabagisme de la mère augmente l'incidence des symptômes de l'asthme de l'enfant avant 6 ans. Le tabagisme des parents accroît la fréquence des exacerbations chez les enfants. C'est un facteur de non-contrôle de l'asthme, d'augmentation du recours au traitement d'urgence, d'inefficacité de la corticothérapie inhalée et orale, enfin de détérioration de la qualité de vie des patients. [23]

6-2. Tabac et maladies cardio-vasculaires :

➤ *Un risque majeur d'infarctus du myocarde :*

L'étude Interheart [24] a confirmé que, de façon universelle, le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, juste derrière les dyslipidémies. Ce risque est proportionnel à la consommation, mais sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans danger. Plus de 80 % des sujets, hommes ou femmes, ayant un infarctus du myocarde avant 50 ans sont fumeurs [25].

L'étude Interheart a également confirmé que l'exposition au tabagisme passif représente un facteur de risque significatif d'infarctus du myocarde pratiquement équivalent à celui de fumer 1 à 9 cigarettes par jour (fig. 45). Une analyse récente de l'impact mondial du tabagisme passif estime qu'il est responsable de 600000 décès, soit 1% des décès et que 2/3 de ces décès sont d'origine cardiovasculaire. [26]

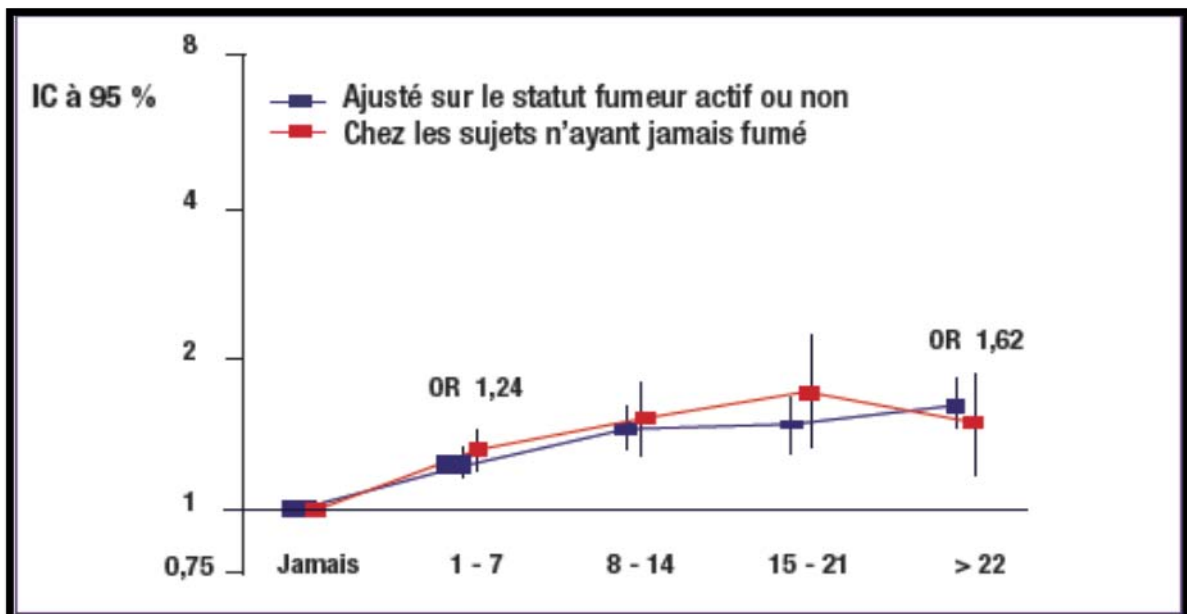


Figure 45 : Étude Interheart : risque d'infarctus du myocarde lié au tabagisme passif.

➤ *Un rôle également déterminant dans les autres territoires artériels :*

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

**6-3. Tabac et grossesse :**

➤ *Retentissement de la consommation de tabac sur la grossesse :*

Le tabac diminue la réserve ovarienne en ovocytes, et a un effet anti-oestrogénique. En ce qui concerne la fertilité masculine, l'étude de Kunzel (2003) confirme qu'une exposition anténatale 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%. [28]

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

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

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

➤ *Retentissement du tabac sur le fœtus et le nouveau-né :*

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est la complication la plus fréquente du tabagisme maternel. Il s'agit d'un RCIU harmonieux portant davantage sur la masse musculaire

[30]. Ce risque est 2 à 3 fois plus fréquent chez l'enfant de mère fumeuse et se réduit avec la précocité de l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

La fréquence et l'intensité du retard de croissance intra-utérin s'aggravent en fonction du nombre de cigarettes. Le taux de RCIU passe de 8.5% sans tabac à 14.7% si la mère fume d'une à cinq cigarettes par jour et à 18.7% si sa consommation dépasse les dix cigarettes par jour [29]. En outre, il existe un excès de mort fœtale in utéro (MFIU) au cours du 3ème 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 il est corrélé au nombre de cigarettes. [31]

### **6-4. Tabagisme et cancers :**

#### **➤ *Cancer bronchique :***

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

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

#### **➤ *Autres cancers :***

Le tabagisme est impliqué dans la genèse de multiples cancers : les cancers des voies aérodigestives supérieures (relation dose-effet pour le tabac et l'alcool) et de la vessie (RR = 2,7) mais aussi du rein (RR = 1,4), de l'œsophage (RR = 2,1-9,3), de l'estomac (RR = 1,2-1,8), du pancréas (RR = 1,1-1,8), du foie (RR = 1,1-9,6), colorectal (RR = 0,9-1,73) et les leucémies myéloïdes chroniques. [33]

Chez la femme, il est cofacteur du papillomavirus de type 16 dans la genèse du cancer de l'utérus (RR = 1,5) et de la vulve. Il augmente le risque global du cancer du sein avant la ménopause (RR = 1,5), et en cas de cancer il accroît le risque de métastase pulmonaire. [23] [34]

#### **6-5. Autres conséquences du tabagisme :**

##### **➤ *Tabagisme, peau et parodonte :***

La consommation de tabac accélère le vieillissement cutané par perte de la structure élastique de la peau. Elle gêne la cicatrisation et la réussite des greffes et lambeaux cutanés par altération de la microcirculation. Elle est un facteur aggravant de la pustulose palmo-plantaire et du psoriasis ; elle favorise l'apparition des carcinomes spino-cellulaires (RR = 2,3) et aggrave le pronostic des mélanomes. [35]

Le tabac fumé et le tabac non fumé sont des facteurs de maladies parodontales, caries et de leucoplasies de la muqueuse buccale. [36]

##### **➤ *Tabagisme et sphère digestive :***

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

##### **➤ *Autres atteintes :***

Le tabagisme peut engendrer des troubles du sommeil qui augmentent la morbidité cardiovasculaire ou par accident vasculaire cérébral. [38] Une association positive entre tabagisme et hyperthyroïdie (RR = 2,37), avec risque d'ophtalmopathie basedowienne (RR = 7,7), a été mise en évidence. Le tabagisme se révèle comme facteur d'aggravation des néphropathies chroniques et favorise les thromboses de l'artère rénale ; il est facteur d'échec des greffes de rein. [37]

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

Qu'il soit actif ou passif chez l'homme ou la femme, il diminue la densité minérale osseuse et favorise la survenue des fractures. [37]

À l'occasion d'une intervention chirurgicale, il est responsable du triplement des complications opératoires, d'un doublement des admissions en unité de soins intensifs, de l'allongement de la durée de séjours hospitaliers, ce qui accroît le coût péri-opératoire ; enfin, il multiplie par 8 le risque de retard de la consolidation osseuse. [39]

➤ ***Tabagisme et interaction médicamenteuse :***

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

**Tableau IX : Interférences entre tabagisme et activité médicamenteuse**

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

## **7. Tabagisme passif :**

### **7-1. Définition du tabagisme passif :**

Le tabagisme passif ou involontaire se définit comme l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement d'un fumeur, il entraîne l'inhalation d'éléments cancérigènes et d'autres éléments toxiques contenus dans la fumée de courant secondaire (fumée se dégageant d'une cigarette se consumant librement), à savoir que 85% de la fumée présente dans l'air d'une pièce dans laquelle une personne fume étant constituées de la fumée du courant secondaire. [41]

### **7-2. Tabagisme passif et santé :**

#### **a. Chez l'enfant :**

- **Mort subite du nourrisson** [42] : il existe une relation entre le tabagisme maternel et le risque de mort subite du nourrisson. C'est en étudiant un type particulier des récepteurs nicotiques que les chercheurs ont mis le doigt sur un mécanisme permettant d'expliquer les effets néfastes de la nicotine dans le cadre de la mort subite du nourrisson.
- **L'asthme** [43] : chez l'enfant déjà asthmatique, le tabagisme passif augmente la fréquence des crises, la meilleure estimation fait apparaître un excès de crise d'asthme de 14% quand le père fume, 28% quand la mère fume, 52% quand les deux parents fument.
- **La fonction pulmonaire** : [44] l'exposition au tabagisme passif est associée à une diminution faible mais certaine du VEMS chiffrée à 1,9% chez l'enfant asthmatique, le VEMS et les débits distaux diminuent de façon significative, cette diminution est plus nette pendant la période hivernale du fait du confinement.
- **Désordres ORL** : [45] l'estimation de l'excès de risque d'otites liées au tabagisme parental basée sur 13 études est de 48%. On note également la fréquence des rhinites, d'obstruction nasale et de rhinopharyngite.

#### **b. Chez l'adulte :[44]**

- **Cancer du poumon** : le risque de développer un cancer du poumon chez un non-fumeur est augmenté de 35 % si son conjoint fume, il multiplie le risque de mortalité par 1.2.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

- **Accidents cardiaques** : pour un non-fumeur, l'exposition à la fumée de cigarette augmente la morbidité et la mortalité dues aux maladies cardiaques de 25 à 30%.
- **Cancer des sinus de la face** : le tabagisme passif fait plus que doubler ce risque.
- **AVC** : le tabagisme passif altère les parois des artères et double le risque d'accident vasculaire cérébral.
- **Autres atteintes** : 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.

### **8. Sevrage tabagique :**

#### **8-1. Les bénéfices du sevrage :**

L'arrêt de la consommation de tabac est bénéfique quel que soit l'âge d'arrêt, d'autant plus grand que l'arrêt est précoce même après l'apparition de pathologie liée au tabac.[46]

En revanche, l'impact de l'arrêt est variable selon la pathologie considérée.

**Tableau X : Bénéfices de l'arrêt sur la santé à court terme (Dautzenberg, 2007) [47]**

Durée	Bénéfices
A 1 jour	- Ralentissement du pouls - Diminution de la pression artérielle - Elimination de CO - Meilleure oxygénation de corps
A 1 semaine	- L'odorat et le goût reviennent - Activité physique facilitée
A 1 mois	- Encombrement bronchique et toux diminués - Couleur de peau normale - Activité physique très facilitée.

**Tableau XI : Bénéfices de l'arrêt sur la santé à long terme (Perriot, 2003 et Dautzenberg, 2010)**  
**[48]**

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

L'apport du sevrage tabagique est énorme, non seulement sur le plan sanitaire, mais aussi sur les plans : psychologique, économique et éducationnel. [49]

- Bénéfices psychologiques : en prouvant la capacité de se libérer de la cigarette et ne plus en être l'esclave.
- Bénéfices économiques : économiser le prix des cigarettes et des dépenses pour la santé. Exemple : fumer 1 paquet/jour pendant 20 ans équivaut en dépenses à 30 Dhs x 7300 j soit 219.000 Dhs.

- Pour la société : réduction du nombre des jours pour arrêt maladie et réduction du nombre de décès prématuré lié au tabac.
- Bénéfices éducationnels : en donnant l'exemple pour les autres, chacun dans son domaine (père, frère, enseignant, corps médical et paramédical...)

### **8-2. Les stades de changement chez le fumeur :**

La dynamique des stades de changement a fait l'objet de réflexions nombreuses. Les travaux sur le comportement tabagique ont ainsi cherché à proposer des descriptions dynamiques de l'arrêt du tabac.

- Pré-contemplation : fumeur heureux, satisfait, consonant. A ce stade, seuls les avantages du tabagisme sont ressentis. Le fumeur ne subit pas encore les effets néfastes et il est persuadé qu'il pourra s'arrêter de fumer quand il le désirera. Durant cette période, le médecin pratiquera le conseil minimal.
- Contemplation : c'est la phase de l'indécision. Le fumeur devient dissonant et commence à prendre conscience des risques du tabagisme. Il commence à envisager un sevrage. C'est une période de maturation où le sujet évalue la balance entre bénéfices et risques du tabagisme. C'est finalement lorsque l'équilibre penchera vers les bénéfices à l'arrêt que le fumeur décidera d'un arrêt. Cet arrêt est envisagé dans un délai de six mois.
- Préparation : une fois la décision d'arrêt prise, il s'agit de préparer ce sevrage avec détermination d'une date d'arrêt.
- Action : ce sont les tentatives d'arrêt. Il est très rare que le premier essai d'arrêt s'achemine vers un sevrage définitif. C'est bien souvent la multiplicité des tentatives qui aboutira enfin à un sevrage persistant. Ceci est corroboré par les propos du Pr Lagrue « toute dépendance est un trouble chronique, à poussées successives, fait de remissions et de rechutes, dont l'évolution à long terme devrait être favorable ».

- Maintien : du sevrage dans le temps. Un arrêt récent correspond à une abstinence de six mois, un arrêt persistant à un sevrage de douze mois et confirmé à vingt-quatre mois [50].

### **8-3. Prise en charge du sujet tabagique :**

Les recommandations les plus récentes pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique font référence au modèle des « 5 A » (Ask–Advise–Assess–Assist–Arrange) [51] qui peut se traduire dans la séquence suivante :

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

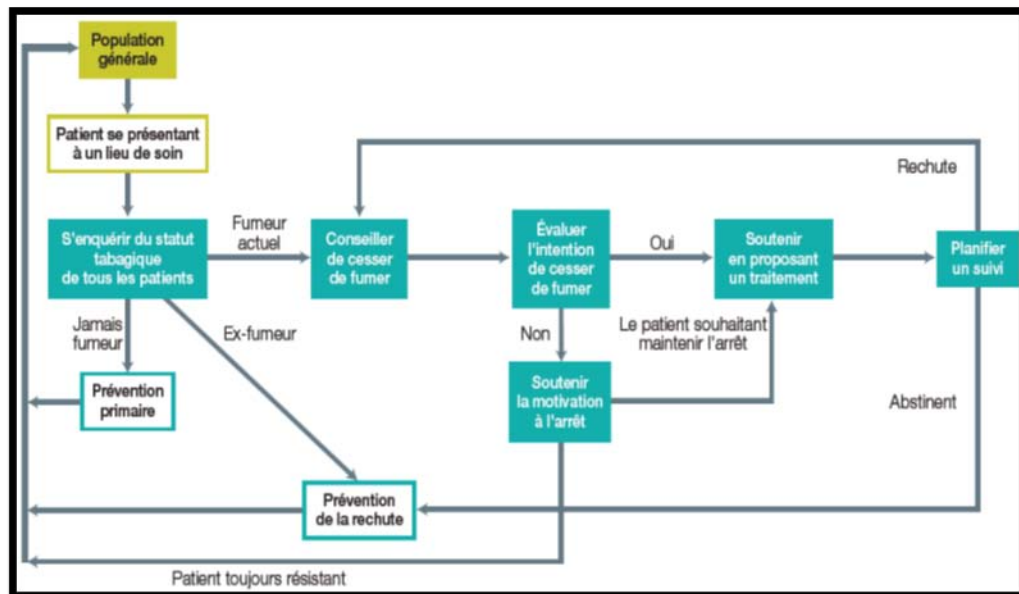


Figure 46 : Modèle d'intervention des « 5 A ».

### a) Évaluation de la consommation :

- Mode de consommation : cigarette, tabac roulé, chicha...
- Age de début.
- Quantité en paquets-années = nombre de paquets consommés par jour multiplié par le nombre d'années pendant lesquelles la personne a fumé cette quantité.
- Durée en années.
- Mesure du taux de CO expiré : peut être utilisée pour renforcer la motivation, à savoir qu'un taux < 8 ppm est normal.
- Tentatives d'arrêt et/ou de réduction du tabagisme.

### b) Évaluation de la dépendance :

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

L'évaluation de la dépendance pharmacologique se fait par l'intermédiaire du test de Fagerström [annexe 2] accompagnée d'un interrogatoire minutieux, ceci afin de mieux appréhender la dépendance physique et la dépendance psychologique.

### c) Recherche des comorbidités anxieuses et dépressives et des co-addictions :

Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.

Les fumeurs souffrant de troubles anxieux présenteront en moyenne un syndrome de sevrage tabagique plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique. Cependant, bien que le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, il diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac.

Il est recommandé de rechercher la consommation d'autres substances psycho-actives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments. Il faut également rechercher des addictions comportementales.

### d) Conseil d'arrêt :

Pour le soignant, la règle est de toujours solliciter le fumeur à parler de son comportement.

Le conseil d'arrêt consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Il s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. [52]

### e) Évaluer la motivation à l'arrêt :

La motivation à l'arrêt du tabagisme est évaluée par le test de Lagrue et Légeron [annexe3], et elle permet de classer le fumeur en 3 catégories, ceux qui :

- ✓ Souhaitent un sevrage.
- ✓ Souhaitent une réduction de leur consommation de tabac.
- ✓ Ne souhaitent pas modifier leur consommation de tabac.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

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

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

- La pertinence : il faut encourager le patient à indiquer quelles raisons personnelles pourraient l'aider à prendre une décision d'arrêt. Si une information sur les bénéfices de l'arrêt doit être donnée par le professionnel de santé, celui-ci doit s'attacher à l'adapter à la situation personnelle du patient : grossesse en cours, enfants à la maison, problèmes de santé existants, tentatives d'arrêt antérieurs, représentations...
- Les risques : le professionnel de santé devrait demander au patient d'identifier d'éventuelles conséquences négatives de son tabagisme. Elles peuvent ensuite être soulignées par le clinicien. Il peut également rappeler que les cigarettes dites « légères » ne diminuent en rien les risques pour la santé.
- Les bénéfices : le clinicien doit aider le patient à identifier les bénéfices qu'il pourrait attendre d'un arrêt du tabac. Les plus fréquemment cités par ceux qui ont arrêté de fumer sont l'amélioration de l'état de santé, la redécouverte du goût des aliments et des boissons, l'amélioration de l'olfaction, des économies d'argent, une meilleure opinion de soi, un habitat, une voiture, des vêtements et une haleine ne sentant plus le tabac, un meilleur modèle pour les enfants, une meilleure forme physique, et une meilleure apparence physique avec une diminution des rides et des dents plus blanches.
- Les obstacles : le clinicien doit rechercher les obstacles à l'arrêt, et tenter de trouver des réponses. Les obstacles les plus courants sont la peur des symptômes de manque, de l'échec, d'une prise de poids, le manque de soutien de l'entourage, la peur d'une réaction dépressive ou de ne pas savoir répondre au stress, la nostalgie du plaisir de fumer, la fréquentation de nombreux fumeurs, l'ignorance de l'efficacité des solutions thérapeutiques.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

- La répétition : ce type d'intervention motivationnelle devrait être répété à chaque fois qu'un fumeur non motivé à l'arrêt consulte dans un lieu de soins. Les fumeurs ayant déjà échoué dans des tentatives antérieures devraient être informés que la plupart des fumeurs ont besoin de s'appuyer sur l'apprentissage acquis lors de plusieurs tentatives pour finalement s'arrêter définitivement.

### 8-4. Le sevrage tabagique en pratique :

La motivation est indispensable à la réussite, mais chez certains fumeurs une aide pharmacologique est nécessaire.

#### **a. Traitements pharmacologiques :**

- Les traitements nicotiques de substitution (TNS) : [41, 53, 54, 56]

Ils se présentent sous différentes formes : systèmes transdermiques (timbres ou patches), gommes à mâcher, pastilles sublinguales ou à sucer, inhalateur, spray buccal. Ils sont recommandés en première intention : ils augmentent significativement l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % et la combinaison d'un timbre transdermique avec une autre forme de TNS (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS.

Les TNS sont recommandés en première intention au regard de leur balance bénéfice-risque. Il est préconisé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes :

- De sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fébrilité, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes.
- De surdosage : palpitations, céphalées, sensation de bouche pâteuse, diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

La posologie initiale est déterminée par le score obtenu par le questionnaire simplifié de Fagerström, puis adaptée en fonction de l'apparition de symptômes de surdosage ou de sous-dosage.

- ✓ **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, l'absorption se fait au niveau de la muqueuse buccale. 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.

**Tableau XII : Substituts nicotiniques/Gommes à mâcher [55]**

GOMMES A MÂCHER					
Produits	Dosages	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette® Nicotinell® Nicogum® Niquitin®	2mg, 4mg	- Mâcher lentement et par intermittence pour favoriser la bonne absorption via la muqueuse buccale  - Ne pas manger ou boire pendant la mastication de la gomme	- Contrôle de la dose par le patient  - Soulagement des signes de sevrage en 5 à 10 minutes	- Requiert une mastication adéquate pour être efficace et minimiser les risques de survenue d'effets indésirables  - Emploi difficile chez le sujet ayant une prothèse dentaire	Une mastication trop rapide peut provoquer une irritation pharyngée, dyspepsie, hypersalivation, hoquet, nausées, flatulences

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

- ❖ Les comprimés sublinguaux et les comprimés à sucer : 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg, Ils sont beaucoup mieux tolérés que les gommes. La posologie est d'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 comprimés par jour puis on arrête le traitement.

**Tableau XIII : Substituts nicotiniques/Comprimés à sucer [55]**

COMPRIMES A SUCER					
Produits	Dosages	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Niquitin® Niquitin-Mini® Nicopass®	2mg, 4mg	Sucer le comprimé lentement durant 20-30 minutes jusqu'à la fin de sa fonte  - Ne pas manger ou boire pendant la prise du comprimé	- Contrôle de la dose par le patient  - Soulagement des signes de sevrage en 5 à 10 minutes  - Ne nécessite pas de mastication	- Requier une utilisation adéquate pour minimiser les risques d'effets indésirables	Irritation pharyngée, hoquet, nausées, céphalées, vertiges

- ✓ **Les timbres ou patchs** : les timbres permettent une meilleure observance car ils sont de 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. 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 applicables 16h est d'éviter l'insomnie.

- ❖ 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 tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

- ❖ 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.

**Tableau XIV : Substituts nicotiniques/Patches [55]**

<b>PATCHS</b>					
<b>Produits</b>	<b>Dosages</b>	<b>Conseils d'utilisation</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>	<b>E.I</b>
Nicorette®	5mg/16h, 10mg /16h, 15mg/16h	- Appliquer sur peau sèche, propre et glabre, peut être gardé sous la douche  - Changer l'emplacement du patch tous les jours (de préférence face externe du bras ou haut de la fesse)	- Libération constante et précise de la nicotine  - Bonne observance (un timbre par jour)	- Pas de soulagement rapide du fait de la libération lente de nicotine  - Pas de contrôle de la dose possible en cas de syndrome de sevrage	- Possible érythème au point d'application  - Nausées, céphalées, anxiété, troubles du transit, toux
Nicopatch®	7mg/24h,				
NicotinelTTS®	14mg/24h,				
Niquitin®	21mg/24h	- Si transpiration excessive, pour pallier au décollement, appliquer un pansement semi-perméable de type tegaderm®	- Surdosage rare		

### ✓ Les inhalateurs : [41]

Ce dispositif médical contient 10 mg de nicotine par cartouche. La fréquence des aspirations ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins de la personne, sans dépasser 12 cartouches par jour.

La durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue, jusqu'à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinuée.

Une irritation de la muqueuse buccale, une toux ou une rhinite peuvent être observées. Ces effets indésirables disparaissent en quelques jours.

Tableau XV : Substituts nicotiques/Inhaleur [55]

INHALEUR					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette®	10mg / cartouche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pratiquer des inhalations fréquentes et continues durant 20 minutes pour atteindre rapidement un effet optimal</li> <li>- Après ouverture, toute cartouche doit être utilisée dans les 12h</li> <li>- A utiliser de préférence à une température supérieure à 15°C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mime l'action de fumer</li> <li>- Contrôle de la dose par le patient</li> <li>- Soulagement rapide des signes de sevrage</li> <li>- Ne nécessite pas de mastication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhalations fréquentes nécessaires</li> <li>- Utilisation peu discrète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritation pharyngée, toux, nausées, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux</li> </ul>

✓ **Sprays buccaux** : [41]

Un flacon permet 150 pulvérisations, chacune délivrant 1 mg de nicotine. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.

Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal.

Pour de meilleurs résultats, il est recommandé de :

- Ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires ;
- Eviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation ;
- S'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale ;
- Ne pas utiliser le pulvérisateur buccal sur une durée de plus de 6 mois.

Au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.

Tableau XVI : Substituts nicotiques/Spray [55]

SPRAY					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette® Vapoéclair®	1mg/dose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amorcer la pompe lors de la première utilisation</li> <li>- Pulvériser dans la bouche en évitant le contact avec les lèvres</li> <li>- Ne pas inspirer au moment de la vaporisation</li> <li>- S'abstenir d'avaler sa salive pendant quelques secondes après la vaporisation</li> <li>- Enclencher la sécurité après chaque utilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle de la dose par le patient</li> <li>- Soulagement rapide des signes de sevrage</li> <li>- Ne nécessite pas de mastication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaporisations fréquentes nécessaires</li> <li>- Utilisation peu discrète</li> </ul>	Irritation pharyngée, toux, nausées, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux

La Varénicline et le Bupropion sont deux médicaments disponibles dans l'indication du sevrage tabagique, mais, leur balance bénéfique/risque (absence de supériorité par rapport aux traitements nicotiques de substitution et des effets secondaires importants) fait qu'ils ne sont recommandés qu'en seconde intention. [56]

➤ **La Varénicline : [41]**

La Varénicline (commercialisée sous le nom de Champix®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine.

La posologie de la varenicline est 0,5 mg une fois par jour pendant les 3 premiers jours, elle est augmentée à 0,5 mg deux fois par jour les jours 4 à 7 et à 1 mg deux fois par jour après le jour 8.

Les effets indésirables de la Varénicline sont de deux types :

- ❖ Modérés : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, flatulences) et maux de tête ;

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

- ❖ Sévères : dépression et comportements suicidaires ou auto-agressifs, hostilité, agitation. Elle pourrait également avoir des effets indésirables cardiovasculaires, mais les résultats sont controversés.

### ➤ **Bupropion** : [41]

Le chlorhydrate de Bupropion à libération prolongée a été développé à l'origine comme antidépresseur (c'est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines). Il a été proposé dans un second temps pour faciliter l'arrêt du tabagisme chronique.

Les effets indésirables du Bupropion sont de deux types :

- ❖ Modérés : réactions cutanées ou allergiques, troubles neuropsychiatriques (insomnie chez 30 à 40 % des sujets, angoisse), troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions), bouche sèche, nausées ;
- ❖ Sévères : dépression, comportements suicidaires et auto-agressifs., hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde.

Le Bupropion ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Antécédent de troubles graves du comportement alimentaire : anorexie mentale, boulimie.
- Troubles bipolaires, susceptibles d'être aggravés par l'effet antidépresseur du bupropion.
- Insuffisance hépatique grave ;
- Tumeur bénigne ou maligne du cerveau ou de la moelle épinière ;
- Antécédent de convulsions ;
- Personne en cours de sevrage d'alcool ou de tranquillisant ;
- En association avec les IMAO.

Tableau XVII : Médicaments d'aide au sevrage tabagique : [55]

	Liste	Mode d'action	Posologie	Effets indésirables
Bupropion ZYBAN®	I	Antidépresseur amphétaminique	Adulte : 150mg/jour pendant 6 jours puis si besoin x 2 / jour sans dépasser 300mg/jour	Réactions d'hypersensibilité (prurit, urticaire..), fièvre, nausées, ataxie, insomnies, céphalées
Varénicline CHAMPIX®	I	Agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha\beta$ à l'acétylcholine	Adulte : 0.5 à 1mg x 2 /jour à instaurer progressivement par paliers de 3 puis 4 jours	Insomnies, modification de l'activité onirique, céphalées, nausées

**b. La prise en charge non médicamenteuse :**

L'association d'une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse permet de modifier les comportements vis-à-vis de la consommation tabagique et d'augmenter les chances de réussite par rapport à une médication seule. [57, 58]

➤ **Les thérapies cognitivo-comportementales :**[59]

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.

➤ **La cigarette électronique :** [60]

L'e-cigarette peut être utilisée en association avec les SN pour faciliter le sevrage, elle est composée d'une batterie, d'un atomiseur et d'une cartouche remplie d'un e-liquide qui contient :

---

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

- Des substances aromatiques variées (tabac, menthe, pomme, etc.)
- Du propylène glycol
- De la glycérine végétale
- Des additifs
- De la nicotine, à différentes concentrations

Selon le Haut conseil de la santé publique en 2016, la cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter ou diminuer la consommation de tabac des fumeurs, ou elle pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme, notamment pour les plus jeunes.

➤ **Les autres thérapeutiques :**

De nombreuses techniques ont vu le jour dans l'aide au sevrage tabagique mais leur efficacité n'a pas clairement été établie [61].

- Hypnothérapie
- Homéopathie
- L'acupuncture et autres techniques apparentées

### **8-5. Suivi : prévenir les rechutes [49]**

Les reprises sont fréquentes et 75-80% d'entre elles surviennent dans les 6 mois qui suivent le sevrage. Elles touchent 40-60 % des ex-fumeurs à 1 an.

Les reprises doivent être présentées comme des étapes dans la démarche d'arrêt (succès différés).

Les consultations régulières sont très importantes pour prévenir les rechutes. Ces consultations peuvent être suivies au long court ou faites à la demande si besoin. Il est préférable que le médecin soit disponible au téléphone notamment la première semaine.

Les fumeurs rechutent particulièrement dans des situations à risque telles :

- ✚ Prendre "juste une cigarette" pour voir ;
- ✚ Etat d'émotion négative, par exemple colère, frustration, dépression, ennui ;

- ✚ Conflit entre personnes (avec la famille ou au travail) ;
- ✚ Pression sociale, directe par une personne, ou indirecte dans une situation où il y a d'autres fumeurs (comme lors d'une soirée) ;
- ✚ Prise d'alcool et bons repas ;
- ✚ Augmentation du poids.

En cas de reprise, le médecin doit impérativement :

- ✚ Ecouter et accompagner le fumeur ;
- ✚ Déculpabiliser (expliquer la dépendance) ;
- ✚ Valoriser tout arrêt, aussi court soit-il
- ✚ Valoriser la reprise comme une acquisition d'expérience ;
- ✚ Avoir en tête la longueur du suivi et les risques de reprise (prise en charge équivalente à celle d'une maladie chronique).

## **II. DISCUSSION DE L'ETUDE :**

### **1. Caractéristiques sociodémographiques des fumeurs :**

#### **1-1. AGE :**

Le tabagisme reste un comportement qui dépend fortement de l'âge. Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 31–40ans (40,5%).

La même constatation ressort dans l'enquête marocaine sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé (ENSRS) dont 21,3% était retrouvée chez les personnes âgées entre 30 et 44 ans [62].

Dans l'enquête MARTA, la tranche d'âge la plus concernée était de 30–39 ans (22,9%) [11], l'étude réalisée par M.ELBOUKHANI [63] avait montré que la prévalence élevée du tabagisme est observée chez les fumeurs dont leurs âges varient entre 31 à 55 ans (27,3%).

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

A partir de ces résultats, nous constatons qu'au Maroc la prévalence du tabagisme est remarquée à la tranche d'âge de 30 à 55 ans, contrairement aux pays développés où la population tabagique est plus jeune.

En France métropolitaine, en 2016 : la prévalence du tabagisme était maximale chez la tranche d'âge située entre 25 et 34 ans. [64]

Au Québec, les jeunes adultes de 18 à 34 ans constituent le groupe d'âge où l'on trouve le plus grand nombre de personnes qui fument. [65]

Aux Royaume-Uni en 2016, le groupe des jeunes adultes âgés de 25 à 34 ans présentait la plus forte prévalence de fumeurs actuels. [66]

**Tableau XVIII : La tranche d'âge la plus représentée selon les études**

Etude	La tranche d'âge la plus représentée
Notre étude	31-40ans
ENSRS [62]	30-44ans
MARTA [11]	30-39 ans
M.ELBOUKHANI [63]	31-55 ans
Baromètre santé 2016 [64]	25-34 ans
RU 2016 [66]	25-34 ans

### **1-2. SEXE :**

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

Dans notre série, une prédominance masculine était constatée avec un sexe ratio de 10,11.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

Les autres travaux réalisés au Maroc [67,69] avaient montré que le tabagisme est un phénomène masculin, ce qui est compatible avec notre étude.

La même constatation ressort d'une étude qui a été réalisée en Tunisie [70] portant sur les fumeurs venant en consultation d'aide au sevrage tabagique : la majorité était des hommes 98 %.

**Tableau XIX : Répartition du sexe dans les différentes études**

Etude	Pourcentage du sexe masculin (%)	Pourcentage du sexe féminin (%)	Sexe ratio
Notre étude	91	9	10,11
E. Bouaïti [67]	80,2	19,8	4
A.Bouchareb [68]	97	3	12,33
N. Boutahiri [69]	-	-	12
N. KeskesBoudawara [70]	98	2	49

En comparaison avec ces études, la différence entre les deux sexes est toujours très significative.

Nous constatons qu'au Maroc, comme dans d'autres pays arabes, la prévalence du tabagisme est très élevée chez les hommes par rapport aux femmes, malgré une augmentation progressive de ces dernières. Ceci peut être expliqué par des facteurs socioculturels (religion et les traditions).

L'augmentation du tabagisme féminin est notée surtout dans les pays industrialisés [64,66], ce qui peut être expliqué par l'urbanisation grandissante, la réussite professionnelle et un plus grand pouvoir d'achat. La publicité ciblait agressivement les femmes et exploitait les idées d'indépendance, d'attraction sexuelle et de sveltesse. La crainte de grossir et le désir d'être mince sont encore des arguments utilisés aujourd'hui pour justifier la cigarette. [71]

**1-3. Le tabagisme et les inégalités sociales :**

La consommation de tabac varie en fonction des caractéristiques sociales des individus tels que le niveau de diplôme, le niveau de revenu et la catégorie socioprofessionnelle. Les inégalités relatives à ces critères augmentent de manière continue.

Globalement, la prévalence tabagique a diminué parmi les populations les plus favorisées alors qu'elle a augmenté parmi les populations de plus faible niveau socio-économique.

**a. Le niveau socio-économique :**

Notre étude a révélé que la majorité des fumeurs (N=297) était de moyen niveau socioéconomique soit 74,25%, alors que seulement 5,75% des tabagiques avaient un niveau socioéconomique élevé.

Ces constats sont également retrouvés au plan international, selon le BAROMÈTRE SANTÉ 2016 en France [64], la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2% à 37,5% parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus basse, alors qu'elle a diminué de 23,5 à 20,9% parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus haute.

**b. Niveau scolaire :**

Les écarts selon le niveau de diplôme suivent une tendance similaire, dans notre étude seulement 17,5% des fumeurs ayant un niveau universitaire.

La même constatation a été retrouvée dans l'étude d'E. Bouaïti [67] : 74,8% des fumeurs ayant un niveau d'instruction Intermédiaire et seulement 10,9% ayant un niveau supérieur.

L'étude de M.ELBOUKHANI [63] avait montré que 53,3 % des fumeurs ont un niveau collégien,

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

Ce même résultat était enregistré en France en 2016 par Le Baromètre Santé [64], qui montre que les personnes ayant fait des études supérieures sont toujours les moins consommatrices (21,1 %), les personnes sans diplômes sont plus consommatrices 38,9 %.

En Côte d'Ivoire [72], il existe également une relation inverse entre le niveau d'instruction et le tabagisme : les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur consomment moins les produits du tabac à fumer avec un taux de prévalence de 3,7% contrairement aux personnes de faible niveau d'instruction qui eux, enregistrent des taux de prévalence élevés (9,9% pour le niveau primaire et 8,7% pour les populations n'ayant aucun niveau d'instruction).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une prévalence du tabagisme plus élevée parmi les populations socialement défavorisées, notamment : l'utilisation de la cigarette pour gérer le stress, la difficulté à se projeter dans l'avenir, la méfiance à l'égard des messages de prévention, le déni du risque, une dépendance nicotinique plus importante, une norme sociale en faveur du tabagisme ou des événements difficiles pendant l'enfance. [73-74]

### **1-4. Le tabagisme et la pratique de la prière :**

Dans notre étude, on a constaté que la prévalence de la pratique de la prière est faible chez les fumeurs (38,5%).

D'autres études [75, 76,77] ont également établi la relation entre le tabagisme et la pratique de la prière, elles ont retenu que la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les non pratiquants de prière.

Ces résultats laissent penser que la pratique de la prière est un facteur incitant à l'abstinence tabagique. Nous savons que l'Islam a pour mission d'édifier une société saine, afin que l'humanité puisse cultiver d'une manière optimale ses facultés physiques, mentales et Spirituelles. La religion islamique considère comme étant interdit tout ce qui est nuisible pour la santé ou pour l'économie de l'individu ou de la société en donnant toujours la primauté à la règle de parer au mal.

**1-5. La relation entre le tabagisme et l'activité physique :**

Notre étude a révélé que le taux des fumeurs qui s'adonne à une activité physique est faible (25%), cela dit que les fumeurs pratiquent moins d'activité physique.

Il existe un certain consensus dans les écrits scientifiques portant sur les liens entre l'usage de la cigarette et l'activité physique de loisir chez les jeunes, les études répertoriées indiquant une association négative entre ces deux comportements. En d'autres mots, plus l'individu est engagé dans diverses activités physiques de loisir, moins il est probable qu'il soit un usager régulier de la cigarette. Cette relation a été rapportée autant chez les adolescents des États- Unis [78-79] que chez ceux d'autres pays [80-81].

Cette relation négative entre l'usage de la cigarette et la pratique d'activité physique de loisir s'explique probablement par les bénéfices engendrés par la pratique régulière d'activité physique. Il est par exemple possible que la pratique d'activité physique de loisir, par le biais d'une meilleure estime de soi, favorise la résistance à la pression des pairs et par conséquent à la consommation de tabac. D'autres facteurs potentiellement associés à l'effet protecteur de l'activité physique vis-à-vis du tabac sont : une meilleure image de soi et une crainte de voir ses performances athlétiques diminuer des suites d'une consommation de cigarette.

Cela soulève la question de l'efficacité éventuelle d'utiliser l'activité physique de loisir comme moyen de prévention de l'initiation à l'usage du tabac. En effet, des niveaux plus élevés d'activité physique pendant l'adolescence réduisent la probabilité d'initiation tabagique et sa progression par 50 % [82]. Dans le même ordre d'idées, les adolescents sédentaires sont plus susceptibles de devenir des fumeurs réguliers comparativement à leur contrepartie active [83-84].

## **2. Histoire tabagique des fumeurs :**

### **2-1. Age de début du tabagisme :**

La précocité de l'initiation tabagique représente un souci majeur en santé publique ; plusieurs études ont montré que le tabagisme en début d'adolescence est prédictif du tabagisme à l'âge adulte. [85]

Concernant l'âge du début du tabagisme dans notre série, on a constaté que 55,75% des fumeurs avaient commencé à fumer entre l'âge de 16 ans à 20ans.

Ces résultats sont comparables à ceux observés au Maroc, l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires rapporte que la moitié des fumeurs commence à fumer entre 15 et 19ans (48,4%) [86]. De même pour la série de M. EL BOUKHANI [63] : 37,6% de l'ensemble des fumeurs avaient commencé leur première cigarette entre 16–20 ans.

Ces résultats sont rapportés également à l'échelle internationale ; Selon le baromètre de santé publique en France 2017 : la très grande majorité (89 %) des fumeurs quotidiens ligériens, âgés de moins de 40 ans, ont fumé leur première cigarette avant l'âge de 18 ans : 38 % avant 15 ans et 51 % entre 15 et 17 ans [87], Dans l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey, GATS) réalisée au Sénégal en 2015, environ 71,6% des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 20 ans. [88]

**Tableau XX : Age d'initiation au tabagisme selon les études**

Etude	Age d'initiation au tabagisme
Notre étude	16-20ans (55,75%)
Baromètre de santé en France 2017 [87]	15-17ans (51%)
GATS [88]	Avant 20ans (71,6%)
M.ELboukhani [63]	16-20ans (37,6%)
O.Camara [89]	15-20ans (51,9%)
Axelle Vannier [90]	15-19ans (50,83%)

Ces résultats sont expliqués par l'adolescence, période de transition marquée par d'importants remaniements affectant le corps, la pensée, la vie sociale et la représentation de soi.

D'où la nécessité d'une intervention précoce pour sensibiliser les jeunes dans les écoles, les lycées et les universités contre l'initiation au tabagisme afin de lutter contre le tabagisme des adolescents.

Il faut identifier les raisons qui poussent le jeune à commencer à fumer et essayer d'y remédier. Ces raisons ne sont pas complètement élucidées mais on peut noter la publicité qui associe la cigarette au modèle de sportif, de séducteur et de plaisir, l'identification aux adultes qui fument et l'esprit de rébellion et d'imitation. Il faudra donc diminuer le nombre de personnes qui fument devant les enfants en particulier ceux que les enfants admirent : les parents, les enseignants, les médecins, les vedettes de cinéma et de la télévision.

**2-2. Motivations du début du tabagisme :**

Les données de littérature montrent que nous devons approfondir notre compréhension des motivations subconscientes qui amènent les gens à fumer et que nous devons encourager les recherches sur les méthodes qui pourraient lutter contre le tabagisme et changer l'image du

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

fumeur. La publicité veut que l'image du fumeur soit quelqu'un de fort et rebelle. Nous devrions donner une image plus réaliste montrant que le jeune fumeur est souvent faible avec un mauvais contrôle de soi et qui est très influençable. [91]

Dans notre étude, La curiosité représente la motivation essentielle de début du tabagisme (40,25%) suivi par le suivisme (33,25%). Ce dernier était la cause essentielle du début du tabagisme (43.8%) dans la série d'ERRAMI NIHAD [92].

**Tableau XXI : Motivations du début du tabagisme selon les études**

Etude	Curiosité (%)	Suivisme (%)	Stress (%)	Plaisir (%)	Snobisme (%)
Notre étude	40,25	33,25	30,5	20,25	29,5
Vannier Axelle [90]	26,67	-	18,33	-	-
ERRAMI NIHAD [92]	-	43,8	15,6	21,9	18,8
BOUZID ALAE [93]	-	7	-	75	3
M. EL MOUHTAD [94]	68,5	-	-	-	-

### **2-3. Nombre moyen de cigarettes fumées :**

Dans notre enquête, la moyenne de cigarettes consommée par jour était de 15,46 cigarettes par jour, ce résultat est comparable aux taux observés dans d'autres études, comme en France ; le Baromètre santé 2017 a montré que les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,3 cigarettes par jour [95].

Selon une enquête réalisée auprès des artisans fumeurs d'Essaouira [63], la moyenne de cigarettes consommées par jour était de 12,6 cigarettes par jour.

Au Sénégal [88], Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 9,4 ; s'avère largement inférieur par rapport à notre étude.

**Tableau XXII : la moyenne de cigarettes consommées par jour selon les études**

ETUDE	La moyenne de cigarettes consommées par jour
Notre étude	15,46
Baromètre santé 2017 France [95]	13,3
GATS [88]	9,4
M.ELBOUKHANI [63]	12,6
H. SAID LATIRI [96]	27,9

Dans les principales complications de l'usage des cigarettes (cancer du poumon, Broncho-pneumopathie chronique obstructive, accidents cardiovasculaires), le risque est directement corrélé à la précocité du tabagisme, à sa durée et à l'importance de la consommation. [97]

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 et l'âge de début du tabagisme.

Selon le modèle développé par Doll et Peto, un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de cancer, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie par 100 le risque de développer un cancer du poumon.

Une conséquence importante de cette observation est que l'arrêt du tabagisme qui réduit la durée, réduit considérablement le risque. Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation, diminue la dose et l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important.

De plus cette réduction de dose est plus souvent obtenue par le passage à des cigarettes plus légères. Or ceci entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer : inhalation

plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement de la nicotine, recherché par le fumeur, mais aussi en goudrons.

Par conséquent, le conseil de réduire la consommation est un mauvais conseil, comme celui de passer des cigarettes fortes aux cigarettes légères, par rapport à l'arrêt complet du tabac.

### **2-4. Dépendance à la nicotine :**

Dans notre étude, selon l'interprétation du score de Fagerström (Annexe2), on notait que 40,25% de nos fumeurs avaient une dépendance moyenne ; 30% avaient une faible dépendance et 17,5% avaient une forte dépendance.

L'étude de M.ELBOUKHANI [63], en utilisant le score de Fagerström, a constaté que 62,5% des fumeurs étaient moyennement dépendants à la nicotine, et que 29,2% avaient une forte dépendance.

Selon l'enquête de H.S Latiri, plus de la moitié de la population (50,5 %) était fortement dépendante à la nicotine. [96]

15 % des fumeurs quotidiens ligériens de 18-75 ans présentaient une dépendance forte au tabac, 35 % une dépendance modérée et 50 % aucun signe de dépendance physique. [87]

D'après les résultats de l'étude de W. Ben Ayoub [98] : la dépendance à la nicotine était élevée (58 % ont un Fagerström supérieur à 7).

Selon l'enquête Baromètre santé 2010, 17,7 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 85 ans présentaient des signes de dépendance physiologique forte à la nicotine, 34,2 % des signes de dépendance moyenne. [99]

Cette dernière [99] avait montré également les facteurs liés à une forte dépendance nicotinique : les hommes présentent plus souvent des signes de dépendance forte (19,1 %) que

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

les femmes (16,1 %,  $p < 0,01$ ). Ainsi, les fumeurs réguliers non diplômés (23,2 %) ou ayant un diplôme inférieur au bac (21,1 %), ceux dont le revenu est situé dans le premier tercile de revenu par UC (22,3 %), les ouvriers (23,2 %) et les chômeurs (23,1 %), présentent plus souvent des signes de dépendance forte que les fumeurs des catégories plus favorisées, ceci restant vrai après ajustement sur le sexe, l'âge et chacune de ces variables.

Tous ces résultats témoignent de la nécessité non uniquement d'action de sensibilisation mais également des consultations d'aide au sevrage tabagique chez les fumeurs.

Tableau XXIII : Facteurs sociodémographiques associés aux signes de dépendance forte [99]

	n	%	OR	IC à 95 %
<b>Sexe</b>				
		**		
Hommes (réf.)	3574	19,1	1	
Femmes	3561	16,1	0,8**	[0,7; 0,9]
<b>Âge</b>				
		***		
15-25 ans (réf.)	1252	14,2	1	
26-34 ans	1518	15,3	1,3	[1,0; 1,6]
35-44 ans	1782	20,3	1,8***	[1,4; 2,2]
45-54 ans	1388	22,1	2,0***	[1,6; 2,5]
55-64 ans	880	19,3	1,6***	[1,3; 2,1]
65-85 ans	315	8,5	0,8	[0,5; 1,2]
<b>Diplôme le plus élevé</b>				
		***		
Aucun diplôme (réf.)	767	23,2	1	
Inférieur au bac	3118	21,1	0,9	[0,8; 1,2]
Bac	1401	11,0	0,6***	[0,5; 0,8]
Supérieur au bac	1849	9,6	0,6***	[0,4; 0,7]
<b>Revenu mensuel par UC</b>				
		***		
Moins de 1100 euros (réf.)	2387	22,3	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2638	15,5	0,8***	[0,6; 0,9]
1800 euros et plus	1717	13,7	0,8*	[0,7; 1,0]
Manquant	393	13,8	0,7*	[0,5; 1,0]
<b>Situation professionnelle</b>				
		***		
Travail (réf.)	4603	16,4	1	
Chômage	852	23,1	1,5***	[1,2; 1,8]
Inactivité	1676	18,0	1,4***	[1,2; 1,7]
<b>PCS individu ou chef de famille</b>				
		***		
Agriculteurs exploitants	70	13,3	0,7	[0,4; 1,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	417	21,0	1,0	[0,8; 1,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1003	9,3	0,6***	[0,4; 0,7]
Professions intermédiaires	1735	14,0	0,7***	[0,6; 0,8]
Employés	2034	16,7	0,7***	[0,6; 0,9]
Ouvriers (réf.)	1830	23,2	1	

**2-5. Autres habitudes toxiques :**

Les fumeurs sont habituellement vulnérables à d'autres habitudes toxiques. Dans notre étude, 53,3 % des fumeurs consomment des boissons alcooliques, 15 % consomment le cannabis. Ceci concorde avec les résultats trouvés dans les autres études.

**Tableau XXIV : La consommation des autres produits toxiques :**

<b>Etude</b>	<b>Alcool (%)</b>	<b>Cannabis (%)</b>
Notre étude	53,3	15
Errami Nihad [92]	45,4	15,2
S. Martens [100]	36	44
H. Said [96]	20,2	-
Baromètre de santé publique en France 2017 [87]	22	7
Y. Dia Kane [101]	44	2,6

La consommation d'alcool et de tabac est hautement co-morbide et a des effets interactifs sur les comportements liés à l'alcool et au tabac. Les effets interactifs du tabac/alcool s'étendant à d'autres drogues abusives.

VERPLAETSE et MCKEE [102] avaient expliqué que l'alcool et le tabac ont des effets interactifs sur la réactivité croisée aux envies d'alcool et de tabac, les sentiments subjectifs de stimulation et de sédation, et l'auto-administration de ces deux produits.

**2-6. Les symptômes ressentis liés au tabagisme :**

Dans notre étude l'essoufflement à l'effort était le symptôme le plus fréquemment rapporté chez les fumeurs actuels dans 47 % suivi de la toux matinale dans 45, 85%.

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

Le même résultat a été rapporté dans la série Mariami [103], les symptômes ressentis étaient surtout d'ordre respiratoire et l'essoufflement à l'effort était le symptôme le plus fréquemment retrouvé dans 70,4 %, suivi de la toux matinale dans 65,8 % et la douleur gastrique dans 65,4 %.

Selon la série de BOUZIDI [93], l'essoufflement à l'effort était le symptôme le plus rapporté chez les fumeurs actuels dans 26,9% des cas, suivi de la toux matinale dans 25% des cas.

Chader [104] a conclu que les deux tiers des adolescents fumeurs rapportaient l'essoufflement après l'effort comme premier symptôme ressenti.

Tous les auteurs attestent de l'évidence que ces signes sont en relation avec la consommation de tabac et même que leur importance est proportionnelle à la quantité du tabac consommé. [103,105]

Fumer la cigarette n'entraîne pas que des effets à long terme. Les jeunes fumeurs sont susceptibles d'être en moins bonne forme physique, ils ont moins d'endurance et leur performance physique est moins bonne. Le niveau de forme physique serait inversement proportionnel à la durée et à l'intensité du tabagisme. [106, 107,108]

Tous ces résultats incitent à placer le plus tôt possible une méthode d'aide à l'arrêt du tabac et des consultations spécifiques multidisciplinaires pour les fumeurs.

### **3. Tabagisme et travail :**

Notre étude a révélé une prévalence élevée du tabagisme sur les lieux du travail (62%), le même résultat a été objectivé dans la série de L. Fekih [109] où Soixante-quinze pour cent avaient une consommation tabagique excessive au travail.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

Plusieurs études avaient montré l'intérêt de l'interdiction de fumer sur les lieux du travail, vu les relations négatives entre le tabagisme et le travail qui sont multiples et complexes, on peut citer par exemple :

- Le coût généré par le tabagisme pour les entreprises.
- La Co-exposition au tabac et aux toxiques rencontrés dans certains milieux professionnels comporte un risque accru de développer des pathologies, cancer broncho-pulmonaire et broncho-pneumopathie chronique obstructive notamment.
- L'exposition des autres personnes au tabagisme passif dans le milieu professionnel.

### **3-1. Le coût du tabagisme en entreprise :**

Les études réalisées sur la question du tabagisme en entreprise font état de surcoûts générés par les salariés fumeurs :

Par exemple, les études montrent un absentéisme du fait de pathologies aiguës ou chroniques en rapport avec le tabagisme plus important chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, à l'origine d'une perte de production. [110]

L'autre paramètre qui a été largement étudié est le surcoût généré par les pauses cigarettes, que la plupart des auteurs décrivent comme étant à l'origine d'une baisse de productivité liée au temps que les salariés fumeurs lui consacrent.

Les principales publications sur cette question seront présentées dans ce paragraphe :

Ryan et Camprin [111] en 2006 à partir d'une enquête réalisée chez les employés d'un groupe pharmaceutique, estimaient la perte quotidienne de temps de travail d'un salarié fumeur à 64 minutes. Ils notaient que les fumeurs de 10 cigarettes par jour ou plus ne représentaient que 23 % du total des fumeurs mais 42 % du temps de travail « perdu » en pauses cigarettes.

À Taiwan, en 2005, le coût de l'absentéisme lié au tabac était estimé à 184 millions de dollars et la baisse de productivité liée au tabagisme à 733 millions de dollars [112].

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

En 2001, Halpern et al. [113] ont évalué l'impact du statut tabagique sur l'absentéisme par une étude prospective réalisée chez 300 personnes (100 non-fumeurs, 100 ex-fumeurs et 100 fumeurs). Ils retrouvent un absentéisme significativement augmenté chez fumeurs actuels par rapport aux jamais fumeurs.

### **3-2. La double exposition tabac et cancérogènes professionnels :**

La Co-exposition tabac et cancérogènes professionnels la plus étudiée est celle concernant les cancérogènes pulmonaires ; même si d'autres associations pourraient être à l'origine d'un risque important, par exemple, l'association tabac et cancérogène pour la vessie.

À la demande de la Direction Générale du Travail et dans le but d'élaborer des recommandations sur le suivi des patients exposés à des cancérogènes professionnels pulmonaires, un groupe de travail de la Société française de médecine du travail a proposé une revue sur les cancérogènes professionnels impliqués dans les CBP. Les auteurs ont analysé la littérature afin d'identifier et caractériser les risques liés aux cancérogènes professionnels, de même que les risques liés à une Co-exposition avec d'autres facteurs, dont le tabac. Sur ce dernier point, leurs conclusions sont les suivantes [114] :

- L'effet conjoint de l'amiante et du tabac sur le risque de CBP est compatible avec un modèle multiplicatif (risque tabac × risque amiante)
- Les études ayant évalué l'effet conjoint de la silice cristalline et du tabac montrent, dans l'ensemble, un effet conjoint multiplicatif
- L'effet conjoint du radon et du tabac sur le risque de CBP est multiplicatif

### **3-3. L'exposition des autres personnes au tabagisme passif :**

L'exposition au tabagisme passif (ETP) est liée à l'inhalation de la fumée des autres alors que le sujet n'est pas lui-même fumeur. Les risques du tabagisme passif sont bien établis par de nombreuses études réalisées.

En raison de tous ces résultats négatifs de l'association entre le tabagisme et le travail, il semble nécessaire de mettre en place des mesures d'interdiction de fumer sur les lieux de travail. Egalement des programmes de sevrage tabagique (ST) peuvent être proposés sur les lieux de travail, ils ont l'intérêt de pouvoir toucher une large population, en particulier des hommes jeunes qui sont traditionnellement peu accessibles aux soins.

#### **4. Les connaissances sur les risques liés au tabagisme :**

Dans notre étude, on a essayé d'évaluer certaines croyances des fumeurs concernant les méfaits sanitaires du tabagisme et on s'est aperçu que 91,25% des fumeurs étaient conscients de la nocivité du tabac pour la santé ; 84,65% des sujets interrogés avaient souligné le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire, 72,87% dans le cancer du larynx et l'ulcère gastrique a été reconnue chez 68,22% des fumeurs.

Une étude a été réalisée à Essaouira auprès des artisans, elle a montré que 87,5% des artisans fumeurs ont déclaré le rôle du tabac dans le cancer pulmonaire, 62,5% dans le cancer du larynx et les maladies cardiovasculaires ont été reconnues dans 75%. [63]

Selon l'enquête de H. JANAH réalisée à Rabat, la connaissance des effets néfastes du tabac était variable : les pathologies cancéreuses dans 88% des cas, les maladies cardiovasculaires dans 65% des cas et les BPCO dans 31% des cas. [115]

Au Sénégal [88], 88,1% des sénégalais pensaient que le tabagisme peut causer le cancer du poumon, 71,9% une crise cardiaque, cancer de l'estomac dans 69,6% des cas, cancer de la vessie dans 63,5% des cas, AVC dans 66,1%.

Selon B. Kouassi [116], Plus de 95 % des sujets interrogés reconnaissent que le tabagisme a des conséquences néfastes sur l'organisme humain : cancer broncho-pulmonaire a été noté dans 46,7%, BPCO dans 26,3%, pathologie ORL dans 2,3%, pathologie cardiovasculaire dans 16,1%, pathologie urogénitale dans 11%.

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

Il faut noter que cette connaissance était nettement influencée par le niveau d'étude. Il existe une relation statistiquement significative entre la connaissance des conséquences du tabagisme et le niveau d'instruction. Moins on est instruit, moins on est informé des dangers du tabagisme. [116, 117,118]

Ces observations pourraient s'expliquer par le fait que l'utilisation des sources d'information telles que les mass media, le personnel médical et les avertissements sur les paquets de cigarettes est plus importante, lorsque le niveau d'étude est élevé.

Donc, la sensibilisation de la population générale et, en particulier, des moins instruits nécessite une approche différente avec des messages simples et un langage accessible.

Par ailleurs, Il faut non seulement informer la population sur les méfaits du tabagisme mais aussi corriger les croyances erronées. En effet, la lutte contre le tabagisme ne saurait être efficace sans une information suffisante de la population.

### **5. Les tentatives de sevrage tabagique :**

#### **5-1. Nombre de tentatives de sevrage :**

Dans notre étude, la grande majorité des fumeurs faisait plusieurs tentatives d'arrêt : (20,5% des fumeurs faisaient 2 tentatives d'arrêt, 13% c'est le pourcentage des fumeurs ayant essayé d'arrêter 3 fois, alors que 40,5% avaient essayé 4 tentatives voire plus).

Plusieurs études [93,119, 120,] avaient objectivé que la majorité des ex-fumeurs n'ont pas réussi d'arrêter qu'après plusieurs tentatives de sevrage.

Une revue de la littérature [121,122] a conclu que les tentatives antérieures d'arrêt sont apparues comme des facteurs de succès du sevrage tabagique chez les adolescents et les adultes.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

Toutes ces données incitent à multiplier les tentatives de sevrage tabagique, le médecin doit exploiter ces antécédents de sevrage pour renforcer la motivation du fumeur ; comme a dit Pr Lagrue « toute dépendance est un trouble chronique, à poussées successives, fait de remissions et de rechutes, dont l'évolution à long terme devrait être favorable ».

### **5-2. Motivations apparentes des tentatives de sevrage :**

D'après les résultats de notre étude et une revue de la littérature [90, 123,124], la protection de la santé et l'économie de l'argent sont les deux motivations les plus remarquées du sevrage.

Ces motivations peuvent être considérées parmi les principaux éléments de dissuasion dans la stratégie de lutte antitabac.

**Tableau XXV : Les motivations des tentatives de sevrage selon les études**

Les motivations	Notre étude	H.AFIF [123]	Axelle Vannier [90]	T. HALPERN [124]	RS.Martins [125]
Promotion de la santé (%)	71,5	40	92,50	80,1	74,5
Economie de l'argent (%)	53,5	-	38,33	36	14,5
Donner le bon exemple (%)	41,5	-	-	35,8	-
Céder à la pression de l'entourage (%)	10,25	-	-	34,5	-
Discipline personnelle (%)	34,7	-	-	-	-
Meilleure apparence physique (%)	31	-	-	-	-
Eviter une gêne (%)	17,75	-	-	-	-

**5-3. Méthodes de sevrage utilisées :**

Notre étude a révélé que seulement 7% de nos fumeurs avaient utilisé des artifices pour les aider à arrêter de fumer.

Cette faible prévalence d'utilisation des moyens d'aide lors des tentatives de sevrage, a été également rapportée dans d'autres études :

Les résultats de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey, GATS) réalisée au Sénégal en 2015 [88] avaient objectivé que la tentative d'abandonner la cigarette sans assistance est la méthode de sevrage la plus répandue pour l'ensemble de la population (86%).

Une écrasante majorité des fumeurs européens (82%) n'ont pas consulté de professionnel de la santé lors de leur dernière tentative pour arrêter de fumer. [126]

Egalement d'après les résultats de l'étude de L.FEKIH [109] seulement 3% des fumeurs ont eu recours à l'aide médicale.

Plusieurs auteurs avaient souligné que les fumeurs ont plus de chance à réussir leur sevrage tabagique en utilisant des médicaments : comme les SN, bupropion et varénicline, ou un soutien psychologique. Cependant, il semble que la plupart des tentatives d'arrêt ne sont pas assistées.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce recours au sevrage tabagique sans aide : cout de la prise en charge, difficultés d'accès aux soins, manque de connaissance sur les moyens efficaces par défaut de sensibilisation, les croyances erronées sur l'efficacité et la sécurité de la pharmacothérapie.

*C'est pour cette raison qu'il faut :*

- Multiplier les campagnes de sensibilisation et d'information sur les moyens de sevrage efficaces, Par ailleurs, Il faut non seulement informer, mais aussi corriger les croyances erronées.
- Rendre accessible les moyens de prise en charge du sevrage grâce à la couverture médicale.
- Mettre des ressources supplémentaires pour faciliter l'accès à ces moyens d'aide à toutes les couches de la population.

#### **5-4. Syndrome de sevrage :**

Le tabac est une substance très addictive qui induit souvent une forte dépendance chez le fumeur. L'arrêt du tabac est rendu difficile en raison de l'existence du syndrome de sevrage et du *craving* (désir impérieux à fumer sans délai) qui favorise, par ailleurs, les rechutes à distance de l'arrêt.

**Tableau XXVI : Symptômes de sevrage selon les études**

<b>Les symptômes</b>	<b>Notre étude</b>	<b>Y. Zaki [76]</b>	<b>O. Hajjam [77]</b>	<b>B. Alae [93]</b>
Les céphalées (%)	67	17,8	92,8	35,1
La nervosité (%)	55,74	21,4	78,6	56,7
Difficulté de concentration (%)	22,41	-	-	-
Impression de manque (%)	11,20	39,2	57,1	64,8
L'irritabilité (%)	33,89	-	-	-
L'insomnie (%)	42,02	3,5	71,4	21,6
Prise de poids (%)	15,69	7,1	21,4	24,3
Constipation (%)	3,36	-	-	-
Anxiété (%)	6,72	-	-	-
Craving(%)	24,08	-	-	-

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

La sévérité du syndrome de sevrage au cours de la première semaine de l'arrêt est prédictive de l'échec de la tentative [127].

Le craving ou « désir impérieux de consommer une drogue sans délai » est une composante essentielle des addictions, même si son mécanisme est encore imparfaitement connu, il est devenu une cible thérapeutique importante dans la prise en charge des patients souffrant d'addiction [128].

L'intérêt de l'activité physique pour réduire les symptômes de manque, le craving, les affects négatifs et la prise de poids lors du sevrage tabagique est noté dans la revue réalisée par l'organisme indépendant Cochrane [129].

À ce titre, la pratique d'une AP devrait être intégrée au programme d'aide à l'arrêt du tabac dans le but de réduire le craving en complément des thérapies médicamenteuses et psycho-comportementales habituelles.

### **5-5. Les causes d'échec :**

Selon Tredaniel et Hirsh [130], le sevrage tabagique est un processus prolongé sur plusieurs mois ou années car, arrêter de fumer n'est pas facile. L'arrêt du tabac cause un syndrome de sevrage et implique un difficile changement des habitudes. De ce fait, il est habituel que le fumeur échoue à une ou plusieurs tentatives avant d'arriver au sevrage définitif.

Selon les résultats de notre étude, Les rechutes étaient imputables principalement aux : stress (55%) ; l'environnement fumeur (45%), degré de dépendance à la nicotine (44%) et les états d'émotion négative (41%).

Les fumeurs européens invoquent essentiellement le stress (33%) comme raison de recommencer à fumer après avoir essayé d'arrêter. Les autres raisons sont les suivantes : la

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

difficulté de résister au manque (28%), les amis ou collègues qui fument (20%), l'époux ou le conjoint qui fume (9%) et la prise de poids (6%). [126]

Dans la série d'Axelle Vannier [90], la principale raison de l'échec du sevrage est le manque de motivation pour 46,67% des individus.

La série de Milcarz K [131] a objectivé que les obstacles les plus courants à l'arrêt du tabac étaient : manque de volonté (56%), symptômes de dépendance et de sevrage (envie de fumer 65%, stress et sautes d'humeur 55%)

Les facteurs associés à un échec de sevrage dans la série de M. Daami [132] sont : la présence des fumeurs dans l'entourage ( $p = 0,001$ ) ; l'état marital ( $p = 0,048$ ) ; l'usage des cigarettes de type légère ( $p = 0,0001$ ) ; l'éthylisme ( $p = 0,008$ ).

D'après une enquête qui a été réalisée au Canada [133] : la principale raison de recommencer à fumer était le stress dans 33,6%, suivi de la dépendance dans 25,2%.

En cas de rechute, il est recommandé de dédramatiser la situation en lui rappelant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.

Afin de l'inciter à réengager le processus d'arrêt du tabagisme, il est nécessaire d'identifier avec lui les raisons de sa rechute et de l'aider à tirer les enseignements de cette dernière (conduite à tenir dans les situations à risque et les pensées permissives qui y étaient associées).

### ➤ **Les déterminants du sevrage tabagique :**

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à l'échec du sevrage, une meilleure connaissance de ces facteurs pourrait amener à la réussite des tentatives antérieures.

Parmi ces facteurs, on peut citer :

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

**Niveau socioéconomique** : les paramètres liés à l'arrêt du tabagisme varient en fonction du statut socioéconomique, qu'il s'agisse de la consommation, de la dépendance, de la perception des risques ou des motivations à l'arrêt. Ces différences semblent perdurer lors du sevrage tabagique. Les personnes de bas statut socioéconomique présentent des taux de réussite plus faibles [134, 135,136].

Plusieurs explications complémentaires sont possibles : les fumeurs pauvres ont une dépendance au tabac élevée, leurs motivations à l'arrêt concernent des problématiques financières ou sont liées à la découverte d'une maladie. Ces motivations sont associées à de plus faibles taux de réussite du sevrage [137].

**Dépendance nicotinique** : la gravité de la dépendance à la nicotine a été décrite comme un facteur prédictif important de la réussite du sevrage. [138 139 140]

En général, les fumeurs ayant un test de fagerstom supérieur à 7 sont susceptibles de ressentir des symptômes de sevrage intenses et de rechuter rapidement. Les fumeurs de cette catégorie pourraient bénéficier d'un traitement pharmacologique plus intensif pour le sevrage tabagique pendant les premières semaines d'abstinence [138,139]. Le succès de l'arrêt du tabac peut nécessiter plusieurs tentatives.

**La motivation** : de nombreuses études avaient indiqué que les niveaux initiaux de motivation à arrêter de fumer peuvent prédire la réussite de l'arrêt du tabac. [141,142]

Plusieurs études [143,144] avaient montré que la nature de la motivation est une composante importante dans le processus du sevrage. Des niveaux plus élevés de motivations intrinsèques (qui répondent à des récompenses internes à la personne ; par exemple : une meilleure santé, la confiance en soi...) par rapport à des motivations extrinsèques (par exemple : économie d'argents...) permettent de prédire la réussite du processus de sevrage.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

Notre devoir en tant que médecins est de maintenir la motivation de ces fumeurs tout au long de leurs efforts d'arrêt par le biais de consultations fréquentes et d'entretiens motivationnels.

**Environnement social/familial** : l'initiation, le maintien et l'arrêt du tabagisme semblent fortement influencés par l'environnement social.

Dans une étude britannique [145] : les prédicteurs sociodémographiques les plus forts de l'arrêt du tabac étaient la classe socioprofessionnelle, le soutien social et le nombre de fumeurs dans l'entourage.

Ces résultats sont similaires à ceux publiés par West et al [146], qui ont constaté que les fumeurs dont le partenaire s'opposait au tabagisme étaient plus susceptibles d'arrêter de fumer, et par Gourlay et coll [147], qui ont constaté que l'état matrimonial et la présence de fumeurs dans l'entourage étaient les plus grands prédicteurs de sevrage tabagique.

L'environnement du travail est un autre déterminant social important à l'arrêt du tabac, le stress dans le travail peut contribuer à l'augmentation du tabac ou rendre l'arrêt plus difficile. [148-149]

Selon ces auteurs, il est important de tenir compte du soutien de l'environnement et de la dimension sociale dans le cadre d'un programme d'arrêt du tabac. Toutefois, étant donné que les médecins peuvent avoir une grande influence sur les décisions de leurs patients en matière de santé, leur soutien ne doit pas être sous-estimé

**Alcoolisme** : l'alcoolisme est un facteur de pronostic négatif à la réussite du sevrage. Des études [150,151] avaient montré que les fumeurs souffrant d'alcoolisme actif ont 60% moins de chance d'arrêter de fumer que les fumeurs sans antécédents alcooliques.



**Recommandations :**

Pour réussir notre lutte contre ce fléau et faire face à sa propagation, il faut se baser sur trois piliers : mise en place des programmes de prévention primaire visant à décourager les jeunes de commencer à fumer, aider les fumeurs au sevrage tabagique et enfin prévenir les rechutes après une tentative de sevrage.

### **I. Prévention primaire :**

Plusieurs études nationales et internationales ont clairement prouvé la précocité d'initiation tabagique durant la période d'adolescence, les enfants et les adolescents sont les plus vulnérables face à ce danger et sont une cible propice pour les détenteurs de ce marché donc il serait très bénéfique d'élaborer des programmes de prévention qui les intègrent dans leurs actions.

- Veuillez à ce que les parents prennent conscience de l'impact négatif de leur tabagisme sur le comportement tabagique des enfants.
- Accentuer le rôle de l'école dans la sensibilisation des jeunes sur les méfaits du tabagisme en l'intégrant dans les programmes d'enseignement et d'éducation sanitaire particulièrement dans les lycées et les collèges, et au milieu rural qui semble toujours négligé.
- Offrir une formation pertinente aux enseignants de manière à ce que le contenu du programme de lutte anti-tabac soit transmis adéquatement.
- Application de la législation visant à interdire l'usage du tabac dans les établissements scolaires ainsi que dans les lieux publics.
- Interdiction de la vente du tabac aux mineurs.
- Augmentation des prix et des taxes sur les produits du tabac.

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

- Encourager les médias à diffuser des messages ou spots luttant contre le tabac du fait qu'ils sont souvent le moyen le plus pratique pour faire passer rapidement les informations en touchant un large public.
- Multiplier les campagnes de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication visant à expliquer les méfaits du tabagisme.

## **II. Aide au sevrage tabagique :**

- Délivrer l'enseignement antitabac systématiquement à toutes les spécialités médicales et à tout professionnel de santé concerné par cette problématique.
- L'installation des consultations gratuites d'aide au sevrage tabagique dans les structures sanitaires.
- Fournir gratuitement des substituts nicotiniques pour les fumeurs sans assurance médicale.
- Renforcer la motivation du sujet fumeur à l'aide de l'entretien motivationnel.

## **III. Prévention des rechutes :**

### ➤ Apprendre à faire face à une envie de fumer :

Quelques conseils simples peuvent aider un fumeur à surmonter une envie de reprendre une cigarette :

- **Changer d'activité**
- **Avoir des pensées positives** telles que « *chaque jour qui passe diminue le risque de reprendre une cigarette* », « *je peux me contrôler* », « *je peux me détendre autrement qu'en fumant* » ou encore « *si je résiste, je serai plus fort pour gérer une prochaine envie de fumer* »,

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

- **Pratiquer la respiration consciente**, c'est-à-dire respirer calmement et profondément en prenant de grandes inspirations et en expirant lentement, et remplacer la pause cigarette par une pause détente, bien meilleure pour la santé
  - **Relire la liste des motivations** ayant présidé à l'arrêt.
  - **Se féliciter à chaque fois** qu'une envie de cigarette a été surmontée.
- Apprendre à vivre sans tabac : la stratégie CREA
- **C comme "changer"** : Le tabac impose au fumeur un certain rythme de vie : Pratiquer le changement permet de lutter contre les automatismes.
  - **R comme "remplacer"** : La cigarette peut donner l'impression d'aider dans nombreuses situations : se calmer, se donner une contenance, se concentrer, etc. L'arrêt peut, inversement, procurer la sensation d'un grand vide. "Remplacer" permet de lutter contre ce sentiment. Par exemple, la cigarette peut aider un fumeur à mieux gérer son stress ; dans ce cas, il sera bénéfique de la remplacer par une activité de détente.
  - **E comme "éviter"** : Il est conseillé d'éviter les situations "à risque" au début de l'arrêt : soirées entre amis, café avec les collègues, etc.
  - **A pour "anticiper"** : Savoir anticiper les situations "difficiles" (rencontre de proches fumeurs, soirées, proposition de cigarette par un ami...) est primordial. Il est donc important d'annoncer à ses amis fumeurs sa décision et de leur expliquer que leur soutien est nécessaire en leur demandant, par exemple, de ne plus fumer devant soi.
- Connaître les difficultés et les solutions :
- **Les problèmes de sommeil** : Pour les éviter ou les limiter le plus possible, quelques conseils peuvent être donnés :
    - ✓ Repérer son heure d'endormissement et se coucher à ce moment-là pour ne pas rater le cycle

- ✓ Arrêter ses activités au moins une heure avant le coucher pour se relaxer, se détendre
- ✓ Limiter le bruit environnant
- ✓ Manger léger le soir, éviter l'alcool et les repas gras ;
- ✓ Proscrire les excitants (café, thé) après 17 heures
- **L'anxiété** : Il existe des stratégies pour diminuer les tensions intérieures : les techniques de relaxation, détente...
- **L'irritabilité** : Les solutions pour se sentir mieux consistent à :
  - ✓ Identifier ce qui est le plus irritant pour soi et trouver des solutions pour que ces contrariétés aient moins d'impact sur l'humeur ;
  - ✓ Pratiquer une activité physique quotidienne (marche à pied, jardinage, vélo) ;
  - ✓ Dormir suffisamment et se reposer en cas de fatigue
  - ✓ Eviter l'alcool et diminuer la consommation d'excitants (thé, café) ;
  - ✓ Manger calmement, à heures fixes ;
  - ✓ Se relaxer chaque jour et se réserver des moments de calme, sans dérangement ni interruption ;
  - ✓ Relativiser une remarque désagréable ;
  - ✓ Prendre garde à ne pas être trop perfectionniste
- **La dépression** :
  - ✓ Se donner des objectifs au jour le jour, sans se mettre la pression ;
  - ✓ Pratiquer un sport pour évacuer les pensées négatives
  - ✓ Rencontrer des gens et leur parler ;
  - ✓ S'entraîner à penser "positif" en se félicitant des progrès accomplis et des bénéfices ressentis, en se répétant qu'on va y arriver ;

- **Les problèmes de concentration :**

- ✓ Par un apport de vitamine C qui permet de lutter contre la fatigue et donc contre les déficits d'attention ;
- ✓ Par des pauses régulières permettant de relâcher la pression et d'être plus efficace ;
- ✓ Par la répétition de phrases positives comme « *c'est moi qui réfléchis, pas la cigarette* », « *j'en suis capable, je l'ai déjà prouvé* » ;
- ✓ Par la réalisation d'exercices de relaxation avant de se mettre au travail ;
- ✓ Par la limitation de son temps de travail et en se félicitant après.

- **La constipation :**

- ✓ S'hydrater suffisamment (1,5 à 2 L/jour) ;
- ✓ Consommer des légumes, des fruits et des aliments riches en fibres (céréales complètes, lentilles, pain au son, avoine) ;
- ✓ Pratiquer une activité physique journalière (marche, vélo)
- ✓ Pratiquer des exercices de relaxation (yoga, respiration...)

- **La prise de poids :**

- ✓ Se recentrer sur son objectif initial : prioriser l'arrêt du tabac, plutôt que le contrôle du poids avec la cigarette
- ✓ Adopter des habitudes telles que la pratique d'activités physiques et une alimentation équilibrée, si besoin faire appel à une consultation diététique



**CONCLUSION**



## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

La présente étude s'inscrit dans la perspective de la lutte contre la pandémie tabagique qui doit s'intensifier à l'échelle nationale.

Malheureusement, Les connaissances en matière des risques du tabagisme restent imparfaites car en dehors des risques respiratoires et certaines pathologies néoplasiques, les autres risques sont moins connus.

Dans un pays en voie de développement, comme le nôtre, on ne peut aucunement faire face aux coûts excessifs engendrés par la prise en charge des maladies liées au tabac. De ce fait, la prévention reste le moyen de lutte le plus adapté ; il faudrait sensibiliser les gens en se concentrant non seulement sur la prévention primaire, c'est-à-dire l'adoption de mesures visant à décourager les jeunes de commencer à fumer, mais aussi sur le soutien et l'aide des personnes souhaitant arrêter de fumer.

Arrêter de fumer n'est pas qu'une simple modification de comportement qui ne dépendrait que de la volonté. Le tabac est une drogue dure entraînant une dépendance forte, précocement acquise. Donc, l'instauration des consultations du sevrage tabagique et le développement de l'usage des moyens médicamenteux sont nécessaires pour aider au sevrage tabagique. Les formations des médecins et les supports pédagogiques permettent d'améliorer ces consultations.

La réussite d'un protocole de sevrage tabagique nécessite, au-delà des méthodes validées et du suivi personnalisé prolongé, une meilleure compréhension des facteurs prédictifs d'échec. En cas de récurrence, une bonne analyse de la situation et des déterminants de cette récurrence permettra d'augmenter les chances d'une nouvelle tentative d'arrêt.



**RÉSUMÉS**



## **Résumé**

**Introduction** : Le tabagisme est un véritable problème de santé publique, et au centre de l'actualité médicale, il représente l'une des causes de mortalité et de morbidité accessible à la prévention. Pour pouvoir faire face aux conséquences sanitaires et sociales de ce fléau mondial, il serait efficace de préciser les facteurs prédisposant à l'échec de sevrage tabagique, afin d'identifier les axes sur lesquels on peut agir pour obtenir des meilleurs résultats.

**Matériels et méthodes** : Nous avons procédé par une étude transversale descriptive, réalisée auprès de 400 fumeurs actuels de la région de Marrakech, étalée sur une période de 6 mois du 1er Avril 2021 au 30 septembre 2021 par le biais d'un auto-questionnaire.

**Résultats** : L'âge moyen des fumeurs était 34 ans avec des extrêmes allant de 12 à 75ans, la population de l'étude était principalement masculine avec un sexe ratio (H/F) de 10,11, la majorité des tabagiques (74,25%) était de moyen niveau socioéconomique et seulement 17,5% avaient un niveau d'éducation universitaire.

Pour la majorité (86,5%), l'âge moyen de la première cigarette était précoce (avant de 20 ans). Les facteurs initiaux du tabagisme étaient principalement : la curiosité (40,25%), et le suivisme (33,25 %). La moyenne de nombre de cigarettes consommées par jour était de 15,46 avec des extrêmes allant de 1 à 36 cigarettes par jour ; la marque de cigarette la plus consommée était Gauloise (36,75%), suivie de la marque Marquis (36%), la consommation du tabac était associée dans 53,3% des cas à la consommation d'alcool, et 15% des cas à la consommation du cannabis. La dépendance à la nicotine était moyenne dans 40,25% des cas ; Parmi tous les fumeurs : 45,25% présentaient des signes liés au tabac, l'essoufflement à l'effort était le symptôme le plus rapporté (47%).

Les risques sanitaires du tabagisme les mieux connus par notre population d'étude étaient : le cancer broncho-pulmonaire dans 84,65%, le cancer du larynx dans 73% et l'ulcère

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

gastrique dans 68,22%. En se référant au niveau d'études, ce sont les sujets les plus instruits qui ont un meilleur niveau de connaissance sur le tabagisme.

Concernant les tentatives de sevrage tabagique, la majorité de nos fumeurs avaient fait plusieurs tentatives, la promotion de la santé (71,5%) et l'économie de l'argent (53,5%) étaient les raisons les plus fréquentes ayant motivé les tentatives sevrage, seulement 7% de nos fumeurs avaient utilisé des artifices pour les aider à arrêter. Durant cette période, les symptômes ressentis par les fumeurs étaient dominés par les céphalées dans 66,95% des cas, la nervosité dans 55,74% des cas et l'insomnie dans 42,01% des cas. L'économie de l'argent (73%), suivie par une bonne santé (60%) sont les deux bénéfices les plus remarquées par les fumeurs durant ces périodes de sevrage.

Les rechutes étaient imputables principalement aux : stress (55%) ; l'environnement fumeur (45%), degré de dépendance à la nicotine (44%) et les états d'émotion négative (41%).

**Conclusion** : Le succès d'un protocole de sevrage tabagique reste le souci du patient et du médecin. Il dépend essentiellement du degré de la dépendance tabagique et de la motivation du fumeur, la meilleure compréhension des causes de rechute tabagique permet de mieux orienter les axes de la prise en charge et de l'accompagnement des fumeurs dans leur procédure de sevrage.

## **Abstract**

**Introduction:** Smoking is a real public health problem and is at the center of the medical news. It represents one of the causes of mortality and morbidity accessible to prevention. In order to face the sanitary and social consequences of this worldwide plague, it would be efficient to specify the factors predisposing to the failure of smoking cessation, in order to find the axes on which we can act in order to have better results.

**Materials and methods:** We proceeded with a descriptive cross-sectional study, carried out among 400 current smokers in the region of Marrakech, spread over a period of 6 months from April 1, 2021 to September 30, 2021 by means of a self-questionnaire.

**Results:** The average age of smokers was 34 years with extremes ranging from 12 to 75 years, the study population was mainly male with a sex ratio (M / F) of 10.11, the majority of smokers (74.25%) was of medium socio-economic level and only 17.5% had a university education.

For the majority (86.5%), the average age of the first cigarette was early (before 20 years). The average number of cigarettes consumed per day was 15.46 with extremes ranging from 1 to 36; the most consumed brand of cigarette was Gauloise (36.75%), followed by Marquis (36%). 53.3% of tobacco consumption was associated with alcohol consumption, and 15% of cases with cannabis consumption. Pharmacological dependence on nicotine was average in 40.25% of cases; among all smokers: 45.25% have signs related to smoking; shortness of breath on exertion is the most reported symptom (47%).

The health risks of smoking best known by our study population are: bronchopulmonary cancer in 84.65%, cancer of the larynx in 73% and gastric ulcer in 68.22%. Referring to the level of education, it is the most educated subjects who have a better level of knowledge of smoking.

Regarding the attempts to quit smoking, the majority of our smokers have made several attempts, the promotion of health (71.5%) and saving money (53.5%) are the most

## **Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

frequent reasons that motivated the attempts to quit, only 7% of our smokers had used devices to help them stop. During this period, the symptoms experienced by smokers are dominated by headaches in 66.95% of cases, nervousness in 55.74% of cases and insomnia in 42.01% of cases. Saving money (73%), followed by good health (60%) are the two benefits most noticed by smokers during these withdrawal periods. Relapses were attributed mainly to stress (55%); smoking environment (45%), degree of nicotine dependence (44%) and negative emotional states (41%).

**Conclusion:** The success of a smoking cessation protocol remains the concern of the patient and the physician. It depends essentially on the degree of nicotine dependence and the smoker's motivation to stop smoking. A better understanding of the causes of smoking relapse allows to better orient the improvement of the management and the support of smokers in their cessation procedure.

## ملخص

**مقدمة:** التدخين، مشكلة صحية عامة، يحتل مركز الصدارة في الأخبار واليه تعود ارتفاع نسبة الوفيات في العالم. من اجل مواجهة العواقب الصحية والاجتماعية لهذه الآفة العالمية سيكون من المفيد تحديد العوامل المسببة للفشل في الإقلاع عن التدخين حتى نتمكن من تحديد محاور التي يجب العمل عليها من اجل الحصول على نتائج أفضل.

**الفئة المستهدفة والوسائل:** يتعلق الأمر بدراسة ذات طابع توصيفي أجريت في الفترة الزمنية الممتدة بين 1 ابريل 2021 إلى غاية 30 شتنبر 2021 بجهة مراكش، قد تمكنا من الحصول على 400 إجابة من خلال توزيع استمارات البحث على المدخنين الحاليين.

**نتائج:** لاحظنا أن أعمار المدخنين تراوحت بين 12-75 سنة بمتوسط 34 سنة مع هيمنة فئة الذكور حيث نسبة الجنس 10.11% وقد كان 74.25% من المدخنين ذو مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط و17.5% ذو مستوى دراسي جامعي.

عمر بداية التدخين كان بالنسبة لأغلبية المدخنين 86.5% قبل 20 سنة وقد اعتبرت الرغبة في الاستكشاف من أهم عوامل بداية التدخين (40.25%)، وقد بلغ متوسط عدد السيجارات المدخنة في اليوم 15.46%، ارتبط استخدام التبغ في 53.3% من الحالات باستهلاك الكحول و15% مع تعاطي القنب. قد كانت درجة إدمان النيكوتين متوسطة لدى 40.25% من الحالات.

45.25% من مجموع المدخنين أبلغوا عن وجود أعراض مرتبطة باستهلاك التبغ مع هيمنة ضيق في التنفس عند القيام بمجهود (47%). الأمراض المتعلقة بالتدخين الأكثر معرفة في صفوف المدخنين: كانت هي سرطان الرئة (84.654%)، سرطان الحنجرة (73%) وقرحة المعدة (68.22%).

أما فيما يخص محاولات الإقلاع: معظم المدخنين قاموا بالعديد من المحاولات، وقد اعتبر الحفاظ على الصحة (71.51%) والاقتصاد على المستوى المادي (53.5%) من أهم الحوافز التي دفعت المدخنين للإقلاع. فقط 7% من المدخنين استعملوا وسائل لمساعدتهم عن الإقلاع. خلال هذه الفترة: 66.5% من المدخنين عانوا من ألم في الرأس، 55.74% من القلق و42.01% من الأرق. من بين أهم الفوائد التي تم جنيها: اقتصاد على مستوى المادي (73%) والحفاظ على الصحة (60%).

العوامل التي أدت إلى الفشل في الإقلاع عن التدخين: التوثر (55%)، محيط مليء بالمدخنين (45%)، مستوى درجة الإدمان (44%) وحالة نفسية سلبية (41%).

**خاتمة:** يعتبر نجاح الإقلاع عن التدخين مصدر قلق بالنسبة للمريض والطبيب حيث يعتمد بشكل أساسي على درجة الإدمان وحافز المدخن.

إن الفهم الجيد لأسباب فشل محاولات إقلاع المدخنين سيمكن من توجيه محاور لرعاية ودعم المدخنين في إجراءات الإقلاع بشكل أفضل.



## Fiche d'exploitation

### Annexe 1

#### Questionnaire d'enquête sur les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

1- Age : .....

2- Sexe : masculin/\_/ féminin/\_/

3- Caractéristiques staturo-pondérales :

Poids :.....kg

taille :.....cm

4- Statut matrimonial :

Célibataire/\_/ marié/\_/ veuf/\_/ divorcé/\_/

5- Nombre d'enfants : .....

6- Niveau d'étude : .....

7- Profession : .....

8- Habitat :

Villa/\_/ appartement/\_/ maison traditionnelle/\_/

Cité universitaire /\_/ autres : .....

9- Avez-vous une activité physique de loisir ?

Oui /\_/

Non /\_/

10- Pratiquez-vous la prière ? oui /\_/ non /\_/

11- L'âge du début du tabagisme : .....

12- Quels sont les facteurs motivants le début ?

Suivisme /\_/

curiosité pour nouvelles expériences/\_/

Stress /\_/

Plaisir/\_/

Snobisme /\_/

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

Autres : .....

13- Etes-vous :

Fumeur quotidien /\_/ Occasionnel/\_/

14- Vous fumez combien de cigarette par jour :.....

15- Quelle est la marque de la cigarette consommée ?

Marlboro /\_/ Gauloise /\_/ Marquis/\_/

Gitanes/\_/ autres :.....

16- Consommez- vous ?

Alcool /\_/ Cannabis /\_/

17- Evaluation de la dépendance à la nicotine (test de Fagerstrom) :

Combien de temps s'écoule entre votre réveil et votre 1ere cigarette ?

Plus de 60min /\_/ Entre 31 et 60min /\_/

Entre 6 et 30 min /\_/ Moins de 5min /\_/

Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer là où c'est interdit ?

Non /\_/ Oui /\_/

Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à ne pas fumer ?

La 1ere de la journée /\_/

N'importe quelle autre /\_/

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins /\_/ Entre 11 et 20 /\_/

Entre 21 et 30 /\_/ Plus de 31 /\_/

Fumez-vous d'avantage durant les premières heures suivant le réveil qu'au cours du reste de la journée ?

Non /\_/ oui /\_/

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

- Fumez-vous-même quand vous êtes malade au lit presque toute la journée ?

Non /\_ /      oui/\_/

18- Etes-vous conscients des dangers du tabac :

Oui/\_/      Non/\_/

Si oui cochez sur la liste suivante les risques liés au tabac :

Pharyngite /\_/      Bronchite chronique/\_/      Cancer pulmonaire/\_/

Cancer de la langue/\_/

Cancer de la joue/\_/      Cancer du larynx/\_/      Cancer de l'estomac/\_/

Cancer e la vessie /\_/      Ulcère/\_/

AVC /\_/      Coronaropathie /\_/      Artérite du MI /\_/

Impuissance sexuelle /\_/      palpitations/\_/      Perturbations de grossesse /\_/

Autres : .....

19- Ressentez-vous des signes liés au tabagisme ?

Douleur thoracique/\_/      Essoufflement d'effort/\_/      Toux matinale /\_/

Toux permanente /\_/      Réduction de l'odorat/\_/      diminution du gout/\_/

Palpitations /\_/      Epi gastralgies /\_/      Diminution de Libido

Autres : .....

20- Fumez-vous sur le lieu du travail ?

Oui/\_/      Non/\_/

Si oui ressentez-vous une gêne ?      Oui/\_/      Non/\_/

21- Fumez-vous devant votre famille ?

Oui/\_/      Non/\_/

Si Oui, ressentez-vous une gêne ?

22- Fumez-vous dans les zones \*non fumeurs\* ?

---

---

**Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec**

---

---

Oui /\_/ Non/\_/

23- Y-t-il un fumeur dans votre entourage ?

Oui /\_/ Non/\_/

24- Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer ?

Oui /\_/ non/\_/ Si oui combien de fois ?.....

25- Avez-vous déjà participé à une activité anti-tabac ?

Oui /\_/ Non/\_/

26- Quelles sont vos motivations pour l'arrêt du tabagisme ?

- Survenue de certains symptômes/\_/ -Donner le bon exemple à votre entourage/\_/
- Eviter une gêne à l'entourage/\_/ -Economie d'argent/\_/
- Promotion de la santé/\_/ Céder à la pression de l'entourage/\_/
- Discipline personnelle /\_/
- Meilleure apparence physique : moins de rides, des dents plus blanches/\_/
- Autres : .....

27- Avez-vous utilisé des moyens pour vous aider à arrêter ?

Oui/\_/ non/\_/

Si oui lesquels ?.....

28- En vous abstenant de fumer, cochez parmi la liste suivante les bénéfices à en tirer :

- Meilleure maîtrise de vous-même/\_/ -Economie de l'argent/\_/
- Bon exemple pour vos enfants et votre famille/\_/ -Un meilleur souffle/\_/
- Une meilleure haleine/\_/ -Un gout meilleur pour les aliments/\_/



## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

استمارة بحث حول محاولات الاقلاع عن التدخين واسباب الفشل

1. السن.....
2. الجنس  
ذكر /- / انثى /- /
3. الوزن..... الطول.....
4. الحالة العائلية  
عازب(ة) /- / متزوج(ة) /- / أرمل(ة) /- / مطلق(ة) /- /
5. عدد الاطفال.....
6. المستوى الدراسي.....
7. المهنة.....
8. المسكن  
فيلا /- / شقة /- / حي جامعي /- / اخرى
9. هل تمارس الرياضة:  
نعم /- / لا /- /
10. هل انت مواظب على الصلاة  
نعم /- / لا /- /
11. كم كانت عمرك عندما بدأت التدخين اول مرة؟.....
12. ما هي العوامل التي حفزتك على التدخين  
التقليد /- / التوثر /- / المتعة /- / الرغبة في الاستكشاف /- /  
عوامل اخرى.....
13. هل انت مدخن بشكل دائم  
نعم /- / لا /- /
14. كم من سيجارة تدخن في اليوم.....

15. ما هي نوعية السجارة

Marlboro /\_/ GAULOISE /\_/ Marquis /\_/ Gitanes /\_/ autres.....

16. هل تستهلك مواد اخرى (الكيف الحشيش كحول...)

نعم /\_/ لا /\_/

17. اختبار ادمان النيكوتين

\*كم من الوقت بين الاستيقاظ واستهلاك اول سجارة

< 5min /\_/ 6 et 30 min /\_/ 31 et 60 min /\_/ plus de 60 min /\_/

\*هل تجد صعوبة في الامتناع عن التدخين داخل الاماكن الممنوع التدخين فيها

نعم /\_/ لا /\_/

\*ما هي السجارة التي لا تستطيع التخلي عنها

السجارة الاولى في اليوم /\_/ اي سجارة كانت /\_/

\*كم سجارة تدخن في اليوم

<10 /\_/ 11-20 /\_/ 21-30 /\_/ plus de 30

\*هل تدخن في الساعات الاولى من الاستيقاظ أكثر من بقية اليوم

نعم /\_/ لا /\_/

\*هل تدخن ايضا عند مرضك طوال اليوم

نعم /\_/ لا /\_/

18. هل لديك علم بمخاطر التدخين

\*اذا كان جوابك نعم ضع علامة امام المخاطر المرتبطة بالتدخين

التهاب الحلق /\_/ التهاب الشعب الهوائية المزمن /\_/ سرطان الرئة /\_/ سرطان الحلق /\_/

سرطان اللسان /\_/ سرطان المثانة /\_/ قرحة المعدة /\_/ سرطان الخد /\_/ سرطان المعدة /\_/

الجلطة القلبية /\_/ تسارع دقات القلب /\_/ التهاب الشرايين /\_/ السكتة الدماغية /\_/

العجز الجنسي /\_/ اضطرابات الحمل /\_/

19. هل لديك اعراض مرتبطة بالتدخين

نعم /\_/ لا /\_/

\*اذا كان جوابك نعم ما هي هذه الاعراض

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

الم في الصدر /- / ضيق في التنفس /- / سعال الصباح /- / سعال دائم /- / ألم في المعدة /- / نقص  
حاسة الشم /- / نقص حاسة الدوق /- / نقص في الرغبة الجنسية /- / تسارع دقات القلب /- / اعراض اخرى

.....

20. هل تدخن في مكان العمل نعم /- / لا /- /

اذا كانت اجابتك نعم هل تشعر بالإحراج نعم /- / لا /- /

21. هل تدخن امام عائلتك نعم /- / لا /- /

اذا كانت اجابتك نعم هل تشعر بالإحراج نعم /- / لا /- /

22. هل تدخن في الاماكن ممنوعة التدخين

نعم /- / لا /- /

23. هل يوجد مدخن في محيطك

نعم /- / لا /- /

24. هل حاولت الإقلاع عن التدخين نعم /- / لا /- /

كم مرة.....

25. هل سبق لك ان شاركت في نشاط لمكافحة التدخين نعم /- / لا /- /

26. ما هي حوافزك للإقلاع عن التدخين

ظهور مجموعة من الاعراض /- / احتراماً لمبادئك /- / بسبب ضغط محيطك /- /

لتكون قدوة لمحيطك /- / مظهر خارجي سليم (تجاعيد أقل اصفرار الاسنان ) /- /

لتفادي الحرج /- / لتفادي ضياع النقود /- / للحفاظ على الصحة /- / حوافز

اخرى /- /

27. هل استعملت وسائل تساعدك للإقلاع عن التدخين نعم /- / لا /- /

اذا كانت اجابتك نعم ماهي هذه الوسائل.....

28. في فترة اقلعك عن التدخين ما هي الفوائد التي جنيتها

ضبط النفس /- / اقتصاد على المستوى المادي /- / قدوة لمحيطك /- / نفس افضل /- / رائحة افضل /- /

تدوق افضل للأطعمة /- / تحسن حاسة الشم /- / صحة افضل لنفسك /- / صحة افضل لعائلتك /- /

29. كم دامت فترة الإقلاع عن التدخين.....

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

### 30. ماهي الاعراض التي صاحبتهك خلال هذه الفترة

صداع الراس /\_/\_/ التوتثر /\_/\_/ العصبية /\_/\_/ القلق /\_/\_/ صعوبة التركيز /\_/\_/ شعور بالنقص /\_/\_/  
قلة النوم /\_/\_/ الامساك /\_/\_/ زيادة الوزن /\_/\_/ اعراض اخرى.....  
كم دامت هذه الاعراض.....

### 31. ماهي العوامل التي ادت الي فشل اقلعك عن التدخين

توتثر /\_/\_/  
الميل الي الاكتئاب /\_/\_/  
درجة الادمان /\_/\_/ محيط مليء بالمدخنين /\_/\_/ اعراض الاقلع قوية او طويلة المدى /\_/\_/  
الاستهلاك المفرط للكحول للمخدرات حالة نفسية سلبية (احباط , ملل , غضب ) /\_/\_/  
عدم معرفة الادوية الفعالة /\_/\_/ مشاكل اسرية /\_/\_/ مستوى اجتماعي ومادي منخفض /\_/\_/  
غياب الرغبة /\_/\_/ غياب الدعم النفسي /\_/\_/

ملاحظتك.....

Annexe 2

## Le test de Fagerström

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

- Plus de 60 minutes (0)
- De 31 à 60 minutes (1)
- De 6 à 30 minutes (2)
- Moins de 5 minutes (3)

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

- Non (0)
- Oui (1)

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

- La première (1)
- N'importe quelle autre (0)

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

- 10 ou moins (0)
- De 11 à 20 (1)
- De 21 à 30 (2)
- 31 or plus (3)

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

Non (0)

Oui (1)

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

Non (0)

Oui (1)

**Total** .....

**Degré de dépendance à la nicotine :**

0 – 2 = très faible dépendance

3 – 4 = faible dépendance

5 = dépendance moyenne

6 – 7 = forte dépendance

8 – 10 = très forte dépendance

## Les tentatives de sevrage tabagique chez les fumeurs actifs et les causes d'échec

---

### Annexe 3 :

#### Test de Lagrue et Légeron:

1. Pensez-vous que dans 6 mois :

Vous fumerez toujours autant	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes	4
Vous aurez arrêté de fumer	8

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

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	4
Enormément	6

3. Pensez-vous que dans 4 semaines ?

Vous fumerez toujours autant	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes	4
Vous aurez arrêté de fumer	6

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

Jamais	0
Quelquefois	1
Très souvent	2
Vous fumerez toujours autant	3

Interprétation :

Motivation insuffisante	<6
Motivation moyenne	7 à 13
Bonne motivation	>13



## **BIBLIOGRAPHIE**



1. **Dansou A, Prodel M.**  
Addiction au tabac  
Rev Prat 2019;69(3):75–80.
2. **Peto, R. Lopez, AD**  
The future worldwide health effects of current smoking patterns.  
Critical Issues in Global Health  
San Francisco: Josey–Bass, 2001:8
3. **Morad ELAQAOUI**  
Les effets indésirables de la cigarette électronique chez un groupe d'utilisateurs.  
Thèse de Médecine, Marrakech 2017, N° : 156
4. **.Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Abou–Hamdan K, Raymond S, Martinet Y, Quantin X, Trédaniel J.**  
Tabagisme: de la prévention au sevrage.  
Rev Mal Respir 2004 Dec;21(6 Pt 1):1197–201.
5. **Fondation lalla salma prévention et traitement des cancers**  
Le tabac en chiffre  
[https://www.contrelecancer.ma/fr/le\\_tabac\\_en\\_chiffres](https://www.contrelecancer.ma/fr/le_tabac_en_chiffres)
6. **Martinet Y, Bohadana A.**  
Le tabagisme : de la prévention au sevrage.  
3eme Ed. Paris : Masson, 2004:340
7. **Emmeline Zampol**  
LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE  
Thèse UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY 1 FACULTE D'ODONTOLOGIE. 2011
8. **Chollat–Traquet , Claire M ,World Health Organization.**  
Les femmes et le tabac  
Organisation mondiale de la Santé,1992.Disponible sur :  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39377>
9. **El Mellaoui F**  
La prévalence du tabagisme chez l'enfant à Meknès  
Thèse de médecine. Rabat2003, N°120
10. **Organisation mondiale de la santé.**  
Tabagisme  
Site de l'organisation mondiale de la santé. Disponible sur : [www.who.int](http://www.who.int), consulté en 2017

- 11. Nejari C, Benjelloun MC, Berraho M, El Rhazi K, Tachfouti N, Elfakir S, Serhier Z, Slama K.**  
Prevalence and demographic factors of smoking in Morocco.  
Int J Public Health 2009; 54(6):447–51.
- 12. Tachfouti N, El RK, Berraho M, Benjelloun MC, Slama K, Nejari C.**  
Knowledge and attitude about antismoking legislation in Morocco according to smoking status.  
East Mediterr Health J. 2011 Apr; 17(4):297–302
- 13. Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Abou–Hamdan K, Raymond S, Martinet Y, Quantin X, Trédaniel J.**  
Tabagisme: de la prévention au sevrage  
Rev Mal Respir. 2004 Dec; 21(6 Pt 1):1197–201
- 14. Lebargy F.**  
Composition de la fumée de tabac. Pharmacologie de la nicotine.  
Bases physiopathologiques de la dépendance au tabac. Faculté de Nancy, 2006.
- 15. World Health Organization & WHO Tobacco Free Initiative.**  
Le tabac : mortel sous toutes ses formes.  
Organisation mondiale de la Santé.2006.Disponible sur le site : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43466>
- 16. Etournaud A., Lutz R., Jaccard P.**  
Tabac et produits du tabac.  
Manuel Suisse des Denrées Alimentaires (MSDA) ,2005 :06.
- 17. Dautzenberg B.**  
Chicha, cannabis et tabac à rouler ...les dangers des nouvelles façons de fumer.  
Paris : Office français de prévention du tabagisme,2007 :36
- 18. Dr Isabelle Jacot Sadowski Pr Jacques Cornuz**  
Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine  
Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1457–61
- 19. DEYBACH J–C. COZZOLINO D**  
Distribution gratuite des substituts nicotiques et sevrage tabagique.  
Une observation sur 3 ans au centre hospitalier Louis Mourier.2008
- 20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J.**  
Measuring the heaviness of smoking: using self–reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day.  
Br J Addict. 1989 Jul; 84(7):791–9

**21. Aubin H.J. Tilikete S. Lahmek P.**

Traitement cognitivocomportemental du tabagisme  
Alcool Addictol 2000;22(4):313–318

**22. Roche N, et al.**

Bronchopneumopathie chronique obstructive.  
Rev Prat 2011;61:765–818.

**23. LEBARGY F.**

Influence du tabagisme sur les maladies respiratoires: idées reçues et réalité.  
*La lettre du pneumologue*, 2008 ; 11(2) : 58–68

**24. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rashed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S; INTERHEART Study Investigators.**

Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case–control study.  
Lancet. 2006; 368(9536):647–58

**25. Marques–Vidal P, Cambou JP, Ferrières J, Thomas D, Grenier O, Cantet C, Danchin N.**

Distribution et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires chez des patients coronariens: étude Prévenir.  
Arch Mal Coeur Vaiss. 2001 Jul;94(7):673–80

**26. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss–Ustün A.**

Worldwide burden of disease from exposure to second–hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries.  
Lancet. 2011 Jan 8; 377(9760):139–46.

**27. BOULMAKOUL Salah Eddine**

Comportements, connaissances et attitudes du personnel médical du CHU Hassan 2 de Fès vis–à–vis du tabagisme  
Thèse de médecine, Fès 2012. N°11

**28. Peyret E.**

Addictions chez la femme enceinte : Tabac : sevrer plus tôt.  
Rev Prat. 2010;24(842):421–4.

**29. Habib P.**

Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ?  
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005 Apr; 34 Spec No 1:3S353–69.

**30. ANAES.**

Grossesse et tabac.  
Conférence de consensus. Lille (Grand Palais). 7 et 8 Octobre 2004.

**31. Chéron G, Timsit S.**

Tabac et mort subite du nourrisson.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003 Feb; 32(1 Suppl):1S33-40.

**32. Dautzenberg B.**

Traiter le tabagisme: une priorité en cancérologie pulmonaire.

Rev Pneumol Clin. 2004 Dec;60(6 Pt 1):308-11.

**33. Office on Smoking and Health (US).**

The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General.

Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006

**34. Delcroix M, Gomez C, Thomas D, Jacquetin B, Marquis P.**

Intoxication tabagique chez la femme. Prise en charge gynécologique des femmes fumeuses.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 2010.

**35. Bour-Guichenez G, Guichenez P, Ramelet AA, Joomaye Z, Van Landuyt H, Polderman B.**

Peau et tabagisme.

Alcool Addictol 2000;22:43-50.

**36. Ivan Berlin, Gérard Mathern**

Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière au snus suédois.

Rapport de la Société française de tabacologie pour la Direction générale de la santé.2008

**37. Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debiais F, Meurice JC.**

Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os.

Rev Mal Respir. 2008 Dec;25(10):1261-78.

**38. Underner M, Paquereau J, Meurice JC.**

Tabagisme et troubles du sommeil.

Rev Mal Respir. 2006 Jun;23(3 Suppl):6S67-6S77.

**39. Collection de la SFAR**

Tabagisme péri-opératoire. Conférence d'experts.

Paris : Masson, 2006.

**40. Gaudoneix-Taieb M, Beauverie P, Poisson N.**

Tabac et médicaments liaisons dangereuses ?

Alcool addictol. 2001;23(1):7-12.

**41. Haute Autorité de santé.**

Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac.

*Saint-Denis La Plaine (CEDEX): Haute Autorité de Santé (HAS) (2015).*

**42. Anderson HR, Cook DG**

Passive infant death syndrome: review of the epidemiological evidence  
Thorax. 1997 Nov; 52(11):1003-9

**43. Office on Smoking and Health (US).**

The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General.  
Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006.

**44. Thun MJ, Lally CA, Flannery JT, Calle EE, Flanders WD, Heath CW Jr.**

Cigarette smoking and changes in the histopathology of lung cancer.  
J Natl Cancer Inst. 1997 Nov 5; 89(21):1580-6.

**45. INPES**

Cannabis et Tabagisme quels liens ?  
Actualités Tabac. Mars 2005 ; N°59

**46. AFSSAPS.**

Recommandation de bonne pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.  
Gynecol Obstet Fertil. 2004 May; 32(5):451-70; discussion 450.

**47. Dautzenberg B.**

*Travailler sans tabac: le guide.*  
Éd. Margaux Orange, 2007.

**48. Dautzenberg B.**

*Le tabagisme: de la clinique au traitement.*  
Éd. Med'com, 2010.

**49. My Hicham A, Mohamed B,**

Guide d'aide au sevrage tabagique  
Disponible sur : <https://www.sante.gov.ma/Publications/GuidesManuels/Pages/default.aspx>

**50. Perriot J. Pierre-Michel L.**

Tabacologie et sevrage tabagique.  
John Libbey Eurotext, 2003: 234

**51. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff.**

A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update.  
A U.S. Public Health Service report.  
Am J Prev Med. 2008 Aug; 35(2):158-76.

- 52. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, et al.**  
Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update.  
Clinical Practice Guideline. Rockville ,MD :U.S.  
Department of Health and Human Services. Public Health Service ; May 2008.
- 53. Lebargy, F., L-A. Becquart, B. Picavet.**  
"Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac."  
*EMC-Médecine* 2.2. 2005:171-190.
- 54. Mansourati J, Borel ML, Munier S, Guevel-Jointret AL.**  
Médicaments d'aide au sevrage tabagique.  
*Presse Med.* 2005 Oct 22;34(18):1331-6.
- 55. LABELLE Stéphanie**  
Les jeunes face au tabagisme Enquête auprès d'étudiants en Pharmacie de Poitiers en 2012  
Thèse de pharmacie. Université de POITIERS .2014
- 56. HAS (Haute Autorité De Sante)**  
Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours.  
HAS, Recommandation de bonne pratique 2014
- 57. Lancaster T, Stead LF.**  
Individual behavioural counselling for smoking cessation.  
*Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 31; 3(3):CD001292
- 58. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T.**  
Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation.  
*Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 24; 3:CD008286.
- 59. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM.**  
Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique.  
*Rev Mal Respir.* 2007 Feb; 24(2):171-82.
- 60. Collège des Enseignants de Pneumologie**  
Addiction au tabac.  
Collège des Enseignants de Pneumologie - 2018
- 61. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF.**  
Hypnotherapy for smoking cessation.  
*Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Oct 6 ;( 10):CD001008

**62. Ministère de la Santé.**

Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé au Maroc 2003

Direction de la Planification et des Ressources Financière Service des Etudes et de l'Information Sanitaire 2007. Disponible sur : [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma)

**63. Maryame El Boukhani**

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Thèse de médecine, Marrakech, 2019, N°174

**64. Pasquereau A, et al.**

Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016.

Bull Epidemiol Hebd 2017;12:214–22.

**65. Kathleen Cloutier, MSSS**

LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES ADULTES AGIR ENSEMBLE POUR DIMINUER LA PRÉVALENCE

Rapport du directeur national de santé publique. Québec. 2017

**66. Office for National Statistics**

Adult smoking habits in the UK: 2016

ONS, 15 June 2017:18.

**67. Bouaïti E, Mzouri M, Sbaï-Idrissi K, Razine R, Kassouati J, Lamrabet M, Hassouni F, Ouaaline M, Benbrahim NF.**

Les facteurs prédictifs de la bonne motivation de cesser de fumer chez les fumeurs marocains consultant pour une symptomatologie pulmonaire en 2008.

Rev Epidemiol Sante Publique. 2010 Feb;58(1):68–73

**68. A. Bouchareb D. Bourkadi A. Zaoui N. Chigri M. A. Bennani**

Profil des fumeurs consultants pour aide au sevrage tabagique et analyse des facteurs qui influencent les résultats de sevrage

Rev Mal Respir January 2018;35:A164

**69. N. Boutahiri**

Consultation d'aide au sevrage

Rev Mal Respir January 2017;34:A184

**70. N. Keskes Boudawara, L. Boussoffara, I. Touil, N. El Fahem, M. Sakka, J. Knani**

Efficacité et facteurs prédictifs d'échec d'une consultation hospitalière d'aide au sevrage tabagique

Rev Mal Respir, Janvier 2013;30(S1):A161

**71. Gilpin EA, Pierce JP, Rosbrook B.**

Are adolescents receptive to current sales promotion practices of the tobacco industry?  
Prev Med. 1997 Jan-Feb; 26(1):14-21

**72. ENSESI**

La prévalence du tabagisme en cote d'ivoire  
Une étude réalisée à partir de l'Enquête Nationale sur l'emploi et le secteur informel.2016

**73. Peretti-Watel P, Constance J.**

"It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases.  
Int J Environ Res Public Health. 2009 Feb; 6(2):608-21

**74. Kotz D, West R.**

Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding.  
Tob Control. 2009 Feb; 18(1):43-6

**75. BADOURI R.**

Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda.  
Thèse de Médecine. Rabat 1996, N° 192.

**76. Y.ZAKI**

Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech (1ere, 2eme et 3eme année)  
Thèse de médecine. Marrakech 2009, N°27

**77. O.HAJJAM**

Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech (4eme, 5eme et 6eme année)  
Thèse de médecine. Marrakech 2008, N°27

**78. Baumert PW Jr, Henderson JM, Thompson NJ.**

Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports.  
J Adolesc Health. 1998 Jun; 22(6):460-5.

**79. Winnail SD, Valois RF, McKeown RE, Saunders RP, Pate RR.**

Relationship between physical activity level and cigarette, smokeless tobacco, and marijuana use among public high school adolescents.  
J Sch Health. 1995 Dec; 65(10):438-42.

**80. Charilaou M, Karekla M, Constantinou M, Price S.**

Relationship between physical activity and type of smoking behavior among adolescents and young adults in Cyprus.  
Nicotine Tob Res. 2009 Aug; 11(8):969-76

- 81. Donato F, Assanelli D, Chiesa R, Poeta ML, Tomasoni V, Turla C.**  
Cigarette smoking and sports participation in adolescents: a cross-sectional survey among high school students in Italy.  
Subst Use Misuse. 1997 Sep;32(11):1555-72
- 82. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Moss HB.**  
Smoking progression and physical activity.  
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003 Nov; 12(11 Pt 1):1121-9
- 83. Kujala UM, Kaprio J, Rose RJ.**  
Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study.  
Addiction. 2007 Jul; 102(7):1151-7.
- 84. Raitakari OT, Porkka KV, Taimela S, Telama R, Räsänen L, Viikari JS.**  
Effects of persistent physical activity and inactivity on coronary risk factors in children and young adults. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study.  
Am J Epidemiol. 1994 Aug 1; 140(3):195-205
- 85. Chassin L, Presson CC, Sherman SJ, Edwards DA.**  
The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns.  
Health Psychol. 1990; 9(6):701-16.
- 86. Ministère de la santé, royaume du Maroc**  
Etat de santé de la population marocaine 2012  
Site du ministère de la santé. [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma)
- 87. Bournot, Marie-Christine, et al. "Pays de la Loire 2019.**  
Tabac dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017.  
L'ORS Pays de la Loire. Octobre 2019
- 88. GATS.**  
Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes  
Rapport principal, Sénégal, 2015
- 89. Ousmane CAMARA**  
CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES PATIENTS Vis-à-vis du TABAGISME DANS LE SERVICE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE DU CHU DU POINT G  
FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE ANNEE : 2006 - 2007

**90. Axelle Vannier**

L'activité physique : une aide au maintien du sevrage tabagique. Etude quantitative sur un échantillon de patients sélectionnés par des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais.  
UNIVERSITE DE LILLE FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG Année : 2018

**91. Evans N, Farkas A, Gilpin E, Berry C, Pierce JP.**

Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking.  
J Natl Cancer Inst. 1995 Oct 18; 87(20):1538-45

**92. ERRAMI NIHAD**

Tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir  
Thèse de médecine. Marrakech 2021, N°91

**93. BOUZID ALAE**

COMPORTEMENTS, CONNAISSANCES ET ATTITUDES DU PERSONNEL HOSPITALIER DE L'HOPITAL MOHAMED V DE MEKNES VIS-A-VIS DU TABAGISME  
Thèse de médecine.2015, N°138

**94. M.EL MOUHTADI, A. ALAOUI YAZIDI**

Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech. Enquête auprès des collégiens et des lycéens  
Thèse de médecine.2010

**95. Pasquereau, A., R. Andler, and R. Guignard.**

La consommation de tabac en France: premiers résultats du Baromètre Santé.  
*BEH* .2017: 265-73.

**96. Said Latiri H, Khefacha Aïssa S, Chebil D, Dhidah L, Ben Rejeb M.**

Profil clinique des fumeurs à la consultation d'aide au sevrage tabagique (Centre hospitalier universitaire de Sousse, Tunisie)  
Rev Mal Respir. 2014 Nov;31(9):831-8.

**97. Lagrue G, Le Faou AL, Scemama O.**

Tabagisme, les chiffres ne dispensent pas d'une réflexion.  
Presse Med. 2005 Sep 10; 34(15):1055-8

**98. Ben Ayoub W, Djoufelkit K, Stuebner-Delbarre A, Fakhfakh R, Mansour Ben A, Ben Ayed F, Sancho Garnier H.**

La consultation d'aide au sevrage tabagique de l'institut de cancérologie Salah-Azeiz de Tunis: résultats à un an  
Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Aug;56(4):280-5

- 99. Romain Guignard, François Beck, Jean-Baptiste Richard, Patrick Peretti-Watel**  
Le tabagisme en France  
Baromètre santé 2010
- 100. MARTENS, Sandra.**  
Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité.  
*Médecine humaine et pathologie* , 2012,4
- 101. Dia Kane Y, Toure NO, Diatta A, Ndiaye EH, Niang A, Thiam K, Mbaye Sylva FB, Hane AA.**  
Connaissances des risques liés au tabagisme chez des patients hospitalisés à la Clinique de Pneumologie du CHN de Fann de Dakar.  
Rev Mal Respir. 2006 Jun;23(3 Pt 1):219-25
- 102. Verplaetse TL, McKee SA.**  
An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory.  
Am J Drug Alcohol Abuse. 2017 Mar;43(2):186-196.
- 103. MARIAMI M.**  
Tabagisme chez le personnel de santé de Safi.  
Thèse Médecine Casablanca 2001, N° 346
- 104. CHADER H.**  
Tabagisme chez les élèves de la mission française de Casablanca.  
Thèse Médecine Casablanca 2003, N° 350.
- 105. MOUATASSIM JE.**  
Tabagisme chez le personnel de santé et les étudiants en médecine 4ème année et 5ème année ancien régime.  
Thèse Médecine Casablanca 1986, N° 211.
- 106. BROCHU D, TREMBLAY M.**  
L'usage du tabac chez les adolescents un choix contre-indiqué.  
Direction de la santé publique de Montréal-centre -juin-1997.Disponible sur :  
<http://www.santepubmtl.qc.ca/tabagie/Expertise/adoles.html>
- 107. Nguyen L, Raheison C, Vernejoux JM, Tunon-De-Lara JM, Taytard A.**  
Influence du tabagisme sur la vie quotidienne des adolescents asthmatiques.  
Rev Mal Respir. 2002 Jun; 19(3):301-9.
- 108. Holmen TL, Barrett-Connor E, Clausen J, Langhammer A, Holmen J, Bjermer L.**  
Gender differences in the impact of adolescent smoking on lung function and respiratory symptoms. the Nord-Trøndelag Health Study, Norway, 1995 1997.  
Respir Med. 2002 Oct;96(10):796-804

- 109. L. Fekih et Al**  
Le tabagisme en milieu policier  
Rev Mal Respir 2012;29:A108
- 110. Le Denmat V, Dewitte JD.**  
Tabac et travail.  
Rev Mal Respir. 2019 Dec; 36(10):1117–1128.
- 111. Ryan PJ, Crampin K.**  
Time cost associated with smoking at work highlighted by baseline survey of employees participating in a workplace smoking cessation programme.  
Occup Med (Lond). 2006 Oct;56(7):510
- 112. Tsai SP, Wen CP, Hu SC, Cheng TY, Huang SJ.**  
Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan.  
Tob Control. 2005 Jun; 14 Suppl 1(Suppl 1):i33–7
- 113. Halpern MT, Shikiar R, Rentz AM, Khan ZM.**  
Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity.  
Tob Control. 2001 Sep; 10(3):233–8
- 114. Delva F, Margery J, Laurent F, Petitprez K, Pairon JC; RecoCancerProf Working Group.**  
Medical follow-up of workers exposed to lung carcinogens: French evidence-based and pragmatic recommendations.  
BMC Public Health. 2017 Feb 14;17(1):191.
- 115. Janah H, Elouazzani H, Souhi H, Naji–Amrani H, Zegmout A, Rhorfi IA, Abid A.**  
Est-ce que le fumeur connaît les méfaits du tabac?  
Pan Afr Med J. 2014 Oct 3; 19:127.
- 116. KOUASSI, B., KPEBO, O. D., HORO, K., et al.**  
Tabagisme et niveau d'instruction en milieu africain.  
Rev Mal Respir, 2010 ; 27(3) :226–231.
- 117. Ndiaye M, Ndir M, Quantin X, Demoly P, Godard P, Bousquet J.**  
Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine, en pharmacie et en odontostomatologie de la faculté de Dakar, Sénégal.  
Rev Mal Respir 2003;20(5):662–4.
- 118. KOFFI, N., KOUASSI, B., HORO, K., et al.**  
Connaissances, attitudes et comportements des patients vis-à-vis du tabagisme en milieu africain à Abidjan (Côte d'Ivoire).  
Rev Pneumol Clin 2004; 60(4):222–72

- 119. OUAHMANE S.**  
Prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier de l'hôpital sidi othmane de Casablanca.  
Thèse de médecine. 2005
- 120. FAKIR A.**  
Le tabagisme chez le personnel de santé dans la province Azilal  
Thèse de Médecine. Casablanca, 1997, N° 46
- 121. Etter JF.**  
Associations between smoking prevalence, stages of change, cigarette consumption, and quit attempts across the United States.  
Prev Med. 2004 Mar; 38(3):369-73
- 122. Murray RP, Gerald LB, Lindgren PG, Connett JE, Rand CS, Anthonisen NR.**  
Characteristics of participants who stop smoking and sustain abstinence for 1 and 5 years in the Lung Health Study.  
Prev Med. 2000 May; 30(5):392-400
- 123. H.AfifW.El KhattabiN.El BakkaliA.AichaneZ.Bouayad**  
Consultation de sevrage tabagique au service des maladies respiratoires de l'hôpital « 20 août » à Casablanca  
Rev Mal Respir, 2012 ; 29(1) :A107
- 124. Halpern MT, Warner KE.**  
Motivations for smoking cessation: a comparison of successful quitters and failures.  
J Subst Abuse. 1993; 5(3):247-56
- 125. Martins RS,Junaid MU ,Khan MS,Aziz N,Faral ZZ**  
Factors motivating smoking cessation : a cross-sectional study in a lower-middle-income country  
BMC Public Health.2021Jul 18;21(1):1419
- 126. Eurobaromètre spécial.**  
L'attitude des Européens à l'égard du tabac.  
*Terrain*, 2006. Octobre - novembre 2006. Publication : mai 2007
- 127. West RJ, Hajek P, Belcher M.**  
Severity of withdrawal symptoms as a predictor of outcome of an attempt to quit smoking.  
Psychol Med. 1989 Nov; 19(4):981-5.
- 128. Brousse G, de Chazeron I.**  
Le craving : des clés pour compren-dre.  
Alcool Addictol 2014;36:105-15.

- 129. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GE.**  
Exercise interventions for smoking cessation.  
Cochrane Database Syst Rev. 2014 Aug 29;(8):CD002295
- 130. TREDANIEL J, HIRSH A.**  
Tabagisme, épidémiologie et pathologie liée au tabac.  
Rev Prat 1998 ; 48 : 433-5.
- 131. Milcarz K et al**  
Perceived barriers and motivators to smoking cessation among socially-disadvantaged populations in Poland  
Int J Occup Med Environ Health.2019 Jun 14;32(3):363-377
- 132. M. Daami , N. Rouatbi , S. Joobeur , N. Skhiri , S. Chikh Mhamed , A. Elkamel**  
Influence du profil tabagique sur le sevrage  
Rev Mal Respir, 2012 ; 29(1) :107-108
- 133. Leatherdale, Scott T. et Shields M**  
Renoncement au tabac : intentions, tentatives et techniques  
Statistique Canada. 2009
- 134. Merson F, Perriot J.**  
Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique.  
Sante Publique. 2011 Sep-Oct;23(5):359-70.
- 135. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ, Cummings KM.**  
Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.  
Tob Control. 2006 Jun;15 Suppl 3(Suppl 3):iii83-94
- 136. Le Faou AL.**  
Tabac et populations défavorisées.  
Courrier Addict 2002;4(1):10-4
- 137. Baha M, Le Faou AL.**  
Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context.  
Public Health. 2010 Apr; 124(4):225-31.
- 138. Dale LC, Glover ED, Sachs DP, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT, et al.**  
Bupropion for smoking cessation: predictors of successful outcome.  
Chest 2001;119(5):1357e64

- 139. Stapleton JA, Russel MA, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe W, et al.**  
Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice.  
Addiction 1995;90:31e42
- 140. Killen JD, Fortmann SP, Kraemer HC, Varady A, Newman B.**  
Who will relapse? Symptoms of nicotine dependence predict long-term relapse after smoking cessation.  
J Consult Clin Psychol 1992;60:797e801.
- 141. Curry SJ, Grothaus L, McBride CM.**  
Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a populationbased sample of smokers.  
Addict Behav 1997;22:727e39.
- 142. Boardman T, Catley D, Mayo MS, Ahluwalia JS.**  
Self-efficacy and motivation to quit during participation in a smoking cessation program.  
Int J Behav Med 2005;12(4):266e72.
- 143. Curry SJ, Grothaus L, McBride CM.**  
Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a populationbased sample of smokers.  
Addict Behav 1997;22:727e39.
- 144. Curry SJ, Wagner EW, Grothaus L.**  
Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation.  
J Consult Clin Psychol 1990;58:310e6
- 145. Chandola T, Head J, Bartley M.**  
Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors?  
Addiction. 2004 Jun; 99(6):770-7.
- 146. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L.**  
Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up.  
Addiction. 2001 Jun; 96(6):891-902.
- 147. Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D, McNeil JJ.**  
Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation.  
BMJ 1994;309: 842e6.
- 148. Cohen S, Lichtenstein E.**  
Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse.  
Health Psychol 1990;9(4):466e78.

**149. Westman M, Eden D, Shirom A.**

Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support.  
Soc Sci Med 1985;20(6):637e44.

**150. Breslau N, Peterson E, Schultz L, Andreski P, Chilcoat H.**

Are smokers with alcohol disorders less likely to quit?  
Am J Public Health. 1996 Jul; 86(7):985-90

**151. Humfleet G, Munoz R, Sees K, Reus V, Hall S.**

History of alcohol or drug problems, current use of alcohol or marijuana, and success in quitting smoking.

Addict Behav 1999; 24(1):149e54

## قسم الطبيب

### أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعائتي الطبية للقريب  
والبعيد، للصالح والطيح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخًا لكل زميل في المهنة  
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 019

سنة 2022

## محاولات الإقلاع عن التدخين لدى المدخنين الحاليين وأسباب الفشل

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/01/21  
من طرف

**السيدة إكرام المطاعي**

المزودة في 19 دجنبر 1996 بمراكش

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية:

التبغ – الإقلاع عن التدخين -توصيات

### اللجنة

الرئيس		أ.بنجلون حرزيمي أستاذ في الأمراض التنفسية	السيد
المشرف		ه.جناح أستاذ ميرز في الأمراض التنفسية	السيد
الحكام	}	م.أ.لفينتي أستاذ ميرز في الطب النفسي	السيد
		ع.الجاليل أستاذ ميرز في جراحة الاذن والانف والحنجرة	السيد