



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

Année 2019

Thèse N° 174#

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/06/2019
PAR

Mme. Maryame ELBOUKHANI

Née le 10/05/1992 à Essaouira

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Comportements- Connaissances- Attitudes- Tabagisme- Essaouira

JURY

Mr. **M.ZYANI**

Professeur en Médecine interne

PRÉSIDENT

Mr **R.BOUCHENTOUF**

Professeur de Pneumo- phtisiologie

RAPPORTEUR

Mr. **A. BENJELLOUN**

Professeur agrégé de Pneumo- phtisiologie

Mr **H.QACIF**

Professeur agrégé en Médecine interne

Mr. **A .BOUKHIRA**

Professeur de Biologie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبّيت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





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.

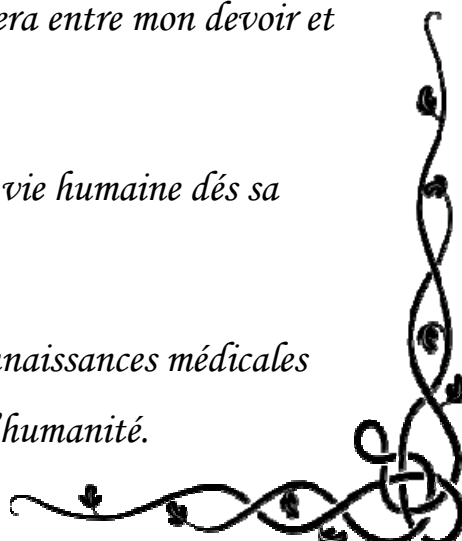
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

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.





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman 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	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE EIMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI EIOuafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI Khalid	IDRISSI Traumato- orthopédie

ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMARRidouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique

AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique

EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie– obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FAKHRI Anass	Histologie– embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDEL FETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro–entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie–réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 22/04/2019



Dédicaces



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ;
elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »*

Marcel Proust.



*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 ... 



اللَّهُ

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

اللهم لك الحمد الذي أنت أمله على نعم ما كنت قط لها أهلاً
متى أزددت تقصيراً تزدني تفضلاً كأي تقصير أستوجب الفضلاً



A ALLAH

*Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant,
Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois
ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah.
Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et
miséricorde.*

*A la mémoire de mon tres cher pere : Housseine Elboukhan
je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond
attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse
Je te dedie aujourd'hui ma reussite
Tu m as offert les plus belles chances dans la vie dont Celle d'étudier,
J'espère que ta fille a pu réaliser un de tes rêves, et que tu es fier d'elle
Que dieu , le misericordieux*

A MA TRES CHÈRE MÈRE Rkia Elkhartaoui

*A la personne qui m'a donné la vie et qui depuis n'a jamais cessé de donner sans
compter et sans rien demander en retour. De toutes les mères.
Quoique je puisse dire et écrire, les mots ne sauront exprimer ma grande affection
et ma reconnaissance éternelle
Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni
la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que
tu n'as jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Tu n'as
pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire
et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.
Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de mon infini amour.
Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et Bonheur
que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Je t'aime maman*

وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا: سورة الإسراء - الآية 24



A mon très cher mari Amine

Depuis le jour ou je t'ai connu, ma vie est comblée de bonheur. Ta présence m'inspire la sérénité et la tranquillité de l'âme .

Merci d'avoir donné un sens à ma vie, merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements tuas toujours su trouver les mots qui conviennent pour me remonter le morale dans les moments pénibles, grâce à toi j'ai pu surmonter toutes les difficultés.

Cher mari j'aimerais bien que tu trouves dans ce travail qui est aussi le tiens l'expression de mes sentiments de reconnaissances les plus sincères car grâce à ton aide et à ta patience avec moi que ce travail a pu voir le jour. . . .

Je prie Dieu, le Très Haut, de préserver notre attachement mutuel, et d'exaucer nos rêves.

Je t'aime tout simplement

Ames tres chers fereres et sœurs simohamed, yassine hassan, khalil, said, saadia et leurs epoux

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements et affection.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

Que Dieu le tout puissant, vous protège et vous garde ;

A la mémoire de mes grand-parents

J'aurai tant aimé que vous soyez présent aujourd'hui. Je vous dédie ce travail en témoignage de mes sentiments les plus sincères. Puissent vos âme reposent en paix.

A toute la famille Elboukhani Et Elkhartaoui

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 mes beaux-parents : Ghalia Elmahmoudi Et Mustafa Ayoub

Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille.

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur et de santé.

A tous les membres de la famille ayoub

Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements et affection.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

Que Dieu le tout puissant, vous protège et vous garde.

A mes amies et collègues : Asma, Samah, Hafsa, Assia, Amina, Siham.

Je ne peux vous citer tous et toutes, car les pages ne le permettraient pas, et je ne peux vous mettre en ordre, car vous m'êtes tous et toutes chères... Merci, chers ami(e)s 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.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



Remerciements





A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE :
PR. ZVANI, PROFESSEUR DE MEDECINE INTERNE A L'HOPITAL
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant sans la moindre hésitation de présider et de juger ce modeste travail de thèse.

Nous avons pour vous l'estime et le respect qu'imposent votre compétence, votre sérieux et votre richesse d'enseignement.

Veillez trouver, cher maître, dans ce modeste travail, l'expression de notre très haute considération et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE :
PROFESSEUR RACHID BOUCHENTOUF
PROFESSEUR AGREGÉ DE PNEUMO- PHTISIOLOGIE
A L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

Je vous remercie de m'avoir confié ce travail qui vous tient à cœur, votre sérieux, votre sympathie, votre modestie, votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines m'ont profondément marquée, et seront toujours pour moi un modèle et un exemple lors de l'exercice de ma profession. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles.

Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidée avec rigueur et bienveillance. J'espère avoir été à la hauteur de votre confiance et de vos attentes

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE : AMINE BENJELLOUN
HARZIMI PROFESSEUR AGREGÉ DE PNEUMO- PHTISIOLOGIE A
l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech**

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande
Amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.

*Nous vous remercions de nous avoir permis de faire notre travail de thèse
au sein de votre service.*

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et
avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a
reçus en toutes circonstances avec sympathie.

Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de
droiture dans l'exercice de la profession.

Veillez, cher Maître, trouver dans ce modeste travail
l'expression de notre haute considération et de notre sincère
reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE : pr BOUKHIRA Abderrahman,
PROFESSEUR DE biochimie A l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech**

- Je vous remercie pour la grande amabilité avec laquelle vous m'avez
accueillie, ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en
acceptant de le juger.

Qu'il me soit permis, cher maître, de vous présenter à travers ce travail le
témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde
reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE : pr quacif hassan PROFESSEUR
DE médecine interne A l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech**

C'est pour moi un immense honneur et une grande joie de vous voir siéger
parmi le jury de notre thèse.

Je ne saurais exprimer avec des mots l'admiration que je voue à toutes vos
qualités humaines et professionnelles

Le passage dans votre service, dont je garde les plus beaux souvenirs, était
pour moi une source d'apprentissage inépuisable.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma très grande estime, et
mon profond respect.

*Enfin, je remercie le personnel et toute l'équipe de service de
pneumologie de s'être accommodé de ma présence et merci de votre aide.*



Liste des Abréviations



Liste des abréviations

- AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- BPCO** : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
- CDC** : Centers for Disease Control and Prevention
- Cig** : cigarette
- CO** : Monoxyde de Carbone
- GATS** : Global Adult Tobacco Survey
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL** : Oto-Rhino-Larynx
- PNPCC** : Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer
- RR** : Risque relatif
- TCC** : Thérapie Comportementale et Cognitive
- UNICEF** : United Nations international children's Emergency Fund



Plan



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	3
RESULTATS	6
I. Données sociodémographiques	7
1. Age	7
2. Sexe	7
3. Niveau scolaire	8
4. Profession :	9
5. Revenu mensuel	9
II. Comportement des artisans vis-à-vis du tabagisme	10
1. Prévalence globale du tabagisme	10
2. Etude de la prévalence du tabagisme	10
3. Age du début du tabagisme	14
4. Répartition des artisans fumeurs selon l'importance du tabagisme	14
5. L'utilisation des produits autres que les cigarettes:	16
6. Degré d'intoxication tabagique	17
7. Le coût journalier des cigarettes	18
8. Accessibilité aux produits du tabac	18
9. Sevrage tabagique	20
III. Connaissances des artisans vis-à-vis tabagisme	23
1. Rôle de la famille dans la sensibilisation	23
2. Rôle de tabagisme dans certaines maladies	24
3. Connaissance de la loi anti-tabac	28
IV. ATTITUDE DES artisans VIS-A-VIS DU TABAGISME	29
1. Attitude de l'ensemble des artisans vis-à-vis du tabagisme sil offre plus de confort	29
2. L'attitude de l'ensemble des artisans vis-à-vis des fumeurs: Crois-tu que les fumeurs possèdent moins ou plus d'amis	29
3. Attitudes des artisans vis-à-vis des fumeurs : crois-tu que les fumeurs sont plus ou moins attirants	31
4. Attitudes des artisans vis-à-vis de certains moyens de lutte antitabac	32
V. TABAGISME PASSIF	34
1. L'Exposition dans l'entourage familial	34
2. L'exposition dans les lieux publics	36
3. L'exposition dans le lieu de travail	37
4. L'avis des artisans vis-à-vis de l'interdiction de fumer dans les lieux publics	38
DISCUSSION	39
I. Historique	40
II. EPIDEMIOLOGIE	41
1. A l'échelle mondiale	41
2. Au Maroc	41
III. TOXICOLOGIE ET DEPENDANCE	42
1. Etude Botanique	42

2. Tabaculture	43
3. Production du tabac	44
4. Les différents types du tabac	45
5. Modes de consommation de tabac	45
6. Composition du tabac	50
7. Phénomène d'addiction au tabac	53
IV. Comportement des artisans vis-à-vis du tabagisme	55
1. Prévalence globale du tabagisme	55
2. Initiation tabagique	59
3. L'utilisation des produits autres que les cigarettes	60
4. NOMBRE MOYEN DE CIGARETTES FUMÉES	61
5. Dépendance à la nicotine	62
V. Tabac et sante	63
1. Tabac et cancer	63
2. Tabac et maladies respiratoires	64
3. Tabac et maladies cardio-vasculaires	65
4. Tabac et fertilité	65
5. Tabac et autres effets sur la santé	65
VI. Connaissances et attitudes des artisans vis-à-vis du tabagisme	66
VII. Sevrage tabagique	69
1. Les bénéfices du sevrage	69
2. Prise en charge du fumeur	70
3. Le sevrage tabagique en pratique	77
VIII. Les Moyens de lutte antitabac	85
CONCLUSION	89
RESUME	90
ANNEXES	94
BIBLIOGRAPHIE	102



Introduction



Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Le tabagisme, véritable problème de santé publique, est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde [1]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation de tabac tue plus de 7 millions de personnes chaque année dans le monde [2].

Toutefois, l'évolution récente de l'épidémie tabagique montrait que la prévalence du tabagisme augmentait rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à cause de libéralisation du commerce entreprise [3]. La Banque Mondiale prévoyait que 80% des décès mondiaux induits par le tabagisme en 2030 surviendraient dans les pays en voie de développement.

Le Maroc n'échappe pas à ce phénomène, il est considéré comme l'un des plus grands consommateurs de tabac dans la zone méditerranéenne [4]. Des études réalisées au Maroc ont montré que la prévalence du tabagisme varie selon les catégories socioprofessionnelles (milieu scolaire, milieu universitaire, les professionnels de santé, entreprises, administrations) [5].

Devant l'absence d'un lien formel entre le stress vécu au travail et la conduite tabagique, se pose toujours la question de l'association entre les facteurs psychosociaux au travail et les habitudes tabagiques.

L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence du tabagisme chez les artisans de la ville d'essaouira et d'apprécier leurs attitudes, leurs connaissances et leurs comportements.



Matériels et Méthodes



I. Type d'étude :

Afin d'apprécier l'ampleur du tabagisme chez les artisans à la ville d'Essaouira, une enquête a été effectuée. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique étalée sur une période de 6 mois allant du 1er Septembre 2018 au 28 Février 2019.

II. Population cible :

1. Les critères d'inclusion:

La population concernée par l'étude est constituée de 100 artisans, On a inclus dans l'étude tous les artisans quels que soient leur statut tabagique, leur âge, leur sexe, leur durée d'utilisation du tabac.

2. Les critères d'exclusion

On était exclu de l'étude :

- Les artisans passagers résidents dans une autre région du Maroc.
- Les fiches incomplètes.

Les artisans ont été répartis en deux groupes:

Les fumeurs actuels: Intéressent ceux ou celles qui ont fumé au moins un jour durant le mois précédant l'enquête (Question n°6)

Les non-fumeurs:

Intéresse ceux ou celles qui n'ont pas fumé durant le mois précédant l'enquête. Ils regroupent: Les ex-fumeurs et Les non-fumeurs actuels.

III. Aspect éthique de l'enquête :

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

IV. Recueil des données :

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire (annexe1) en arabe de type auto administré établi par l'OMS, CDC d'Atlanta et l'UNICEF.

Les éléments étudiés dans notre questionnaire sont :

- ❖ Les caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles des artisans.
- ❖ leur statut tabagique.
- ❖ Leur comportement tabagique.
- ❖ Les connaissances et attitudes vis-à-vis du tabagisme.
- ❖ L'influence des médias et de la publicité.

V. Analyse statistique :

Tous les paramètres ont été recueillis dans un tableau Excel (Microsoft office Excel 2010) permettant l'analyse statistique descriptive avec calcul de moyennes et pourcentages.



Résultats



I. Données sociodémographiques :

1. Age :

- La moyenne d'âge de notre population était de 41, 5 ans.
- La tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-55 ans (44%), alors que seulement 20 % étaient âgés de plus de 56 ans.

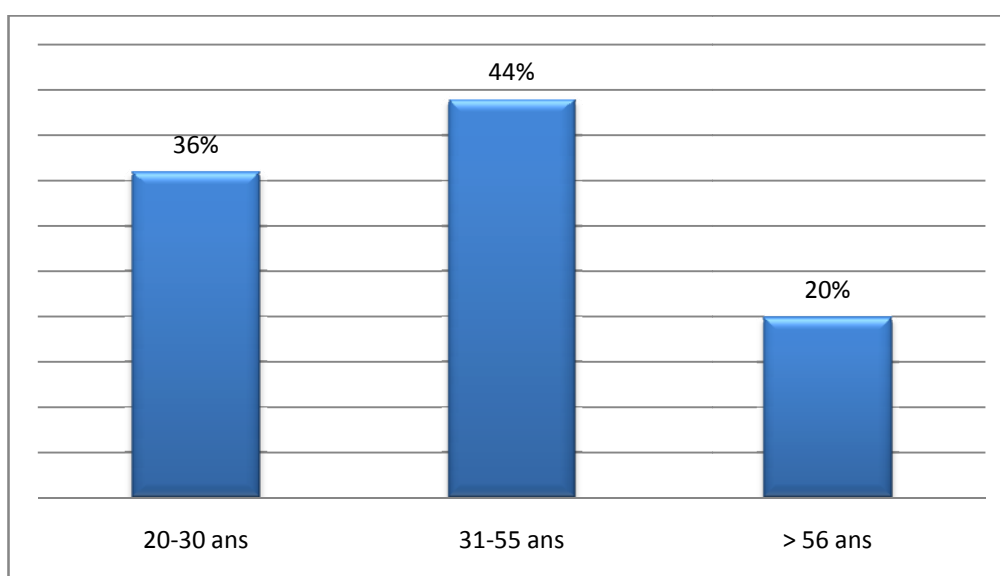


Figure 1 : Répartition des artisans par tranche d'âge

2. Sexe :

Nous avons noté une nette prédominance masculine dans notre série avec une sex-ratio (H/F) de 2,6 ; dont Les hommes représentent 72 % de l'échantillon alors que les femmes représentent 28%.

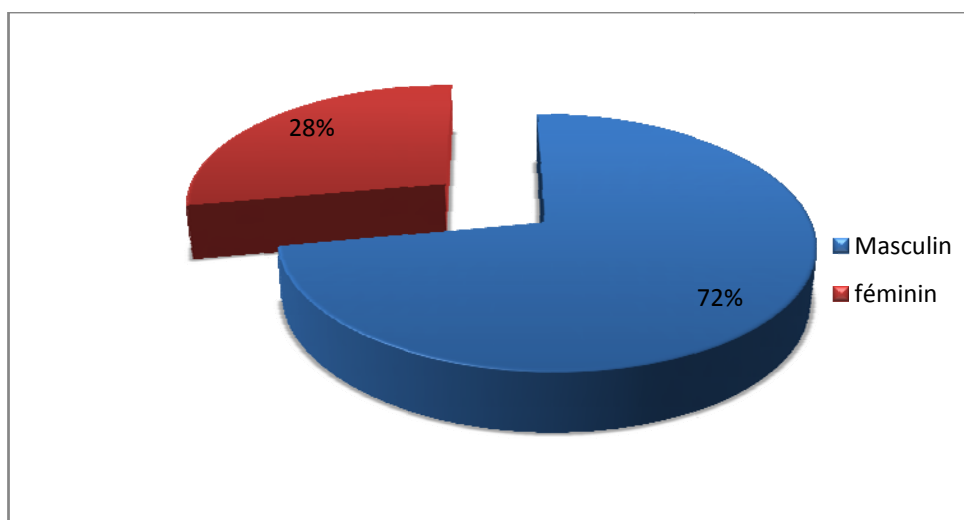


Figure 2: Répartition des artisans selon le sexe

3. Niveau scolaire :

On note 21% des artisans sont des analphabète ,44% ont un niveau primaire, 15% collégiens, 17% des lycéens et 3% ont un niveau universitaire.

La répartition de notre population selon le niveau scolaire est représentée dans le graphique n°3:

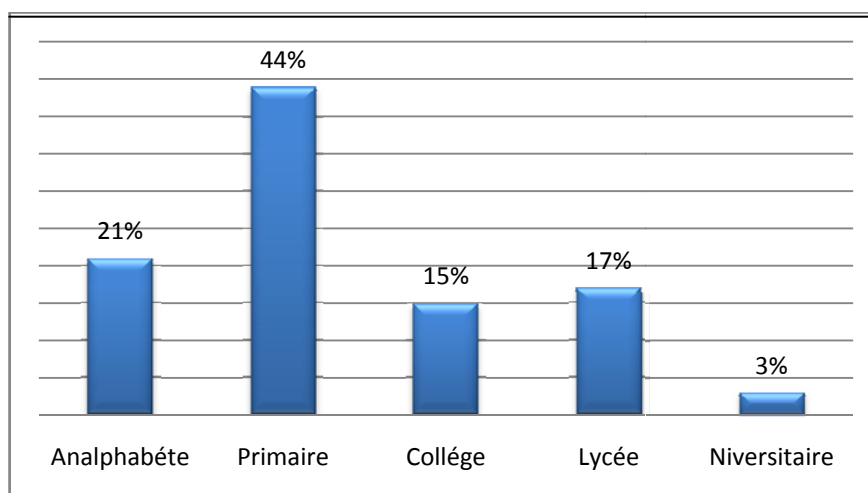


Figure 3 : Répartition des artisans selon le niveau scolaire (N=100)

4. Profession :

La population étudiée est essentiellement représentée par les marins 38 %; suivis par les menuisiers 26%, les ferronniers 13%, les mécaniciens 9 % et autres 14%.

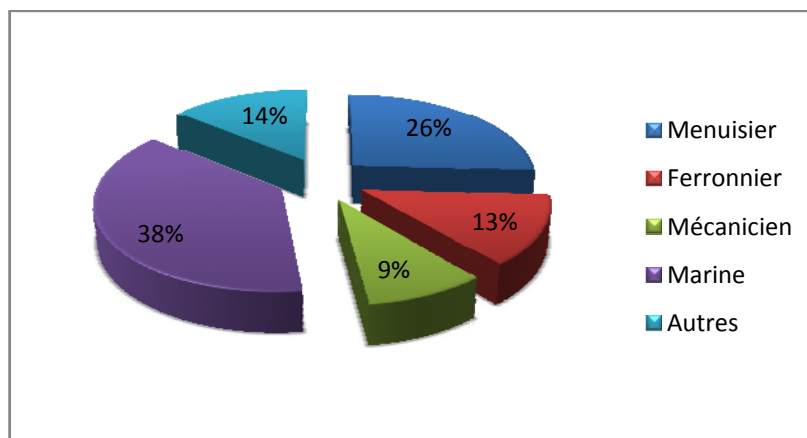


Figure 4 : Répartition des artisans selon la profession

5. Revenu mensuel :

Le revenu mensuel a été précisé dans 100 cas, on constate que 45% des artisans ont eu un revenu mensuel plus 3000dh, 36% artisans de 1500dh a 3000dh, contre 19% moins de 1500dh.

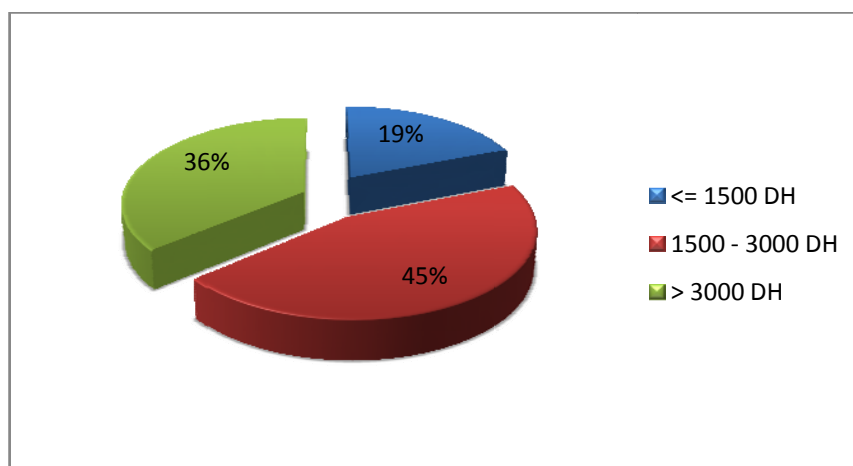


Figure 5 : Répartition des artisans selon le revenu mensuel

II. Comportement des artisans vis-à-vis du tabagisme :

1. Prévalence globale du tabagisme:

24 % (24 artisans) sont des fumeurs actuels, Les non-fumeurs représentent 45 % (45 artisans) et les ex-fumeurs 31% (31 artisans).

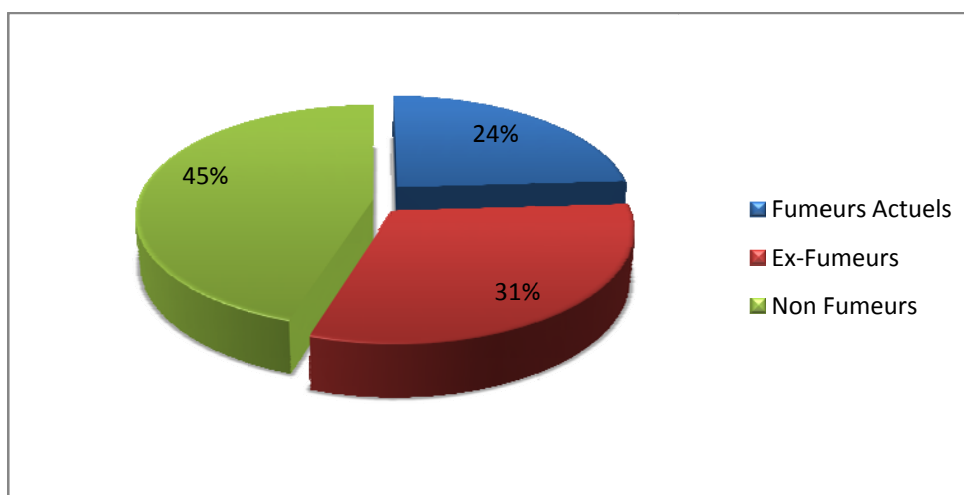


Figure 6 : Prévalence globale du tabagisme

2. Etude de la prévalence du tabagisme:

2.1 Selon l'âge :

La prévalence du tabagisme est importante dans la tranche d'âge entre 31 et 55 ans (27,3%), entre 20 et 30 où elle est respectivement de 25 %. Dans la tranche d'âge supérieur ou égal 56 ans, la prévalence du tabagisme n'est que de 15%.

Le statut tabagique des artisans ne semble pas être lié à l'âge.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

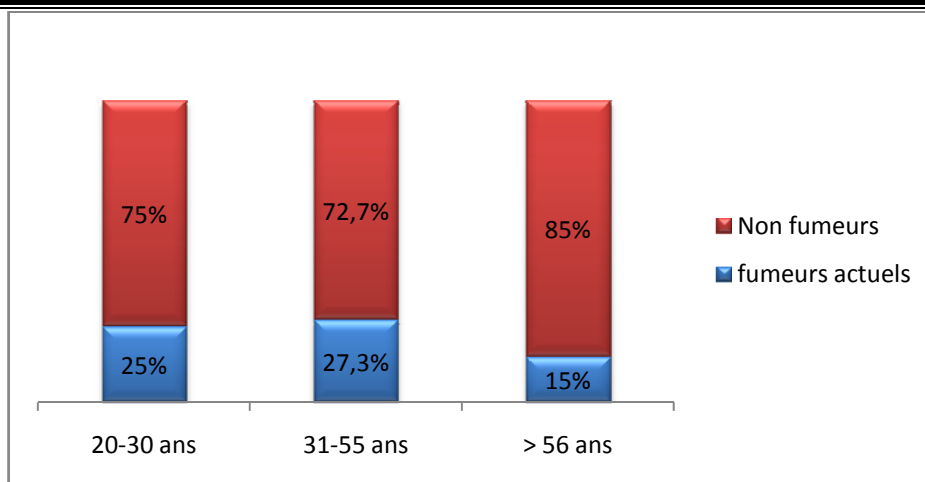


Figure 7 : La prévalence du tabagisme des artisans selon l'âge

2.2 Selon le sexe:

La prévalence du tabagisme est de 30,5% chez les hommes contre 7,1% chez les femmes. . Ce statut tabagique semble lié au sexe.

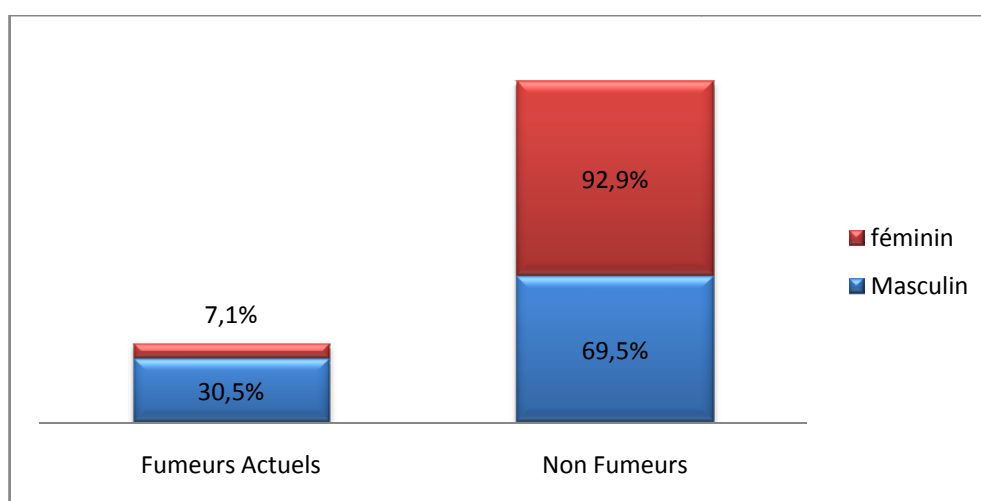


Figure 8 : La prévalence du tabagisme selon le sexe

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

2.3 Selon la profession :

Sur un ensemble des artisans fumeurs ; le taux le plus élevé est noté chez les marins (34,2 %) et autres professions (35,8%), suivi des ferronniers (15,3%), des menuisiers (11,5%); le taux le plus bas est noté chez les mécaniciens (11,1%).

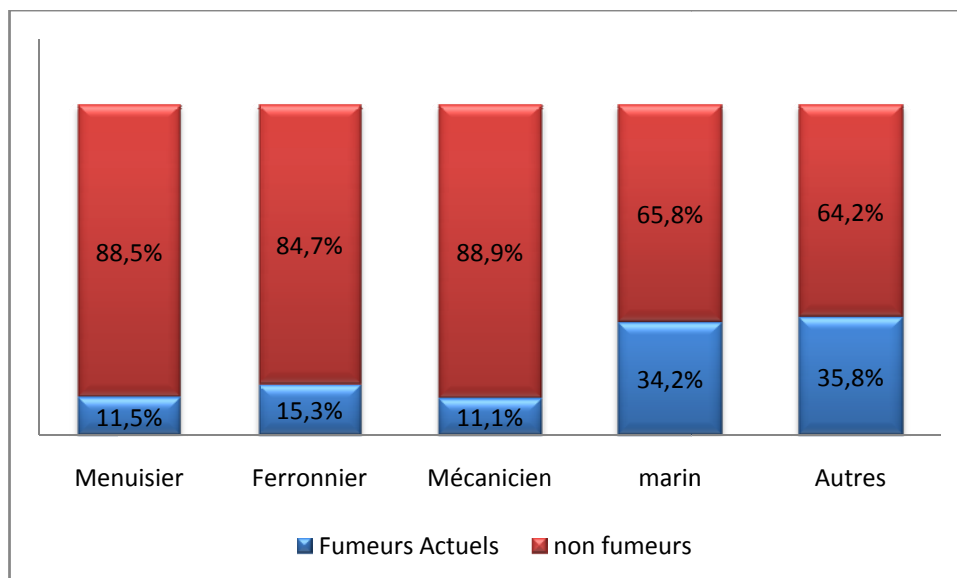


Figure 9 : Prévalence du tabagisme selon la profession

2.4 Selon le niveau scolaire :

La prévalence du tabagisme chez les artisans est variable en fonction du niveau scolaire. Elle représente: 14,3% sont des analphabète, 22,7% du niveau primaire, 53,3% du niveau collège, 11,8% lycée et 33,3% du niveau universitaire.

La différence est significative entre les 5 niveaux scolaires.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Tableau I: prévalence du tabagisme selon le niveau scolaire

Niveau	Fumeurs Actuels		Non-Fumeurs		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Analphabète	3	14,3%	18	85,7%	21	100
Primaire	10	22,7%	34	77,3%	44	100
Collège	8	53,3%	7	46,7%	15	100
Lycée	2	11,8%	15	88,2%	17	100
Universitaire	1	33,3%	2	66,7%	3	100

2.5 Selon le revenu mensuel :

Sur un total de 100 personnes où le revenu mensuel est précisé, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les artisans qui ont le revenu mensuel inférieur à 1500dh (26,3%), suivie entre 1500 et 3000dh (24,4%), supérieure à 3000dh avec une différence non significative.

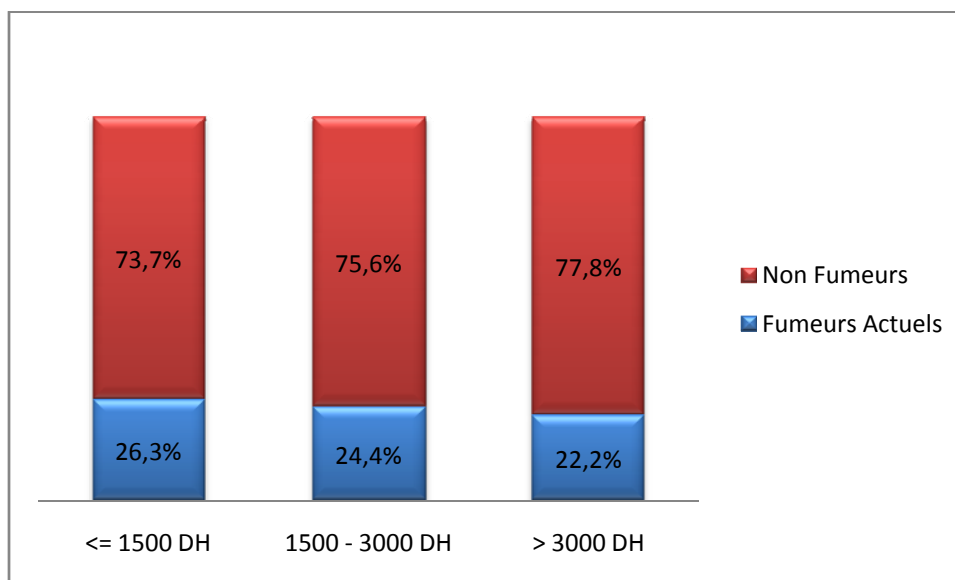


Figure 10: La prévalence du tabagisme selon le revenu mensuel

3. Age du début du tabagisme :

Ce paramètre est précisé dans 55 cas, la majorité (37,6%) a commencé entre l'âge de 16 à 20 ans.

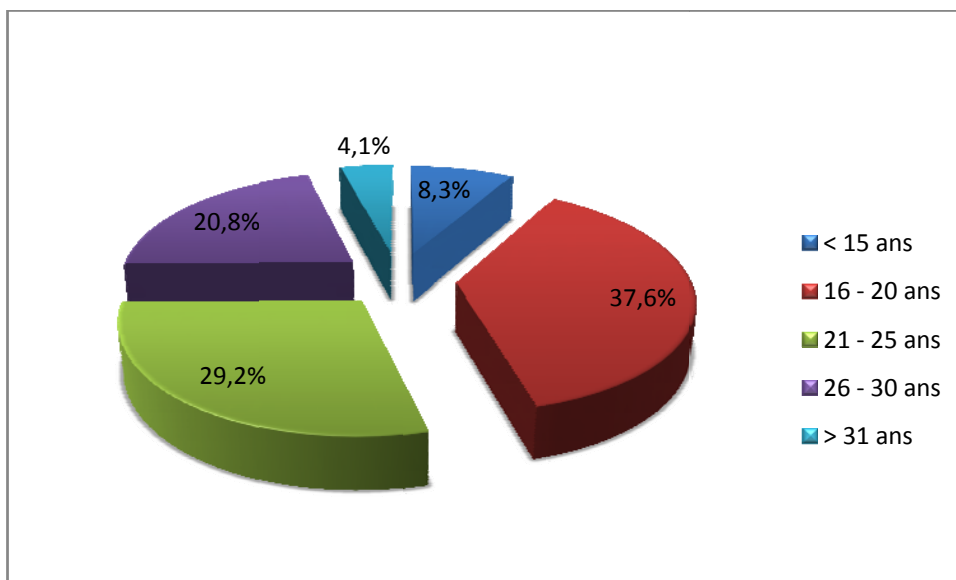


Figure 11 : Répartition des artisans fumeurs selon l'âge du début du tabagisme

4. Répartition des artisans fumeurs selon l'importance du tabagisme :

Sur un total de 24 personnes qui ont répondu à la question La moyenne de cigarettes consommées par jour est de 12,6 cigarettes. On constate que 37,5% des fumeurs actuels fument entre 6 et 10 cigarettes par jour également 37,5% fument entre 11 et 20 cigarettes par jour, Alors que 20,8% consomment entre 1 à 5 cigarettes par jour, et 4,2% des artisans qui fument plus de 21 cigarettes par jour.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

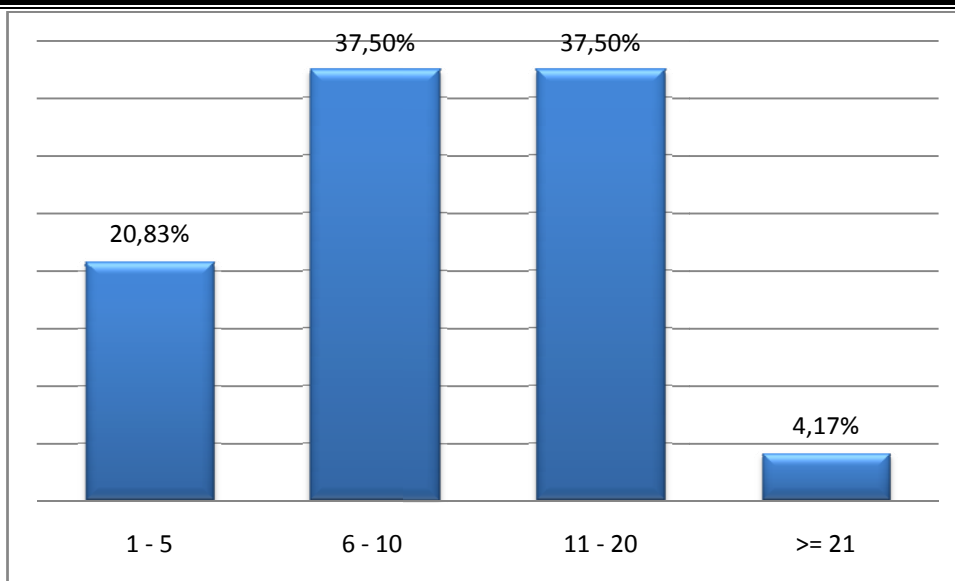


Figure 12 : Répartition des artisans fumeurs selon l'importance du tabagisme

4.1 Selon la profession :

Les résultats montrent que 66,7% des menuisiers fument entre 6 et 10 cigarettes par jour, 54,1% des marins fument entre 11 et 20 cigarettes par jour alors que 100% des mécaniciens consomment entre 6 et 10 cigarettes /j.

4.2 Selon le revenu mensuel :

On remarque que 60% des artisans qui ont le revenu mensuel inférieur à 1500dh fument entre 1 et 5 cigarettes par jour, 54,5% qui ont le revenu entre 1500dh et 3000dh fument entre 6 et 10 cig/j contre 62,5% des fumeurs avec un revenu supérieur à 3000dh consomment entre 11 et 20 cig/j.

Ce comportement semble lié au revenu mensuel.

Tableau II : La consommation des cigarettes en fonction du revenu mensuel

Revenu mensuel	1 - 5		6 - 10		11 - 20		≥ 21	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 1500 DH	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%
1500 - 3000 DH	2	18,2%	6	54,5%	3	27,3%	0	0,0%
> 3000 DH	0	0%	2	25,0%	5	62,5%	1	12,5%

5. L'utilisation des produits autres que les cigarettes:

5.1 La prévalence globale des artisans ayant utilisés des produits du tabac autres que les cigarettes (chicha, cigare, kif..) :

Les résultats montrent que 3% de l'ensemble des artisans enquêtés utilisent des produits du tabac autres que les cigarettes (kif, chicha, cigare).

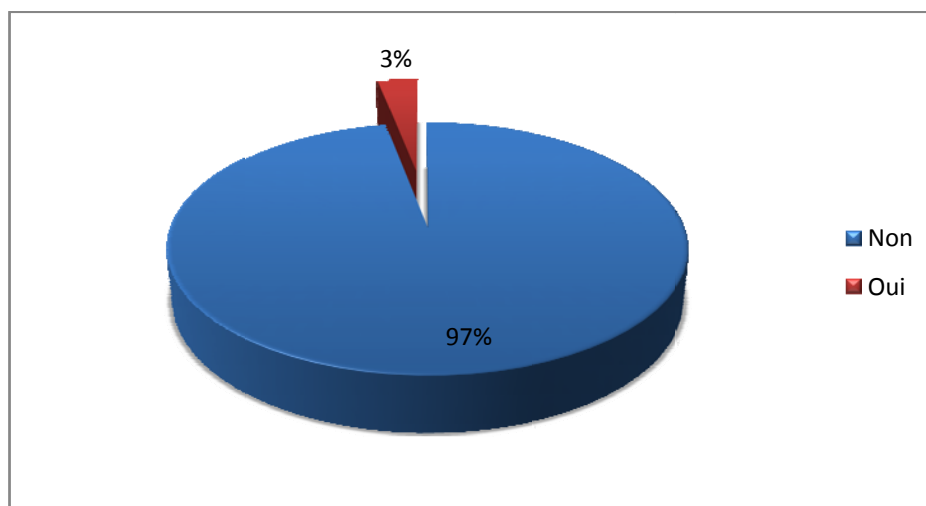


Figure 13 : La Prévalence globale des artisans ayant utilisés des autres produits du tabac

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

➤ selon le statut tabagique

On constate que 8,3% des fumeurs actuels utilisent des produits du tabac comme: (cigare, chicha,...), alors que seulement 1,3% des non-fumeurs qui utilisent ces produits.

5.2 La prévalence globale des artisans ayant utilisé des produits du tabac sans fumée

Les résultats montrent que 13% de l'ensemble des artisans enquêtés utilisent des produits du tabac sans fumée.

➤ selon le statut tabagique:

33,3% des artisans fumeurs utilisent des produits du tabac sans fumée, alors que seulement 6,6% des non-fumeurs qui les utilisent.

6. Degré d'intoxication tabagique :

Nous avons utilisé le test de Fagerstrom (Annexe 2) pour évaluer le degré de la dépendance à la nicotine chez les artisans fumeurs.

On a obtenu les résultats suivants : 62,5% des fumeurs sont moyennement dépendants, 29,2% ont une forte dépendance à la nicotine et 8,3% ont une dépendance légère.

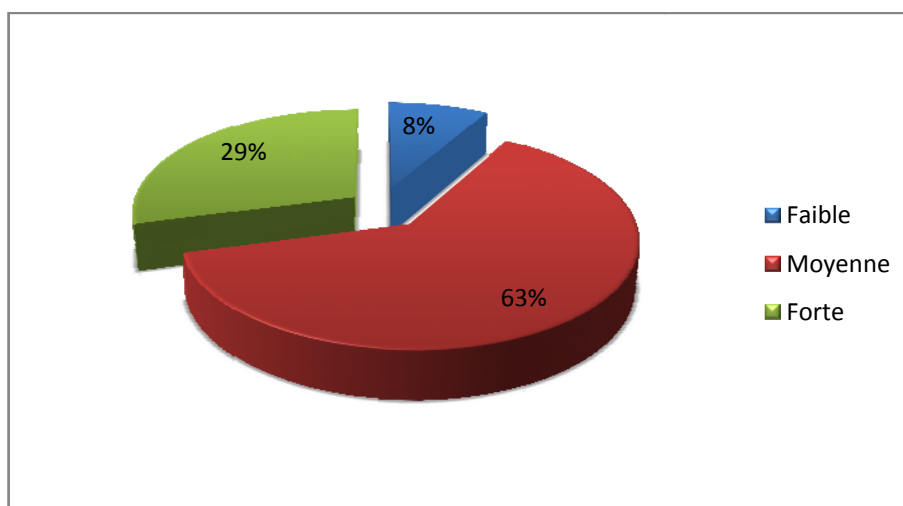


Figure 14 : Evaluation de la dépendance à la nicotine par le test de Fagerstrom

7. Le coût journalier des cigarettes :

La moyenne des dépenses chez l'ensemble des fumeurs est de 15Dh par jour. On constate que 50% dépensent de 11dh a 20 dh, 29,2% dépensent moins 10 dh alors que 20,8 % dépensent entre 21dh et 35 dh.

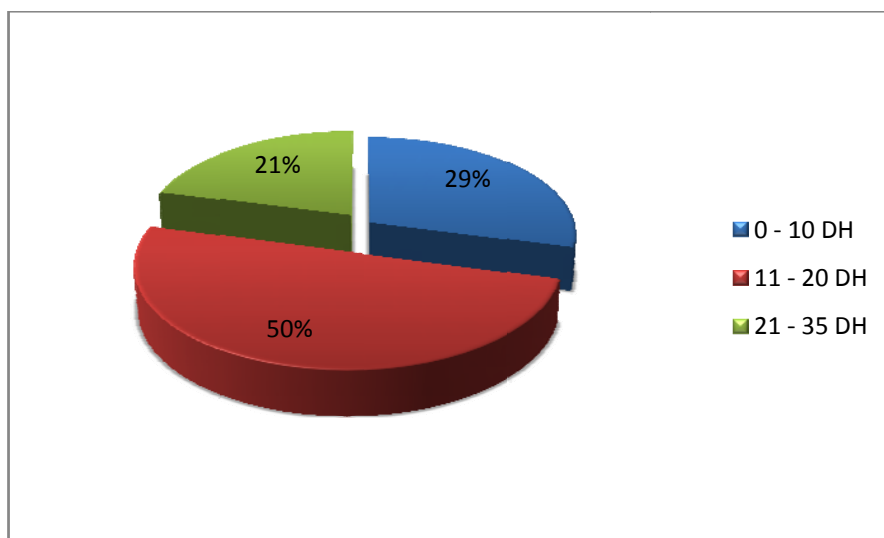


Figure 15 : Le coût journalier des cigarettes

8. Accessibilité aux produits du tabac :

8.1 Lieu habituel du tabagisme

La moitié des artisans fument sur le lieu de travail (54,2%), 20,8 % fument chez les amis alors que 8,3% des artisans fument aux espaces publics.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

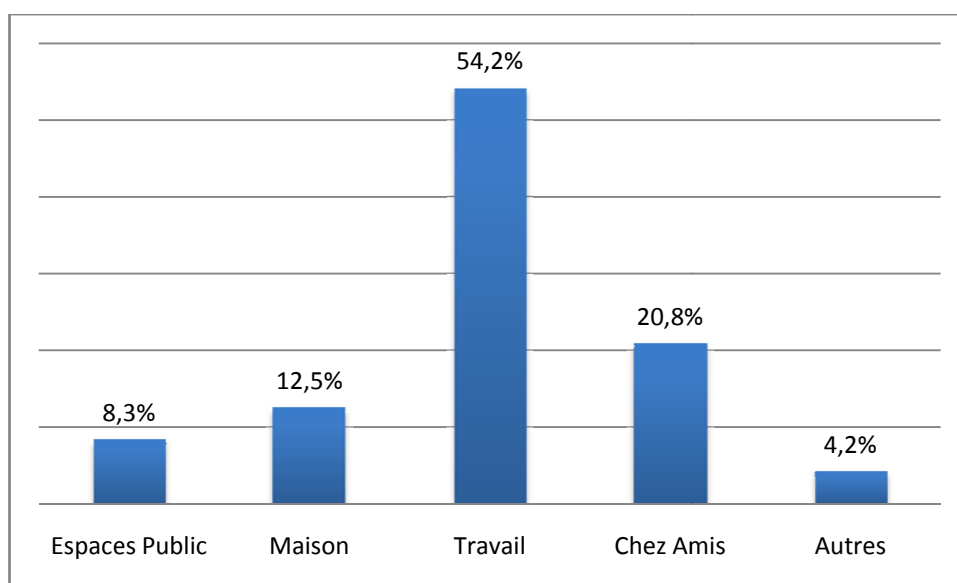


Figure 16 : lieu habituel du tabagisme chez les artisans

8.2 Manière d'obtention des cigarettes :

Parmi l'ensemble des fumeurs actuels (24), 17 artisans (soit 70,8%) ont acheté leurs cigarettes d'une épicerie, d'une boutique ou d'un vendeur ambulant.

Tableau III : Répartition des fumeurs actuels selon la manière d'obtenir les cigarettes

Manière	Nombre	Pourcentage
Boutique/Vendeur ambulant	17	70,8%
Prêtée par autre personne	4	16,7%
Achat par autre	2	8,3%
Autre manière	1	4,2%
Total	24	100%

9. Sevrage tabagique :

9.1 Les fumeurs actuels étant prêts à cesser de fumer :

On note 75% des artisans fumeurs envisagent de cesser de fumer.

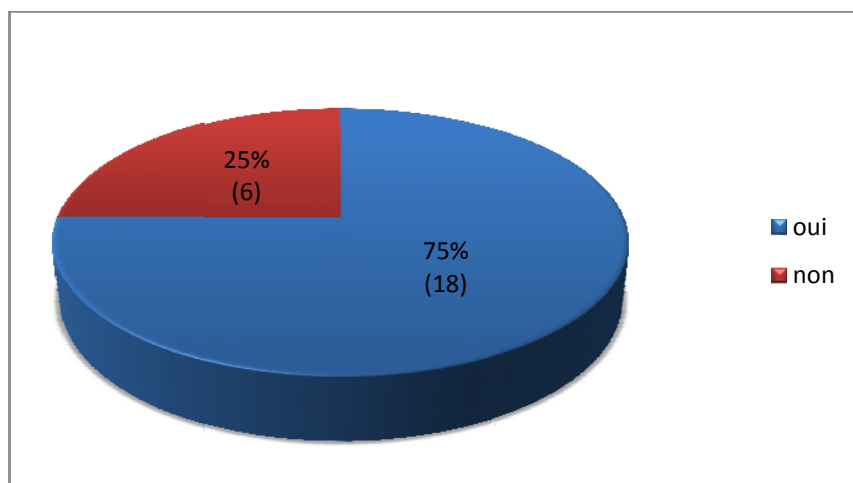


Figure 17 : La prévalence des fumeurs actuels qui sont prêts à cesser de fumer

9.2 Tentative de sevrage :

On remarque que 54,2% des fumeurs actuels ont tenté de cesser de fumer sans succès l'année passée.

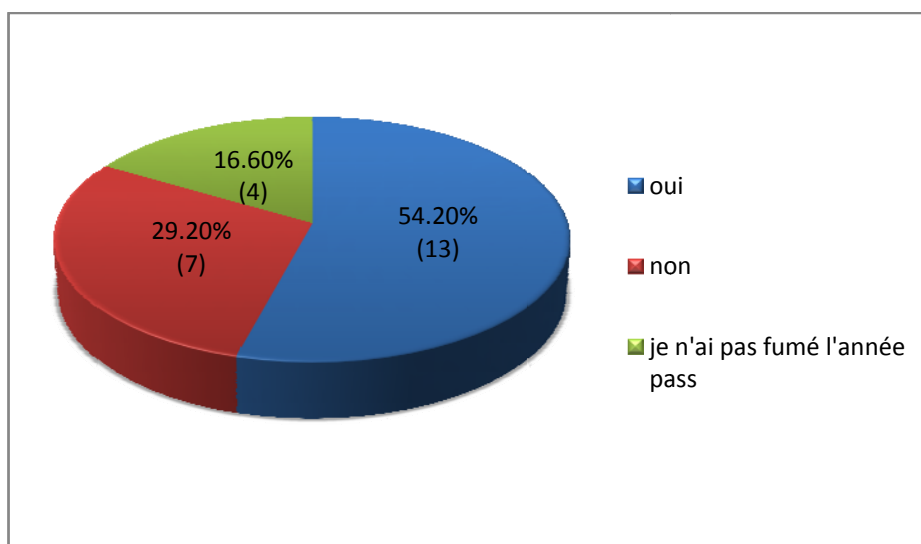


Figure 18 : la prévalence des fumeurs actuels ayant essayé de cesser de fumer

9.3 La durée de sevrage tabagique :

On s'est perçu que 41,9% des artisans ex fumeurs ont cessé de fumer depuis un an précédant l'enquête.

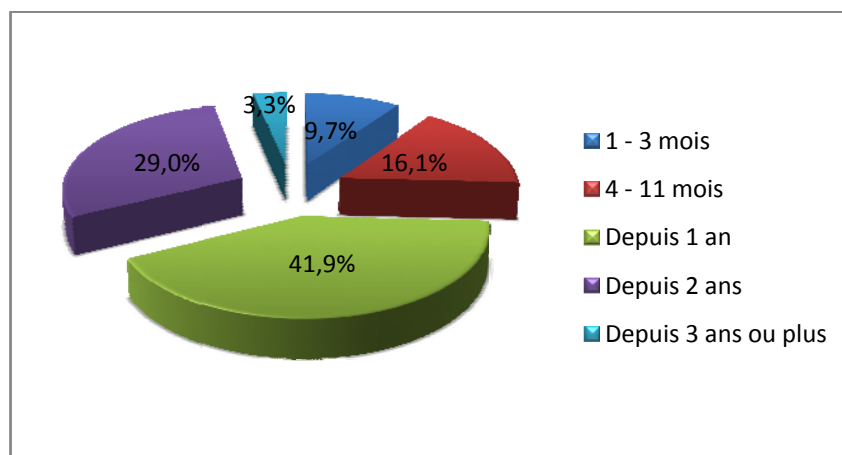


Figure 19 : La durée de sevrage tabagique

9.4 Raisons de sevrage :

Parmi l'ensemble des ex fumeurs, 35,5% ont cessé de fumer afin de protéger leur sante, 29,1% pour protéger leurs familles des méfaits du tabac, 22,6% pour économiser de l'argent.

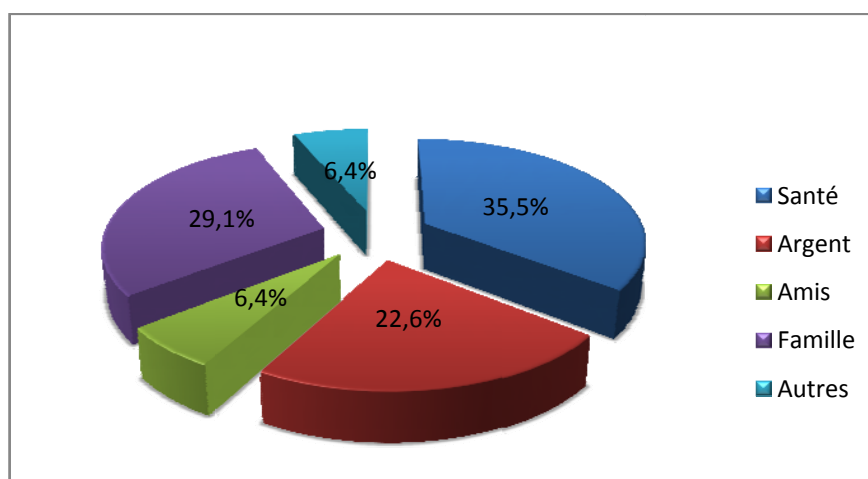


Figure 20 : Raison principale de l'arrêt du tabac

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

9.5 Conseil de sevrage :

70,8% des fumeurs actuels indiquent avoir déjà reçu une aide ou un conseil pour cesser de fumer, dont 37,5% reçu par un membre de famille.

9.6 La motivation au sevrage :

Selon le score de Qmat (Annexe 3), seulement 11,1% de l'ensemble des fumeurs qui ont une bonne motivation alors que 51,9% ont une motivation insuffisante.

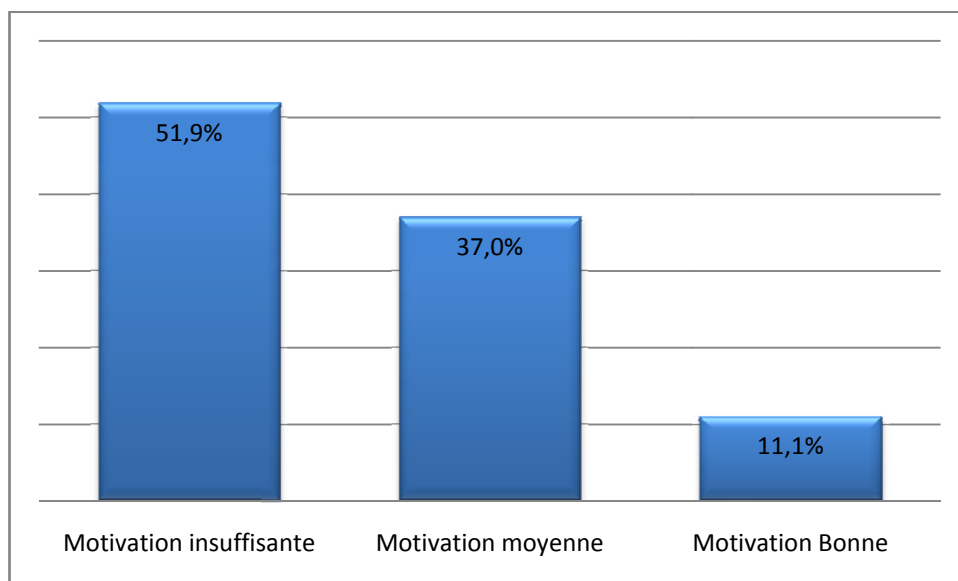


Figure 21 : le score de Qmat

III. Connaissances des artisans vis-à-vis tabagisme

1. Rôle de la famille dans la sensibilisation

1.1 Prévalence globale des artisans ayant discuté les méfaits du tabagisme avec leurs familles

On remarque que 64% des artisans enquêtés déclarent avoir discuté les méfaits du tabagisme avec leurs familles.

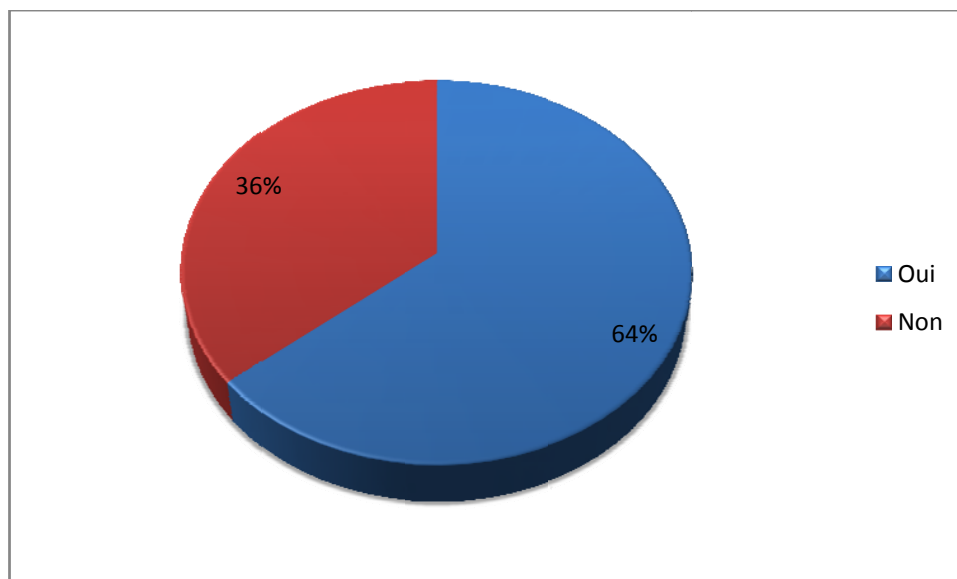


Figure 22 : La prévalence globale des artisans ayant discuté les méfaits du tabagisme avec leurs familles

1.2 Prévalence des artisans ayant discuté les méfaits du tabagisme avec leurs familles selon le statut tabagique :

58,3% des artisans fumeurs ont discutés avec leur famillesur les méfaits du tabagisme .versus 65,8% chez les non-fumeurs.

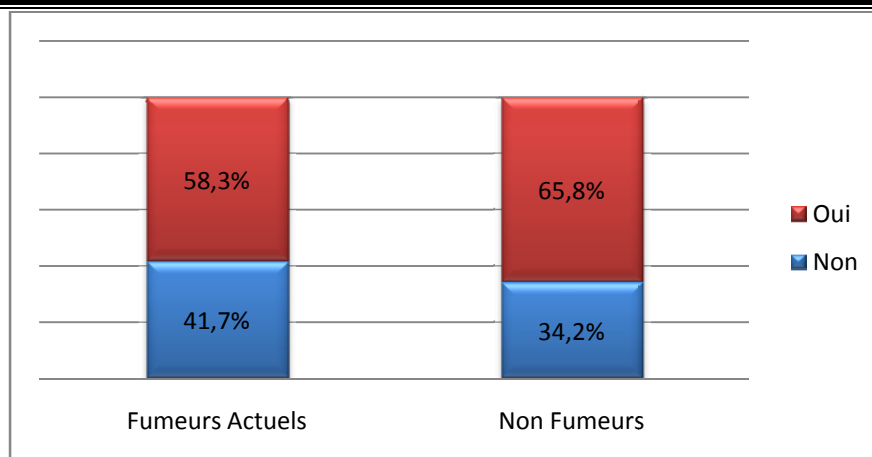


Figure 23 : La discussion des méfaits du tabagisme avec la famille selon le statut tabagique

2. Rôle de tabagisme dans certaines maladies :

2.1 Cancer broncho-pulmonaire:

- La Prévalence globale des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire :

On note que 87% des artisans affirment être informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire

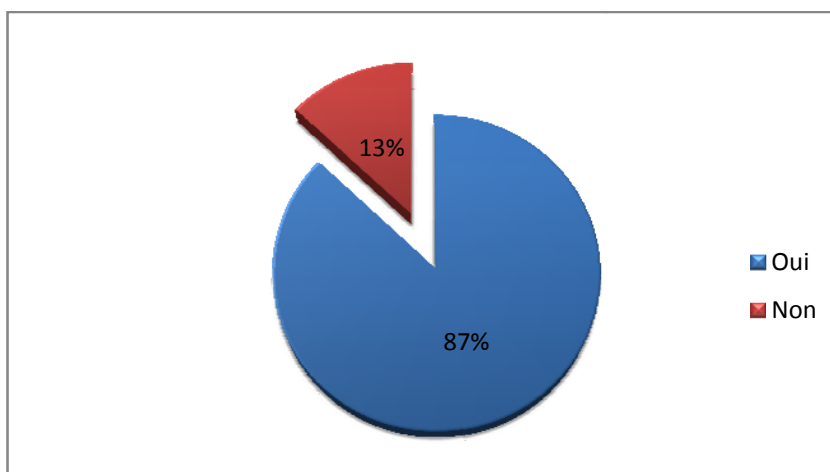


Figure 24 : La connaissance du rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire chez l'ensemble des artisans enquêtés

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

- La prévalence des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire selon le statut tabagique :

On constate que la prévalence des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire n'est pas liée au statut tabagique (87,5% chez les fumeurs actuels contre 86,8% chez les non-fumeurs).

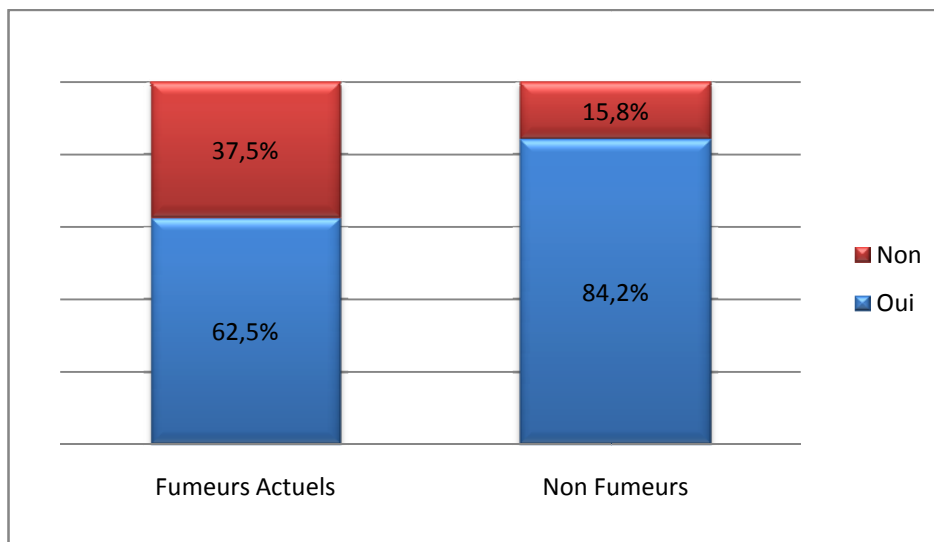


Figure 25 : La connaissance du rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho-pulmonaire selon le statut tabagique.

2.2 Cancer du larynx :

- La prévalence globale des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer du larynx :

Parmi 100 artisans enquêtés ,79% des artisans se disent informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer du larynx contre 21% se disent non informés.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

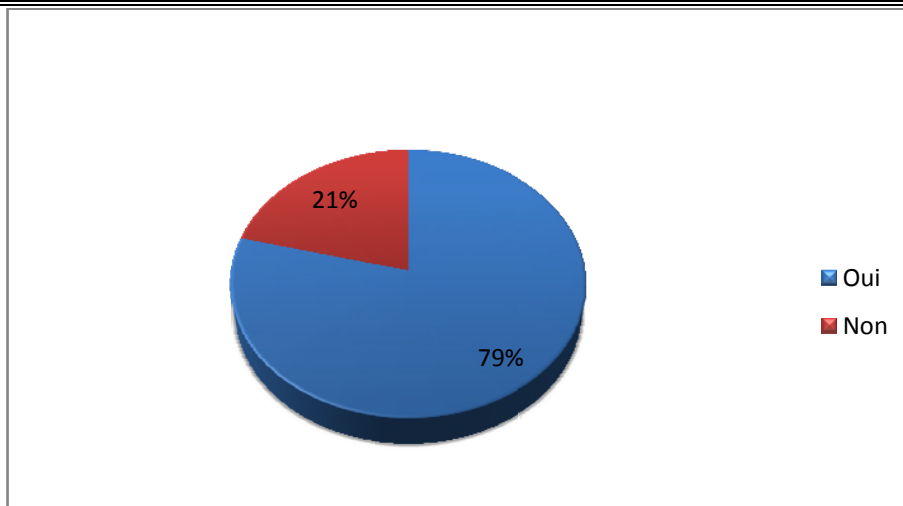


Figure 26 : La connaissance du rôle du tabagisme dans la genèse du cancer du larynx

- **La prévalence des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer du larynx selon le statut tabagique**

On remarque que la prévalence des artisans fumeurs informés sur le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer du larynx 62,5% alors que 84,2% chez les non-fumeurs.

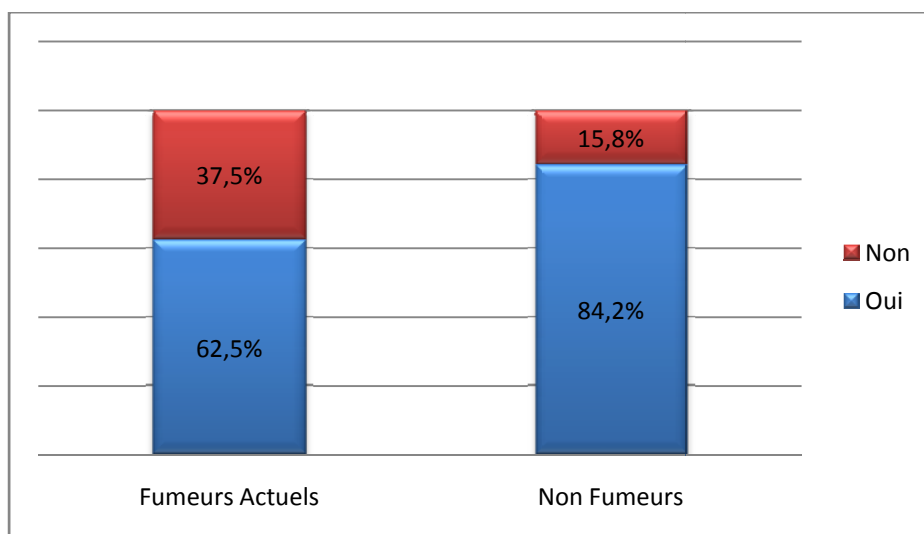


Figure27: La connaissance du rôle du tabagisme dans la genèse du cancer du Larynx selon le statut tabagique.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

2.3 maladies cardio-vasculaires :

- La prévalence globale des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la survenue des maladies cardio-vasculaires :

39% de l'ensemble des artisans se disent informés sur le rôle du tabac dans les maladies cardio-vasculaires.

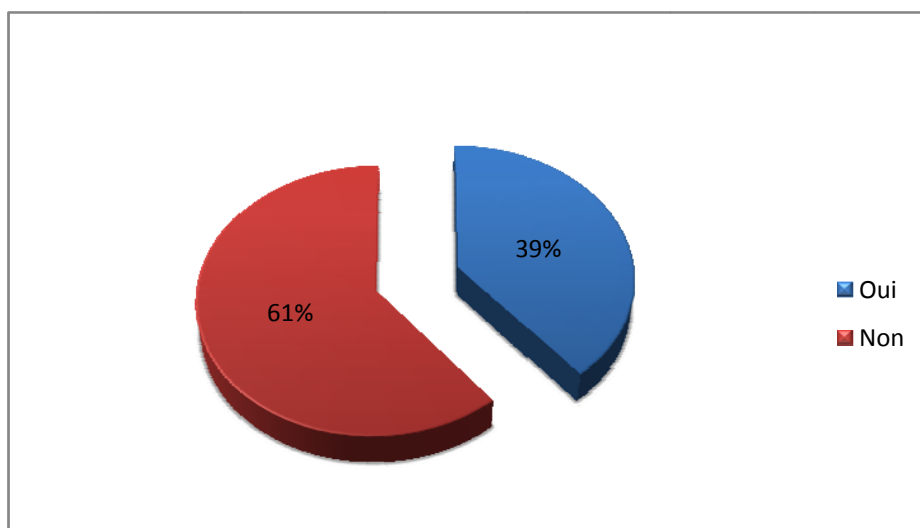


Figure 28 : La connaissance du rôle du tabagisme dans la survenue des maladies cardiovasculaires

- La prévalence des artisans informés sur le rôle du tabagisme dans la survenue des maladies cardio-vasculaires selon le statut tabagique :

A noter que la prévalence des artisans fumeurs informés sur le rôle du tabagisme dans la survenue des maladies cardio-vasculaires est de 75% des versus 82,9% des non-fumeurs.

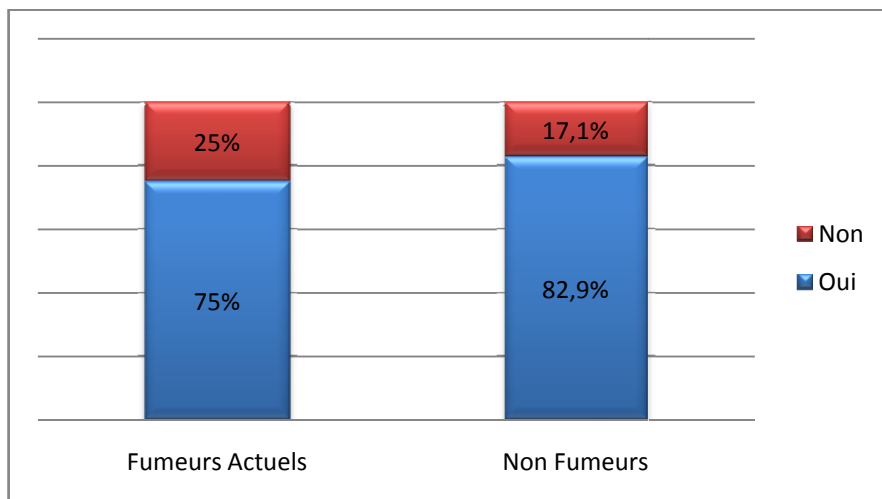


Figure 29 : la connaissance du rôle du tabagisme dans la survenue des maladies cardiovasculaires selon le statut tabagique

3. Connaissance de la loi anti-tabac

Parmi 100 artisans, seulement 39% savent qu'il existe une loi marocaine anti-tabac.

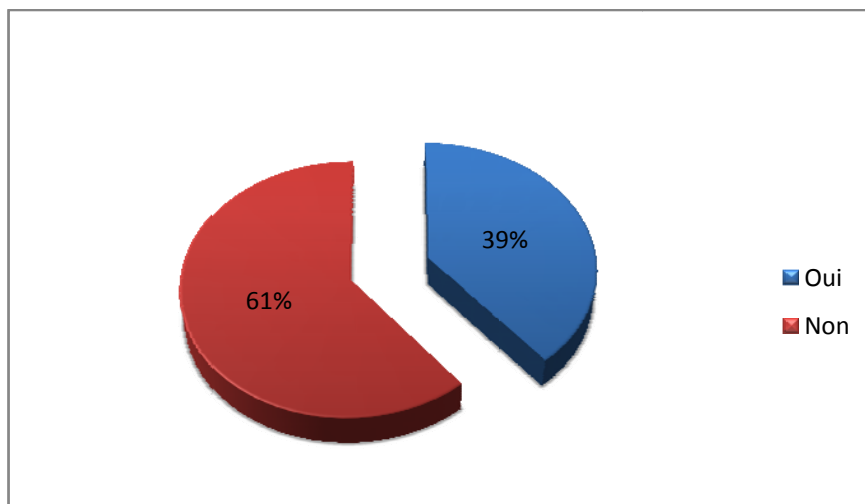


Figure 30 : Connaissance de la loi anti-tabac

IV. ATTITUDE DES artisans VIS-A-VIS DU TABAGISME :

1. Attitude de l'ensemble des artisans vis-à-vis du tabagisme s'il offre plus de confort :

Presque la moitié 48 % des artisans pensent que le tabac offre moins de confort.

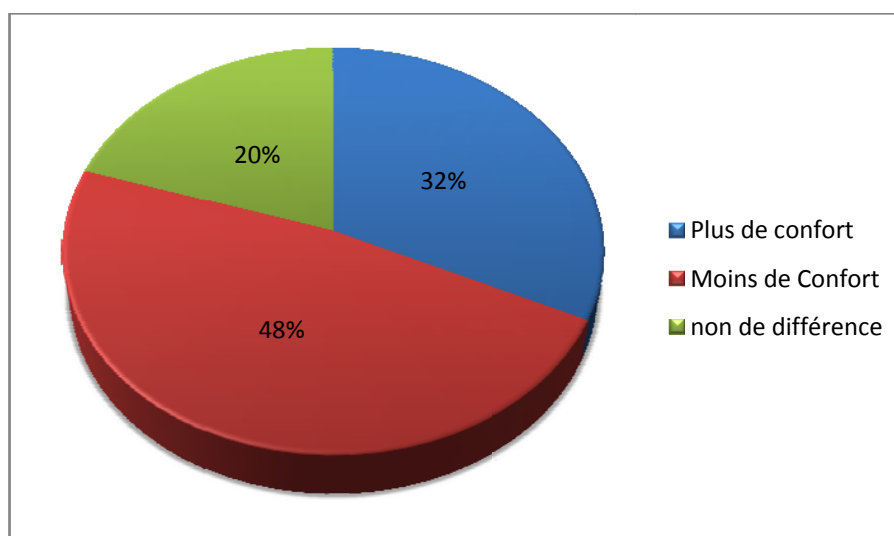


Figure 31 : La prévalence globale des artisans qui pensent que le tabagisme offre plus de confort

2. L'attitude de l'ensemble des artisans vis-à-vis des fumeurs: Crois-tu que les fumeurs possèdent moins ou plus d'amis ?

Parmi les artisans enquêtés, on remarque que 54% pensent que les fumeurs possèdent plus d'amis que les non-fumeurs alors que 17% pensent qu'ils possèdent moins d'amis.

Tableau IV : Attitudes de l'ensemble des artisans vis-à-vis des fumeurs : Crois-tu que les fumeurs possèdent moins ou plus d'amis?

	Nombre	%
Ceux qui pensent que les fumeurs possèdent plus d'amis	54	54%
Ceux qui pensent que les fumeurs possèdent moins d'amis	17	17%
Pas de différence	29	29%
Total	100	100%

➤ **Selon le statut tabagique :**

On note qu'il existe un lien entre le statut tabagique des artisans et leur attitude vis-à-vis des fumeurs s'ils possèdent plus d'amis.

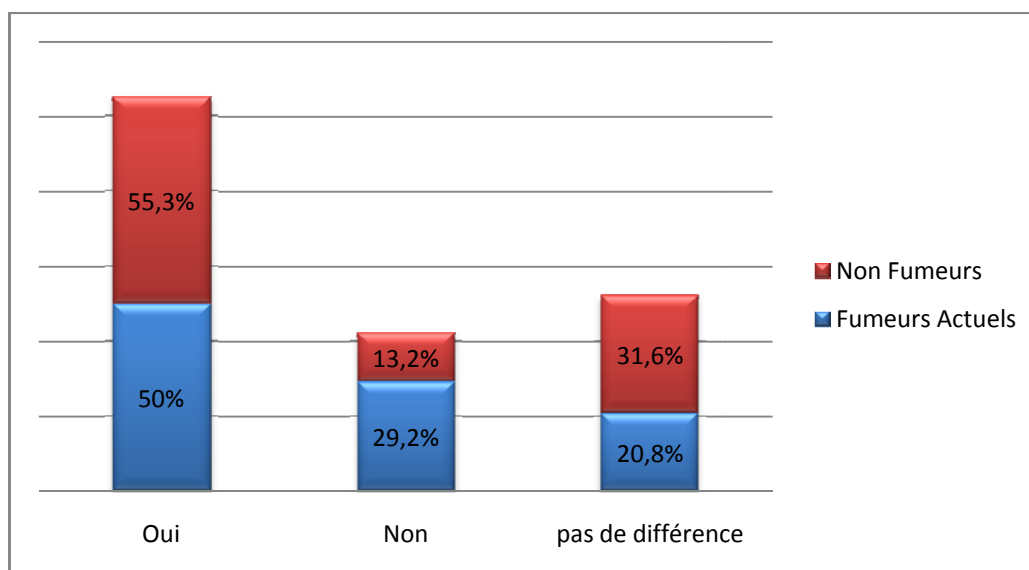


Figure 32 : Attitudes des artisans vis-à-vis les fumeurs s'ils possèdent plus d'amis selon le statut tabagique

3. Attitudes des artisans vis-à-vis des fumeurs : crois-tu que les fumeurs sont plus ou moins attirants ?

Il s'avère que 23% des artisans enquêtés pensent que les fumeurs sont plus attirants, alors que 46 % y pensent le contraire.

Tableau V: Attitudes des artisans vis-à-vis des fumeurs s il sont plus attirants :

	Nombre	%
Ceux qui pensent que les fumeurs sont plus attirants	23	23%
Ceux qui pensent que les fumeurs sont moins attirants	46	46%
Pas de différence	31	31%
Total	100	100%

➤ Selon le statut tabagique :

On constate que les artisans fumeurs sont plus convaincus de l'effet séducteur des fumeurs.

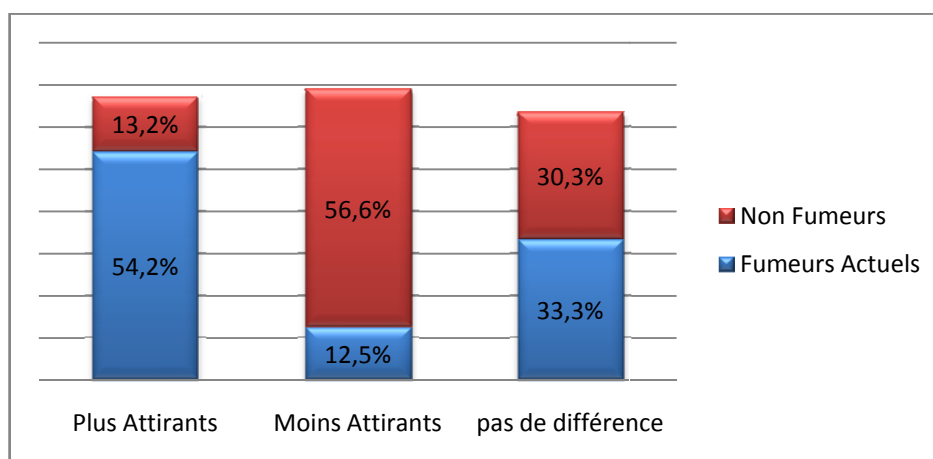


Figure 33: Attitudes des artisans vis-à-vis des fumeurs s'ils sont plus attirants selon le statut tabagique

4. Attitudes des artisans vis-à-vis de certains moyens de lutte antitabac :

- La publicité en faveur du tabac : avez-vous observé des messages ou spots en faveur du tabac ?

Parmi les artisans étudiés, 33% ont observé les spots en faveur du tabac, parmi eux 18% l'ont observé à la télévision lors d'un événement sportif ou autre programme.

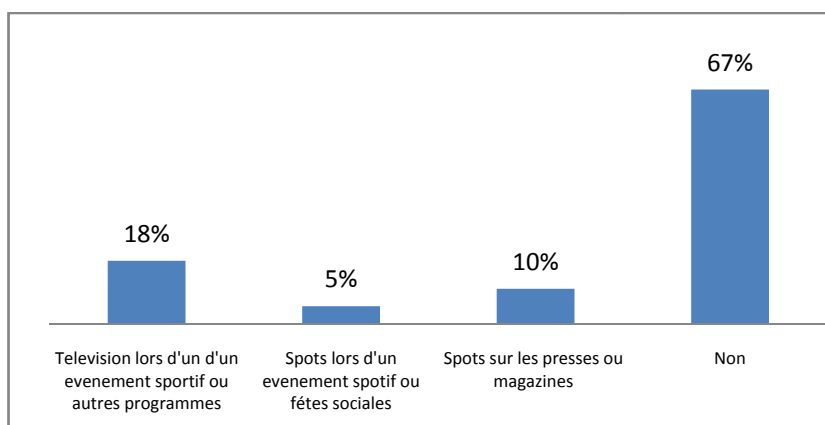


Figure 34: Publicité en faveur du tabac

- Pensez-vous que la publicité des produits du tabac devrait être totalement interdite ?

Parmi les artisans; 89% des artisans enquêtés sont pour l'interdiction de la publicité pour le tabac.

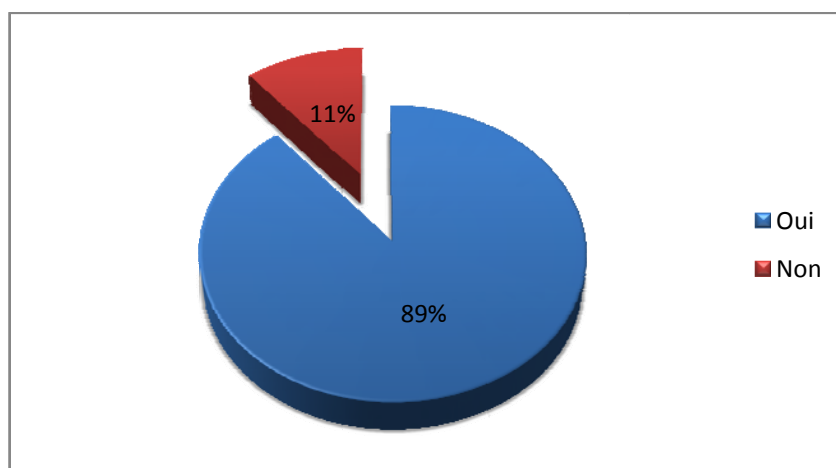


Figure 35 : L'avis des artisans concernant l'interdiction de la publicité pour le tabac

✓ **Selon le statut tabagique:**

La prévalence des artisans qui sont pour l'interdiction de la publicité en faveur du tabagisme est 87,5% chez les fumeurs actuels contre 89,5% chez les non-fumeurs.

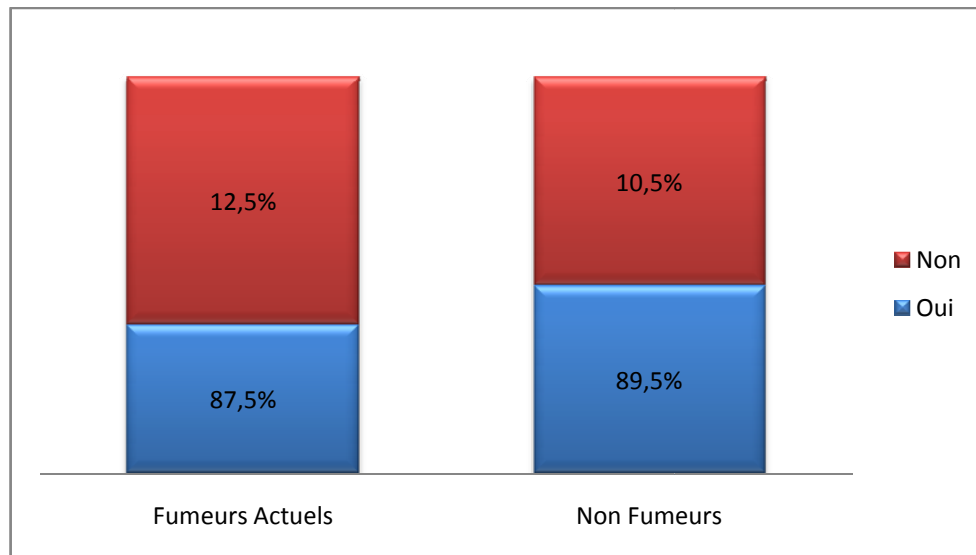


Figure 36 :L'avis des artisans concernant l'interdiction de la publicité pour le tabac selon le statut tabagique.

V. TABAGISME PASSIF :

1. L'Exposition dans l'entourage familial :

On note que 69% des artisans sont exposés au tabagisme passif au sein de leur entourage familial.

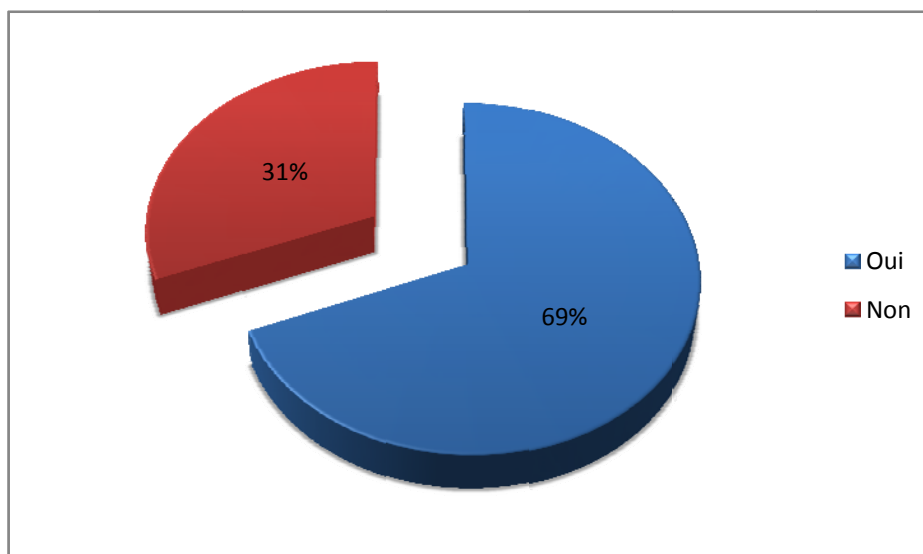


Figure 37: La Prévalence globale des artisans exposés au tabagisme passif au sein de leur entourage familial

1.1 Selon le statut tabagique :

On constate que les fumeurs actuels (70,8%) sont les plus exposés au tabagisme passif au sein de leur entourage familial que les non-fumeurs (68,4%).

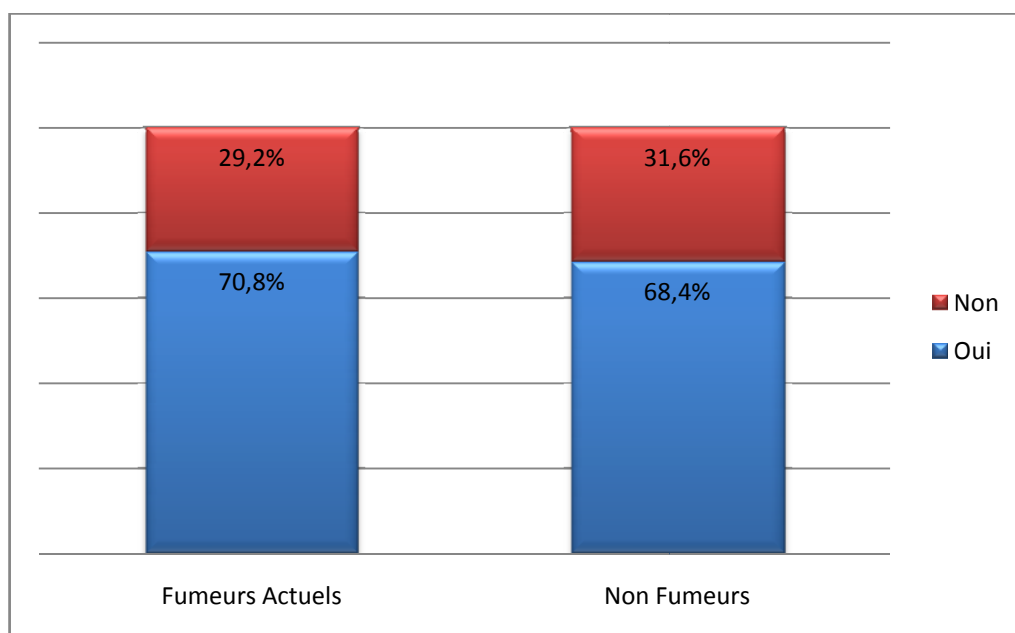


Figure 38 : Prévalence des artisans exposés au tabagisme passif au sein de leur entourage familial selon le statut tabagique

1.2 Degré d'exposition :

Les résultats montrent que parmi l'ensemble des artisans enquêtés:

- ✓ 31% n'étaient pas exposés ;
- ✓ 25 % étaient exposés au tabagisme passif 1 à 2 jours durant la semaine précédant l'enquête au sein de leur entourage familial ;
- ✓ 18% étaient exposés 3 à 4 jours;
- ✓ 16% étaient exposés chaque jour durant la semaine précédant l'enquête ;
- ✓ 10% étaient exposés 5 à 6 jours.

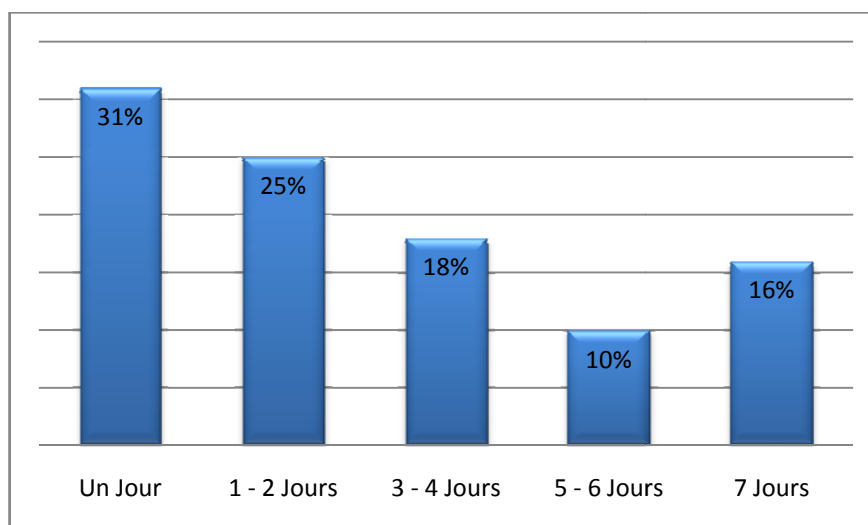


Figure 39: Nombre de jours où les artisans étaient exposés au tabagisme passif au sein de leur entourage familial

2. L'exposition dans les lieux publics :

Plus que la moitié (74%) des artisans se plaignent du tabagisme passif dans les lieux publics.

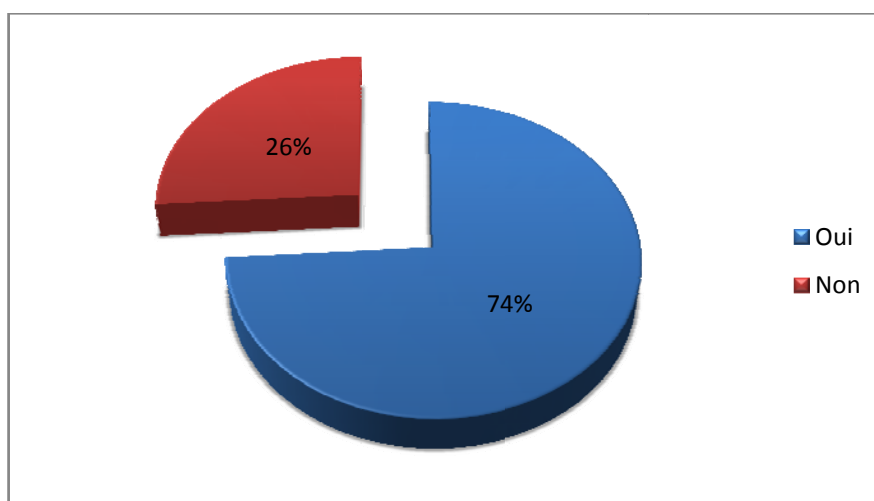


Figure 40: La prévalence globale des artisans exposés au tabagisme passif dans les lieux publics

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

➤ Le degré d'exposition

Parmi l'ensemble des artisans enquêtés, on observe que 30% des artisans étaient exposés au tabagisme passif 3 à 4 jours durant la semaine précédant l'enquête dans les lieux publics.

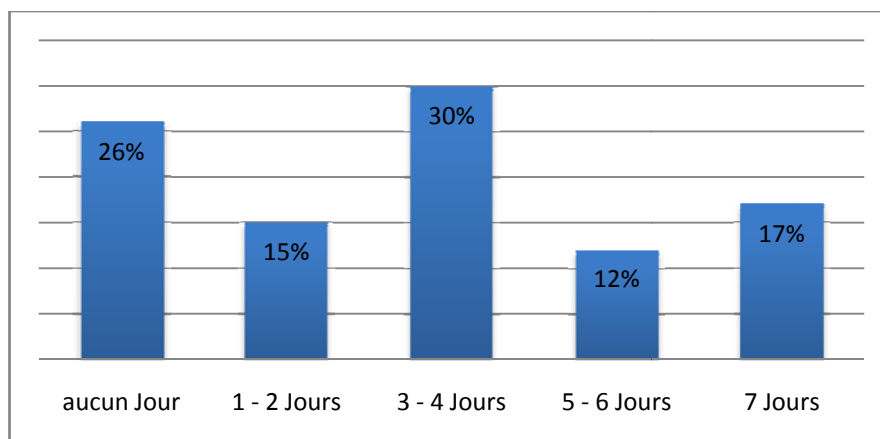


Figure 41: Nombre de jours où les artisans étaient exposés au tabagisme passif dans les lieux publics

3. L'exposition dans le lieu de travail :

65% des artisans étaient exposés au tabagisme passif dans leur lieu de travail.

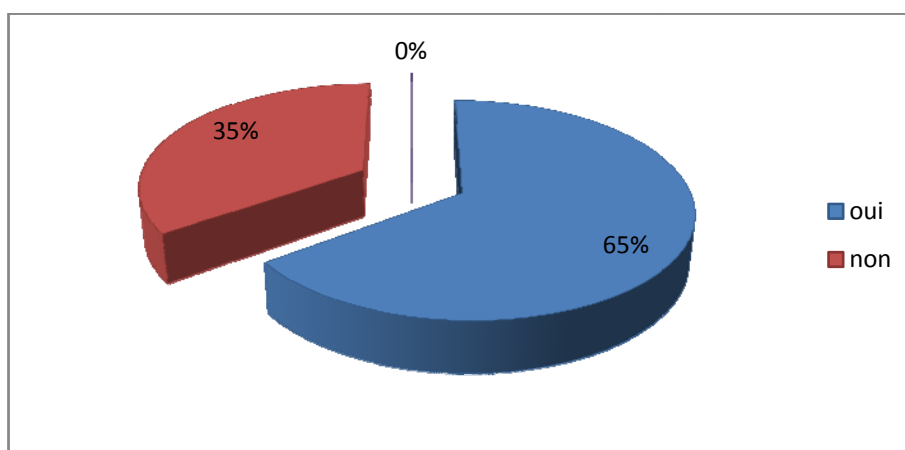


Figure 42: La prévalence globale des artisans exposés au tabagisme passif dans leur lieu de travail

4. L'avis des artisans vis-à-vis de l'interdiction de fumer dans les lieux publics :

Plus que les 2/3 (66%) des artisans sont pour l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics.

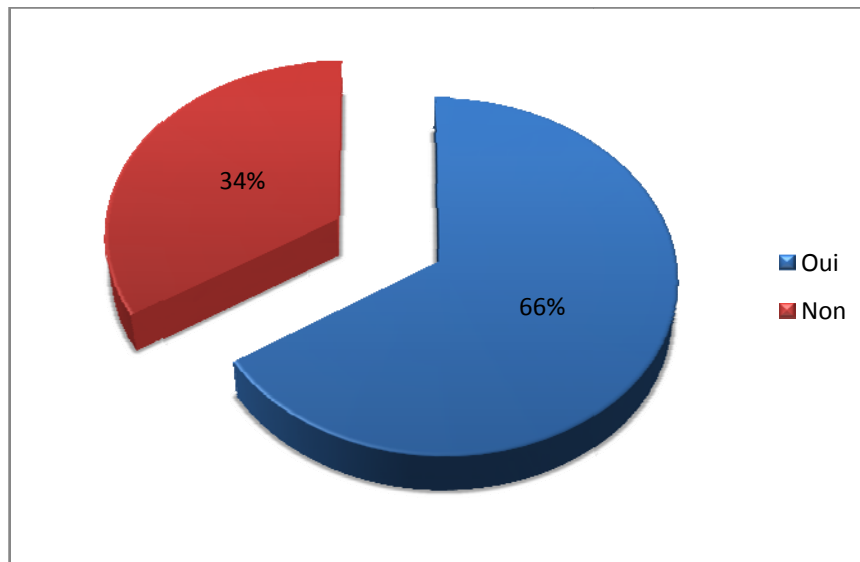


Figure 43: l'avis des artisans vis-à-vis de l'interdiction de fumer dans les lieux publics



Discussion



I. Historique :

En Amérique, les Indiens connaissaient le tabac, qu'ils considéraient Comme une plante précieuse, Pour la purification des adultes et pour entrer en communication avec le «Grand Esprit». [6]

En 1492, Christophe Colomb et ses compagnons découvrent l'Amérique et s'aperçoivent que les Indiens fument une plante nommée « petum » sous forme d'un tube de feuilles roulées. Ils utilisent de longues pipes ou chiquent les feuilles de tabac [7].

En France, Jean Nicot, ambassadeur de France en Portugal fit parvenir à la reine dès 1561, de la poudre de tabac pour soigner ses migraines, Elle donna l'ordre d'en cultiver en Bretagne, en Gascogne et en Alsace. On l'appela alors « l'herbe à la Reine ».

Au Maroc, Le tabac fut introduit par les commerçants du Soudan sous le régime du sultan Ahmed Mansour El Dahbien 1598 , Bien plus tard cependant, le sultan réinstalle le commerce du tabac pour faire face aux dépenses militaires contre la colonisation rampante de la France. [8]

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 [9].

II. Epidemiologie:

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 [2].

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.

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 [2].

Aux Etats- Unis, les Centers of Diseases Contrôle (CDC) estiment que le Nombre de décès liés 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. Au Maroc

Le Maroc est le 5ème marché africain pour la cigarette avec une consommation de 14 milliards d'unités en 2007, soit une augmentation de 5 %. Le tabac narguilé a connu lui aussi une importante hausse de 84.2 % en 2008 [11].

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

L'enquête MARTA réalisée en 2005–2006, estime que la prévalence globale des fumeurs actuels au Maroc est de 18,0% (IC95% 17,2–18,8) : 31,5% (IC95% 30,2– 32,9) chez les hommes et 3,3% (IC95% 2,8–3,8) chez les femmes. Elle a démontré aussi que la prévalence des fumeurs actuels est Inversement associée au niveau d'éducation [12].

III. Toxicologie et dépendance

1. Etude Botanique

Le tabac, dont le genre botanique, *Nicotiana*, fut nommé en 1735 par Linné. Il appartient à la famille des Solanacées. C'est une plante rudérale, originaire d'Amérique du Sud. Le genre *Nicotiana* comporte une cinquantaine d'espèces, le plus souvent annuelles.

Il existe deux espèces principales : *Nicotiana tabacum* et *Nicotiana rustica*.

La *N. tabacum*, ou, le tabac de Virginie, est une plante aux fleurs roses ou rouges, contiennent plusieurs alcaloïdes dont le principal, la nicotine, est présente dans une concentration de 0,5 % à 5 % du poids sec [13].

La *N. rustica*, est utilisée pour l'extraction de la nicotine de ses feuilles et de l'huile de ses graines [13].



Figure 44:La Nicotianatabacum.

2. Tabaculture

Il existe un grand nombre de variétés de tabacs aux caractéristiques différentes, chaque produit spécifique étant obtenu par le mélange de variétés choisies.

La préparation du tabac nécessite une étape de fermentation obtenue en mettant les manques en tas. Les feuilles sont régulièrement retournées pendant la durée de la fermentation, poursuivie plus ou moins longtemps selon la qualité du tabac à obtenir. [13]

Au Maroc, la répartition géographique de tabaculture se fait comme suit : [14]

- Tabac brun : Ouezzane et El hajeb
- Tabac de Virgine : El hajeb, Souk larbaa et Marrakech
- Tabac à priser : Agadir

3. Production du tabac :

Les feuilles de tabac sont un produit qui est actuellement cultivé dans plus de cent pays à travers le globe. La production mondiale de tabac brut a été multipliée par deux en l'espace de quarante-cinq ans.

Elle est ainsi passée de 3,5 millions de tonnes produites en 1961, à près de 6,4 millions de tonnes en 2005. Cette hausse s'est faite à un rythme annuel d'environ 1,8% environ par an au cours de la période 1961-2005 [15].

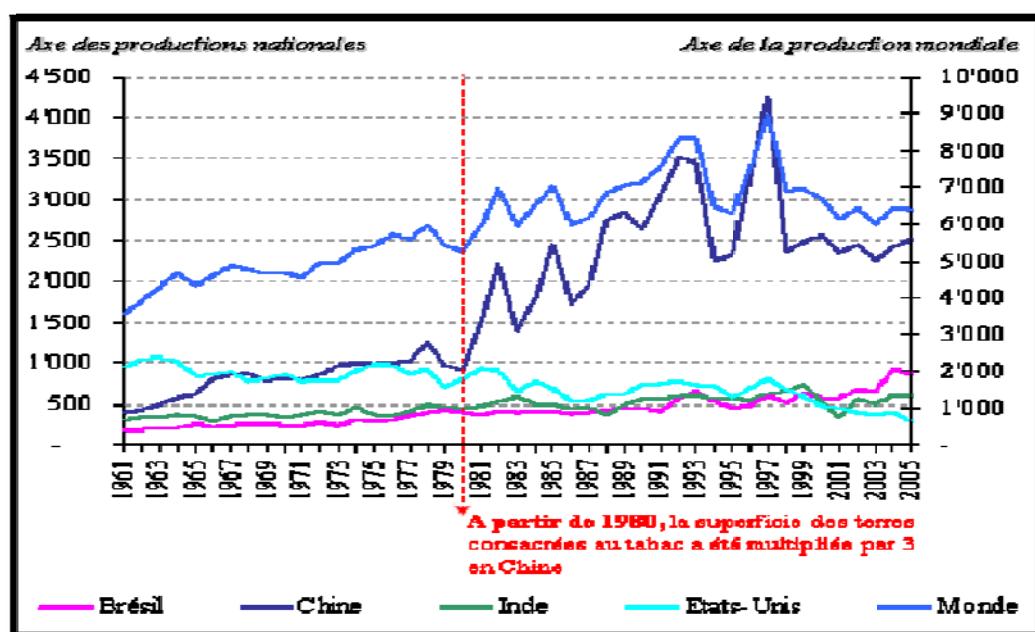


Figure 45: Évolution de la production mondiale de tabac brut entre 1961 et 2005 ainsi que celle des principaux pays producteurs (en milliers de tonnes)

Au Maroc, la production du tabac est faite actuellement sous contrôle et surveillance du groupe Altadis qui est devenu en 2006 le propriétaire unique de la régie des tabacs.

Elle est assurée par six unités de fabrication, la dernière en date a été créée à Ain harouda. Elle produit 275 millions de paquets par année [16].

4. Les différents types du tabac

Les tabacs cultivés dans le monde sont habituellement classés selon leur couleur ou leur mode de séchage [17].

- Tabac brun: ce type est séché soit en plein air ou au soleil; c'est une variété destinée à la consommation locale; elle représente environ 15% de la consommation mondiale (17) ;
- Tabac blond: ce genre est séché à l'eau chaude; il a un goût américain ou Anglais (18) ;
- Tabac clair d'orient: ce type de tabac est séché au soleil et il a une faible teneur en nicotine; il est souvent associé à divers plantes aromatiques(19).

La nature du tabac va donc influencer sur la composition de la fumée de cigarettes, mais d'autres facteurs entrent aussi en compte.

5. Modes de consommation de tabac

5.1 Tabac fumé :

- **Cigarette**



Figure 46 : cigarette (21

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

➤ **Tabac à rouler**

Le tabac à rouler est plus nocif que les cigarettes manufacturées car les rendements de goudrons et de nicotine sont nettement supérieurs. De plus, les cigarettes roulées doivent être rallumées à plusieurs reprises ce qui renforce l'exposition au CO et aux goudrons (20)



Figure 47 : Tabac à rouler(20)

➤ **Cigare et pipe**

Les pipes et les cigares ne sont généralement pas moins nocifs que les cigarettes classiques (20).



Figure 48 : Cigare(20)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

➤ **Narguilé ou chicha :**

Sa toxicité est en effet équivalente à celle de la cigarette manufacturée. Cependant, la durée d'exposition au tabac est généralement longue, autour de 45 minutes, et le tabac contenu équivaut à 10 cigarettes (20)



Figure 49 : Narguilé(20)

➤ **Bidies :**

Il s'agit de cigarettes indiennes, composées d'une feuille d'eucalyptus roulée dont le contenu peut varier en fonction du type de bidies : tabac pur, tabac aromatisé, tabac et herbes aromatiques, herbes aromatiques sans tabac.

La toxicité des bidies est donc d'autant plus grande qu'il n'y a pas de filtre (20)



Figure 50 : Bidies

5.2 Tabac non fumé:

➤ **De la chique au snus**

Avant la période industrielle, qui a introduit la cigarette, le tabac était souvent consommé sous forme de chique (feuille de tabac roulée et mastiquée) ou de prise (tabac émietté et introduit dans le nez).

Ces modes de consommation perdurent en particulier dans les pays en voie de développement. Un nouveau mode de consommation appelé snus ou snuff est le croisement de la chique et de la prise. Une dose moyenne de tabac à priser, conservée dans la bouche durant une trentaine de minutes, procure autant de nicotine que quatre cigarettes.

Le tabac à priser crée plus de dépendance que le tabac à chiquer et les deux formes présentent des risques de cancer au niveau de la cavité buccale et du système digestif (20)



Figure 51 : Snus (22)

➤ **Cigarette électronique :**

Désigne un produit électronique destiné à simuler l'acte de fumer. Elle produit une vapeur ou fumée artificielle ressemblant visuellement à la fumée produite par la combustion du tabac. Cette vapeur peut être aromatisée et contenir ou non de la nicotine. A la différence de la fumée produite par la combustion du tabac, cette vapeur n'a pas l'odeur du tabac et censée contenir moins de substances cancérigènes .elle ne contient pas de goudrons(23).

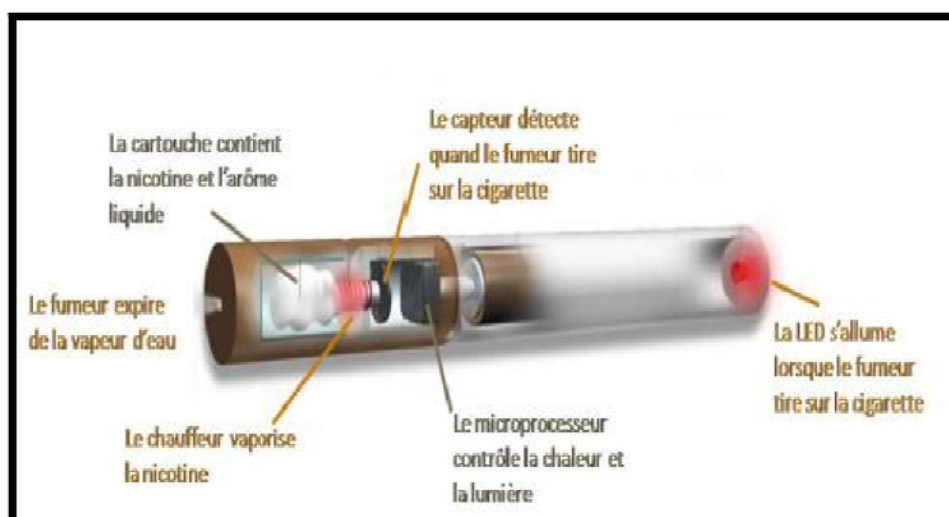


Figure 52 : Cigarette électronique

6. Composition du tabac :

Le tabac fumé produit 3 types de fumées lors du tabagisme actif :

- Le courant primaire inhalé par le fumeur lorsqu'il tire sur la cigarette.
- Le courant secondaire qui s'échappe de la cigarette par le bout Incandescent entre 2 bouffées. Cette combustion se faisant sans apportsuffisant d'oxygène produit des taux de toxiques plus élevés que dans lecourant primaire (cause majeure du tabagisme passif).
- Le courant tertiaire est le courant exhalé par le fumeur (cause de tabagisme passif)

La composition de la fumée varie plus en fonction de la façon de fumer que de la marque et du type de cigarette (24)

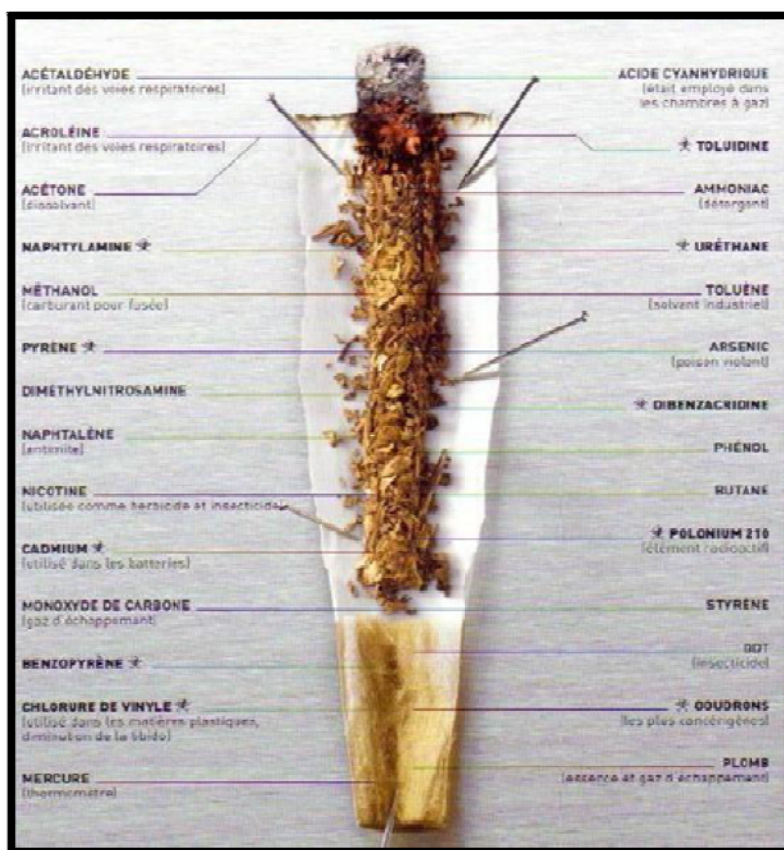


Figure 53 : Principaux constituants de la fumée de cigarette(25)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

La fumée de cigarette contient environ 4000 substances différentes, dont 40 sont cancérogènes. La fumée de tabac est un aérosol constitué de très fines gouttelettes de substances à l'état liquide (phase particulaire) en suspension dans un mélange gazeux (phase gazeuse).

La phase gazeuse contient des gaz (azote, oxygène, dioxyde de carbone, argon, méthane, monoxyde de carbone) et des composés organiques volatils (aldéhydes, cétones, ammoniac, hydrocarbures aromatiques polycycliques).

La phase particulaire contient de nombreuses substances chimiques : alcaloïdes, substances carcinogènes, irritants (acroléine), métaux (cadmium), métalloïdes (arsenic), substances radioactives (polonium 210), radicaux libres de l'oxygène, acide cyanhydrique (CHN) (26)

➤ **Nicotine :**

La nicotine est le composant le plus connu de la cigarette. Elle est impliquée dans la dépendance au tabac qui apparaît dès les premières semaines d'exposition et pour une faible consommation.

Il parvient au cerveau en 8 secondes, C'est le « shoot nicotinique », qui est 2 fois plus rapide qu'une intraveineuse. (2)

La quantité de nicotine est très variable en fonction de la façon dont la cigarette est fumée.

➤ **Monoxyde de carbone :**

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz formé lors de la combustion de la cigarette. Sa toxicité est due à sa forte affinité avec la molécule d'hémoglobine. Il est intriqué dans la pathologie cardiovasculaire(27)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

➤ **Goudrons :**

Les goudrons sont les composés principalement mis en cause dans l'apparition des cancers liés à la consommation de cigarettes. Ce terme générique englobe un grand nombre de molécules différentes : des hydrocarbures comme le benzène et le benzopyrène, qui est cancérigène à cause de ses propriétés d'agent intercalant de l'acide désoxyribonucléique (27)

➤ **Métaux lourds :**

L'exposition chronique aux métaux lourds, comme le plomb ou le cadmium, peut provoquer des problèmes au niveau des os du squelette en se substituant au calcium dans les cristaux osseux, entraîner un cancer du poumon, induire des atteintes rénales, dont la toxicité est provoquée par l'exposition chronique et dont les syndromes sont connus. (27)

➤ **Substances irritantes**

Les substances irritantes comme les nitrosamines sont fortement cancérigènes. L'inhalation de l'acroléine provoque, pour sa part, une sensation de brûlure, de la toux, des maux de gorges, des nausées... Ces substances favorisent la production d'un mucus épaissi (27)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Phase	Composés	Type de toxicité	Quantité dans le courant principal par cigarette	Rotation courant secondaire/courant principal
Gazeuse	Monoxyde de carbone	Toxique	26,8-61mg	2,5-14,9
	Benzène	cancérogène	400-500 µg	8-10
	Formaldéhyde	cancérogène	1500 µg	50
	3-vinylpyridine	Suspect cancérogène	300-450µg	24-34
	Cyanure d'hydrogène	Toxique	14-110 ng	0,06-0,4
	Hydrazine	Suspect cancérogène	90 ng	3
	Oxyde d'azote (NO _x)	Toxique	500-2000 µg	3,7-12,8
	N-nitrosodiméthylamine	Suspect cancérogène	200-1040 ng	20-130
	N-nitrosopyrrolidine	Suspect cancérogène	30-300ng	6-120
Particulaire	Goudrons	cancérogène	14-30 mg	1,1-15,7
	Nicotine	Toxique	2,1-46 mg	1,3-21
	Phénol	Promoteur	70-250 µg	1,3-3,0
	Cathéchol	Suspect cancérogène	58-290 µG	58-290 µg
	O-toluidine	cancérogène	3µg	18,7
	2-naphylamine	cancérogène	70 ng	39
	4-aminobiphényl	cancérogène	140 ng	3,1
	Benz(a)anthracène	cancérogène	40-200ng	2-4
	Benz(a)pyrène	cancérogène	40-70ng	2,5-20
	Quinoleine	cancérogène	15-20µg	8-11
	N-nitrosomicotine	Suspect cancérogène	0,15-1,7 µg	0,5-5,0
	Normitrosomicotine	Suspect cancérogène	0,2-1,4 µg	1,0-22
	N-nitrosodiéthanolamine	Cancérogène	43ng	1,2
	Cadmium	cancérogène	0,72µg	7,2

Figure 54 : Composition de la fumée de tabac dans le courant principal et le courant secondaire (27)

7. Phénomène d'addiction au tabac :

L'installation d'une addiction implique au moins trois mécanismes : Une augmentation de la motivation à consommer la drogue (recherche de plaisir), Un état émotionnel négatif (recherche d'un soulagement), Une diminution de la capacité à se contrôler (perte de contrôle de la consommation).

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

L'addiction démarre essentiellement avec le plaisir généré par la substance addictive. Cette sensation est due à des modifications électrochimiques s'opérant dans le cerveau en réponse à la consommation de la substance. On observe en particulier la libération de dopamine, la molécule " du plaisir " et de la récompense, dans le noyau accumbens.

L'organisme devient peu à peu insensible à la substance et à ses effets, le consommateur doit accroître les doses pour obtenir le même niveau de plaisir.

La prise répétée de drogue modifie à long terme les réseaux cérébraux et perturbe la recherche du plaisir.

Le réseau dopaminergique s'emballé et provoque un besoin incessant de plaisir. D'autres adaptations cérébrales finissent par créer un effet négatif chez le sujet dépendant (dysphorie, anxiété, irritabilité). Cet état émotionnel négatif, avec les sensations désagréables du sevrage, deviendrait alors la motivation principale à consommer (craving de soulagement), au-delà de la recherche d'effets plaisants (craving de récompense) (17).

Le référentiel utilisé pour déterminer le degré de dépendance physique au tabac a longtemps été le test de Fagerström (Annexe 2), le score maximal étant de 10, une dépendance moyenne correspond à un score situé entre 5 et 6, et une dépendance forte à un score supérieur à 7.

IV. Comportement des artisans vis-à-vis du tabagisme :

1. Prévalence globale du tabagisme :

Le tabagisme est un comportement complexe, influencé par des facteurs multiples : démographiques, développementaux, psychosociaux, cognitifs, psychiatriques, génétiques et des interventions du système politicoéconomique.

La première enquête nationale qui a permis de recueillir des données sur la prévalence du tabagisme a été effectuée en l'an 2000 par le Ministère de la Santé ou La prévalence globale du tabagisme était de 17,2%. (28)

Une autre enquête marocaine sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé (ENSRS) a été réalisée en 2003 en collaboration avec l'OMS a montré que la prévalence du tabagisme était de 14,8% On notait aussi, que le tabagisme au Maroc restait un phénomène masculin. (29,8%) (29).

Une 3ème étude, l'enquête nationale « Tabagisme au Maroc: MARTA » a été réalisée en 2006 par le Laboratoire d'Epidémiologie de la Faculté de Médecine de Fès, sous l'égide de l'International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD) a montré que la prévalence était en augmentation au Maroc (18%).

L'Association LALLA SALMA pour la lutte contre le Cancer a réalisé une enquête en 2008, a montré que La prévalence du tabagisme est de 15.8% dans l'ensemble de la population étudiée.

Le tableau ci-dessous donne l'évolution du tabagisme entre 2000 et 2008 chez la Population adulte marocaine.

On note une augmentation du tabagisme entre 2003 et 2006 et une diminution entre 2006 et 2008, avec des prévalences inférieures à celles de l'an 2000.

Liste des études	Effectif	Méthodologie	Prévalence (%)				
			Totale	Hommes	Femmes	Urbain	Rural
Facteurs de risque 2000 [4]	1802	Prévalence	17,2	34,5	0,6	17,9	16,5
ESRSM [5] 2003	6297	Prévalence	14,8	29,8	0,1	14,5	15,2
MARTA 2006 [6]	9197	Prévalence	18,2	31,6	3,3	18,6	16,9
ALSC (FR comportementaux 2008	3000	Prévalence	15,8	30,0	0,7	16,5	15,0

Tableau VI: résultats des enquêtes nationales sur le tabagisme entre 2000 et 2008 chez la population adulte marocaine

Notre travail montre que la prévalence totale des fumeurs actuels 24% est élevée par rapport à celui retrouvés, en comparaison avec les études réalisées à l'échelle international.

En France métropolitaine, en 2016, 34,5 % des 15—75 ans fumaient du tabac (30), c'est plus du tiers contre, par exemple, environ un quart en Allemagne (31) en Australie, la prévalence était d'environ 15 % en 2014—2015 (32).

L'esquisse de ces données montre que cette prévalence diffère d'un pays à l'autre.

1.1 Selon le sexe

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

Enquête marocaine sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé (ENSRS) a montré que le tabagisme est un phénomène masculin. (29,8%).

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Étude MARTA a trouvé 31,5% chez les hommes et 3,3% chez les femmes. L'enquête réalisée par l'Association LALLA SALMA la prévalence était de 30% chez les hommes contre 0,7% chez les femmes (28)

En comparaison avec ces études, la différence entre les deux sexes est toujours très significative dans la nôtre, le taux est de 30,5% chez les hommes et de 7.1 % chez les femmes.

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).

1.2 Selon l'âge

Notre étude montre que la prévalence élevée est observée chez les artisans dont leurs âges varient entre 31 à 55 ans (44 %) , 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 , de même l'enquête MARTA, la tranche d'âge la plus concernée est de 30–39 ans (42,0%) (28).

A partir de ces résultats, nous constatons qu'au Maroc, la prévalence du tabagisme est remarquable 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, Le tabagisme reste donc un comportement qui dépend fortement de l'âge : la prévalence du tabagisme est maximale parmi les 25—34 ans et diminue dès 35 ans, de façon plus marquée à partir de 50 ans(30).

Au Canada, les jeunes adultes sont ceux qui présentent la plus haute prévalence des fumeurs : 23,8% chez les 25 à 34 ans et 21,5% chez les 20 à 24 ans.

Aux États-Unis en 2012, le groupe des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans présentait la plus forte prévalence de fumeurs actuels¹ avec 31,8% de fumeurs.

1.3 Selon le niveau d'études et catégorie socio-professionnelle :

La consommation de tabac varie en fonction de critères socioéconomiques tels que le niveau de diplôme, le niveau de revenu, la profession et 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.

Nous constatons que 34,2 % des artisans fumeurs de notre échantillon sont des marins ceci peut être expliqué aux conditions de travail dégradées.

Certains auteurs avaient suggère que l'environnement professionnel, l'altération de la qualité de vie et la forte exigence psychologique au travail avaient une part bien établie dans la conduite tabagique (33). Cependant, pour d'autres études, le stress au travail n'était pas fortement associé à une forte consommation tabagique (34).

De même l'étude de Xun Li et al sur 4213 employés dans l'hôtellerie à Shenyang, déterminaient également une association entre les conditions de travail et la conduite tabagique (35)

Selon l'Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 en France, le niveau de tabagisme est plus élevé chez les ouvriers (47,0 %), suivis par les artisans, (40,1 %), les professions intermédiaires (30,1 %), les professions intellectuelles supérieures (24,6 %)

D'autre part on remarque dans notre étude que 53,3 % des artisans fumeurs ont un niveau collégien, Ce même résultat est enregistré en France en 2016 par Le Baromètre Santé (BS), qui montre que les personnes ayant fait des études supérieures sont toujours les moins consommatrices (21,1 %), les personnes sans diplômes sont plus consommatrices 41,0 % (36)

une étude réalisée en inde montre que Le niveau d'éducation est un facteur très net à Chennai .des études menées en Afrique du Sud, au Brésil, en Chine, au VietNam et dans

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

plusieurs pays d'Amérique centrale confirment notre observation.(37), donc 'à l'échelle mondiale, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les sujets pauvres et peu éduqués.

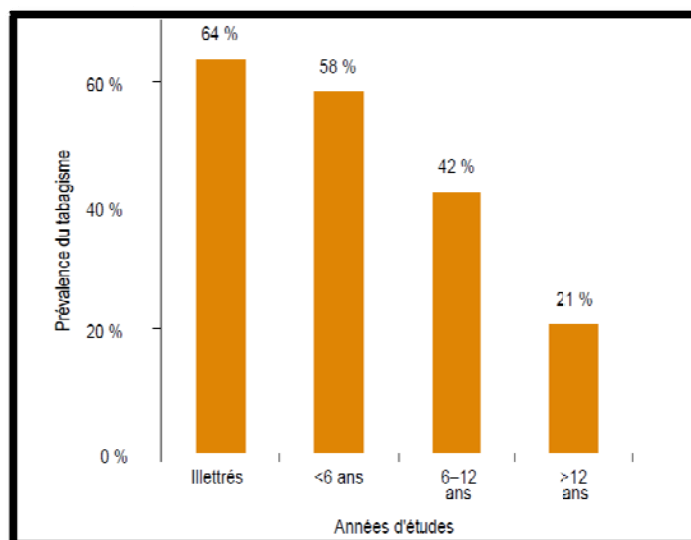


Figure 55 : Prévalence du tabagisme à Chennai (Inde) selon le niveau d'éducation

On outre nous observons Un phénomène similaire en fonction du revenu mensuel : plus le revenu augmente et plus la prévalence baisse. En 2016 en France 21,0 % des personnes aux salaires les plus élevés fument contre 38,8 % pour les salaires les plus bas. (38)

2. Initiation tabagique :

La précocité de l'initiation au tabagisme représente un souci majeur en santé publique. Plusieurs études ont montré que le tabagisme en début d'adolescence est prédictif de tabagisme à l'âge l'adulte (39)

Concernant l'âge d'initiation au tabagisme dans notre étude, on a constaté que 37,6% des artisans fumeurs ont commencé à fumer entre l'âge de 16 à 20 ans, Ces résultats sont comparables à ceux observés Au Maroc, l'«Enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires» où Près de la moitié des fumeurs commence à fumer entre 15 et 19 ans (48,4%) et 13,1% commencent avant 15 ans. (40)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Selon l'enquête nationale «MARTA » La moyenne d'âge du début de la consommation tabagique chez les fumeurs actuels était de $17,4 \pm 4,2$ ans avec une médiane de 17,0 ans. (41)

Selon 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 alors que 28,4% ont commencé à fumer à l'âge de 20 ans ou plus.(42)

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 renforcer les niveaux de surveillance et de campagnes anti-tabac à ce niveau.

3. L'utilisation des produits autres que les cigarettes

Une panoplie de produits du tabac est maintenant offerte sur le marché. Bien que la cigarette soit encore la plus utilisée, plusieurs autres produits sont offerts : cigares, cigarillo, pipe à eau (aussi appelée chicha, ou narguilé), etc.

La cigarette électronique a également fait son apparition dans les dernières années. Cette consommation n'est plus limitée aux membres de certaines communautés socioculturelles.

L'analyse des résultats obtenus à travers cette étude, a montré que 3% des artisans utilisent des produits de tabac autres que les cigarettes ; 13 % d'entre eux utilisent des produits de tabac sans fumée. En outre 33.3% des artisans fumeurs optent pour des produits du tabac sans fumée versus 8,3% pour des produits de tabac autres que les cigarettes. Chose qu'on peut expliquer par le caractère moins coûteux de ce genre de tabac.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Des résultats différents sont retrouvés dans plusieurs études, au Sénégal selon GATS 88,8% consomment uniquement du tabac à fumer, 9,6% utilisent uniquement le tabac sans fumée et 1,6% consomment à la fois le tabac à fumer et le tabac sans fumée. (42).

Aux États-Unis, de 24 % à 30 % des adultes fumeurs consommeraient plusieurs produits du tabac (43)

En 2010 en France, parmi les adultes fumeurs, 88 % fumaient des cigarettes manufacturées, 24 % du tabac à rouler, 9 % la chicha, 7 % des cigarillos, 6 % des cigares et 2 % la pipe. (44)

En outre notre étude montre que Les fumeurs utilisent plus ces produits que les non-fumeurs Ce qui est en accord avec les données de la littérature (45) et on peut en déduire que la consommation de la cigarette constitue un tremplin vers la consommation d'autres produits du tabac.

4. Nombre moyen de cigarettes fumées

Dans notre enquête, la moyenne de cigarettes consommées par jour est de 12,6 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 (46)

Selon le rapport de L'enquête décennale santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) de 2003 en France, On observe que chez les artisans spécifiquement que la consommation journalière est plus élevée que dans les autres catégories socioprofessionnelles, celle des commerçants et chefs d'entreprise étant au contraire sous la moyenne. Avec un nombre estimé de 0,93 paquet en moyenne par jour chez les artisans alors que 0,77 paquet en moyenne chez les agriculteurs. (47)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Au Sénégal, Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 9,4 (42), s'avère largement inférieure par rapport à notre étude.

5. Dépendance à la nicotine

Dans notre étude, en utilisant le score de Fagerstrôm, nous constatons que 62,5% des artisans fumeurs sont moyennement dépendant à la nicotine, et que 29,2% ont une forte dépendance.

En 2010 le référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé a trouvé que 18 % des adultes avaient des signes de dépendance forte et 31 % des signes de dépendance moyenne. (44)

Selon l'enquête Baromètre santé 2010, Les fumeurs ayant un plus faible niveau socioéconomique sont plus nombreux à présenter des signes de dépendance physiologique forte à la nicotine dont les artisans (21%) et les ouvriers (23,2 %) qui sont surreprésentés des signes de dépendance forte que les fumeurs des catégories plus favorisées.(figure 56) (48)

Cette prévalence reste inférieure à celle donnée par notre étude, Ce qui témoigne de la nécessité non uniquement d'action de sensibilisation mais également des consultations d'aide au sevrage tabagique chez les fumeurs.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
**				
Hommes (réf.)	3574	19,1	1	
Femmes	3561	16,1	0,8**	[0,7; 0,9]
Âge				

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]
Diplôme le plus élevé				

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]
Revenu mensuel par UC				

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]
Situation professionnelle				

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]
PCS individu ou chef de famille				

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	

Figure 56: Facteurs sociodémographiques associés aux signes de dépendance forte (48)

V. Tabac et sante :

1. Tabac et cancer

La mortalité attribuée par le tabac se répartit approximativement en 52 % de cancers, 18 % de maladies cardiovasculaires, 16 % de maladies respiratoires et 14 % pour les autres causes (49)

Une relation de causalité significative entre le tabagisme chronique et un cancer a été mise en évidence pour plusieurs localisations (voir tableau ci-dessous). (50)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Tableau VII : Risque relatif de cancer lié au tabagisme chronique en fonction de la localisation, d'après Gandini et al., 2008

Localisation du cancer	Risque relatif*	Intervalle de confiance à 95 %
Poumon	8,96 [†]	6,73-12,1
Larynx	6,98	3,14-15,5
Pharynx	6,76	2,86-16,0
Tractus digestif supérieur	3,57	2,63-4,84
Cavité orale	3,43	2,37-4,94
Voies basses urinaires	2,77	2,17-3,54
Nez-sinus	1,95	1,31-2,91
Col de l'utérus	1,83	1,51-2,21
Pancréas	1,70	1,51-1,91
Foie	1,56	1,29-1,87

Les fumeurs ont un risque de développer un cancer du poumon 20 fois plus élevé que les non-fumeurs (51). Il peut être multiplié par 56 chez un gros fumeur, mais, peut normaliser après 15 ans d'arrêt. (52)

Selon le modèle développé par Doll et Peto l'élément déterminant pour le risque de carcinogénèse est plus la durée d'exposition au tabac. (53)

2. Tabac et maladies respiratoires :

- Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) représentent la complication la plus fréquente du tabagisme. Ainsi, Thun et al ont montré que plus de 90 % des décès par BPCO étaient liés à la consommation du tabac. (54)
- Pneumothorax spontané : Le tabagisme est un facteur de risque principal de Pneumothorax chez l'homme (RR= 22) et chez la femme (RR =9). (55)
- Asthme : Selon Jayes et al, les fumeurs ont un risque de développer de l'asthme à 1,61 fois par rapport aux adultes non-fumeurs (56).

3. Tabac et maladies cardio-vasculaires :

Le tabagisme est impliqué dans la survenue d'un grand nombre de pathologies cardiovasculaires: les coronaropathies, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) principalement. Ainsi, le risque d'infarctus du myocarde non fatal est cinq fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (57).

4. Tabac et fertilité :

Le tabagisme affecte la fertilité des femmes comme celle des hommes. Ainsi le délai nécessaire à la conception est plus long pour les fumeuses (58)

Chez la femme, un risque majeur de fausse couche, de grossesse extra-utérine et même dans les cas extrêmes la fécondation in vitro donne de moins bons résultats. (59)

En outre, Il existe un lien de causalité entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de : mort fœtale in utero, prématurité, retard de croissance intra utérin, Hématome retro-placentaire, placenta previa (60)

5. Tabac et autres effets sur la santé

On est aujourd'hui certain que le tabagisme favorise l'apparition de rides Faciales et influence l'aspect général de la peau.

Chez les femmes plus âgées, les effets sur l'âge de la ménopause ainsi que l'ostéoporose et ses fractures devraient être soulignés. Chez l'homme, le tabagisme est associé à un risque d'impuissance sexuelle. (61).

VI. Connaissances et attitudes des artisans vis-à-vis du tabagisme :

Les artisans ne bénéficient pas du suivi médical professionnel classique, assuré par les services de santé au travail. Leur état de santé est mal évalué. D'ailleurs, La consommation de tabac emprisonne les artisans dans un cercle vicieux de la pauvreté. Les Dépenses consacrées au tabac réduisent les dépenses possibles susceptibles d'améliorer la santé et la nutrition

Dans notre étude, on a essayé d'évaluer certaines croyances des artisans concernant les méfaits sanitaires du tabagisme et On s'est aperçu que 87% des artisans ont souligné le rôle du tabagisme dans la genèse du cancer broncho pulmonaire, 79% dans le cancer du larynx, alors que les complications cardio-vasculaires n'ont été reconnues que dans 39%.

Il faut noter que le niveau de conscience est légèrement plus élevé pour toutes les maladies chez les non-fumeurs et les artisans ayant un niveau d'étude plus élevé. Des observations similaires ont été faites par d'autres auteurs (62,63)

Selon Baromètre santé 2010 que 91,2% se sentent bien informés sur le tabagisme et 8,8% sont mal informés, un écart assez important entre les artisans et les autres PCS. De même qu'un faible niveau d'études ainsi qu'un faible niveau de revenu apparaissent particulièrement associés à un moindre niveau d'information ressentie. (48)

Au Sénégal, 92,7% des sénégalais pensent que le tabagisme peut causer le cancer du poumon, 71,3% une crise cardiaque. (42)

Au Côte d'Ivoire, Plus de 95 % des sujets interrogés reconnaissent que le tabagisme a des conséquences néfastes sur l'organisme humain. et qu'il existe une relation statistiquement significative sur la connaissance des conséquences du tabagisme et le niveau d'instruction (Moins on est instruit, plus le niveau de connaissance est faible) (64)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Ces résultats obtenus 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.

Par ailleurs, Il faut non seulement informer les artisans 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.

Notre étude montre que les artisans fumeurs pensent plus que les non-fumeurs que le tabagisme offre plus de confort (62,5% des fumeurs vs 22,3% des non-fumeurs). Ainsi, malgré leurs connaissances sur les méfaits sanitaires du tabac, le confort psychique paraît plus important chez les fumeurs.

Ces résultats sont proches à l'enquête Baromètre santé 2010, 20,6 % de la population étudiée pense que « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe », cette opinion étant plus répandue parmi les fumeurs (26,9 %, contre 17,2 % parmi les non-fumeurs) (48).

Dans l'étude de Stuber et al, 44% des fumeurs ont rapporté s'être sentis dévalués en raison de leur statut de fumeur. (65)

Selon Les données de l'Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'Insee, près de 40% de la probabilité d'être fumeur relève des caractéristiques de l'entourage dans lequel on vit. (66)

On constate que 65,8% des artisans non-fumeurs affirment avoir pris part à des discussions avec leur entourage (famille, amis...) concernant le tabagisme, alors que 41,7% des fumeurs n'ont pas eu cette chance.

On outre, On peut aussi y voir un effet de la dé-normalisation du tabac par l'entourage qui peut agir favorablement en réduisant la prévalence de tabagisme, comme elle peut contribuer à la stigmatisation. Ce résultat est comparable aux celles observés dans d'autres études (67,68).

Selon la théorie sur la stigmatisation sociale de Goffman, la divergence entre comment l'individu se perçoit lui-même et comment les autres le perçoivent aurait pour effet de créer un « spoiled identity », entraînant la mise à l'écart de l'individu du reste de la société et de lui-même, ce qui consiste à se rapprocher des membres du groupe stigmatisé (la stratégie collective) (69). En effet, la désapprobation par rapport au tabagisme dans la communauté ainsi que la discrimination contre les fumeurs sont des facteurs qui contribuent à la cessation tabagique.

En dépit de l'interdiction de la publicité pro tabac dans notre pays, 33% des artisans ont observés les spots en faveur du tabac, parmi eux 18% l'ont observé à la télévision lors d'un évènement sportif ou autres programmes et 10% sur les presses ou magazines.

89% des artisans enquêtés sont pour l'interdiction de la publicité pour le tabac. Des efforts doivent être déployés dans ce sens particulièrement au niveau législatif.

Cependant, la multiplicité des moyens et des chaînes internationales, de la publicité indirecte à travers les films cinématographiques, des réseaux sociaux, restent des supports d'une publicité sournoise et perverse appuyée par des actions de communications informelles des compagnies de tabac.

En outre, on note que 65% des artisans ont été exposé à la fumée secondaire sur leur lieu de travail. Un phénomène similaire s'observe en Sénégal, Selon GATS, 30,4% de travailleurs ont été exposé à la fumée secondaire sur leur lieu de travail alors que 21,6% sont exposés au domicile. (42)

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

VII. Sevrage tabagique :

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 (70).

En revanche, l'impact de l'arrêt est variable selon la pathologie considérée (tableau5) (71,72)

Tableau VIII :Bénéfices de l'arrêt du tabagisme

Pathologie	Bénéfices de l'arrêt
Cancers broncho-pulmonaires	<ul style="list-style-type: none">Baisse du risque de 50 à 90% en 15 ans dont 50% à 5ans
Cancers des VADS	<ul style="list-style-type: none">Retour à un risque identique à celui du non-fumeur en 10 ans
Pathologies cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none">Retour au risque d AVC du non-fumeur en 1 anBaisse du risque d'IDM de 50% en 1an, égal au non-fumeur en 5à 20 ans.Une diminution du risque d AOMI chez les anciens fumeurs
Bpco	<ul style="list-style-type: none">Baisse du risque de 50% en 15 ans↓ de la fréquence des exacerbations et hospitalisations
Asthme	<ul style="list-style-type: none">Baisse de la fréquence et sévérité des crisesmeilleure efficacité des traitements
Gynécologie-obstétrique	<ul style="list-style-type: none">Retarde la ménopause et ↑ la fertilité-féconditéAnnule les risques obstétricaux et périnataux
Autres	<ul style="list-style-type: none">6 à 8 semaines d'arrêt avant une intervention annule tous les risques péri opératoires liés au tabagisme

2. Prise en charge du fumeur :

Les situations de prise en charge sont très variables, tous les professionnels de santé doivent pouvoir intervenir pour apporter de l'aide au fumeur.

Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (HAS) d'octobre 2013 sont très claires : le dépistage individuel du tabagisme et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques.

Dans notre étude, Selon le score de Qmat, seulement 11,1% de l'ensemble des artisans fumeurs qui ont une bonne motivation ou la protection de la santé représente la motivation la plus importante (35,5%). De même, 54,2 % des artisans fumeurs déclarent avoir tenté le sevrage au moins une fois, ce taux est légèrement bas, ce qui explique la difficulté de sevrage définitif.

En Sénégal, 59,9 % des fumeurs ont essayé d'arrêter au moins une fois au cours des 12 derniers mois. (42).Selon le baromètre sante 2017, seulement 26,3% des fumeurs avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année (46)

Ces constatations amènent à discuter un élément supplémentaire qui Intervient dans le processus de sevrage, c'est un modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente. (73).

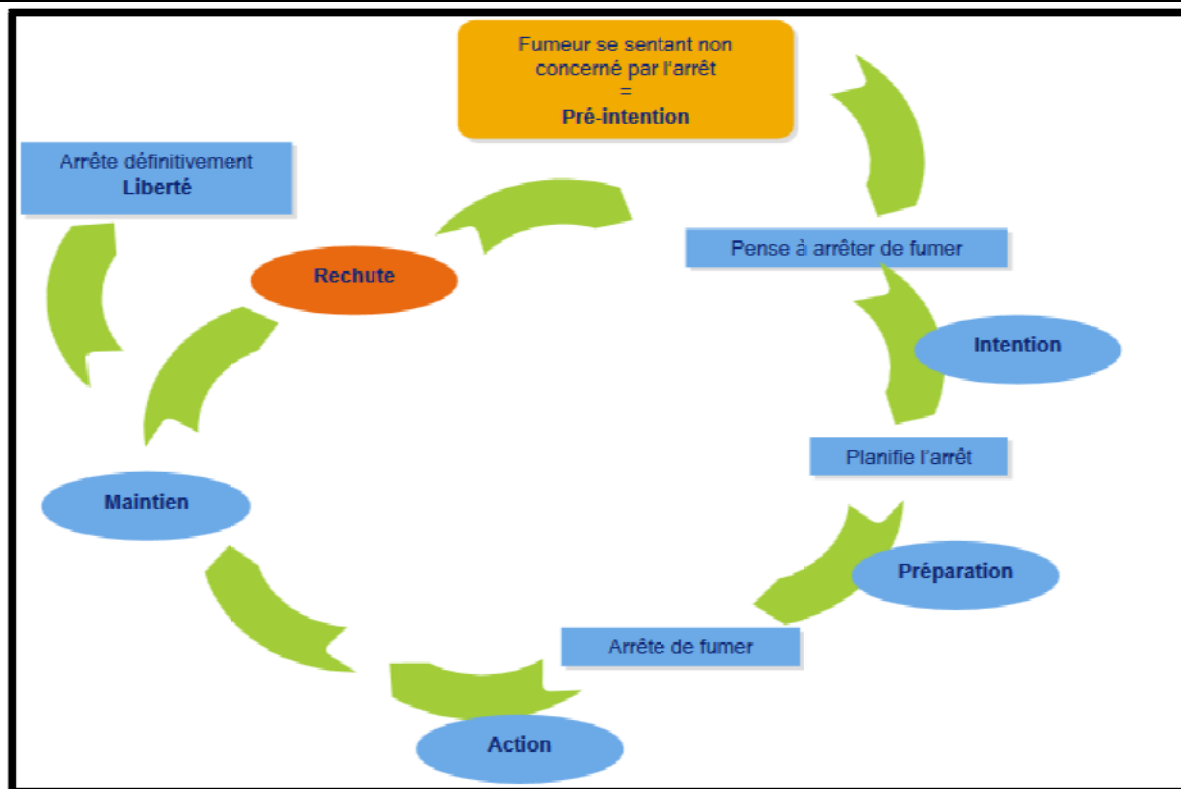


Figure 57: Le modèle Trans théorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente

- **Phase de pré-intention**: fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer, A ce stade, il est indispensable de dispenser le conseil minimal.
- **Phase d'intention** : le fumeur est ambivalent, indécis
- **Phase de préparation** : Il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt.
- **Phase d'action** : ce sont les tentatives d'arrêt
- **Phase de maintenance** : Le maintien du sevrage dans le temps environ 6 mois. Un suivi doit être proposé de façon systématique, afin de prévenir les rechutes qui sont relativement fréquentes. (74)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

2.1 Evaluation de la consommation tabagique :

Classiquement, la consommation du tabac était jusque-là mesurée de manière consensuelle en « paquets-années » (P/A). La quantité en P/A est le nombre de paquets consommés par jour multiplié par le nombre d'années pendant lesquelles la personne a fumé cette quantité : 10 P/A peuvent correspondre soit à 20 cigarettes par jour pendant 10 ans ou 10 cigarettes par jour pendant 20 ans.

Il est important d'évaluer :

- L'âge de début du tabagisme ;
- Les tentatives d'arrêt et ou de réduction du tabagisme, en profitant d'interroger le patient sur les bénéfices ressentis pendant ces arrêts et les conditions de la reprise ;
- Le mode de consommation : cigarettes manufacturées, roulées, consommation de cigarillos, de cannabis. Exemple l'équivalent nicotinique d'une cigarette manufacturée : 1 mg de nicotine. (2)

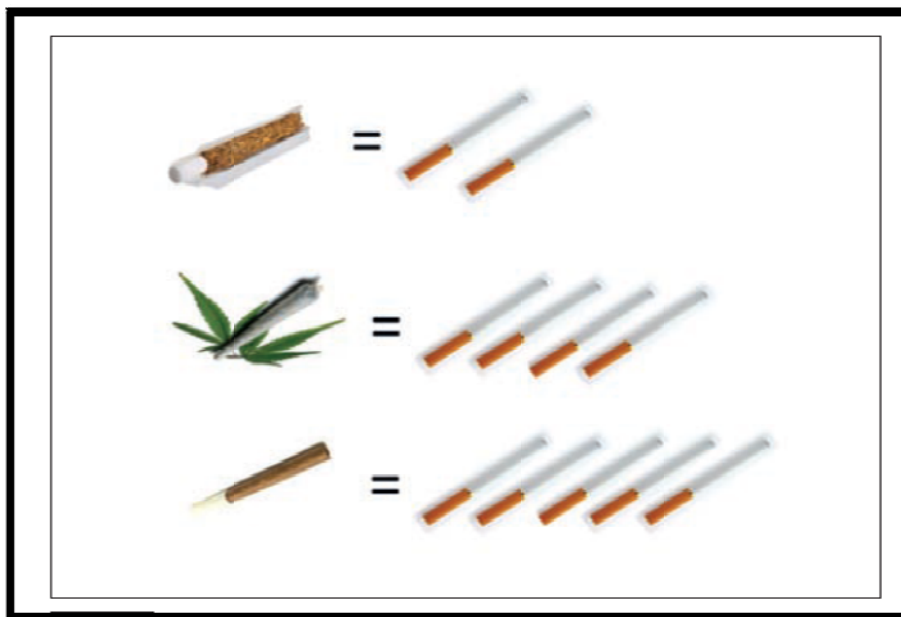


Figure 58 : Mode de consommation du tabac

2.2 Evaluation 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.

TABLEAU		
Test de Fagerström Évaluation de la dépendance au tabac		
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Plus de 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total sur 10		

Figure 59 : Evaluation de la dépendance

Il est important d'identifier les signes de sevrage et de craving.

Le syndrome de sevrage, survenant dès l'arrêt du tabac, constitue le facteur de rechute principal, consécutif au manque de nicotine. Tous les signes ne sont pas présents selon les fumeurs. Il se traduit par différents symptômes : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, fébrilité, augmentation de l'appétit et/ou prise de poids.

Le craving est la pulsion à consommer du tabac, c'est le reflet de la dépendance psychologique et comportementale.

2.3 Conseil d'arrêt

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

Le conseil d'arrêt (HAS) a supplanté le conseil minimal qui consistait à demander au fumeur : « Fumez-vous ? », puis : « Voulez-vous arrêter de fumer ? » en donnant un document sur le tabac si la réponse est positive.

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 (HAS). (75)

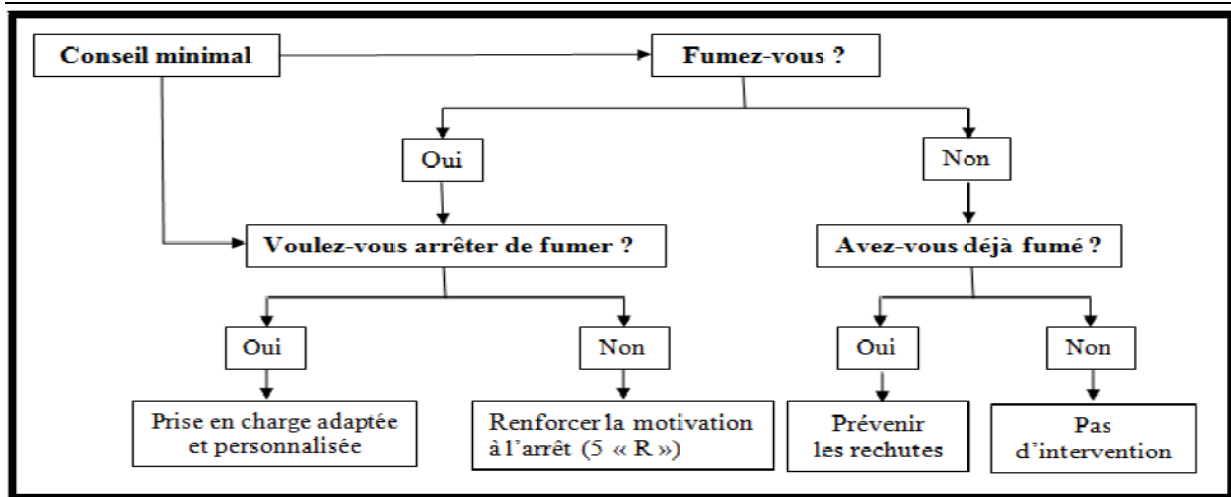


Figure 60 : Algorithme pour la prise en charge du tabagisme (75)

2.4 Evaluation de la motivation au sevrage :

La motivation est indispensable à la réussite, en gardant à l'esprit que le confort pharmacologique de la substitution est fondamental.

On constate que 54,2 % des artisans fumeurs déclarent avoir tenté le sevrage au moins une fois, ce taux est légèrement bas, ce qui explique la difficulté de sevrage définitif.

En France ; d'après le Baromètre Sante 2005 ; la première motivation repérée est la santé, vient ensuite le prix du tabac. (76)

Par ailleurs, le nombre de motivations évoquées joue également un rôle. Selon Halpern (77). Selon le baromètre sante 2017 seulement 26,3% des fumeurs avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année (46)

De même au Sénégal, 59,9 % des fumeurs ont essayé d'arrêter au moins une fois au cours des 12 derniers mois. (42)

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

L'abord du fumeur est différent des soins traditionnels. Le soignant ne prescrit pas l'arrêt du tabac : son rôle est plus subtil, associant le fait de le guider dans un parcours dont seul le fumeur a les clés. On ne doit plus se contenter de l'étiquette fumeur ou non-fumeur, ni même du nombre de cigarettes, mais provoquer un discours, où l'« entretien motivationnel » est une aide précieuse pour le soignant, empêchant le découragement et la résistance au changement du patient. (2)

L'aider à comprendre et résoudre ses freins au changement, questionner son ambivalence font partie des missions du soignant.

L'entretien motivationnel est une approche relationnelle centrée sur le patient, un état d'esprit visant à faire réfléchir le patient grâce à une attitude empathique excluant tout jugement dans un esprit positif, serein et décontracté en faisant alliance avec le patient. (78)

Les outils utilisés pour cette approche comportent écoute active avec reformulations, questions ouvertes, valorisations, résumés.

2.5 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 d'explorer auprès du patient sa consommation d'autres substances psycho-actives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments. Il faut également rechercher des addictions comportementales.

3. Le sevrage tabagique en pratique :

La motivation est indispensable à la réussite, mais chez certains fumeurs une aide pharmacologique est nécessaire. Généralement, au-dessus d'un score de Fagerström à 5, parfois 4 (notion souple) les patchs sont nécessaires. En dessous, on peut se contenter de formes orales.

3.1 Traitement de substitution nicotinique (TSN)

C'est le traitement de première intention. Le principe est de combler l'absence de nicotine. La posologie en TSN tient également compte du score au test de Fagerström. (79)

Il est établi depuis 2003 que la substitution nicotinique chez un coronarien (connu ou en post-infarctus) n'est pas risquée et doit faire appel à une posologie classique.

Le suivi doit être rapproché pour s'assurer d'une substitution suffisante, renforcer la motivation, et s'enquérir des bénéfices au changement. La durée d'utilisation, en diminuant par paliers successifs, est de plusieurs mois (au moins 3) sans schéma fixe.

Les formes disponibles sont :

- Les patchs : multiplient par 2 les chances de succès à 6 mois, et l'ajout des formes orales les multiplie par 2,5. Il n'y a pas de contre-indication aux patchs, sauf pour les mineurs de moins de 15 ans et l'allaitement. Il faut utiliser des patchs sur 16 heures chez la femme enceinte.

Tableau IX : Substituts nicotiniques/Patchs (79)

PATCHS					
Produits	Dosages	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I
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,				
NicotineTTS®	14mg/24h,				
Niquitin®	21mg/24h	- Si transpiration excessive, pour pallier au décollement, appliquer un pansement semi-perméable de type tegaderm®	- Surdosage rare		

- les formes orales en comprimés à sucer de 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg, les gommes à 2 mg ou 4 mg ;

Tableau X : Substituts nicotiniques/Gommes à mâcher

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

Tableau XI : Substituts nicotiques /Comprimés à sucer

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

L'inhalateur et le spray.

Tableau XII : Substituts nicotiques /Inhalateur (80)

INHALEUR					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette®	10mg / cartouche	- Pratiquer des inhalations fréquentes et continues durant 20 minutes pour atteindre rapidement un effet optimal - Après ouverture, toute cartouche doit être utilisée dans les 12h - A utiliser de préférence à une température supérieure à 15°C	- Mime l'action de fumer - Contrôle de la dose par le patient - Soulagement rapide des signes de sevrage - Ne nécessite pas de mastication	- Inhalations fréquentes nécessaires - Utilisation peu discrète	Irritation pharyngée, toux, nausées, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux

Tableau XIII : Substituts nicotiniques/Spray(81)

SPRAY					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette® Vapoéclair®	1mg/dose	- Amorcer la pompe lors de la première utilisation - Pulvériser dans la bouche en évitant le contact avec les lèvres - Ne pas inspirer au moment de la vaporisation - S'abstenir d'avaler sa salive pendant quelques secondes après la vaporisation - Enclencher la sécurité après chaque utilisation	- Contrôle de la dose par le patient - Soulagement rapide des signes de sevrage - Ne nécessite pas de mastication	- Vaporisations fréquentes nécessaires - Utilisation peu discrète	Irritation pharyngée, toux, nausées, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux

La HAS recommande d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes (79) :

- 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 ;
- ou de surdosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

La posologie initiale doit permettre un apport nicotinique suffisant (supérieur ou égal à 80% de l'apport tabagique) en fonction du degré de dépendance.

Ils doivent être utilisés sur une durée suffisamment prolongée, en moyenne 3 mois,

3.2 Varénicline (Champix) et bupropion (Zyban)

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine (inhibiteur sélectif des récepteurs $\alpha 2\beta 4$), triplant le taux d'arrêt chez les fumeurs mais nécessitant un suivi attentif. La posologie d'installation est progressive. (79)

Les effets secondaires sont : nausées, céphalées, cauchemars, insomnies, dépression et risques cardiovasculaires.

Le bupropion est un inhibiteur de la recapture des catécholamines. Il comporte un risque de dépression, de comportements suicidaires et de troubles neurologiques (vertiges et convulsions). Ce produit est un traitement de seconde intention. (82)

Tableau XIV : Médicaments d'aide au sevrage tabagique

	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 nicotiniques $\alpha 4\beta$ 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

3.3 Traitements annexes

Les antidépresseurs et anxiolytiques peuvent exceptionnellement être nécessaires.

Les thérapies comportementales et cognitives ont pour principe d'apprendre au patient à modifier son comportement et à gérer ses pensées vis-à-vis du tabac. C'est un outil intéressant pour anticiper et prévenir les rechutes. (2)

Le suivi diététique est important. Fumer 20 cigarettes permet de brûler environ 200 calories et de diminuer la sensation de faim. Pour éviter la prise de poids classique, le fumeur doit modifier son alimentation, plus salée et plus grasse que celle des non-fumeurs.

3.4 Place de la cigarette électronique

C'est un outil intéressant car il n'y a pas de combustion donc pas de dégagement de CO, et une cigarette électronique contient environ 100 substances au lieu des 4 000 du tabac en combustion.

Selon le Haut Conseil de la santé publique, « elle peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac, et peut s'ajouter aux traitements classiques. Elle n'est pas recommandée chez la femme enceinte ni chez le non-fumeur ».

3.5 Suivi : prévenir les rechutes

Les reprises du tabac sont très fréquentes : environ 50 % entre la fin du traitement et les neuf mois suivants. Les causes sont multiples : la démotivation, le stress, la prise de poids, les situations de convivialité, le cerveau n'oubliant pas la nicotine.

3.6 Prise en charge psychologique :

➤ Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Elles peuvent être conduites par un médecin, un tabacologue ou un psychologue à l'aide des différents outils de travail dont le questionnaire de Horn.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

À commencer par le simple conseil d'arrêt du tabac donné par tout médecin. Il s'agit de s'enquérir du statut tabagique et de conseiller l'arrêt du tabac. Si l'on compare cette stratégie de conseil à une absence de conseil, le risque relatif d'arrêt du tabac à six mois est de 1,66 (IC95 % : 1,42—1,94 ; 17 études ; 13 724 sujets ; I²= 31 %) (83)

L'entretien motivationnel est une intervention psychothérapique brève, qui consiste à mener des entretiens directifs centrés sur la personne, et dont l'objectif est d'explorer et de résoudre les ambivalences pour susciter un changement de comportement. (84)

3.7 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(85).

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

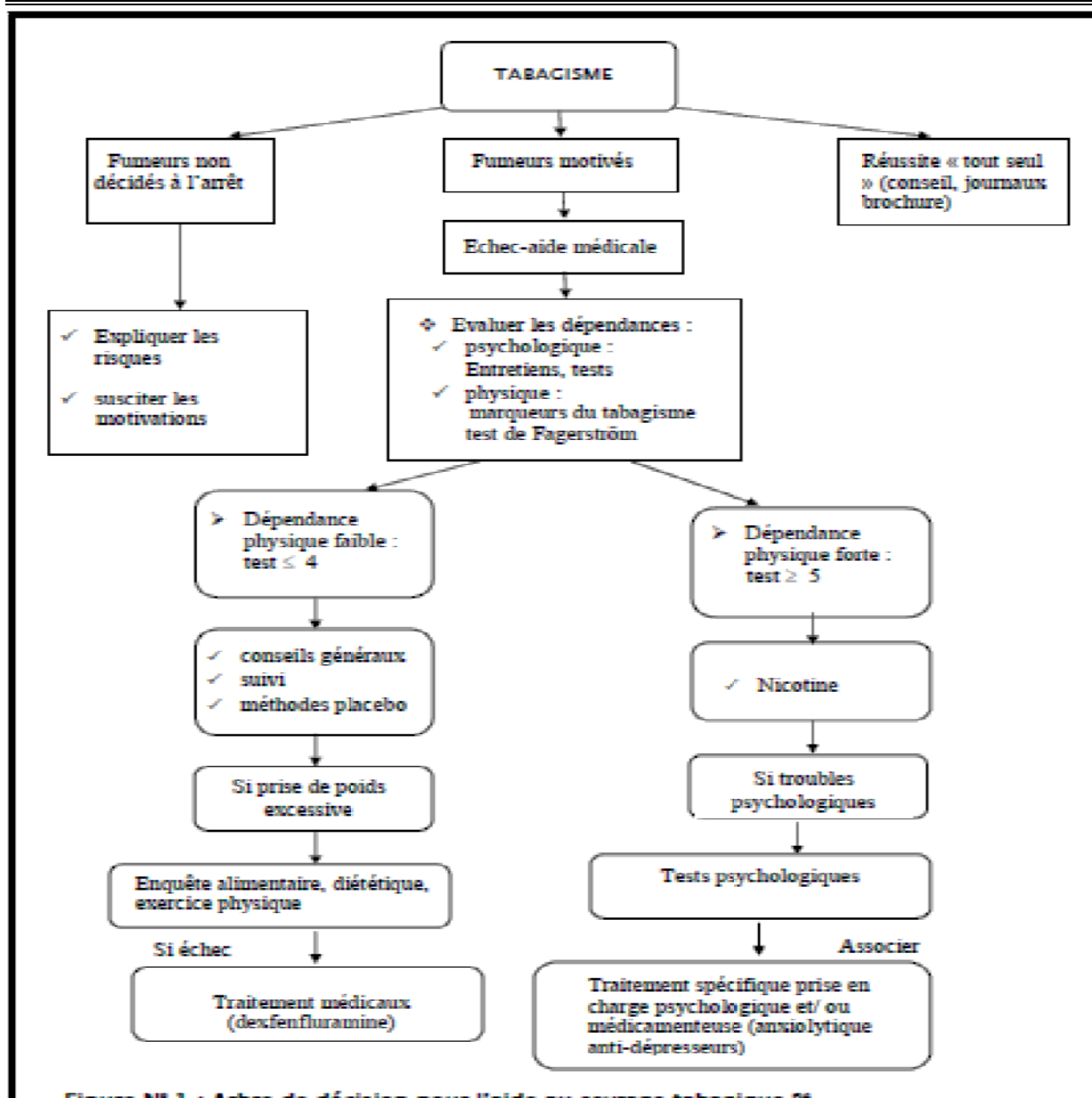


Figure 61 Arbre de décision pour l'aide au sevrage tabagique (86)

VI. Les moyens de lutte antitabac :

➤ Législation anti-tabac au Maroc :

Le seul dispositif juridique de lutte anti-tabac existant à ce jour au Maroc est le Dahir N° 1-91-112 du 26 juin 1995 portant promulgation de la Loi N° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux (87).

Votée en 1991, cette disposition n'a été publiée au Bulletin officiel que le 2 août 1995, et elle ne sera mise en œuvre qu'à partir du 3 février 1996. Les principales dispositions de cette loi sont les suivantes :

- Interdiction de fumer dans les lieux publics
- limitation des taux de goudron et de nicotine et mention de ces taux sur les paquets de cigarettes ;
- Affichage de messages avertissant des dangers du tabac sur les paquets de cigarettes;
- Interdiction de la publicité sur le tabac à la radio et à la télévision et par affichage ;
- Interdiction dans toute la presse écrite et les salles de spectacle ;
- Interdiction de distribution de cadeaux publicitaires ;
- Organisation de campagnes de prévention par les pouvoirs publics.

La population Marocaine semble encore peu intéressée par les mesures de lutte antitabac ou faiblement sensibilisée en la matière.

Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

Les résultats de l'enquête Marta montrent que seuls 33,3% des Marocains avaient connaissance de la législation antitabac. Parmi eux, 60,1% savaient qu'il était interdit de fumer dans les lieux publics (88).

Dans notre étude, 39% des artisans savent qu'il existe une loi marocaine anti-tabac.

Ces données soulignent le faible niveau d'information des Marocains au sujet de la législation antitabac en vigueur dans leur pays.

Les journées mondiales sans tabac : organisées chaque année le 31 mai, est axée autour des dangers du tabac pour la santé et de l'action antitabac de l'OMS. Ces journées donnent l'occasion de faire passer certains messages spécifiques en matière de lutte antitabac.

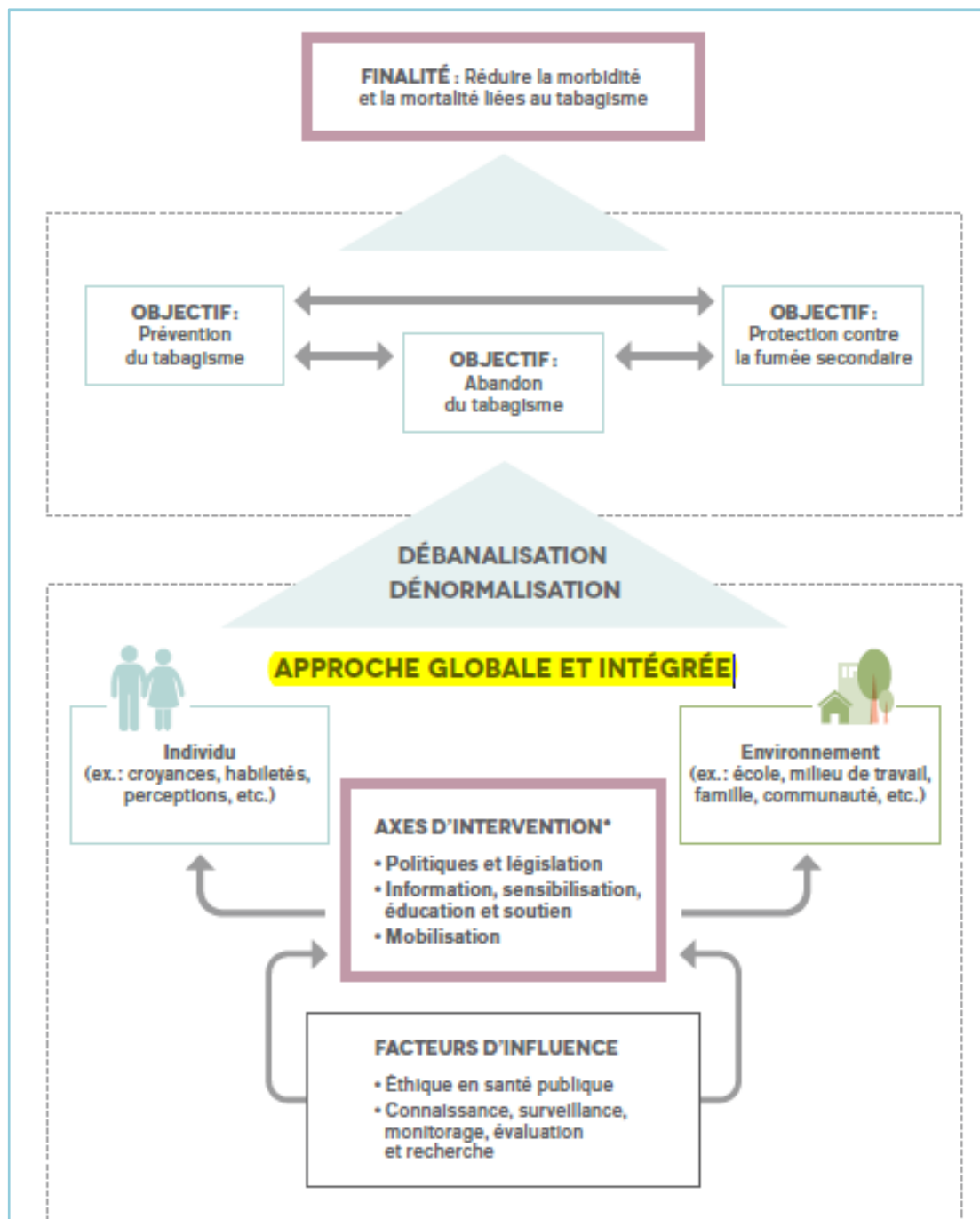


Figure 62 : Dynamique d'intervention contre le tabagisme



Conclusion



Notre étude s'inscrit dans la perspective de la lutte contre le tabagisme qui doit s'intensifier à l'échelle nationale. Elle étudie des renseignements pertinents sur des aspects épidémiologiques et comportementaux chez une population particulière de la ville d'Essaouira, qui sont les artisans vis-à-vis de tabagisme.

Notre étude a montré une forte prévalence du tabagisme à 24% avec une prédominance masculine, et une précocité de l'initiation au tabagisme qui représente un souci majeur.

Globalement, les artisans à cause de leur niveau socioéconomique et leur niveau d'instruction manquent de connaissance vis-à-vis du tabagisme. Notre étude suggère l'intérêt de développer des campagnes de prévention et d'aide au sevrage tabagique chez cette population à risque.



Résumé



Résumé

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique, reste la première cause de mortalité et de morbidité évitables.

L'objectif de notre étude est d'étudier les aspects épidémiologiques, les connaissances et les attitudes des artisans de la ville d'Essaouira vis-à-vis du tabagisme.

Il s'agit d'une étude de type transversal à visée descriptive et analytique réalisée auprès des 100 artisans de la ville d'Essaouira étalée sur une période de 6 mois.

Selon les résultats, La prévalence du tabagisme était de 24 % avec une nette prédominance masculine.

La tranche d'âge la plus touchée est de 31 à 55 ans à 44 %, Et les artisans qui ont le plus faible revenu.

L'initiation au tabagisme est précoce, avant l'âge de 20 ans (37,6%).

54,2% des fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer sans succès l'année passée. En ce qui concerne l'addiction au tabac 29,2% des artisans ont une forte dépendance alors que, 62, 5% sont moyennement dépendant à la nicotine. Seulement 11,1% des fumeurs qui ont une bonne motivation au sevrage.

Les connaissances des artisans vis-à-vis du tabagisme sont insuffisantes, en outre, seulement 39% savent qu'il y a une loi anti-tabac au Maroc.

Pour réduire ces chiffres alarmants du coût du tabagisme chez les artisans, afin d'améliorer leurs connaissances grâce à des campagnes d'information et leur motivation de sevrage en organisant des consultations anti-tabac au sein des structures sanitaires et en renforçant la loi anti-tabac.

Abstract:

Smoking is a real public health problem and remains the leading cause of preventable mortality and morbidity,

The objective of our study is to study the epidemiological aspects, the knowledge and the attitudes of the craftsmen of the city of Essaouira vis-à-vis smoking.

It is a cross-sectional study with a descriptive and analytical purpose carried out among the 100 artisans of the city of Essaouira spread over a period of 6 months.

According to the results, the prevalence of smoking was 24% with a clear male predominance.

The most affected age group is 31 to 55 years old at 44%, and the artisans with the lowest income.

Smoking initiation is early, before the age of 20 (37.6%).

54.2% of smokers tried to quit smoking unsuccessfully last year. With regard to tobacco addiction, 29.2% of the craftsmen are highly addicted, while 62.5% are moderately addicted to nicotine.

Only 11.1% of smokers who have a good motivation to wean.

Craftsmen's knowledge of smoking is insufficient, and only 39% know that there is an anti-smoking law in Morocco.

To reduce these alarming figures of the cost of smoking among craftsmen, to improve their knowledge through information campaigns and their motivation to quit by organizing anti-smoking consultations within health structures and strengthening the anti-smoking law.

ملخص

يعتبر التدخين من بين عدة المشاكل التي تعاني منها الصحة العامة حيث يعد السبب الرئيسي للوفيات والامراض عالميا التي يمكن الوقاية

منها .

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد الجوانب الوبائية ، معارف ومواقف الحرفيين تجاه التدخين لمدينة الصويرة

نحن بصدد دراسة أفقية ذات هدف وصفي وتحليلي ، والتي شملت 100 حرفي من مدينة الصويرة موزعة على فترة 6 أشهر .

وفقا للنتائج، كان معدل انتشار التدخين 24 ٪ مع هيمنة واضحة للذكور.

الفئة العمرية الأكثر تضررا هي 31 إلى 55 سنة بنسبة 44 ٪ ، والحرفيين من ذوي أدنى دخل. في حين بلغت نسبة الذين بدؤوا تدخين

السجائر قبل سن العشرين (37.6 ٪).

حاول 54.2 ٪ من المدخنين الإقلاع عن التدخين دون جدوى في العام الماضي. فيما يتعلق بإدمان التبغ ، 29.2 ٪ من الحرفيين مدمنون

بشدة ، بينما 62.5 ٪ مدمنون على نحو معتدل. فقط 11.1 ٪ من المدخنين الذين لديهم دافع جيد للإقلاع عنه.

من خلال النتائج المحصل عليها تبين ان مستوى معارف الحرفيين بمخاطر التدخين ليست بكافية و 39 ٪ فقط يعرفون أن هناك قانون

المكافحة للتدخين في المغرب.

كل هذا يؤكد ضرورة تحسين معارفهم من خلال الحملات الإعلامية ، ودوافعهم للإقلاع عن طريق تنظيم استشارات لمكافحة التدخين

داخل المؤسسات الصحية وتعزيز قانون مكافحة التدخين.



Annexes



Annexe 1

FICHE D'EXPLOITATION

11- خلال الأيام الثلاثين الماضية، هل استعملت منتج التبغ في التدخين غير السجائر (الشيشة، السيكار، الحشيش)؟	1- كم عمرك؟
-لا	2- ما جنسك؟
12- خلال الأيام الثلاثين الماضية، هل استعملت أي منتج لا يغان له من منتجات التبغ (الكافا، النخعة، المعجون)؟	ذكر -إثني
-لا	3- ما مستوى الدراسي؟
13- أين تدخن عادة؟ (إجابة واحدة فقط)	حون -إبتدائي
لم تدخن مطلقا	إعدادي ثانوي -جامعي آخر
في المنزل	4- ما مهنتك؟
في منازل الأصدقاء	5- كن رائك الشهري؟
في المساحات العامة	أقل من 1500 درهم
أماكن أخرى	أكثر من 30000 درهم
14- هل تدخن أو تشعر بالرغبة في تدخين السجارة قبل أي شيء في الصباح؟	6- هل سبق لك أن حاولت أو جربت تدخين، السجارة حتى ولو نلغة؟
لم تدخن مطلقا	نعم
لم أعد تدخن السجائر	لا
نعم في بعض الأحيان	7- كم كان عمرك حين جربت سجارتك الأولى؟
نعم دائما	10- سنوات أو أقل
15- هل يدخن والدا؟	بين 11 سنة و20 سنة
كلاهما لا يدخن	21- سنة وما فوق
كلاهما يدخن	8- خلال الأيام الثلاثين الماضية كم يوم دخن السجائر
الأب فقط	يولايوم واحد
الأم فقط	يوم أو يومين
لا أدري	3- إلى 5 أيام
16- إذا عرض عليك أحد أفضل أصدقاءك سجارة، فهل تدخنها؟	6- إلى 9
نعم	10- إلى 19 يوما
لا	كل يوم
17- هل ناقش معك أي فرد من أفراد أسرتك الآثار الضارة للتدخين؟	9- خلال الأيام الثلاثين الماضية، الأيام التي دخن فيها كم سجارة اعتدت أن تدخن؟
نعم	أقل من سجارة واحدة في اليوم
لا	2- إلى 5 سجائر في اليوم
18- هل تظن أنك سوف تدخن سجارة في وقت ما خلال الاثني عشر شهرا القادمة؟	6- إلى 10 سجائر في اليوم
نعم	11- إلى 20 سجارة في اليوم
لا	أكثر من 20 سجارة في اليوم
19- هل تظن أنك سوف تدخن سجارة في وقت ما خلال خمس سنوات القادمة؟	10- خلال الأيام الثلاثين الماضية كيف اعتدت الحصول على سجارتك؟ (إجابة واحدة فقط)
نعم	لم تدخن السجائر خلال هذه الأيام
لا	اشتريتها من محل تجاري أو من بائع متجول
20- ما إن يشرح أحد في التدخين، فهل تظن أنه يصعب عليه الإقلاع عنه؟	أعطيت شخصا نفردا ليشتريها لي
لا، قطعا	أقترنتها من شخص آخر
نعم، قطعا	حصلت عليها بطريقة أخرى

- 21- هل تظن أن لدى الرجال المدخنين قلة أم كثرة من الأصدقاء؟
 لديهم كثرة من الأصدقاء - لديهم قلة من الأصدقاء
 -لا يختلفون في ذلك عن غير المدخنين
- 22- هل تضن أن لدى النساء المدخنات قلة أم كثرة من الأصدقاء؟
 لديهم كثرة من الأصدقاء - لديهم قلة من الأصدقاء
 -لا يختلفون في ذلك عن غير المدخنات
- 23- هل يساعد تدخين السجائر الإنسان على الشعور بمزيد من الارتفاع أم بقلة الارتفاع، في المناسبات أو الحفلات أو اللقاءات الاجتماعية الأخرى؟
 مزيد من الارتفاع - قلة من الارتفاع
 -لا يختلفون في ذلك عن غير المدخنين
- 24- هل تظن تدخين السجائر يجعل الرجال يظهرون بمظهر أكثر أم أقل جاذبية؟
 أكثر جاذبية - أقل جاذبية
 -لا يختلفون في ذلك عن غير المدخنين
- 25- هل تظن تدخين السجائر يجعل النساء يظهرون بمظهر أكثر أم أقل جاذبية؟
 أكثر جاذبية - أقل جاذبية
 -لا يختلفون في ذلك عن غير المدخنات
- 26- هل تظن أن تدخين السجائر مضر بصحتك؟
 -لا، قطعاً -كـ لا يضر
 -كـ يضر -نعم، قطعاً
- 27- هل يدخن أحد أقرب أصدقائك السجائر؟
 -لا يدخن أي منهم -يدخن بعضهم
 -يدخن معظمهم -يدخن جميعهم
- 28- عندما ترى رجلاً يدخن فماداً تظن به؟ (إجابة واحدة فقط)
 -يفتقر إلى الثقة -خاسر -ناجح
 -ذكى -متحضر
- 29- عندما ترى امرأة يدخن فماداً تظن به؟ (إجابة واحدة فقط)
 -تفتقر إلى الثقة -خاسرة -ناجحة
 -ذكية -متحضرة
- 30- هل تظن أن التدخان الذي يصلك من سجائر الآخرين مضر بك؟
 -لا، قطعاً -كـ لا يضر
 -كـ يضر -نعم، قطعاً
- 31- خلال الأيام السبعة الماضية، ما عدد الأيام التي دخن فيها آخرون في منزلك وبحضورك؟
 0- 1- إلى 2 -3- إلى 4
 5- إلى 6 -7-
- 32- خلال الأيام السبعة الماضية، ما عدد الأيام التي دخن فيها آخرون وبحضورك، في أماكن غير منزلك؟
 0- 1- إلى 2 -3- إلى 4
 5- إلى 6 -7-
- 33- هل تريد الإقلاع عن التدخين الآن؟
 -لم أدخن مطلقاً -لا أدخن في الوقت الحاضر
 -نعم -لا
- 34- خلال العام الماضي، هل حاولت الإقلاع عن تدخين السجائر؟
 -لم أدخن مطلقاً -لم أدخن خلال العام الماضي
 -نعم -لا
- 35- منذ متى توقفت عن التدخين؟
 -لم أدخن مطلقاً -لم أتوقف عن التدخين
 -حزناً 1-3 شهور -حزناً 4-11 شهراً
 -حزناً عم واحد -حزناً عامين
 -حزناً ثلاثة أعوام أو أكثر
- 36- ما السبب الرئيس الذي جعلك تقرر الإقلاع ع التدخين؟ (إجابة واحدة فقط)
 -لم أدخن مطلقاً -لم أتوقف عن التدخين
 -لتحسين مسحتي -لتوفير المال
 -لأن عائلتي لا تحب التدخين -لأن أصدقائي لا يحبون التدخين
 -سبب آخر
- 37- هل تظن أن في استطاعتك التوقف عن التدخين إن أردت ذلك؟
 -لم أدخن مطلقاً -لم أتوقف عن التدخين فعلاً
 -نعم -لا
- الأسئلة التالية تستفسر عن مدى تعرضك لتدخين الآخرين

46- منذ متى كانت آخر مرة ناقشت فيها موضوع التدخين والصحة؟	38- هل سبق لك أن تلقيت أي مساعدة أو نصيحة لإعانتك على الإقلاع عن التدخين؟
-لم يحدث مطلقا -خلال العام الحالي -حادث أكثر من عام	-نعم، من برنامج أو من مهني متخصص -نعم، من أحد أفراد العائلة -لا
47- في نظرك هل يتسبب التدخين في الإصابة بسرطان الرئة؟	<p>➤ تستفسر الأسئلة التالية عن اطلاعك على رسائل وسائل الإعلام</p> <p><u>حول التدخين</u></p>
48- في نظرك هل يتسبب التدخين في الإصابة بسرطان الحنجرة؟	39- خلال الأيام الثلاثين الماضية (شهر كامل)، كم رسالة من رسائل الإعلام المناهضة للتدخين رأيت سمعت (مثل التلفاز والإذاعة، لوحات الإعلانات والملصقات، الصحف والمجلات والأفلام)؟
49- في نظرك هل يتسبب التدخين في الإصابة بأمراض القلب والشرايين؟	-الكثير -قليل -لم أرى أو أسمع شيئا
	40- عندما تذهب إلى مناسبات رياضية، أو مناسبات اجتماعية، فهل تقع عينك كثيرا على رسائل مناهضة للتدخين؟
	-لا أذهب مطلقا -كثيرا ما يحدث ذلك
	41- خلال الأيام الثلاثين الماضية (شهر كامل)، كم إعلانا عن سيجار رأيت على لوحات الإعلانات؟
	-كثيرا -قليلا -لم أراها مطلقا
	42- عندما تذهب إلى مناسبات رياضية، أو معارض، أو حفلات موسيقية، أو لقاءات اجتماعية، فهل ترى كثيرا من إعلانات السجائر؟
	-لا أشهد مطلقا مناسبات اجتماعية أو حفلات موسيقية
	43- هل حدث أن عرض عليك ممثل أحد أصناف السجائر سيجارة مجاتا؟
	-كثيرا ما أرى هذه الإعلانات -أحيانا -لم أراها مطلقا
	44- تستفسر الأسئلة التالية عما تعلمته من محيطك عن التدخين
	45- خلال العام الحالي، هل تعلمت شيئا عن الآثار السنية للتدخين تجعل أسنانه صفراء اللون أو أنها تسبب التجاعيد، أو تجعل رائحتك كريهة؟
	-نعم -لا -لمت متأكد

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

Annexe 3

Test Q-MAT

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

Score total

moins de 6 : pas motivé(e)

de 6 à 12 : motivation à renforcer

plus de 12 : motivé(e)

Annexe 4

Test de Demaria, Grimaldi et Lagrue
Il s'agit d'un test d'autoévaluation des chances de réussite du sevrage
tabagique.

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

Interprétation du score

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



Bibliographie



Le tabagisme chez les artisans de la ville d'Essaouira

1. **Mr. Morad ELAQAOUI**
Les effets indésirables de la cigarette électronique chez un groupe d'utilisateurs .2017
2. **Dr Anne Dansou¹, Manon Prodel²**
ADDICTION AU TABAC . LA REVUE DU PRATICIEN , Vol. 69 _ Mars 2019.
3. **Banque Mondiale**
Maitriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Banque Mondiale ; 2000. p.1-129.
4. **saratebaa**
tabagisme et grossesse 2017.
5. **N.Chaouki, S.Cherquaoui,A.Elmoujarrade,M.A.Tazi**
Enquête nationale sur le tabagisme chez les médecins du secteur public au Maroc 2004
6. **Colombus C, Iff BW.**
Journal of the first voyage.Warminster: aris and philips,1990 :259.
7. **Pelt J.-M :**
Les plantes à fumer : le tabac. Le tabagisme au quotidien 1992
8. **Dautzenberg B, Lagrue G.**
Tabagisme; Epidemiologie et pathologie liée au tabac. Rev Prat. 2001 Apr 30; 51 (8): 877-82.
9. **El Mellaoui F**
La prévalence du tabagisme chez l'enfant à Meknès ,Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine et de pharmacie-Rabat.120/2003 Pr Mahrao
10. **Organisation mondiale de la santé. tabagisme,aidememoire N°339 du mai 2017 .disponible sur :www.who.int, consulté en 2017**
11. **Samira El Fakir, M D Zineb Serhier, MD Mohammed Berraho,**
MD PhD. Knowledge and Perceptions of smoking according to Income Level in Morocco. 2011 ; 25 pp. 387-391.
12. **Tachfouti N.**
Estimation de la mortalité attribuée au tabac au Maroc.
2014: 43. Université de Bordeaux
13. **Didier P**
Etude botanique du tabac : www.doctissimo.fr
14. **Régie du tabac : Information sur l'activité de la régie des tabacs. Communication du chef de division. Année 2001**
15. **Secrétariat de la CNUCED : Les données statistiques FAQ sur le tabac**
16. **Collection Prévenir, Avril 2002**
Brochure de l'ARC : Association pour la recherche sur le cancer « vivre Sans Tabac »
17. **Taleb el houda aicha**
Etude botanique, clinique, pharmacologique et toxicologique du tabac. Thèse de pharmacie N°23, année 1993 Rabat.

18. Hill S : CHU–Nancy

Dossier N° 12 sur le tabac.1997.

19. Gaillard A : CHU de Nantes

www.doctissimo.fr; Comité nationale contre le tabac

20. Fondation lallasalma.

Le tabac en chiffre. Disponible sur : www.contrelecancer.ma, consulté en 2017.

21. cigarettes. disponible sur: www.liquidBox.fr, consulté en 2017.

22. Tabac à priser. disponible sur : www.wikipedia.org Consulté en 2017.

23. [http://www.inpes.santé.fr/espace tabac//tabagisme passif](http://www.inpes.santé.fr/espace%20tabac//tabagisme%20passif).

24. collège des enseignants de pneumologie.

item 73 addiction au tabac.disponible sur: www.cep.splf.fr consulté en 2017.

25. Thun MJ, Lally CA, Flannery JT, Callee EE, Flanders W D, Heath CW J.R.

Cigarette smoking and changes in the histopathology of lung cancer.J Natl Cancer Inst 1997; 89: 1580–158.

26. Underner M, Peiffer G, Perriot J.

Prise en charge du tabagisme.Revue des maladies respiratoires actualités 2014; 6(4):320–34.

27. Chevalier C, Nguyen A.

Composition et nocivité du tabac.Actualités pharmaceutiques 2016; (560): 22–5.

28. associationlallasalma de lutte contre le cancer

Plan national de prévention et de contrôle du cancer, Volume 2 : Epidémiologie – Situation et actions 2004.

29. Ministère de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé.

Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé au Maroc 2003 2007 ; 30

30. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, 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.

31. Robert Koch Institute.

Health in Germany.Federal Health Reporting.Joint Service by RKI and Destatis; 2015.

32. Office for National Statistics.

Adult smoking habits in the UK:2016—2017: 18 p.

33. Albertsen K, Borg V, Oldenburg B.

A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. Prev Med 2006;43:291–305.

34. Tsutsumi A, Kayaba K, Yoshimura M, et al.

Association between job characteristics and health behaviors in Japanese rural workers.Int J Behav Med 2003;10:125–42.

35. Li X, Liang H, Li X, et al.

Patterns of smoking and its association with psychosocial work conditions among blue ; collar and service employees of hospitality venues in Shenyang, PR China. BMC Public Health 2010;10:1.

- 36. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen–Thanh V, et al.**
Tabac et e–cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidemiol Hebd 2017;214–22.
- 37. Gajalakshmi, C. K., P. Jha, S. Nguyen et A. Yurekli.**
Patterns of Tobacco Use, and Health Consequences.
- 38. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, 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.
- 39. 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 : 701–716
- 40. Etat de santé de la population marocaine 2012**
- 41. Tachfouti N, Berraho M, Elfakir S, Serhier Z, El Rhazi K, Slama K, Nejari C.**
Socioeconomic status and tobacco expenditures among Moroccans: Results of the MARTA survey. American Journal of Health Promotion 2010 24(5):334–9
- 42. GATS.**
Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes : Rapport principal, Sénégal, 2015
- 43. RATH, J. M.**
et autres. « Patterns of Tobacco Use and Dual Use in the US Young Adults : The Missing Link between Youth Prevention and Adult Cessation », Journal of Environmental and Public Health, 2012, doi : [dx.doi.org/10.1155/2012/679134](https://doi.org/10.1155/2012/679134).
- 44. HAS (Haute Autorité De Sante)**
Actualisation du référentiel de pratiques de l'EPS – Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac 2015 .
- 45. NEJJARI C, BENJELLOUN MC, BERRAHO M, SALMA K.**
Prevalence and determinant of smoking in morocco (MARTA Study) The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease November, 2007 volume 11, number 11, supplement 1.
- 46. Anne Pasquereau , Raphaël Andler, Romain Guignard, Jean–Baptiste Richard, Pierre Arwidson,**
LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017
- 47. Institut de veille sanitaire**
Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité , Outil méthodologique pour l'épidémiologie 2003.
- 48. Romain Guignard, François Beck, Jean–Baptiste Richard, Patrick Peretti–Watel**
Le tabagisme en France .Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010
- 49. Katya ZEKRI**
Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque : Résultats des deux tours d'un audit réalisé par 22 médecins généralistes lorrains 2011

- 50. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al.**
Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008;122(1):155–64.
- 51. Peto R.**
Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC Sci Publ.* 1986 (74):23–33;
- 52. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I.**
Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal.* 2004; 328: 1519–27.
- 53. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R.**
Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000;321:323–9.
- 54. Troisi RJ, Speizer FE, Rosner B, Trichopoulos D, Willett WC.**
Cigarette smoking and incidence of chronic bronchitis and asthma in women. *Chest.* 1995 Dec;108(6):1557–61;
- 55. Lebagry F.**
Influence du tabagisme sur les maladies respiratoires : idées reçues et réalités. *La Lettre du Pneumologue* 2008;XI:58 66.
- 56. Jayes L, Haslam PL, Gratiou CG, Powell P, Britton J, Vardavas C, et al.**
Systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest* 2016;150:164–79.
- 57. Kannel WB, Shurtleff D.**
The Framingham Study. Cigarettes and the development of intermittent claudication. *Geriatrics.* 1973 Feb;28(2):61–8;
- 58. Centre International de Recherche sur le Cancer, Organisation Mondiale de la Santé.**
Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: CIRC; 2004.
- 59. Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL.**
Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2009;15(1):31–44.
- 60. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML.**
Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med* 1999;16(3):208–15.
- 61. Ezzati M, Lopez A D;**
Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000; *LANCET* 2003.
- 62. Millar WJ.**
Reaching smokers with lower educational attainment. *Health Rep* 1996;8(2):11–9.
- 63. Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Davis JR, Owens NW, Fisher Jr EB.**
Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health effects of smoking. *Am J Public Health* 1992;82(1):99–103.
- 64. B. Kouassi, O.D. Kpebo, K. Horo,**
Smoking and educational status in Africans 2010

65. Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2009).

Stigma and Smoking: The Consequences of Our Good Intentions. *The Social Service Review*, 83(4), 585–609.

66. Céline Goffette ,

Le contexte social du tabagisme : l'influence de l'environnement familial et professionnel sur les pratiques individuelles .thèse de doctorat en sociologie 2012

67. Betzner, A. E., Boyle., Luxenberg, M. G.,

Experience of Smokers and Recent Quitters with Smokefree Regulations and Quitting. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(5 supplement 3), S163–S170. (2012).

68. San, Gebhardt, W. A., Willemsen

Behavioural and psychological responses of lower educated smokers to the smoke-free legislation in Dutch hospitality venues: A qualitative study. *Psychology & Health*, 28(1), 49–66 , (2013).

69. Goffman, E.

Stigma; notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall (1963).

70. AFSSAPS

Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique 2003.

71. DAUTZENBERG B.

Le tabagisme de la clinique au traitement Paris: Ed Med'com, 2010

72. Léon M-E, Dresler C-M.

Bénéfices de l'arrêt du tabac. *BEH*. 2008; 21–22: 194–7.

73. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Disponible sur: http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

74. Perriot J.

Tabacologie et sevrage tabagique. Ed. John LibbeyJuin 2003 p.79

75. Flore 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.

76. BarometreSante 2005

77. Halpern M.T. and Warner K.E.

Motivations for smoking cessation: A comparison of successful quitters and failures. *Journal of Substance Abuse* 1993; 5: 247–256

78. Sansone G, Fong GT, Hall PA, et al.

Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. BMC Public Health 2013; 13:346.

79. HAS (Haute Autorité De Sante)

Recommandation de bonne pratique – Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours.

80. « Nicorette inhalateur 10mg 42 cartouches ».

[En ligne]. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/p-nicorette-inhaleur-10mg-42cartouches-p1429.html>. [Consulté le: 21-mai-2014].

81. « VAPOÉCLAIR® NICORETTE®

Apaisement rapide du manque | NICORETTE® ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.nicorette.ca/fr/produits/vapoclair>. [Consulté le: 21-mai-2014].

82. La revue Prescrire

Patients en cours de sevrage tabagique. 2010 ; 30 (326) : 320-5 (Supplément Interactions Médicamenteuses).

83. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T.

Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013:CD000165.

84. Miller WR, Rollnick S.

L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2ème. Paris: InterEditions; 2013.

85. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF.

Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010;10:CD001008.

86. BRANELLEC. A ; LARGUE. G,

La toxicologie du tabac, Rev. Prat ; 1993 ; vol 43 ; N°10

87. world health organization (oms)

Report of the WHO framework convention on tobacco control. Geneva, , 2008 ;

88. Dahir N° 1-91-112 du 26 juin 1995

portant promulgation de la Loi N° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac Rabat, Secrétariat général du gouvernement, Bulletin officiel, 1995, 4318:542 ;

قسم الطبیب

أقسم بالله العظیم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقتل.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصدیق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 174

سنة 2019

التدخين لدى الحرفين بمدينة الصويرة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/06/17

من طرف

السيدة مريم البوخاني

المزادة في 1992/05/10 بالصويرة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

معارف - مواقف - سلوكيات - التدخين - الصويرة

اللجنة

الرئيس

م. الزياتي

السيد

أستاذ في الطب الباطني .

المشرف

ر. بوشنتوف

السيد

أستاذ في طب الجهاز التنفسي.

أ. بنجلون حرزمي

السيد

أستاذ مبرز في طب الجهاز التنفسي.

الحكام

ح. قضيف

السيد

أستاذ في الطب الباطني.

ع. بوخيرة

السيد

أستاذ في علم الاحياء.