



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

Année 2022

Thèse N° 071

AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : Enquête auprès des médecins généralistes de la ville d'Agadir

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/03/2022

PAR

Mme. BENBRIK OMayma

Née le 19 Juillet 1996 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Tabagisme – Sevrage tabagique – Médecin généraliste – Attitudes – Agadir

JURY

Mme. AMRO Lamyae

Professeure de Pneumo-Phtisiologie

PRESIDENTE

Mme. AIT BATAHAR Salma

Professeure agrégée de Pneumo-Phtisiologie

RAPPORTEUR

Mme. MANOUDI Fatiha

Professeure de Psychiatrie

Mme. ADARMOUCH Latifa

Professeure agrégée de Médecine Communautaire

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَادْخُلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

Serment d'hippocrate

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

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

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères. Aucune considération de religion,
de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne
s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTEDEMEDECINE ETDEPHARMACIE
MARRAKECH

DoyensHonoraires :

Pr.Badi Azzaman MEHADJI

Pr.AbdelhaqALAOUIYAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen :Pr.MohammedBOUSKRAOUI

VicedoyenàlaRechercheetlaCoopération:Pr. MohamedAMINE

VicedoyenauxAffairesPédagogiques : Pr Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale : Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARIImad	Traumato-orthopédie	ESSAADOUNILamiaa	Médecineinterne
ABOUELHASSANTAoufik	Anesthésie- réanimation	FADILIWafaa	Néphrologie
ABOUCHADIAbdeljalil	Stomatologieetchirurgie maxillofaciale	FAKHIRBouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOULFALAHAbderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJIKarima	Chirurgiepédiatrique
ABOUSSAIRNisrine	Génétique	GHANNANEHoussine	Neurochirurgie
ADALIImane	Psychiatrie	GHOUNDALEOmar	Urologie
ADMOUBrahim	Immunologie	HACHIMIAbdelhamid	Réanimationmédicale
AGHOUTANEEImouhtadi	Chirurgiepédiatrique	HAJJIIbtissam	Ophtalmologie
AISSAOUIYounes	Anesthésie- réanimation	HAROUKaram	Gynécologie-obstétrique
AITAMEURMustapha	HématologieBiologique	HOCAROuafa	Dermatologie
AITBENALISaid	Neurochirurgie	JALALHicham	Radiologie
AITBENKADDOURYassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILIEI OuafiElAouni	Chirurgiepédiatrique
AIT-SABIImane	Pédiatrie	KHALLOUKIMohammed	Anesthésie-réanimation
ALJSoumaya	Radiologie	KHATOURIALi	Cardiologie
AMALSaid	Dermatologie	KHOUCHANIMouna	Radiothérapie

AMINEMohamed	Epidémiologie-clinique	KISSANINajib	Neurologie
AMMARHaddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATIKhadija	Gastro-entérologie
AMROLamyae	Pneumo-phtisiologie	KRIETMohamed	Ophtalmologie
ANIBAKhalid	Neurochirurgie	LAGHMARIMehdi	Neurochirurgie
ARSALANELamiaie	Microbiologie-Virologie	LAKMICHIMohamedAmine	Urologie
ASMOUKIHamid	Gynécologie-obstétrique	LAOUADInass	Néphrologie
ATMANEEMehdi	Radiologie	LOUHABNisrine	Neurologie
BAIZRIHicham	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LOUZIAbdelouahed	Chirurgiegénérale
BASRAOUIDounia	Radiologie	MADHARSiMohamed	Traumato-orthopédie
BASSIRAhlam	Gynécologie-obstétrique	MANOUDIFatiha	Psychiatrie
BELBARAKARhizlane	Oncologiemédicale	MANSOURINadia	Stomatologieetchirurgiemaxillofaciale
BELKHOUAhlam	Rhumatologie	MAOULAININEFadl MrabihRabou	Pédiatrie(Neonatologie)
BENDRISSLaila	Cardiologie	MATRANEAboubakr	Médecinenucléaire
BENALIAbdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAKYoussef	Anesthésie-réanimation
BENCHAMKHAYassine	Chirurgie réparatrice etplastique	MOUDOUNISaid Mohammed	Urologie
BENELKHAIATBENOMARRidouan	Chirurgie-générale	MOUFIDKamal	Urologie
BENHIMAMohamedAmine	Traumatologie-orthopédie	MOUTAJRedouane	Parasitologie
BENJILALILaila	Médecineinterne	MOUTAOUAKILAbdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUELDounia	Cardiologie	MSOUGGARYassine	Chirurgiethoracique
BOUCHENTOUFRachid	Pneumo-phtisiologie	NAJEBYoussef	Traumato-orthopédie
BOUKHANNILahcen	Gynécologie-obstétrique	NARJISSYoussef	Chirurgiegénérale
BOUKHIRAAbderrahman	Biochimie-chimie	NEJMIHicham	Anesthésie-réanimation
BOUMZEBRADrissi	ChirurgieCardio-Vasculaire	NIAMANERadouane	Rhumatologie
BOURRAHOUATAïcha	Pédiatrie	OUALIIDRISSIMariem	Radiologie
BOURROUSMonir	Pédiatrie	OUBAHASofia	Physiologie
BOUSKRAOUIMohammed	Pédiatrie	OULADSAIADMohamed	Chirurgiepédiatrique
CHAFIKRachid	Traumato-orthopédie	QACIFHassan	Médecineinterne
CHAKOURMohamed	HématologieBiologique	QAMOUSSYoussef	Anésthésie-réanimation

CHELLAKSaliha	Biochimie-chimie	RABBANIKhalid	Chirurgiegénérale
CHERIFIDRISSIELGANOUNI Najat	Radiologie	RADANoureddine	Pédiatrie
CHOULLIMohamedKhaled	Neuropharmacologie	RAISHanane	Anatomiepathologique
DAHAMIZakaria	Urologie	RAJIAbdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISSGhizlane	Pédiatrie	ROCHDIYoussef	Oto-rhino-laryngologie
ELADIBAhmedRhassane	Anesthésie-réanimation	SAMKAOUIMohamedAbdenasser	Anesthésie-réanimation
ELAMRANIMoulayDriss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
ELANSARINawal	Endocrinologieet maladiesmétaboliques	SARFIsmail	Urologie
ELBARNIRachid	Chirurgiegénérale	SORAANabila	Microbiologie-Virologie
ELBOUCHTIlmane	Rhumatologie	SOUMMANIAbderraouf	Gynécologie-obstétrique
ELBOUIHIMohamed	Stomatologieetchirurgie maxillofaciale	TASSINoura	Maladiesinfectieuses
ELFEZZAZI Redouane	Chirurgiepédiatrique	TAZIMohamedIllias	Hématologie-clinique
ELHAOURYHanane	Traumato-orthopédie	YOUNOUSSaid	Anesthésie-réanimation
ELHATTAOUIMustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
ELHOUDZIJamila	Pédiatrie	ZAHLANEMouna	Médecineinterne
ELIDRISSISLITINENadia	Pédiatrie	ZAOUISanaa	Pharmacologie
ELKARIMISaloua	Cardiologie	ZIADIAmra	Anesthésie-réanimation
ELKHAYARIMina	Réanimationmédicale	ZOUHAIRSaid	Microbiologie
ELMGHARITABIBGhizlane	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	ZYANIMohammed	Médecineinterne
ELFIKRIAbdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIRBadreddine	Stomatologie etchirurgiemaxillofaciale	GHAZIMirieme	Rhumatologie
ADARMOUCHLatifa	MédecineCommunautaire(médecine préventive,santépubliqueet hygiène)	HAZMIRIFatimaEzzahra	Histologie– embyologiecytogénétique
AITBATAHARSalma	Pneumo–phtisiologie	IHBIBANEFatima	MaladiesInfectieuses
ARABIHafid	Médecine physique etréadaptationfonctionnelle	KADDOURISaid	Médecineinterne
ARSALANEAdil	ChirurgieThoracique	LAHKIMMohammed	Chirurgiegénérale
BELBACHIRAnass	Anatomie–pathologique	LAKOUICHMIMohammed	Stomatologie et chirurgiemaxillofaciale
BELHADJAYoub	Anesthésie–Réanimation	MARGADOMar	Traumatologie– orthopédie
BENJELLOUNHARZIMIamine	Pneumo–phtisiologie	MLIHATOUATIMohammed	Oto–Rhino–Laryngologie
BOUZERDAAbdelmajid	Cardiologie	MOUHSINEAbdelilah	Radiologie
BSISSMohamedAziz	Biophysique	NADERYoussef	Traumatologie– orthopédie
CHRAAMohamed	Physiologie	SALAMATarik	Chirurgiepédiatrique
DAROUASSIYoussef	Oto–Rhino–Laryngologie	SEDDIKIRachid	Anesthésie–Réanimation
ELHAOUATIRachid	Chirurgie Cardio–vasculaire	SERGHINIIssam	Anesthésie–Réanimation
ELKAMOUNIYoussef	MicrobiologieVirologie	TOURABIKhalid	Chirurgie réparatrice etplastique
ELKHADERAhmed	Chirurgiegénérale	ZARROUKIYoussef	Anesthésie–Réanimation
ELMEZOUARIEImoustafa	ParasitologieMycologie	ZEMRAOUINadir	Néphrologie
ELOMRANIAbdelhamid	Radiothérapie	ZIDANEMoulayAbdelfettah	Chirurgiethoracique
FAKHRIAnass	Histologie– embyologiecytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSIBouchra	Pédopsychiatrie	ESSADIIsmail	OncologieMédicale
ABALLANajoua	Chirurgiepédiatrique	FASSIFIHRIMohamedJawad	Chirurgiegénérale
ABDELFETTAHYouness	Rééducation etRéhabilitationFonctionnelle	FDILNaima	Chimie de Coordination Bio-organique
ABDOUAbdessamad	ChirurgieCardiovasculaire	FENNANEHicham	ChirurgieThoracique
ABOULMAKARIMSiham	Biochimie	HAJHOUIFarouk	Neurochirurgie
ACHKOUNAbdessalam	Anatomie	HAJJIFouad	Urologie
AITERRAMIAdil	Gastro-entérologie	HAMMISalahEddine	Médecineinterne
AKKARachid	Gastro-entérologie	HammouneNabil	Radiologie
ALAOUIHassan	Anesthésie –Réanimation	HAMRIAsma	Chirurgiegénérale
ALJALILAbdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIMERaja	Immunologie
AMINEAbdellah	Cardiologie	JALLALHamid	Cardiologie
ARROBAdil	Chirurgieréparatrice etplastique	JANAHHicham	Pneumo-phtisiologie
ASSERRAJIMohammed	Néphrologie	LAFFINTIMahmoudAmine	Psychiatrie
AZAMIMohamedAmine	Anatomiepathologique	LAHLIMIFatimaEzzahra	Hématologieclinique
AZIZZakaria	Stomatologie etchirurgiemaxillofaciale	LAHMINIWidad	Pédiatrie
BAALLALHassan	Neurochirurgie	LALYAIssam	Radiothérapie
BABAHicham	Chirurgiegénérale	LAMRANIHANChasmae	Microbiologie-virologie
BELARBIMarouane	Néphrologie	LOQMANSouad	Microbiologieettoxicologieenvironnementale
BELFQUIHHatim	Neurochirurgie	MAOUJOUDOmar	Néphrologie
BELGHMAIDISarah	Ophtalmologie	MEFTAHAZzelarab	Endocrinologie et maladiesmétaboliques
BELLASRISalah	Radiologie	MESSAOUDIRedouane	Ophtalmologie
BENANTARLamia	Neurochirurgie	MILOUDIMohcine	Microbiologie-Virologie
BENCHAFaIllias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUIAhmed	Rhumatologie
BENNAOUIFatiha	Pédiatrie	NASSIHHouda	Pédiatrie
BENZALIMMeriam	Radiologie	NASSIMSABAHTaoufik	Chirurgie Réparatrice etPlastique
BOUTAKIOUTEBadr	Radiologie	OUEIAGLINABIHFadoua	Psychiatrie
CHAHBIZakaria	Maladiesinfectieuses	OUMERZOUKJawad	Neurologie
CHEGGOURMouna	Biochimie	RAGGABIamine	Neurologie

CHETOUIAbdelkhalek	Cardiologie	RAISSIAbderrahim	Hématologieclinique
CHETTATIMariam	Néphrologie	REBAHIHoussam	Anesthésie–Réanimation
DAMIAbdallah	MédecineLégale	RHARRASSIIsam	Anatomie–patologique
DARFAOUIMouna	Radiothérapie	RHEZALIManal	Anesthésie–réanimation
DOUIREKFouzia	Anesthésie–réanimation	ROUKHSIRedouane	Radiologie
EL–AKHIRIMohammed	Oto–rhino–laryngologie	SAHRAOUIHoussamEddine	Anesthésie–réanimation
ELAMIRIMyAhmed	Chimie de Coordinationbio–organnique	SALLAHIHicham	Traumatologie–orthopédie
ELFADLIMohammed	Oncologiemédicale	SAYAGHSanae	Hématologie
ELFAKIRIKarima	Pédiatrie	SBAAIMohammed	Parasitologie–mycologie
ELGAMRANIYounes	Gastro–entérologie	SBAIASma	Informatique
ELHAKKOUNIAwatif	Parasitologiemycologie	SEBBANIMajda	Médecine Communautaire(médecine préventive,santépubliqueethygiène)
ELJADIHamza	Endocrinologie etmaladiesmétaboliques	SIRBOURachid	Médecined’urgenceetde catastrophe
ELKHASSOUIAmine	Chirurgiepédiatrique	SLIOUIBadr	Radiologie
ELATIQIOumkeltoum	Chirurgieréparatrice etplastique	WARDAKarima	Microbiologie
ELBAZMeriem	Pédiatrie	YAHYAOUIHicham	Hématologie
ELJAMILIMohammed	Cardiologie	ZBITOUMohamedAnas	Cardiologie
ELOUARDIYoussef	Anesthésieréanimation	ZOUITABtissam	Radiologie
EL–QADIRYRabiy	Pédiatrie	ZOUIZRAZahira	ChirurgieCardio–vasculaire

DEDICACES

**Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements
et ma reconnaissance et de dédier cette thèse**



Je dédie cette thèse ...

الله

Tout d'abord à Allah

**Le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience
d'accomplir ce modeste travail.**

Qui m'a inspiré et guidé dans le bon chemin.

Je lui dois ce que je suis devenue.

Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

A mon cher père Ali BENBRIK

Pour ton dévouement sans fin envers tes enfants, je te remercie.

Tu es pour nous le père, l'ami et le conseiller.

Je te remercie pour ton éducation, tes valeurs et surtout ta confiance prodiguées tout au long de ma vie. Qu'Allah te protège et te procure bonheur et longue vie, toi, le flambeau qui illumine notre chemin.

A ma chère mère Fatima ABERDAI

Pour ta tendresse sans égale, je te remercie.

Tu es pour moi la mère, l'amie et la confidente.

Je te remercie pour ton soutien et mots sages qui m'ont aidé durant ce parcours.

Qu'Allah te préserve et t'accorde une longue vie et une santé de fer.

A mon cher époux Ismail HILALE

Pour ta bienveillance inégalée, je te remercie.

Je te remercie pour ta présence à mes côtés, d'avoir cru en moi et de ne point cesser de m'encourager. Mes mots ne seront exprimer l'amour que j'ai envers toi,
mon âme sœur.

Qu'Allah bénisse notre amour.

A mes chères sœurs Imane BENBRIK et Wiam BENBRIK

et mon cher frère Rayane BENBRIK

A vous, mes amis de longue date, je vous remercie d'avoir illuminé ma vie de rires,
de joie et de bonne humeur.

Je vous souhaite plein de vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A la famille BENBRIK,

A la famille ABERDAI,

A la famille HILALE,

Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Qu'Allah vous bénisse et vous comble de santé et de bonheur.

A ma chère amie Fatima HAMIDOU

Merci pour tout le temps passé ensemble, pour les bons souvenirs qu'on a partagé.

Qu'Allah bénisse notre amitié.

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

A tous mes maîtres qui m'ont transmis leur savoir,

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer ...

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE, PRESIDENTE DE THESE PROFESSEURE MADAME AMRO

PROFESSEURE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE MARRAKECH

C'est un grand honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Permettez-moi Maître de vous témoigner ici ma profonde gratitude et mon respect.

Veillez accepter chère Maître mes vifs remerciements pour la présence et la sympathie dont vous avez fait preuve.

A NOTRE MAITRE, RAPPORTEUR DE THESE PROFESSEURE MADAME AIT BATAHAR

PROFESSEURE AGREEE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE MARRAKECH

Je vous remercie de m'avoir confié ce travail et de m'avoir fait confiance.

Votre sérieux, votre sympathie, votre modestie et toutes vos qualités humaines m'ont profondément marqué. Je vous remercie d'avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE PROFESSEURE MADAME MANOUDI

PROFESSEURE DE PSYCHIATRIE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE MARRAKECH

Je vous remercie pour votre grande amabilité ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de le juger. Qu'il me soit permis, chère 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 PROFESSEURE MADAME ADARMOUCH

PROFESSEURE AGREEE DE MEDECINE COMMUNAUTAIRE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE MARRAKECH

C'est pour moi un immense honneur et une grande joie de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Je vous remercie du vif intérêt que vous portez à cette thèse.

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

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Circonstances incitant l'identification du statut tabagique des patients

Tableau II: Pathologies recherchées par les MG

Tableau III : Raisons empêchant d'interroger sur l'envie d'arrêter de fumer

Tableau IV : Attitude du MG devant un patient n'envisageant pas l'arrêt du tabagisme

Tableau V : Attitude du MG devant un patient hésitant à l'arrêt du tabagisme

Tableau VI : Attitude du MG devant un patient fumeur désirant un sevrage tabagique

Tableau VII : Attitude du MG devant un patient qui a arrêté de fumer

Tableau VIII : Tableau récapitulatif de l'analyse bi-variée

Tableau IX : Les traitements nicotiniques de substitution

Tableau X : Les caractéristiques des MG participants aux séries

Tableau XI : La formation des MG en addictologie selon les séries

Tableau XII : Le statut tabagique des MG selon les séries

Tableau XIII : Pratique du conseil minimal selon les séries

Tableau XIV : Symptômes incitant le MG à aborder le tabagisme selon les séries

Tableau XV : Tests utilisés par les MG selon les séries

Tableau XVI : Traitements prescrits par les MG selon les séries

Tableau XVII : Thérapies recommandées par les MG selon les séries

Tableau XVIII : Difficultés rencontrés vis-à-vis des patients selon les séries

Tableau XIX : Difficultés rencontrés vis-à-vis la pratique des MG selon les séries

Tableau XX : Attentes des MG vis-à-vis du sevrage tabagique selon les séries

LISTE DES FIGURES

Liste des figures :

Figure 1 : Répartition des médecins selon l'âge

Figure 2 : Répartition des médecins selon le genre

Figure 3 : Répartition des médecins selon la faculté de formation

Figure 4 : Répartition des médecins selon le secteur d'activité

Figure 5 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

Figure 6 : Répartition des médecins selon la durée d'exercice

Figure 7 : Répartition des médecins selon le niveau socio-économique de la population

Figure 8 : Proximité d'un centre d'addictologie

Figure 9 : Formation en addictologie/tabacologie

Figure 10 : Identification du statut tabagique des patients

Figure 11 : Quantification du tabagisme

Figure 12 : Informer des risques liés au tabagisme

Figure 13 : Recherche des éventuelles pathologies liées au tabagisme

Figure 14 : Questionner sur l'envie d'arrêter de fumer

Figure 15 : Abord du sevrage tabagique

Figure 16 : Symptômes de sevrage tabagique présentés par les patients

Figure 17 : Tests utilisés par les MG

Figure 18 : Traitements prescrits par les MG

Figure 19 : Thérapies recommandées par les MG

Figure 20 : Difficultés rencontrées vis-à-vis du patient

Figure 21 : Difficultés rencontrées vis-à-vis la pratique du MG

Figure 22 : Attentes des MG à propos du sevrage tabagique

Figure 23 : Statut tabagique des MG

Figure 24 : Pratique du conseil minimal en fonction de la formation en addictologie

Figure 25 : Pratique du conseil minimal en fonction du genre

Figure 26 : Les signes cliniques des cancers liés au tabac

Figure 27 : Les signes cliniques des maladies liées au tabac

Figure 28 : Modèle du conseil minimal

Figure 29 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente

Figure 30 : Pourcentage de fumeurs qui ont reçu des conseils pour arrêter de fumer par un médecin, par pays

ABREVIATIONS

Liste des abréviations :

OMS : Organisation mondiale de la santé

BPCO :Bronchopneumopathie chronique obstructive

SRES : Service du Réseau des Etablissements Sanitaires

MG : Médecin généraliste

ST : Sevrage tabagique

AOMI :Artériopathie oblitérante du membre inférieur

VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde

TCC :Thérapies cognitivo-comportementales

TNS :Traitements nicotiniques de substitution

ENPSF : Enquête nationale sur la population et la santé familiale

FDR : Facteur de risque

HAS : Haute autorité de santé

CO : Monoxyde de carbone

SNC :Système nerveux central

SSMG :Société scientifique des médecins généralistes

PLAN

INTRODUCTION	1
POPULATION ET METHODES	4
I- Type de l'étude	5
II- Population cible	5
III- Echantillonnage	6
IV- Elaboration du questionnaire	7
V- Collecte de données	8
VI- Saisie et analyse des données	9
VII-Considérations éthiques	9
VIII-Biais	9
RESULTATS	10
I- Caractères sociodémographiques et professionnels des médecins généralistes	11
1-Répartition des médecins selon l'âge	11
2-Répartition des médecins selon le genre	11
3-Répartition des médecins selon la faculté de formation	12
4- Répartition des médecins selon le secteur d'activité	12
5- Répartition des médecins selon le lieu d'exercice	13
6- Répartition des médecins selon la durée d'exercice	13
7- Répartition des médecins selon le niveau socio-économique de la population	14
8- Proximité d'un centre d'addictologie	14
9- Formation en addictologie/tabacologie	15
10- Statut tabagique des médecins généralistes	15
II- Pratique médicale vis-à-vis le sevrage tabagique	16
1- Identification du statut tabagique des patients	16
2- Quantification du tabagisme	16
3- Informer des risques liés au tabac	17
4- Recherche des éventuelles pathologies associées au tabagisme	17
5- Questionner sur l'envie d'arrêter de fumer	18
6- Abord du sevrage tabagique	19
7- Attitudes du médecin généraliste devant les stades de changement du patient tabagique	20
8- Symptômes du sevrage tabagique présentés par les patients	21
9- Tests utilisés par les médecins généralistes	22
10- Traitements prescrits par les médecins généralistes	22
11- Thérapies recommandées par les médecins généralistes	23
III- Difficultés et attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique	24
1- Difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aborder le sevrage tabagique	24
2- Attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique	25

IV- Analyse bi-variée	26
1- Corrélation entre la formation en tabacologie ou addictologie et la pratique du conseil minimal efficace	26
2- Corrélation entre la formation en tabacologie ou addictologie et la quantification du tabagisme	27
3- Corrélation entre la formation en tabacologie ou addictologie et la recherche des pathologies liées au tabagisme	28
4- Corrélation entre la formation en tabacologie ou addictologie et l'utilisation de tests d'évaluation	28
5- Corrélation entre la formation en tabacologie ou addictologie et la prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique	29
6- Corrélation entre la formation en tabacologie ou addictologie et la recommandation de thérapies	30
DISCUSSION	32
I- Généralités	33
1- Impact du tabagisme	33
1.1. Prévalence du tabagisme	33
1.1.1. Prévalence globale	33
1.1.2. Prévalence chez les professionnels de santé	33
1.2. Tabagisme et comorbidités	34
2- Aide au sevrage tabagique	39
2.1. Le conseil minimal	39
2.2. Les stades de changement du patient tabagique	40
2.3. L'évaluation de la dépendance du patient	41
2.4. Les traitements pharmacologiques	42
2.5. Les traitements non pharmacologiques	45
2.6. Le syndrome de sevrage	47
3- Rôle du médecin généraliste dans l'aide au sevrage tabagique	48
II- Discussion des résultats :	49
1- Caractéristiques des interrogés	49
1.1. L'âge et le genre	49
1.2. La formation en tabacologie/addictologie	50
1.3. Le statut tabagique des médecins généralistes	51
2- Pratique médicale vis-à-vis du tabagisme	52
2.1. Quantification du tabagisme	52
2.2. Informer des risques liés au tabagisme	54
2.3. Recherche des maladies liées au tabac	54
3- Pratique médicale vis-à-vis l'aide au sevrage tabagique	55
3.1. Pratique du conseil minimal	55
3.2. Circonstances incitant l'abord du sevrage tabagique	57
3.3. L'attitude des médecins généralistes devant les stades de changement du patient	57
3.4. Les symptômes de sevrage tabagique présentés par les patients	61
3.5. Les tests utilisés par les médecins généralistes	62
3.6. Les traitements prescrits par les médecins généralistes	63
3.7. Les thérapies recommandées par les médecins généralistes	64
4- Difficultés et attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique	65
4.1. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aborder le sevrage tabagique	65
4.2. Les attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique	69
RECOMMANDATIONS	72
Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique	73
Au ministère de la santé	73
Aux agents de la santé publique	74
Aux professionnels de santé	74

CONCLUSION	75
RESUME	78
ANNEXES	84
ANNEXE 1 : Fiche d'exploitation	85
ANNEXE 2 : Test de Q-MAT	89
ANNEXE 3 : Test de Fagertröm	90
ANNEXE 4 : Test de Horn	91
ANNEXE 5 : Echelle HAD	91
Annexe 6 : Standardisation de la mesure du CO dans l'air expiré	93
BIBLIOGRAPHIE	94

INTRODUCTION

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès dans le monde, avec un impact pesant sur la santé publique mondiale.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le tabac tue jusqu'à la moitié de ceux qui en consomment, soit plus de 8 millions de morts chaque année dans le monde[1].

Un fumeur sur deux, voire deux sur trois si le début du tabagisme est précoce, va mourir prématurément et directement de son tabagisme, avec une espérance de vie réduite de 10 ans. Et donc un quart des fumeurs vont mourir entre 35 et 69 ans[2].

Le tabac est aussi une cause majeure d'appauvrissement. Plus de 80 % du 1,3 milliard de fumeurs dans le monde vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, avec une charge de morbidité et de mortalité liées au tabac très lourde. Les ménages dépensent en tabac des sommes pouvant être consacrées à des besoins essentiels tels que l'alimentation et le logement.

C'est pourquoi les coûts économiques du tabagisme sont considérables : à la fois par des coûts substantiels qu'entraîne le traitement des maladies causées par le tabagisme et à la fois par le capital humain perdu à cause de la morbidité et de la mortalité imputables au tabac [1].

Le cancer broncho-pulmonaire est l'une des premières maladies pour lesquelles un lien causal avec la consommation du tabac a été démontré. Les fumeurs ont un risque de développer un cancer du poumon 20 fois plus élevé que les non-fumeurs, soit près de 90 % des cancers du poumon sont dus au tabac. À son tour, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) constitue la complication respiratoire la plus fréquente du tabagisme, ainsi plus de 90 % des décès par la BPCO sont liés à la consommation de cigarettes[3].

Le tabac est également un produit susceptible d'induire une dépendance rapide et forte surtout si sa consommation est précoce.

L'OMS définit la dépendance comme étant : *«Un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence».*

La dépendance est donc la résultante de l'action conjuguée d'une substance psycho-actives sur un individu avec une éventuelle vulnérabilité et un environnement socio-culturel permissif. Cependant, trois types de dépendance peuvent être décrits :

- La dépendance physique qui s'installe rapidement, est essentiellement due à la nicotine, et caractérisée par des envies irrésistibles à fumer « craving » et un syndrome de manque.
- La dépendance socio-comportementale qui est associée aux circonstances, aux personnes et aux lieux, et aux interactions sociales et conviviales.

- La dépendance psychologique qui s'exprime selon les vulnérabilités individuelles et les vécus antérieurs du patient. La cigarette devient donc pour le fumeur synonyme de plaisir, et lui permet de gérer son stress, son anxiété, de surmonter ses émotions, et de se concentrer[2].

Pourtant le tabagisme reste un fléau à multiples facettes avec une tendance à être banalisé par l'ensemble de la société, alors qu'il nécessite des approches interventionnelles réelles pour y remédier.

D'autant plus que le bénéfice du sevrage tabagique est réel quel que soit l'âge d'arrêt. La surmortalité due au tabagisme pourrait être évitée en arrêtant de fumer à l'âge de 35 ans. Les fumeurs qui arrêtent à 65 ans pourraient gagner 2 ans d'espérance de vie chez les hommes et 3,7 ans chez les femmes, par rapport à ceux qui continuent de fumer[4].

Face à ces constats, la mobilisation pour une aide précoce au sevrage tabagique doit être l'apanage de l'ensemble des professionnels de santé. Les médecins généralistes, de par leur nombre et leur relation proche avec les patients, doivent jouer un rôle de premier plan permettant de toucher un grand nombre de fumeurs dans une perspective de santé publique.

La consultation de médecine générale est en effet un moment opportun à saisir pour sensibiliser la totalité des patients à propos des méfaits du tabagisme, aborder la question de l'arrêt avec les patients déjà fumeurs, et proposer différentes possibilités d'aide au sevrage tabagique.

Dans ce cadre vient l'objectif de notre étude d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes face au sevrage tabagique, en s'intéressant au volet formation en tabacologie et son apport dans l'optimisation de prise en charge d'un patient fumeur.

POPULATION ET METHODES

I– Type de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, à visée descriptive et observationnelle afin de définir le rôle du médecin généraliste dans l'aide au sevrage tabagique, menée pendant quatre mois de Juillet 2021 à Octobre 2021.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes face au sevrage tabagique.

Comme objectifs secondaires, nous avons fixé les points suivants :

1. Quelles sont les difficultés rencontrées par le médecin généraliste à aborder le sevrage tabagique ?
2. Quelles attentes ont les médecins à propos de ce sujet ?
3. Est-ce que la formation en tabacologie influence la prise en charge du sevrage tabagique par le médecin ?

II– Population cible :

Le choix de la population cible a été porté sur les médecins généralistes exerçant dans le secteur public et privé, vu leur rôle de premier recours en soins de santé, et par cela à avoir en consultation plus de patients fumeurs.

La ville d'Agadir a été choisie comme site de l'étude pour des raisons de proximité.

- Critères d'inclusion :

- Être médecin généraliste installé ou remplaçant
- Exercer en centre de santé ou en cabinet médical
- Exercer à Agadir
- Être présent pendant la durée de l'enquête

- Critères d'exclusion :

- Refuser de participer à l'enquête

III– Echantillonnage :

La base de sondage a été établie par une liste exhaustive des médecins généralistes exerçant au secteur public récupérée auprès du Médecin Chef du SRES (Service du Réseau des Etablissements Sanitaires) de la préfecture d'Agadir-Idaoutanane (n=70).

Un recours aux données de l'annuaire des pages jaunes a été entrepris pour désigner les médecins généralistes exerçant au secteur privé de la ville d'Agadir (n=75).

Ainsi un échantillonnage aléatoire simple a été effectué comprenant 106 médecins généralistes, dont 100 médecins ont répondu à notre questionnaire, alors que 6 médecins ont refusé de participer par défaut de temps.

Le taux de réponse était de 68.9%.

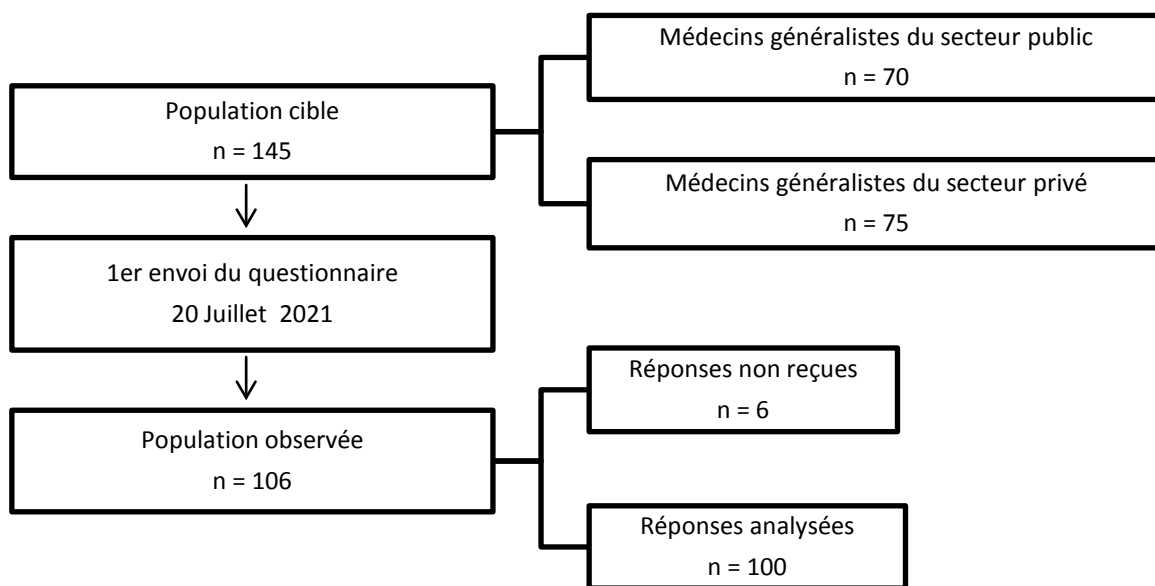


Figure 1 : Diagramme du flux de l'enquête

IV– Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire de l'enquête (Annexe 1) a été élaboré à partir de recherches bibliographiques. Ceci a permis de faire ressortir une liste de thèmes pertinents :

- Pratique du médecin généraliste face au tabagisme
- Pratique du médecin généraliste face au sevrage tabagique
- Besoins et attentes de ces professionnels en termes d'outils, de formation et d'accompagnement méthodologique concernant le sevrage tabagique

Ce questionnaire comportait 22 questions à choix multiples, dont 17 questions isolées et 5 questions appariées à des sous-questions, et une question avec l'échelle de Likert. Il était constitué de 3 parties :

1. Première partie :

Cette première partie portait sur les caractères sociodémographiques (âge, genre, années d'expérience, secteur et lieu d'exercice) et professionnels des médecins généralistes notamment la formation en tabacologie ou en addictologie ainsi que le statut tabagique de chaque médecin.

2. Deuxième partie :

La seconde partie se composait de 12 questions portant sur la pratique médicale des médecins généralistes vis-à-vis le sevrage tabagique :

- La pratique du conseil minimal efficace devant chaque patient
- La prise en charge du patient fumeur en matière de recherche de pathologies liées au tabac et information des risques encourus
- Les attitudes devant chaque stade de changement du patient fumeur selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente
- Les connaissances sur les outils de sevrage tabagique :
 - Les tests d'évaluation utilisés
 - Les traitements pharmacologiques relatifs à l'arrêt du tabac
 - Les thérapies recommandées par les médecins

3. Troisième partie :

La troisième partie abordait les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à entamer le sevrage tabagique vis-à-vis des patients et leur pratique quotidienne. La question n°12 a évalué les attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique en déterminant par quel type de formation étaient-ils le plus intéressés :

- Des formations en présentiel diplômantes
- Des formations en ligne diplômantes
- Des conférences à propos du sujet
- Des supports écrits préétablis
- Des supports audiovisuels préétablis
- Des dépliants préétablis à administrer au patient
- Des outils d'auto-support pour les patient (application mobile/Hotline...)

Des questions ont été reformulées et restructurées afin d'éliminer une éventuelle ambiguïté. En effet, la 1^{ère} version du questionnaire comportait pour chaque question portant sur la pratique du médecin généraliste des choix de réponse en éventail partant de 'Toujours' – 'Souvent' – 'Rarement' à 'Jamais'.

Un test de questionnaire réalisé auprès de 3 médecins généralistes a permis de relever une difficulté face à ce type de choix de réponse liée à l'ambiguïté ainsi que le manque de temps exprimé par les médecins, vu le lancement des campagnes de vaccination contre la maladie COVID-19. On a donc opté pour une version plus courte et pertinente en ajoutant l'option 'Aucun' pour les questions à choix multiple.

V– Collecte de données :

Avant de mener cette étude, une demande d'autorisation a été approuvée par le Délégué Régional de la santé de Souss-Massa ainsi que le Médecin Chef du SRES de la préfecture d'Agadir-Idaoutanane afin de commencer l'enquête auprès des médecins généralistes.

Les données ont été collectées à travers un questionnaire anonyme préétabli (Annexe1) avec deux modes de diffusion afin d'atteindre un taux de participation significatif :

- Un questionnaire imprimé distribué en main propre à chacun des médecins par un seul médecin interne pour réduire au maximum un éventuel biais dû à l'enquêteur.
Certains ont accepté de le remplir sur place, d'autre ont préféré de le remplir de façon différée. Au final 58 médecins généralistes ont été contactés par ce mode.
- Un questionnaire en ligne formulé sur Google Forms diffusé sur les groupes des médecins généralistes d'Agadir sur le réseau social : WhatsApp, avec 42 réponses obtenues.

VI– Saisie et analyse des données :

L'analyse statistique et le traitement des données ont été effectués sur le logiciel SPSS 22.0.

La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2010 et celle des graphiques sur le logiciel Excel 2010.

Une analyse descriptive a été effectuée, présentant les variables quantitatives en moyenne et écart type et les variables qualitatives en fréquences et pourcentage.

Une analyse bi-variée a été réalisée pour évaluer l'impact de la formation du médecin en tabacologie ou en addictologie sur sa prise en charge du sevrage tabagique. Le test statistique utilisé pour comparer les variables qualitatives était le test du Chi² de Pearson. Un p inférieur à 0,05 était considéré comme significatif.

VII– Considérations éthiques :

Cette étude a été entreprise en respectant les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains selon la déclaration d'Helsinki[5].

Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête, et leur consentement a été obtenu avant l'administration du questionnaire.

Leur participation était complètement volontaire. Leur droit de refuser de participer à l'étude a été respecté.

VIII– Biais :

Le questionnaire auto-administré diffusé en ligne peut suggérer un biais d'auto-sélection, par cela les médecins ayant une expérience antérieure ou intéressés par le sujet seraient plus susceptibles à participer à notre étude.

Notre questionnaire comprenait plusieurs questions de type fermé pouvant orienter les réponses des médecins de manière plus importante qu'en cas de réponses libres, ce qui peut nous soumettre à un biais de mesure.

Dans d'autres conditions favorables de temps et de disponibilité, la formulation des questions en éventail de type : «Toujours», «Souvent », «Rarement », « Jamais » nous aurait permis d'obtenir des résultats plus précis et plus proche de la pratique réelle des médecins.

RESULTATS

I- Caractères sociodémographiques et professionnels des médecins généralistes

1- Répartition des médecins selon l'âge :

Dans notre enquête, la tranche d'âge moyenne des médecins était entre 40 à 50 ans.

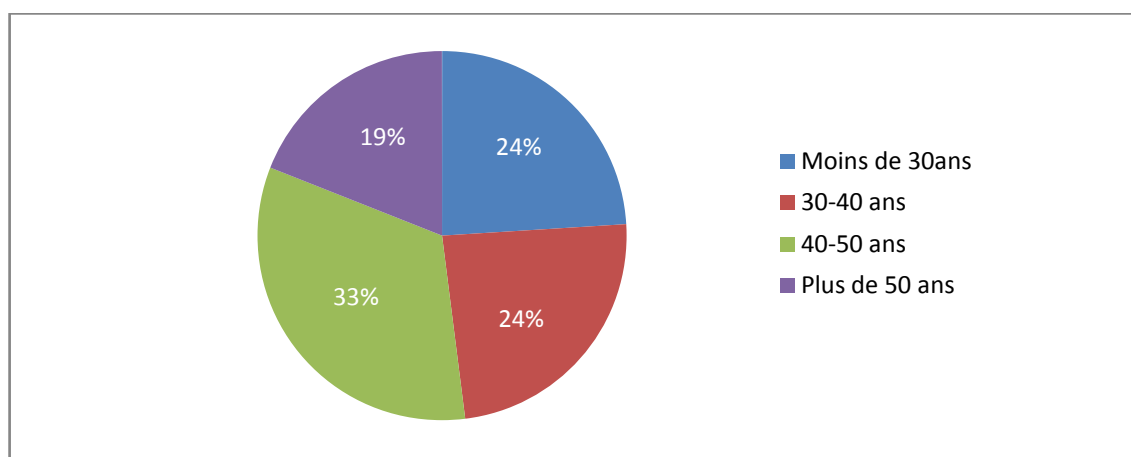


Figure 2: Répartition des médecins selon l'âge

2- Répartition des médecins selon le genre :

Le sexe féminin était prédominant, avec 73 médecins de sexe féminin et 27 médecins de sexe masculin, dont le sex-ratio homme/femme est 0.36.

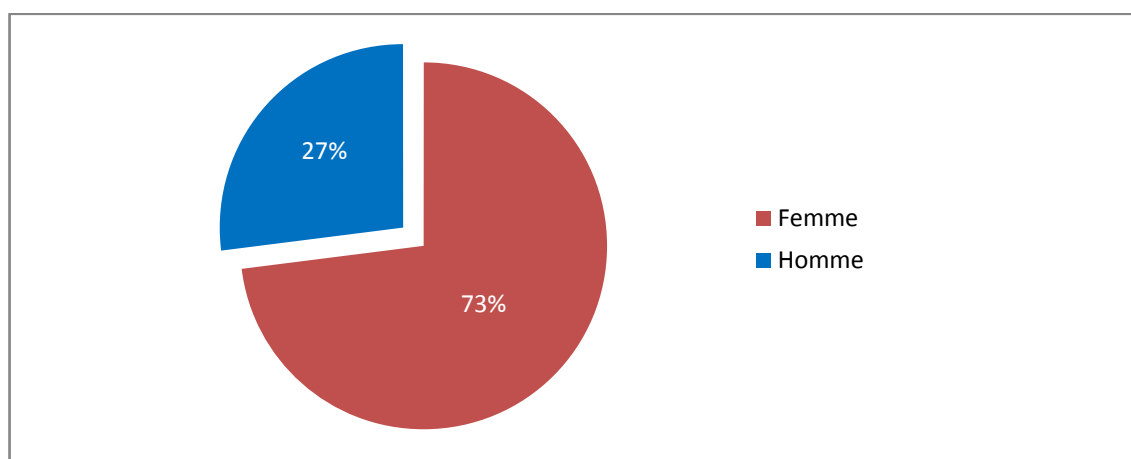


Figure 3 : Répartition des médecins selon le genre

3- Répartition des médecins selon la faculté de formation :

Notre enquête a montré que 41 médecins ont été formés à la faculté de Casablanca, 32 à la faculté de Marrakech, 15 à la faculté de Rabat, 7 à une faculté étrangère et 5 à la faculté de Fès. Par contre, aucun des médecins participants n'a été formé à la faculté d'Oujda.

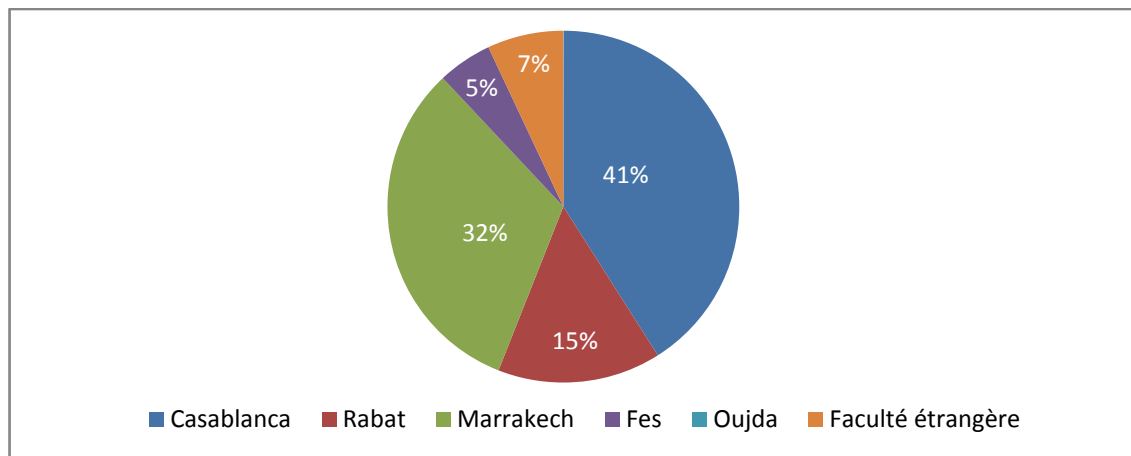


Figure 4 : Répartition des médecins selon la faculté de formation

4- Répartition des médecins selon le secteur d'activité :

La majorité des médecins interrogés exerçaient dans le secteur public (n=60) contre (n=40) médecins exerçant dans le secteur privé.

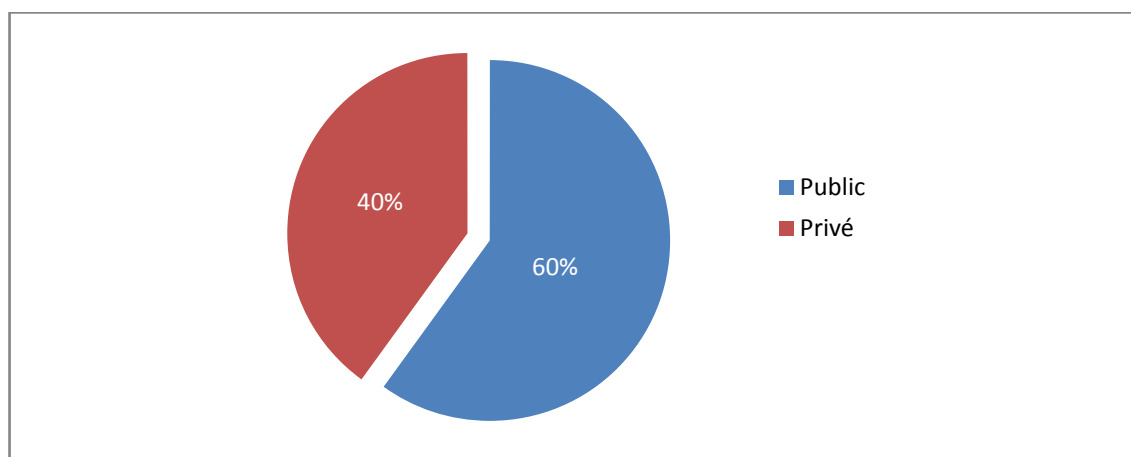


Figure 5 : Répartition des médecins selon le secteur d'activité

5- Répartition des médecins selon le lieu d'exercice :

Les médecins qui exerçaient dans le milieu urbain étaient de 88%, alors que ceux exerçant dans le milieu rural étaient de 12%.

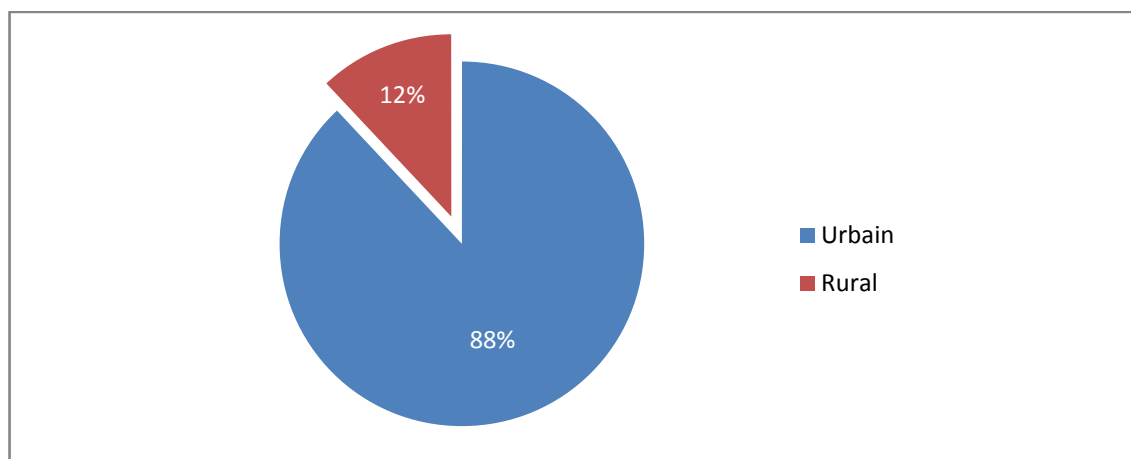


Figure 6 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

6- Répartition des médecins selon la durée d'exercice :

La moyenne de durée d'exercice des médecins était de 16,5 avec un nombre d'année minimal de 1 an et maximal de 32 ans.

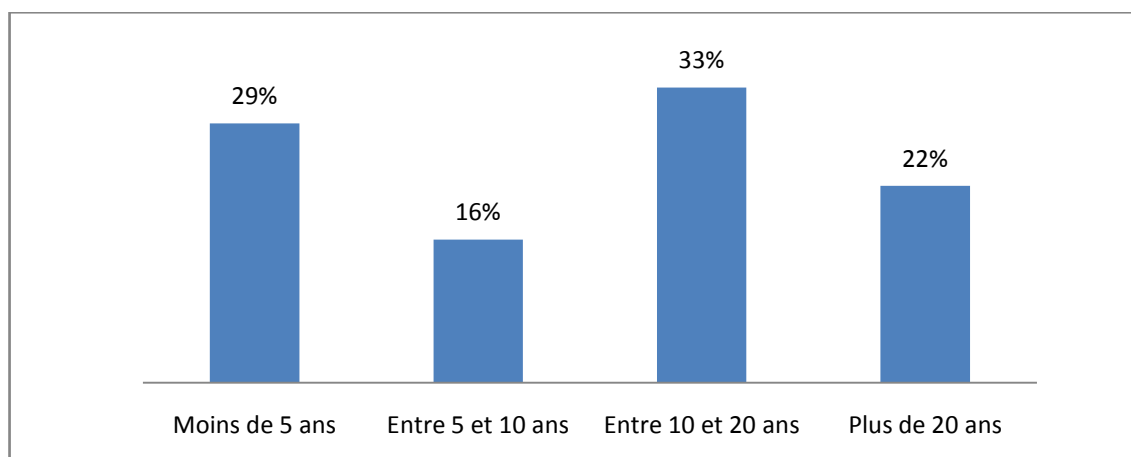


Figure 7 : Répartition des médecins selon la durée d'exercice

7- Répartition des médecins selon le niveau socio-économique de la population :

56 médecins estimaient que le niveau socio-économique de la population là où ils exerçaient était moyen, 43 médecins l'avaient considéré bas, alors qu'un seul médecin estimait qu'il était élevé.

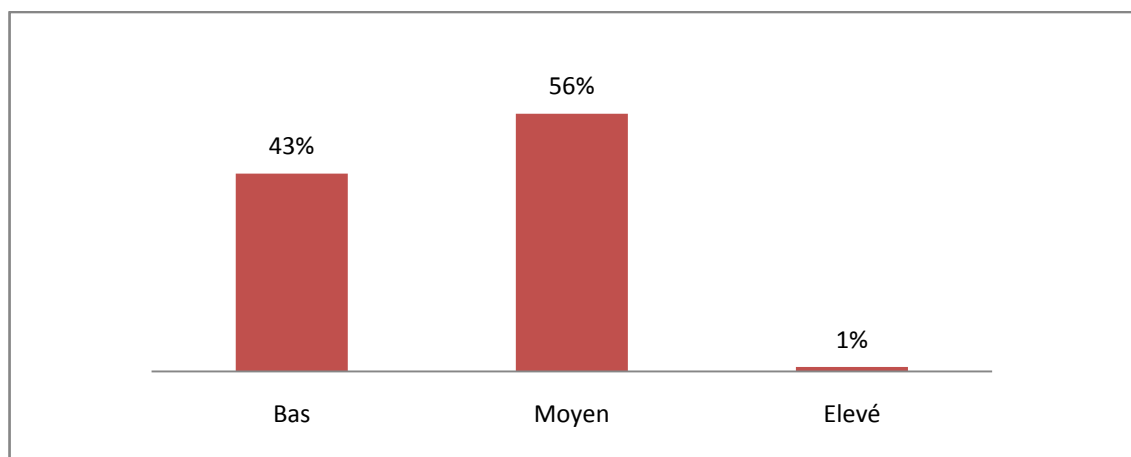


Figure 8 : Répartition des médecins selon le niveau socio-économique de la population

8- Proximité d'un centre d'addictologie :

Un centre d'addictologie est présent à la ville d'Agadir.

52 médecins ont considéré qu'il était proche de leur lieu de travail, contrairement à 48 médecins.

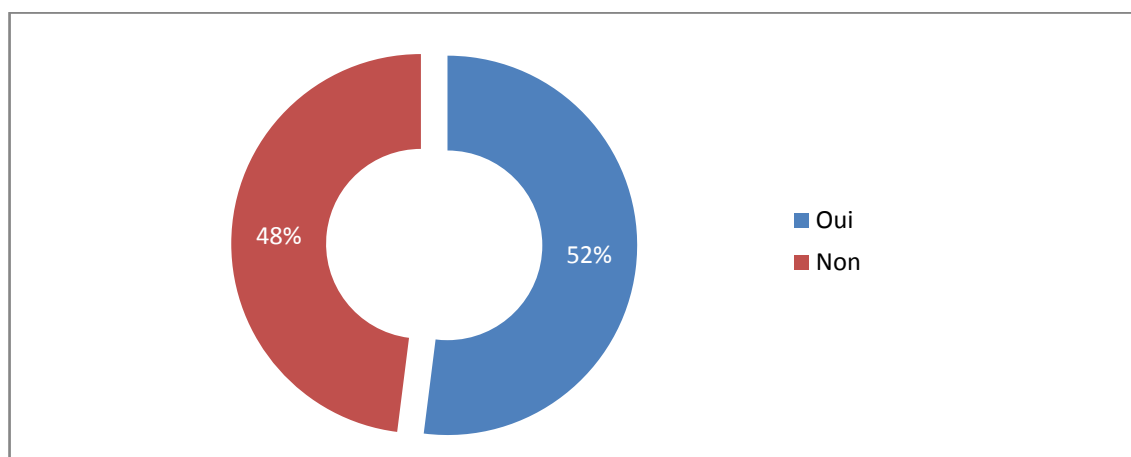


Figure 9 : Proximité d'un centre d'addictologie

9- Formation en tabacologie/addictologie :

69 médecins n'ont pas eu de formation en tabacologie ou en addictologie, contrairement à 31 médecins qui l'ont reçu, dans le cadre de diplôme universitaire d'addictologie pour les médecins exerçant dans le secteur privé, et dans le cadre de la formation continue organisée par le ministère de la santé pour les médecins exerçant dans le secteur public.

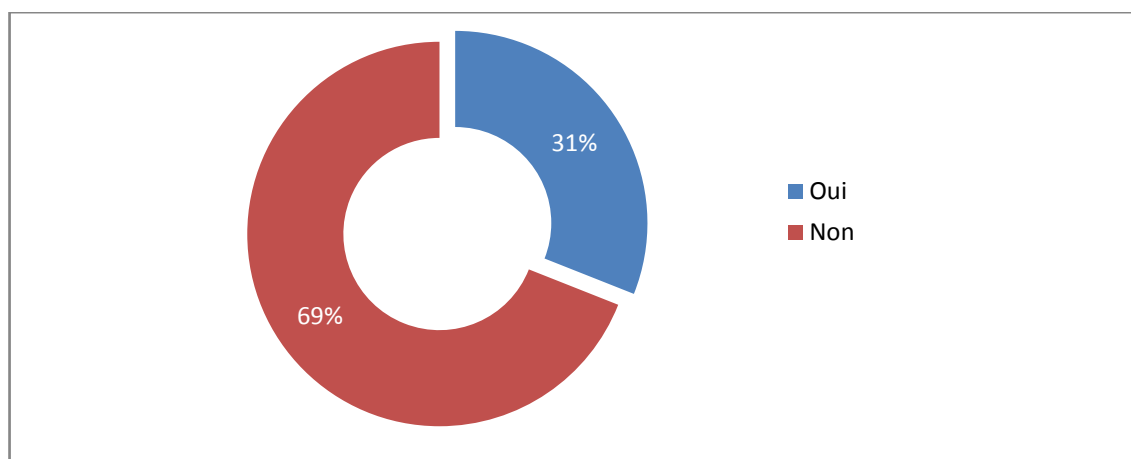


Figure 10 : Formation en addictologie/tabacologie

10- Statut tabagique des médecins généralistes :

La quasi-totalité des médecins généralistes (MG) interrogés étaient non-fumeurs (96%), alors que seulement 4% ont un statut de fumeur actif :

- 2% sans tentative de de sevrage tabagique (ST)
- 2% avec plusieurs tentatives de ST

Le statut de 'fumeur sevré actuellement' ne figurait pas dans notre enquête (0%).

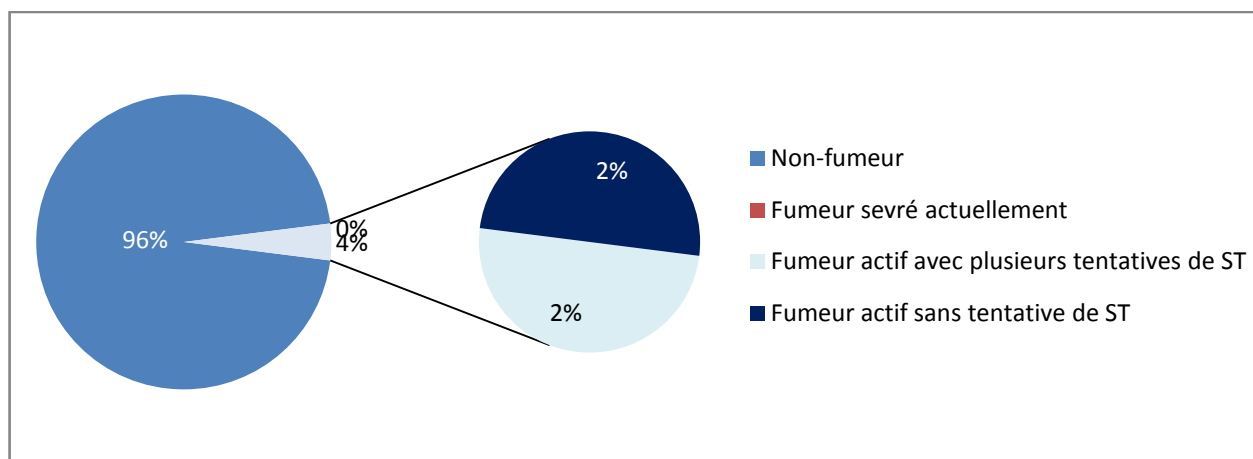


Figure 11 : Statut tabagique des MG

II– Pratique médicale vis-à-vis le sevrage tabagique :

1 – Identification du statut tabagique des patients :

Le statut tabagique de chaque patient consultant est recherché systématiquement par 57 médecins, contrairement à 43 médecins.

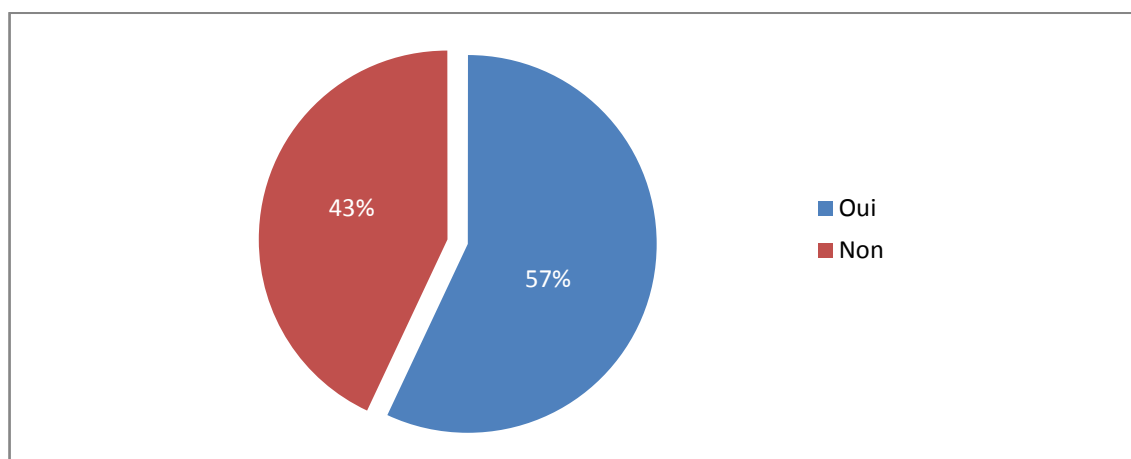


Figure 12 : Identification du statut tabagique des patients

Les différentes circonstances incitant les médecins à identifier le statut tabagique des patients ont été représentées par le tableau I :

Tableau I: Circonstances incitant l'identification du statut tabagique des patients

	Nombre	Pourcentage%
Symptomatologie respiratoire ou ORL	71	39
Autres habitudes toxiques	52	28
Symptomatologie psychiatrique	32	17
Adolescents	24	13
Autres (sexe masculin/épigastralgies/hématurie...)	6	3

2– Quantification du tabagisme :

60 médecins participant quantifiaient le tabagisme par paquet-années uniquement, 4 par la durée d'exposition uniquement, alors que 13 médecins utilisaient les deux, et 23 n'utilisaient ni l'un ni l'autre.

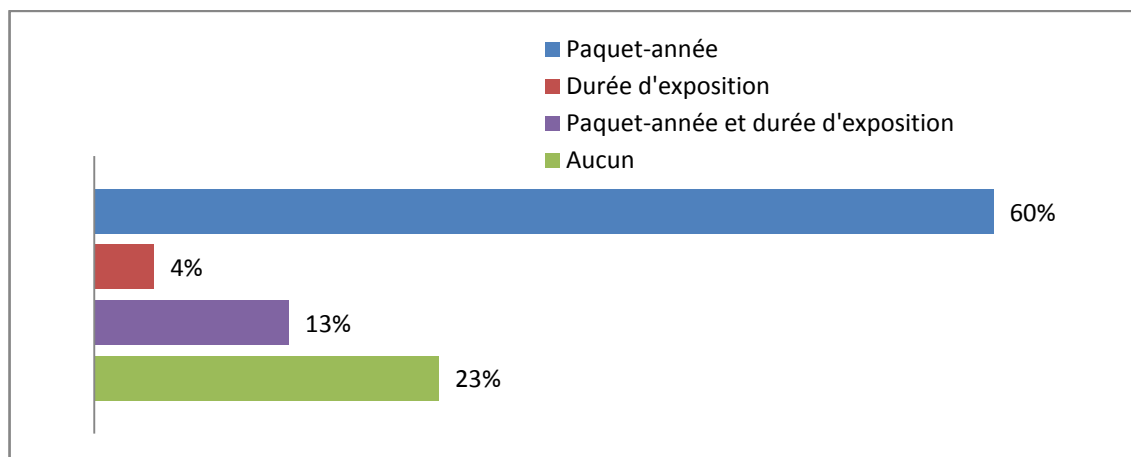


Figure 13 : Quantification du tabagisme

3- Informez des risques liés au tabac :

Parmi les 100 médecins interrogés, 58 médecins informaient systématiquement leurs patients fumeurs des risques liés au tabagisme.

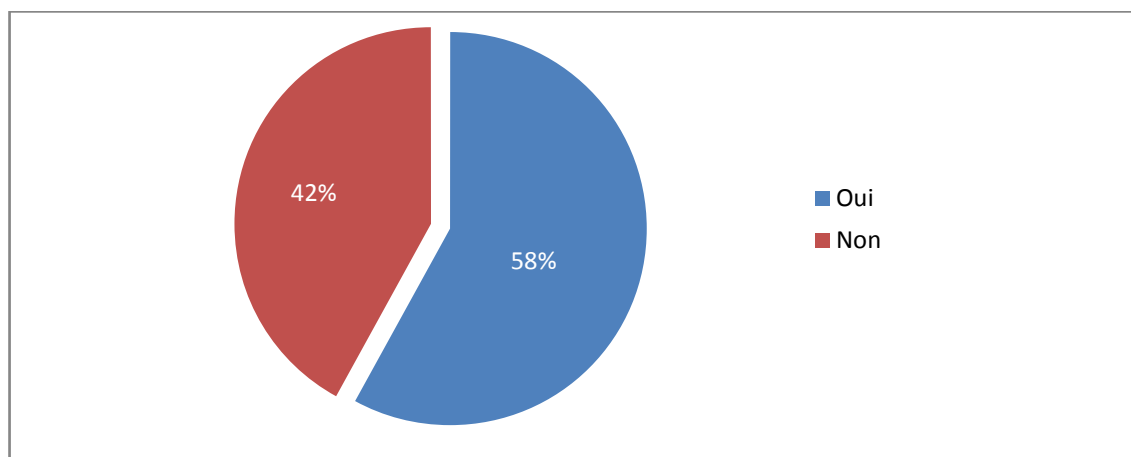


Figure 14 : Informez des risques liés au tabagisme

4- Recherche des éventuelles pathologies associées au tabagisme :

La recherche des éventuelles pathologies associées au tabagisme se faisait par plus de la moitié des médecins (52%).

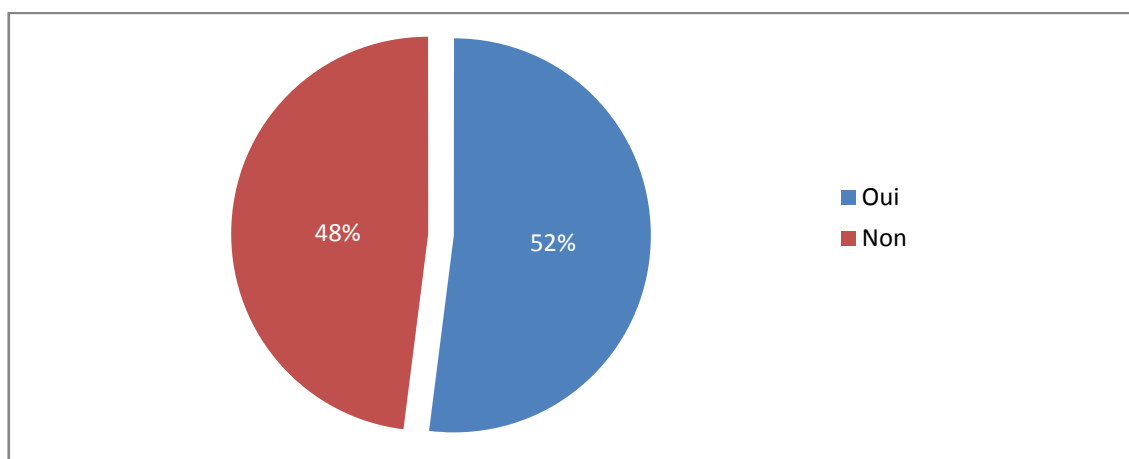


Figure 15 : Recherche des éventuelles pathologies liées au tabagisme

Par ordre décroissant, les pathologies recherchées par les MG étaient : les maladies cardiovasculaire (22%) le cancer du poumon (19%), la BPCO (16%), le cancer du larynx et l'insuffisance coronarienne (13%), l'ulcère gastroduodéal (12%), les troubles dépressifs (10%) et les troubles anxieux (8%). (Tableau II)

Tableau II: Pathologies recherchées par les MG

	Nombre	Pourcentage%
Maladies cardio-vasculaires (AOMI, IDM...)	60	22
Cancer du poumon	52	19
BPCO	45	16
Cancer du larynx	37	13
Ulcère gastroduodéal	34	12
Trouble dépressif	26	10
Trouble anxieux	22	8

5- Questionner sur l'envie d'arrêter de fumer:

Les deux tiers des médecins interrogeaient les patients fumeurs sur leur envie d'arrêt de fumer (71%), par ailleurs 29% des MG ne posaient pas la question par manque de temps (42%), par appréhension de la réaction du patient (22%), par manque de formation à ce sujet (19%) ou par oubli (17%). (Tableau III)

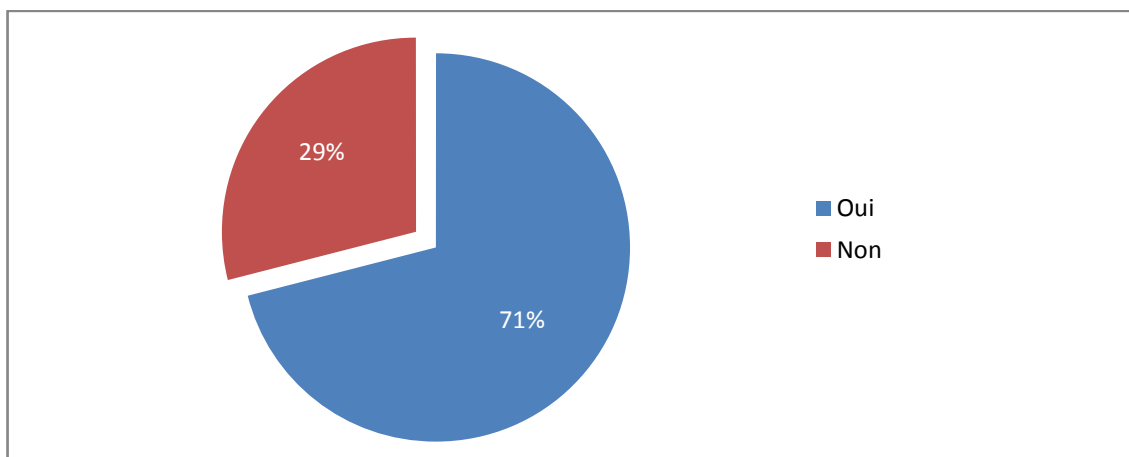


Figure 16 : Questionnaire sur l'envie d'arrêter de fumer

Tableau III : Raisons empêchant d'interroger sur l'envie d'arrêter de fumer

	Nombre	Pourcentage%
Par manque de temps	28	42
Par appréhension de la réaction du patient	15	22
Par manque de formation à ce sujet	13	19
Par oubli	11	17

6- Abord du sevrage tabagique :

42% des médecins évoquaient toujours le sevrage tabagique, alors que 11% estimaient que c'est toujours l'initiative du patient.

L'écart type était de 1,30.

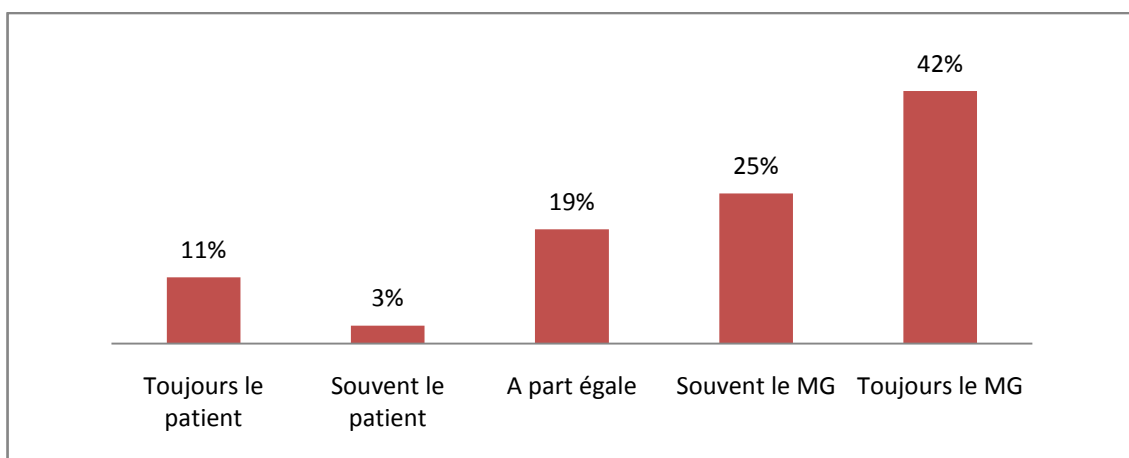


Figure 17 : Abord du sevrage tabagique

7- Attitudes du médecin généraliste devant les stades de changement du patient tabagique :

Les attitudes des MG différaient devant chaque stade de changement d'un patient tabagique.

Devant un patient n'envisageant pas l'arrêt du tabagisme, les MG citaient les avantages à l'arrêt du tabagisme (37%) et insistaient sur le sevrage tabagique à chaque consultation (29%). (Tableau IV)

Tableau IV : Attitude du MG devant un patient n'envisageant pas l'arrêt du tabagisme

	Nombre	Pourcentage%
Je cite les avantages à l'arrêt du tabagisme	63	37
J'insiste sur le sevrage tabagique à chaque consultation	50	29
J'identifie les obstacles à l'arrêt du tabagisme	37	21
Je me limite au conseil minimal	22	13

Devant un patient hésitant à l'arrêt du tabagisme, les MG proposaient une réduction de consommation dans un 1^{er} temps (31%), en plus de renforcer la confiance en soi en la réussite d'arrêt de fumer (31%). (Tableau V)

Tableau V : Attitude du MG devant un patient hésitant à l'arrêt du tabagisme

	Nombre	Pourcentage%
Je propose une réduction de consommation dans un 1 ^{er} temps	62	31
Je renforce la confiance en soi en la réussite d'arrêt de fumer	62	31
Je renseigne sur les outils d'aide au sevrage tabagique	53	27
J'évalue sa dépendance au tabac	22	11

La majorité des MG adressaient leur patient fumeur désirant un sevrage tabagique directement à un centre d'addictologie (40%), en évaluant leur motivation à l'arrêt du tabagisme (34%). (Tableau VI)

Tableau VI : Attitude du MG devant un patient fumeur désirant un sevrage tabagique

	Nombre	Pourcentage%
Je l'adresse directement à un centre d'addictologie	57	40
J'évalue sa motivation à l'arrêt du tabagisme	49	34
Je programme une consultation destinée qu'au sevrage tabagique	24	17
Je fixe une date d'arrêt avec le patient	13	9

37% des MG incitaient leurs patients qui ont arrêté de fumer à informer leur entourage pour le soutien, alors que 25% des MG organisaient un suivi avec anticipation du syndrome de sevrage tabagique. (Tableau VII)

Tableau VII : Attitude du MG devant un patient qui a arrêté de fumer

	Nombre	Pourcentage%
J'incite le patient à informer son entourage pour le soutien	64	37
J'anticipe le syndrome de sevrage tabagique	44	25
J'organise un suivi afin de renforcer l'abstinence tabagique	44	25
Je recommande l'utilisation de médicaments efficaces	22	13

8- Symptômes de sevrage tabagique présentés par les patients:

Pour les médecins participant à notre enquête, les symptômes de sevrage tabagique présentés par leurs patients à l'arrêt du tabagisme par ordre décroissant étaient : l'irritabilité/agitation (23%), l'envie irrésistible de fumer : craving (17%), les troubles de concentration (16%), l'humeur dépressive et les troubles de sommeil (15%) en plus de l'augmentation de l'appétit (14%).

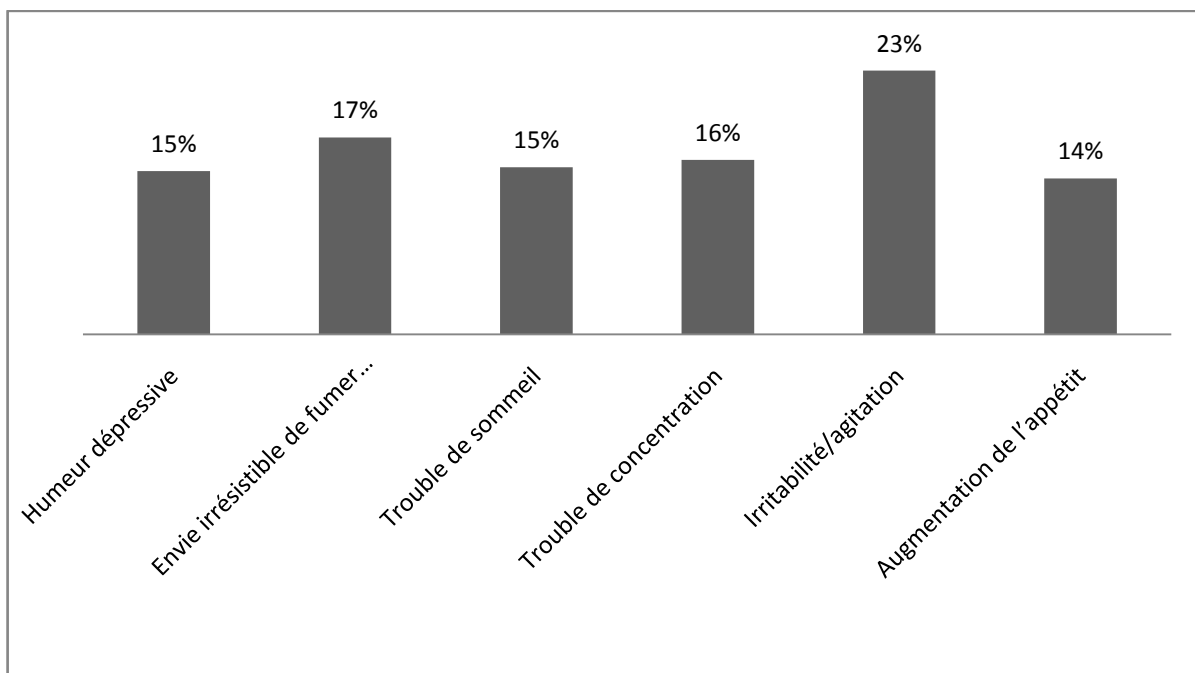


Figure 18 : Symptômes de sevrage tabagique présentés par les patients

9- Tests utilisés par les médecins généralistes:

73% des MG n'utilisaient aucun test d'évaluation, tandis que 11% utilisaient le test de Fagerström, 7% utilisaient le test de Horn, et 5% utilisaient le test de Q-MAT et l'échelle HAD (4%).

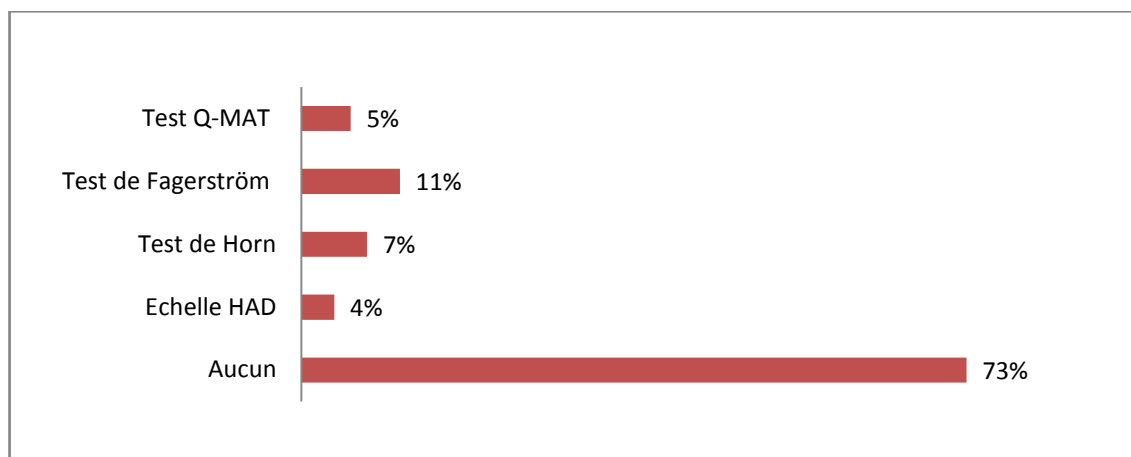


Figure 19 : Tests utilisés par les MG

10- Traitements prescrits par les médecins généralistes :

Pour les 100 médecins interrogés, 66% ne prescrivait aucun traitement pour renforcer le sevrage tabagique.

19% ont déjà prescrit des traitements nicotiniques de substitution sous forme de patch (n=11), gommes(n=2) et pastilles(n=2). Alors que la prescription de la varéniciline et du bupropion se limitait respectivement à 9% et 6%.

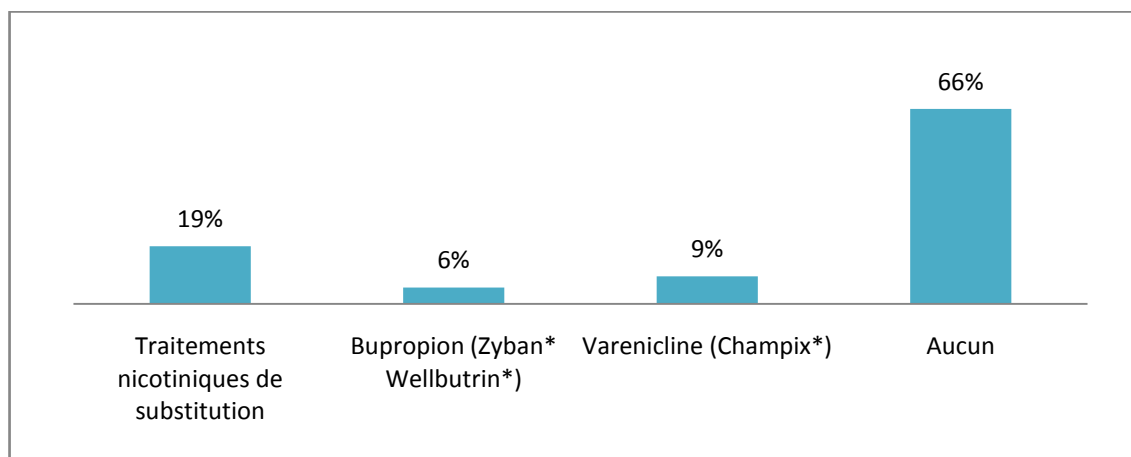


Figure 20 : Traitements prescrits par les MG

11- Thérapies recommandées par les médecins généralistes :

L'activité physique régulière (52%) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (25%) étaient les thérapies les plus recommandées par les MG participant à notre enquête, contrairement à l'hypnothérapie (5%) et l'acupuncture (4%).

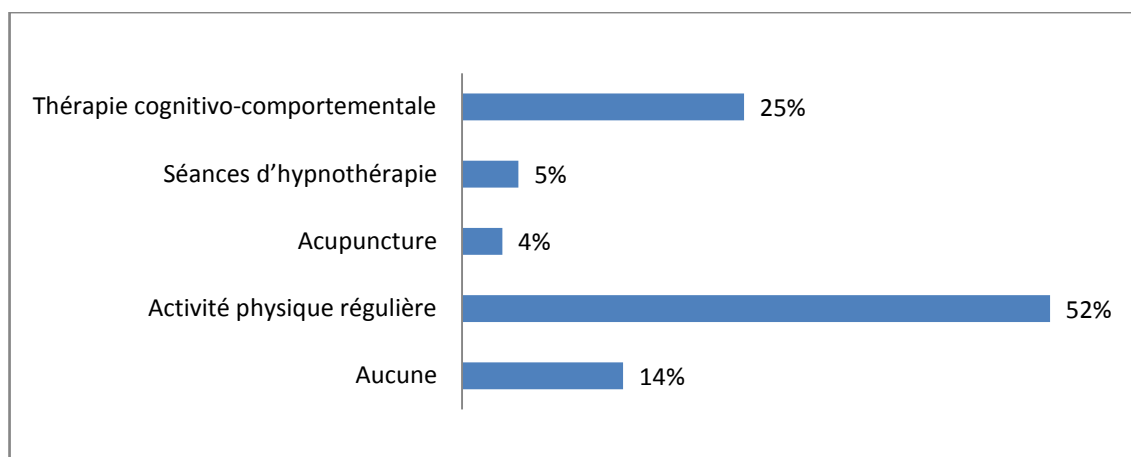


Figure 21 : Thérapies recommandées par les MG

III– Difficultés et attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique:

1– Difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aborder le sevrage tabagique:

Près de la moitié des MG ont considéré que les difficultés rencontrées à entamer le sevrage tabagique avec le patient étaient essentiellement la non motivation (48%) et le refus (21%) à recevoir de l'aide.

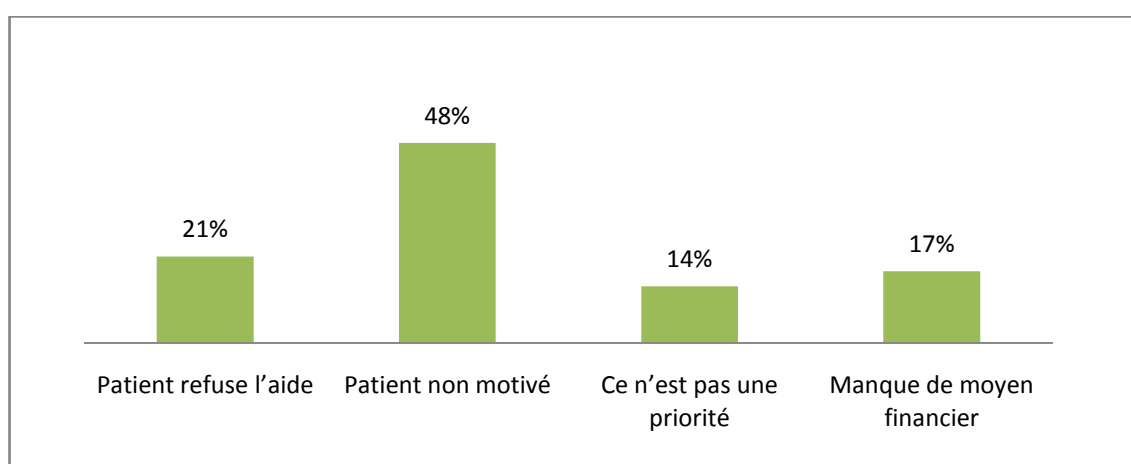


Figure 22 : Difficultés rencontrées vis-à-vis du patient

Le manque de formation (37%) et de temps (24%) représentaient majoritairement les difficultés compliquant la pratique du MG à aborder le sevrage tabagique. Par ailleurs, la difficulté d'accès aux traitements pharmacologiques et d'application des recommandations représentaient respectivement 22% et 17%.

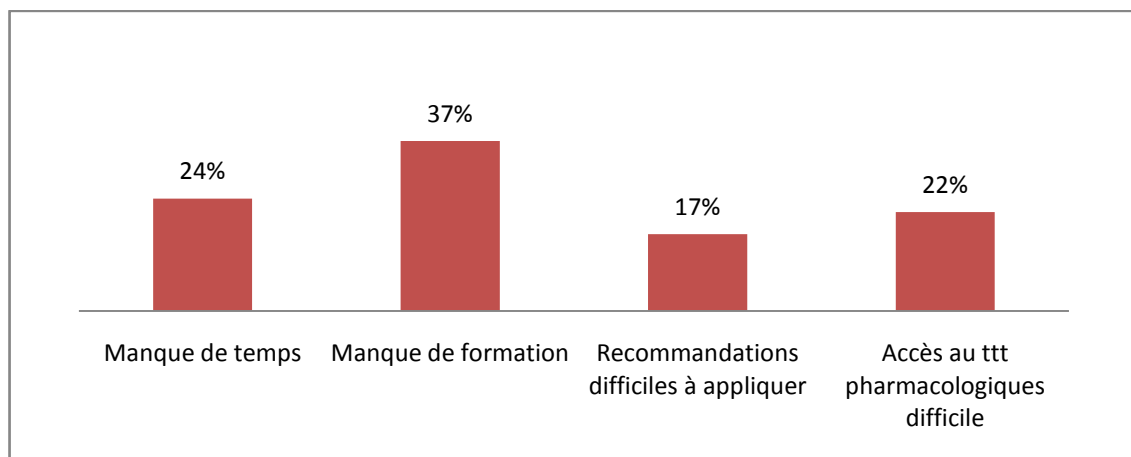


Figure 23 : Difficultés rencontrées vis-à-vis la pratique du MG

2- Attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique :

Les médecins généralistes étaient globalement intéressés par le sujet du sevrage tabagique.

Notamment par des formations en présentiel et conférences à propos du sujet du ST (17%), par des dépliants préétablis et des outils d'auto-support destinés au patient (15%), par des formations en ligne et des supports écrits préétablis (13%) et par des supports audiovisuels (10%).

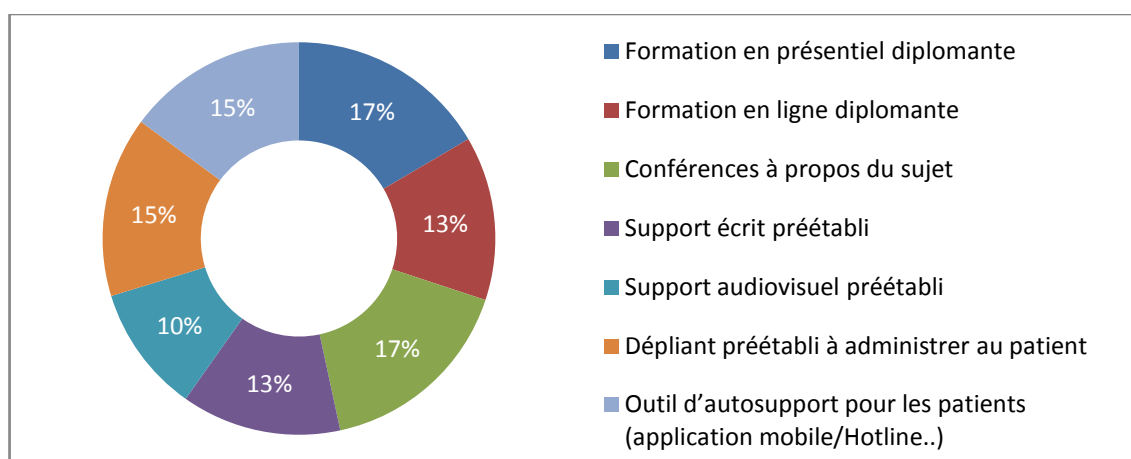


Figure 24 : Attentes des MG à propos du sevrage tabagique

IV- Analyse bi-variée

Après les résultats descriptifs, nous avons réalisé une analyse bi-variée afin de déterminer : est-ce-que la formation en tabacologie ou en addictologie influence la pratique du médecin généraliste vis-à-vis le sevrage tabagique?

1- Corrélation entre la formation en tabacologie ou en addictologie et la pratique du conseil minimal efficace :

L'identification systématique du statut tabagique de chaque patient était faite par 21% des MG formés en tabacologie contre 36% de MG non formés (Figure 25).

Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0.146$).

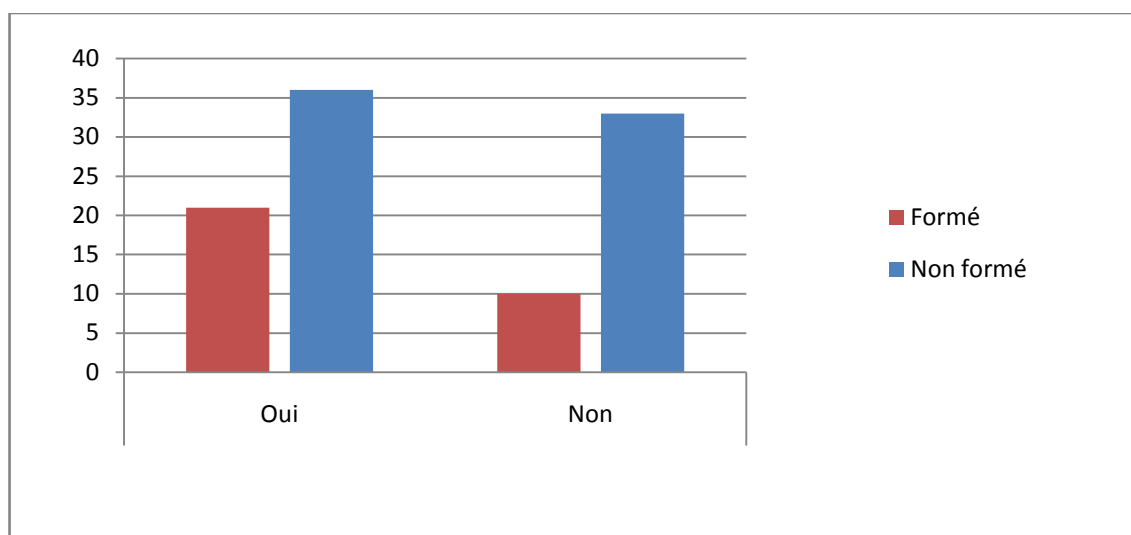


Figure 25 : Identification du statut tabagique en fonction de la formation

Près d'un quart des MG formés (23%) interrogeait les patients fumeurs sur leur envie d'arrêter de fumer. Alors que la question était posée par 48% des MG non formés en matière de tabacologie ou en addictologie (Figure 26).

Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,637$).

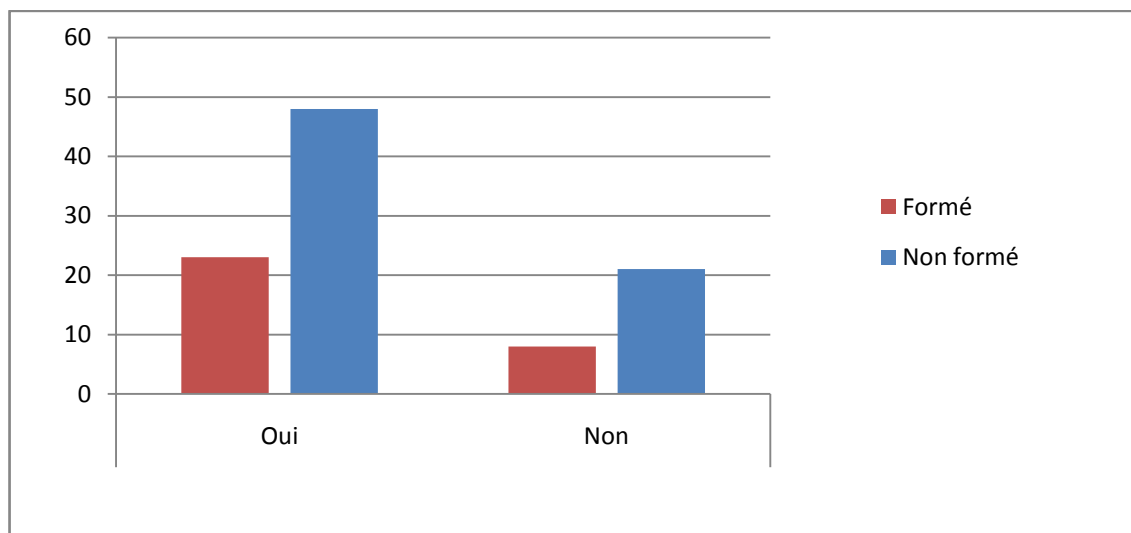


Figure 26 : Interroger sur l'envie d'arrêter de fumer en fonction de la formation

2- Corrélation entre la formation en tabacologie ou en addictologie et la quantification du tabagisme :

Les MG formés dans le domaine de tabacologie ou en addictologie quantifiaient moins le tabagisme que leurs confrères non formés (Figure 27).

Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,859$).

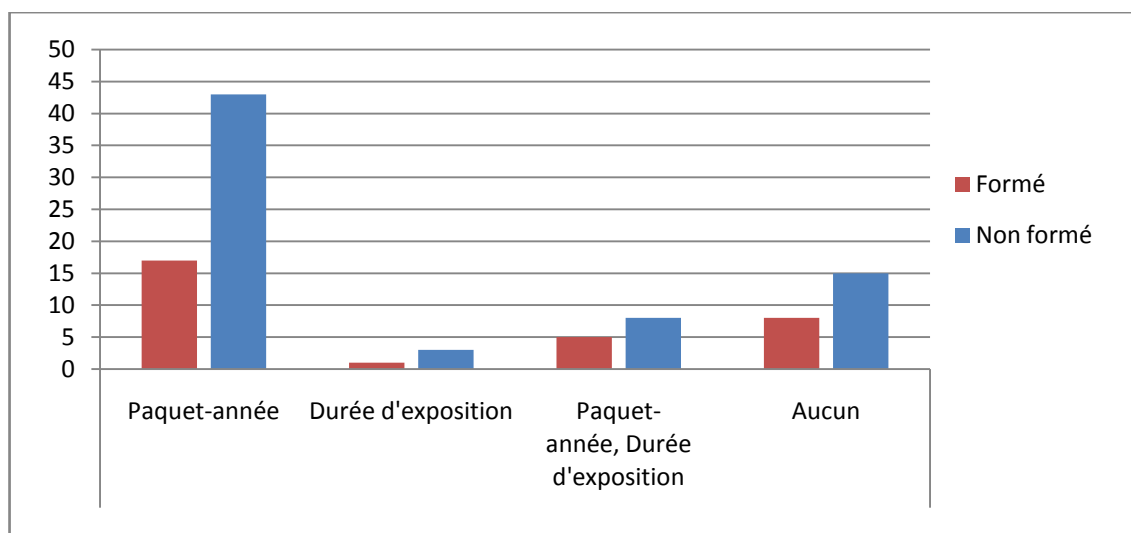


Figure 27 : Quantification du tabagisme en fonction de la formation

3- Corrélation entre la formation en tabacologie ou en addictologie et la recherche des pathologies liées au tabagisme :

Les MG formés en tabacologie ou addictologie recherchaient plus les pathologies liées au tabagisme que les médecins non formés (Figure 28).

Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,035$).

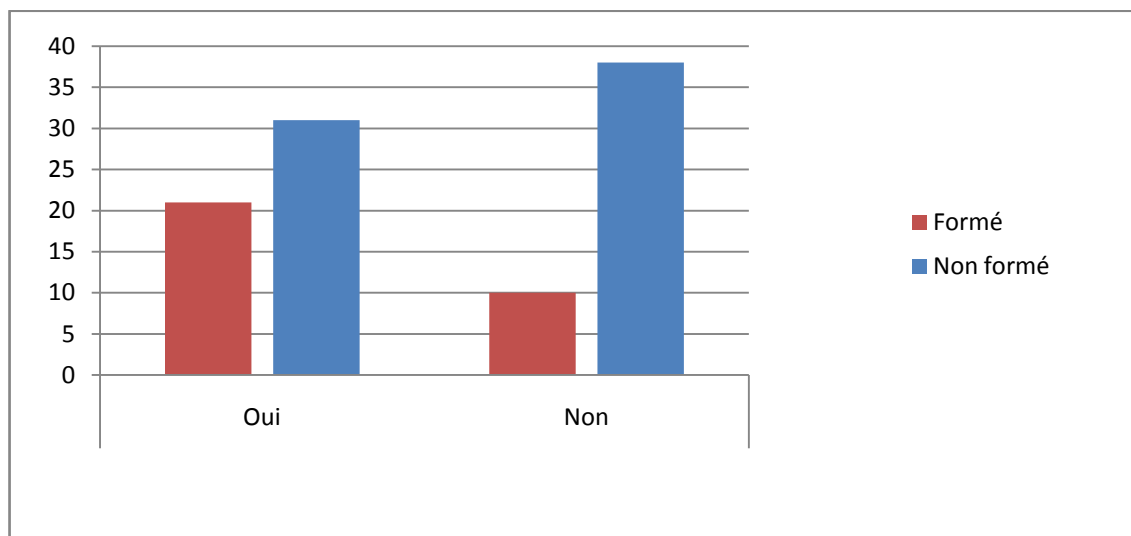


Figure 28 :Recherche des maladies liées au tabagisme en fonction de la formation

4- Corrélation entre la formation en tabacologie ou en addictologie et l'utilisation de tests d'évaluation :

Le recours aux tests d'évaluation est plus entamé par les MG formés en tabacologie ou en addictologie que les non formés (Figure 29).

Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,032$).

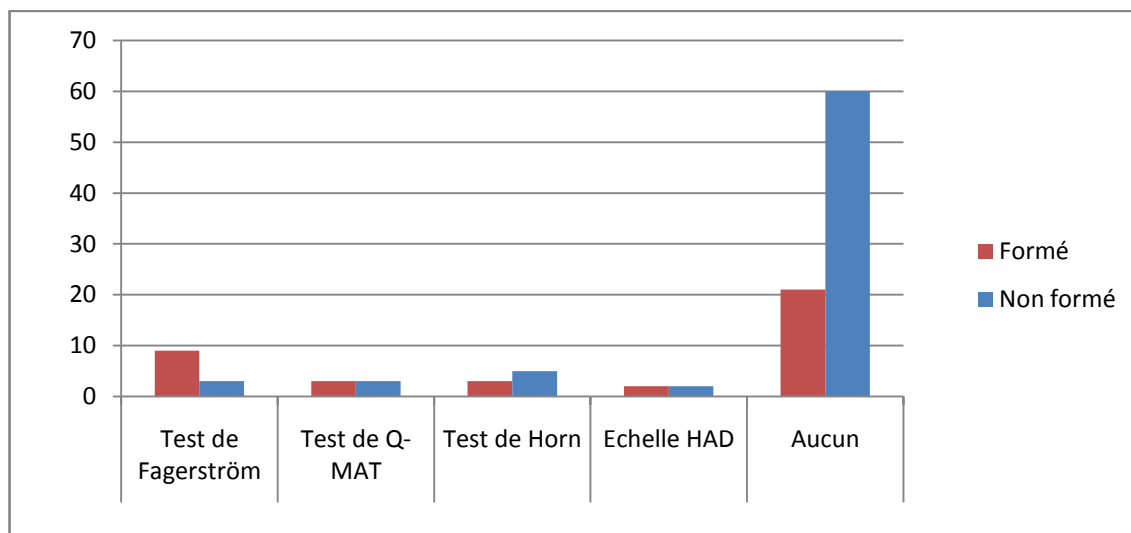


Figure 29 : Utilisation des tests en fonction de la formation

5- Corrélation entre la formation en tabacologie ou en addictologie et la prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique :

Les traitements pharmacologiques ont été plus prescrits par les MG formés en tabacologie ou en addictologie.

Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,001$).

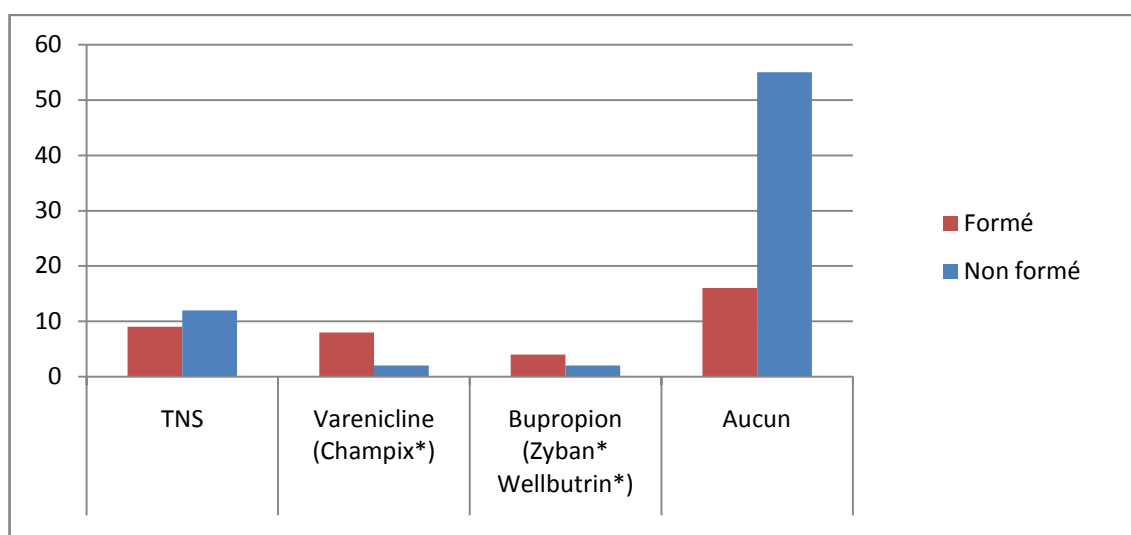


Figure 30 : Prescription des traitements pharmacologiques en fonction de la formation

6- Corrélation entre la formation en tabacologie ou en addictologie et la recommandation de thérapies :

La majorité des MG formés ou non ne recommandaient pas des thérapies dans le cadre de l'aide au sevrage tabagique (Figure 30).

Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,285$).

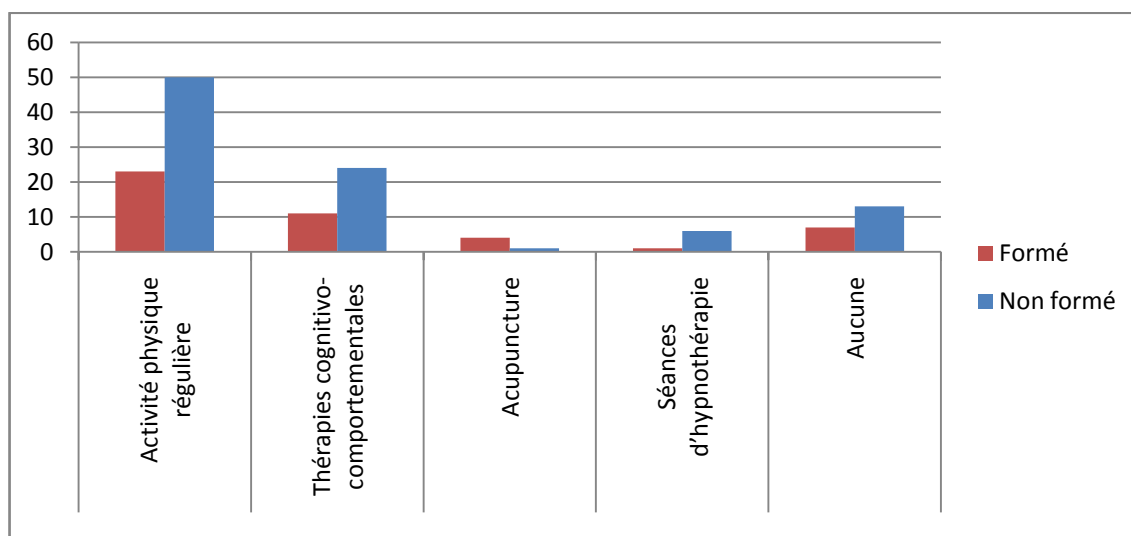


Figure 31 : Recommandation des thérapies en fonction de la formation

Notre étude permet de déduire que la formation en tabacologie ou en addictologie est significativement liée à la recherche des maladies associées au tabagisme ($p=0,035$), liée à la prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique ($p=0,001$), et aussi liée à l'utilisation des tests d'évaluation ($p=0.032$).

Tableau VIII :Tableau récapitulatif de l'analyse bi-variée

	Total (n=100)	Avez-vous reçu une formation en tabacologie ou en addictologie ?		
		Oui	Non	p
Demandez-vous systématiquement à chaque patient s'il fume ?				
Oui	57	21	36	0.146
Non	43	10	33	
Demandez-vous systématiquement à vos patients fumeurs s'ils ont envie d'arrêter de fumer ?				
Oui	71	23	48	0.637
Non	29	8	21	
Comment quantifier-vous le tabagisme ?				
Paquet-années	60	17	43	0.859
Durée d'exposition	4	1	3	
Paquet-années et durée d'exposition	13	5	8	
Aucun	23	8	15	
Recherchez-vous les éventuelles pathologies liées au tabagisme ?				
Oui	52	21	31	0.035
Non	48	10	38	
Parmi ces tests, lesquels avez-vous déjà utilisé ?				
Test de Fagerström	12	9	3	0.032
Test de Q-MAT	6	3	3	
Test de Horn	8	3	5	
Echelle HAD	4	2	2	
Aucun	81	21	60	
Parmi ces traitements, lesquels avez-vous déjà prescrit ?				
TNS	21	9	12	0.001
Varénicline (Champix*)	10	8	2	
Bupropion (Zyban* Wellbutrin*)	6	4	2	
Aucun	71	16	55	
Parmi ces thérapies, lesquelles avez-vous déjà recommandé ?				
Activité physique régulière	73	23	50	0.285
TCC	35	11	24	
Acupuncture	5	4	1	
Séances d'hypnothérapie	7	1	6	
Aucune	20	7	13	

DISCUSSION

I- Généralités :

1- Impact du tabagisme :

1.1. Prévalence du tabagisme :

1.1.1. Prévalence globale :

Le tabagisme constitue la première cause de décès évitable dans le monde.

L'épidémie du tabagisme est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale selon l'OMS. Elle fait plus de 8 millions de morts chaque année dans le monde. Plus de 7 millions d'entre eux sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et environ 1,2 million des non-fumeurs sont involontairement exposés à la fumée [1].

Aux États-Unis, 1 décès sur 5 est attribué au tabagisme. En 2019, près de 14 adultes américains sur 100, âgés de 18 ans ou plus sont fumeurs, ce qui représente une prévalence de 14%. Cela signifie qu'environ 34,1 millions d'adultes aux États-Unis fument des cigarettes et plus de 16 millions d'américains vivent avec une maladie liée au tabagisme [6].

En France, la prévalence du tabagisme parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans est de 31.8%, dont 36.2% sont des hommes et 27.7% sont des femmes, selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2021[7].

Au Maroc, la prévalence du tabagisme est estimée à 11.3% selon le rapport de l'ENPSF de 2018 chez les individus âgés de 15 ans et plus, avec une prédominance du sexe masculin (21.9%) par rapport au sexe féminin (1%)[8].

1.1.2. Prévalence chez les professionnels de santé :

En Grande-Bretagne et aux États-Unis, il y a une décroissance de la prévalence tabagique chez les médecins, les médecins britanniques ont un taux de tabagisme nettement inférieur à la population générale (moins de 15% de médecins fumeurs), alors que les pays scandinaves ont globalement moins de 20% de médecins fumeurs [9].

La France se situe dans le groupe des pays européens ayant le plus fort taux de tabagisme chez les médecins, estimé à 27.9% de fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) parmi les médecins généralistes selon le « Baromètre Santé médecins généralistes 98/99 » [10].

Au Maroc, la prévalence du tabagisme chez les médecins est estimée à 30%, à 25% chez les étudiants en médecine [11], et à 30% chez le personnel paramédical [12].

Une étude marocaine Mohammadi K. sur le tabagisme chez le personnel médical de la ville d'Agadir en 1992 a trouvé une prévalence globale de tabagisme élevée, estimée à 38.2%[13].

1.2. Tabagisme et comorbidités :

1.2.1. Tabac et cancers :

Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer dans le monde.

Son incidence mondiale est estimée , en 2008, à 1,61 millions de cas incidents et 1,38 millions de décès, soit 18.2 % du total des décès par cancer [14].

Au Maroc, ce taux est passé de 20,3 pour 100 000 en 2004 à 25,4 pour 100 000 en 2012[15].

Le tabagisme est le principal facteur de risque responsable de 90% des cas avec une relation exposition–effet [16].

La durée d'exposition au tabac semble plus importante que le nombre de cigarettes fumées. En effet, plus les sujets commencent à fumer tôt, plus l'âge de survenue du cancer est précoce [14].

Le tabac est également l'agent cancérigène essentiellement impliqué dans le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), notamment le cancer du larynx.

Au Maroc, l'incidence du cancer du larynx augmentait avec l'âge pour atteindre un pic de 39,8 pour 100 000 hommes et de 3,5 pour 100 000 femmes pour la classe d'âge comprise entre 65 et 69 [15].

Ces cancers doivent être recherchés cliniquement [17]:

	Référentiel Cancer de la cavité buccale	Référentiel Cancer du larynx	Référentiel Cancer bronchopulmonaire
Signes fonctionnels	→ Douleur intrabuccale → Ulcération persistante → Dysphonie → Dysphagie → Otalgie unilatérale	→ Dysphonie persistante → Gêne ou douleur pharyngée → Odynophagie → Dysphagie → Otalgie	→ Toux → Dyspnée → Hémoptysie → Douleur thoracique → Altération de l'état général → Bronchites ou pneumonies à répétition
Examen clinique	Examen de la cavité buccale → Asymétrie faciale parotidienne ou cervicale → Ulcération chronique ou induration ou asymétrie → Leucoplasie, érythroplasie, leucoérythroplasie → Excroissance, tumeur bourgeonnante → Trouble de la mobilité linguale	→ <i>Examen devant être pratiqué par un spécialiste</i>	Examen pulmonaire → Syndrome bronchique unilatéral avec diminution du murmure vésiculaire
Palpation des aires ganglionnaires	→ Adénopathie sous-maxillaire	→ Adénopathie cervicale	→ Adénopathie sus-claviculaire

Figure 32 : Les signes cliniques des cancers liés au tabac

1.2.2. Tabac et maladies cardio-vasculaires :

Le tabagisme constitue le principal facteur de risque cardiovasculaire évitable.

Dans le monde, un décès cardiovasculaire sur 10 est dû au tabagisme[18].

Il est responsable plus de 80% des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans, et se situe donc au 2^{ème} rang des facteurs de risque (FDR) de l'infarctus du myocarde comme l'indique l'**étude INTERHEART**[19].

Il joue aussi un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). En effet 90% des patients ayant cette localisation d'athérosclérose sont fumeurs[20].

Plusieurs mécanismes sont intriqués : l'agrégation plaquettaire, le taux de fibrinogène élevé et l'altération la vasomotricité artérielle endothélium-dépendante, ce qui favorise le spasme et la thrombose.

Néanmoins, ces mécanismes restent rapidement réversibles d'où l'intérêt de prise en charge du sevrage tabagique[18].

1.2.3. Tabac et bronchopneumopathie chronique obstructive :

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique, lentement progressive, caractérisée par une diminution irréversible des débits aériens[21].

C'est la troisième cause de décès dans le monde entraînant 3,23 millions de décès en 2019, selon l'OMS[22].

Le tabagisme en est le principal facteur de risque, suivi des expositions professionnelles et de la pollution atmosphérique.

Les études ont démontré que la prévalence de la BPCO augmente avec la consommation tabagique.

Par ailleurs, l'arrêt du tabac est la façon la plus efficace de réduire le risque d'apparition d'une BPCO et chez les patients déjà atteints : il améliore les symptômes, ralentit le déclin du VEMS et réduit la réactivité bronchique[23].

Il est important de rappeler les signes cliniques des maladies antérieurement citées [17]:

	Référentiel Bronchopneumopathie obstructive	Référentiel Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	Référentiel Pathologie coronaire	Référentiel Anévrisme de l'aorte abdominale	Référentiel Accident ischémique transitoire
Signes fonctionnels	→ Toux et expectoration chronique depuis 2-3 mois → Dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite	→ Ischémie d'effort (crampe musculaire dans un mollet obligeant à s'arrêter de marcher)	→ Douleur thoracique rétro-sternale constrictive → Survenant à l'effort, parfois au repos → Pouvant irradier dans la mâchoire, ou le bras gauche	→ Asymptomatique (le plus souvent) → Douleur abdominale d'intensité et de localisation variables	→ Faiblesse, engourdissement de la face, du bras ou de la jambe → Diminution, perte de vision uni ou bilatérale → Difficulté de langage, de compréhension → Mal de tête sévère, soudain, inhabituel, sans cause apparente → Perte de l'équilibre, instabilité de la marche, chutes inexplicables
Examen clinique	Examen pneumologique → Râles bronchiques → Sibilants → Diminution du murmure vésiculaire	Palpation des pouls artériels distaux → Abolition d'un pouls distal	Électrocardiogramme → Grandes ondes T géantes, sus-décalage du segment ST → Onde q de nécrose	Palpation et auscultation périombilicale → Masse abdominale médiane battante, expansive et soufflante	→ Examen devant être pratiqué par un spécialiste en urgence

Figure 34 : Les signes cliniques des maladies liées au tabac

1.2.4. Tabac et ulcère gastroduodénal :

L'ulcère gastroduodénal (UGD) est défini comme une perte de substance de la paroi gastrique ou duodénale atteignant en profondeur la musculuse.

Le tabac induit un déséquilibre à la fois des facteurs agressifs et protecteurs de la muqueuse gastrique. Ce qui facilite la colonisation de l'*Helicobacter pylori*, 1^{er} agent incriminé dans la maladie ulcéreuse.

De plus, il a été démontré que la nicotine potentialise l'effet de la toxine vacuolisante produite par l'*Helicobacter Pylori*.

Au final, le tabagisme augmente le risque de survenue d'un ulcère (gastrique et duodénal), diminue la vitesse de cicatrisation de l'ulcère évolutif, en particulier duodénal, et favorise le risque de récurrence de l'ulcère duodénal [24].

1.2.5. Tabagisme et comorbidités psychiatriques :

La relation de comorbidité entre la dépendance tabagique et les troubles psychiatriques existe.

Le tabagisme est trois fois plus fréquent chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques qu'en population générale, il est aussi le principal responsable de mortalité chez ces patients.

Trois types de relation lient le tabagisme et les patients avec des troubles psychiatriques :

- Les pathologies psychiatriques peuvent favoriser le tabagisme, notamment les troubles dépressifs, anxieux, psychotiques et bipolaires.
- Le tabagisme peut favoriser certaines pathologies psychiatriques telles que les troubles dépressifs et certains troubles anxieux.
- Les relations peuvent être bidirectionnelles : le tabagisme et les troubles dépressifs ou anxieux se renforçant mutuellement.

La prise en charge du sevrage tabagique varie selon le profil de la maladie psychiatrique présente. D'autant plus que la symptomatologie de sevrage est plus sévère dans cette population que chez les sujets sans pathologie psychiatrique.

Ceci dit, une approche multidisciplinaire est justifiée entre médecins généralistes, psychiatres et tabacologues afin d'optimiser la prise en charge de ces patients [25].

2- Aide au sevrage tabagique :

2.1. Le conseil minimal :

Le conseil minimal est une intervention verbale brève (moins d'une minute), donnée par le médecin traitant, qui permet significativement d'accroître le taux d'arrêt du tabagisme jusqu'à 12 mois [26].

Dans un premier temps, le médecin traitant identifie le statut tabagique du patient qui consulte pour un motif quelconque.

Si le patient est effectivement fumeur, le médecin doit relever son souhait d'arrêt ou non. Dans le cas positif, le praticien est amené à proposer une aide au sevrage tabagique. Dans le cas négatif, il est impératif de sensibiliser le patient sur les méfaits du tabagisme et de rappeler le sujet à chaque consultation[27].

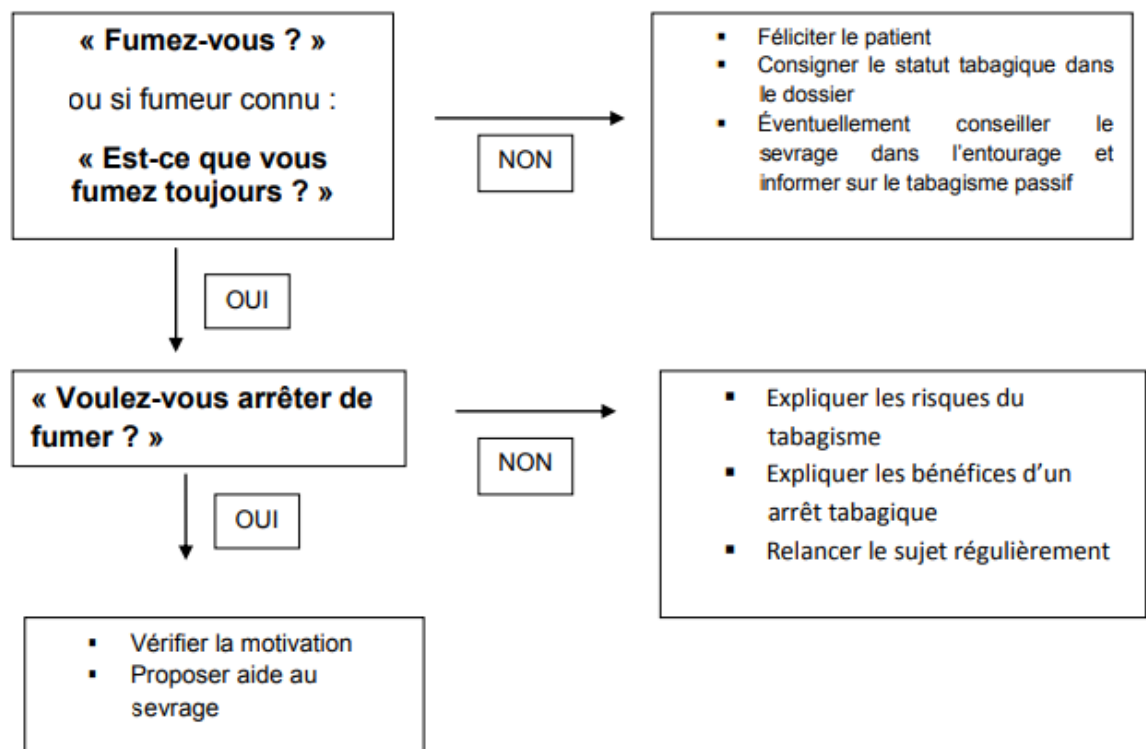


Figure 35 : Modèle du conseil minimal[27]

2.2. Les stades de changement du patient tabagique :

Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente est une théorie de changement comportemental.

Un fumeur passe par plusieurs étapes de motivation avant atteindre la décision finale d'arrêt.

Les étapes de changement décrites sont les suivantes :

- La pré-intention : Le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique.
- L'intention : Il pense à arrêter de fumer mais reste ambivalent.
- La préparation : Il a pris la décision d'arrêter de fumer, il commence à planifier ce changement.
- L'action : Il arrête de fumer.
- Le maintien / liberté : Il maintient le sevrage mais reste vigilant à d'éventuelles situations de rechute.

Avant d'entamer une aide au sevrage tabagique, il faut déterminer le stade où se trouve le patient, afin d'apporter des interventions adaptées[28].

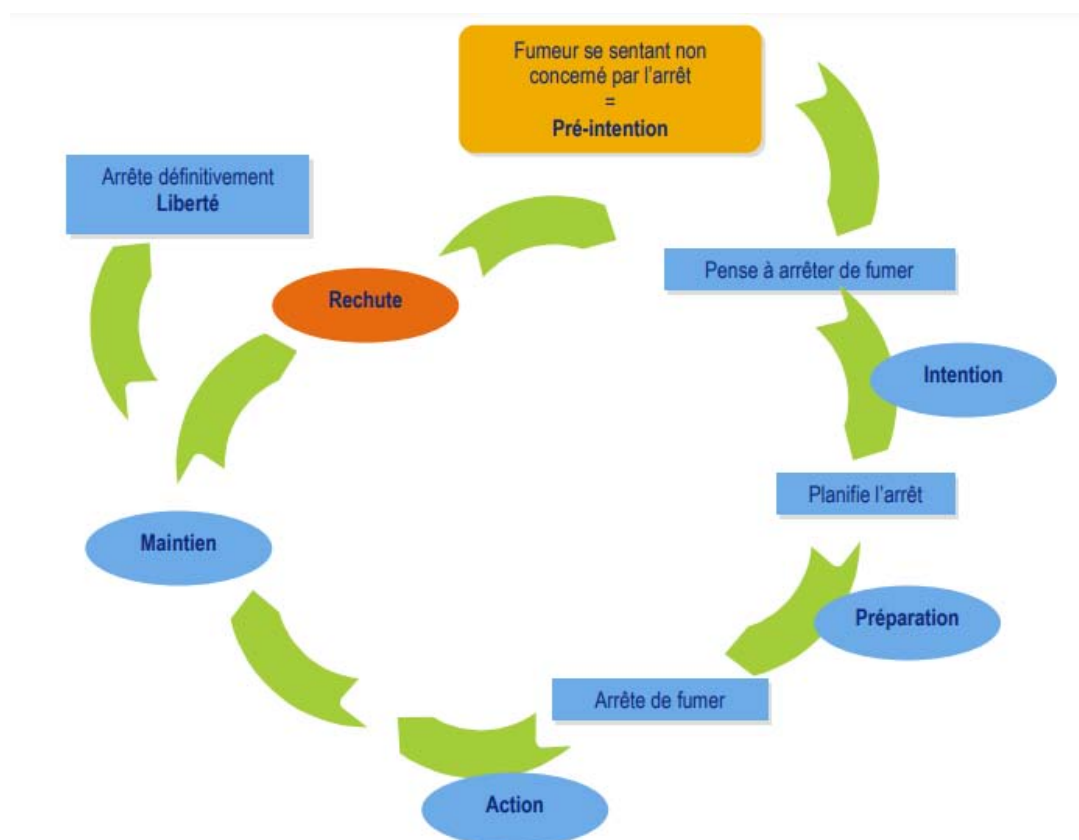


Figure 36 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [28]

2.3. L'évaluation de la dépendance du patient :

2.3.1. Test de Q-MAT :

Le test de Q-MAT (Annexe 2) est un auto-questionnaire évaluant la motivation du patient à arrêter de fumer.

Il est composé de 4 questions et définit 4 niveaux de motivation : insuffisante, moyenne, bonne ou très bonne motivation [29].

En fonction de chaque niveau, une conduite a été établie[30]:

- Si la motivation est insuffisante (Score <6) : Accepter l'hésitation et ne pas pousser à l'arrêt immédiat.
- Si la motivation est moyenne (Score de 7 à 13) : Lister les raisons et les bénéfices de l'arrêt ainsi que les craintes ressenties par le patient.
- Si la motivation est bonne à très bonne (Score > 13) : Proposer l'aide au sevrage tabagique et valoriser les chances de son succès.

2.3.2. Test de Fagerström :

Le test de Fagerström (Annexe 3) est utilisé pour évaluer la dépendance nicotinique du patient [31].

Il comporte six questions, avec un score total variant de 0 à 10 :

- Question 1 (délai entre le réveil et la première cigarette).
- Question 2 et 3 (l'importance du tabagisme du matin) soulignant l'urgence à rétablir un taux de nicotine après une nuit sans.
- Question 4, 5 et 6 (l'importance du tabagisme de la journée) soulignant le besoin de maintenir une nicotémie élevée pendant la journée.

La dépendance nicotinique est jugée forte si le score est égal ou supérieur à 6.

2.3.3. Test de Horn :

Le test de Horn (Annexe 4) permet de déterminer la dépendance comportementale du patient vis-à-vis du tabagisme, en spécifiant la nature de la sensation recherchée par le patient à fumer une cigarette :

- Stimulation : L'effet excitant de la nicotine est recherché.
- Plaisir du geste : Le fumeur est attaché au rituel d'allumer puis fumer une cigarette.
- Relaxation : Fumer procure de la détente et du plaisir au fumeur.
- Anxiété-soutien : L'effet anxiolytique de la cigarette est au premier plan.
- Besoin absolu : Le fumeur ne peut pas se passer de la cigarette.
- Habitude acquise : Fumer est devenu un automatisme réalisé parfois inconsciemment.

Un total de plus de 10 sur une ligne indique une raison qui pousse le patient à fumer [17].

2.3.4. Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale):

L'échelle HAD (Annexe 5) est un outil de dépistage des troubles anxieux et dépressifs, pouvant être utilisé quel que soit le stade atteint du patient en cours de sevrage tabagique [25].

Elle comporte 14 questions cotées de 0 à 3.

Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21)[28].

En cas de dépistage d'un trouble dépressif ou anxieux, la mise en route d'un traitement spécifique est nécessaire.

2.4. Les traitements pharmacologiques :

2.4.1. Les traitements de substitution nicotiques (TNS) :

Les TNS sont le traitement de 1^{ère} intention en matière de sevrage tabagique vu leur haut niveau de preuve d'efficacité. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sans atteindre le degré de toxicité de la cigarette, réduisant ainsi l'impulsion à fumer et les symptômes de sevrage.

Plusieurs formes galéniques existent [32][28] :

Tableau IX : Les traitements nicotiniques de substitution

Forme galénique	Présentation	Posologie	Utilisation	Effets indésirables
Patch transdermique	<u>Forme de 24h :</u> 21mg et 14mg et 7mg <u>Forme de 16h :</u> 25mg et 15mg et 10mg	1 application par jour	Au réveil sur peau propre et sèche	Prurit local
Gomme	2mg et 4mg	8 à 10 gommes par jour	Mâcher lentement pendant 30 à 60 minutes	Brûlures d'estomac Maux de gorge Hoquets
Comprimé sublingual	1 mg et 1.5mg 2mg et 2.5mg et 4mg	–	Sous la langue pendant 20 minutes	Irritation de la gorge Hypersalivation
Pastille	2mg	–	Sucer	
Inhaleur	10mg par cartouche	6 à 12 cartouches par jour	Inhaler une cartouche pendant 20 minutes	Irritation buccale locale Toux ou Rhinite
Spray buccal	1 mg par pulvérisation	1 à 2 fois par heure Un maximum de 64 pulvérisations par jour	Pulvériser Eviter de déglutir pendant quelques secondes	–

Leur prescription doit respecter certaines règles.

La posologie initiale du TNS est certes difficile à déterminer car elle varie selon le degré de dépendance et de motivation de chaque patient , elle est plus pertinente après dosage des marqueurs biologiques (cotininémie ou cotininurie), mais une règle empirique peut être utilisée [33] :

Une cigarette fumée = 1 mg de nicotine apporté = 1 mg de nicotine de substitution

Une durée minimum de 3 mois est exigée, avec des ajustements de doses si présence de symptômes de [28]:

- Sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes.

- Sur-dosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

Le choix de la forme galénique est en fonction des préférences personnelles du patient.

Il est recommandé d'associer un patch transdermique à une forme orale (pastilles ou inhalateur ou spray buccal). Leur efficacité, à deux, est comparable à celle de la varénicline et supérieure au bupropion ou à un TNS seul [34].

2.4.2. La varénicline :

La varénicline est prescrite en 2^{ème} intention après échec des TNS et chez les patients fumeurs avec un test de Fagerström supérieur ou égal à 7 (une forte dépendance au tabac).

Son rôle d'agoniste partiel des récepteurs cholinergiques nicotiniques permet une atténuation du syndrome de sevrage et du craving.

La posologie recommandée est : 1 mg deux fois par jour, pendant 3 mois jusqu'à 6 mois de traitement, avec ce schéma d'administration [34]:

J1-J2 : 0,5mg / jour

J4-J7 : 0,5mg x 2fois / jour

Dès J8 : 1 mg x 2fois / jour

Ses effets indésirables sont les nausées, l'insomnie et les céphalées.

A noter que l'association courante de la varénicline et l'augmentation du risque neuropsychiatrique n'a pas été confirmé [34].

2.4.3. Le bupropion :

Le bupropion est un inhibiteur de la recapture neuronale de la dopamine et de la noradrénaline, utilisé afin de réduire les symptômes de sevrage et l'humeur dépressive.

Le mode d'administration est de 150 mg par jour durant trois jours, puis une augmentation à 150 mg deux fois par jour durant 7 à 12 semaines, avec un arrêt de tabagisme la 2^{ème} semaine [34].

Des contre-indications doivent être relevées avant la prescription notamment : des antécédents de maladie épileptique ou de convulsion, des troubles du comportement alimentaire, des troubles bipolaires, une tumeur du système nerveux central, une insuffisance hépatique sévère, une grossesse, un sevrage d'alcool ou de benzodiazépines en cours [32].

2.5. Les traitements non pharmacologiques :

2.5.1. Les thérapies cognitivo-comportementales :

Les thérapies cognitivo-comportementales(TCC) sont des thérapies brèves basées sur la psychologie scientifique permettant de résoudre un ou plusieurs comportements problèmes [35].

Elles ont pour objectif de modifier les comportements pathologiques souvent invalidants présentés par les patients et de développer de nouveaux comportements mieux adaptés pour la santé [36].

Dans le cas du sevrage tabagique, l'aspect cognitif est d'identifier les pensées et les émotions poussant le patient à fumer, alors que l'aspect comportemental vise à aider le patient à faire face et prévenir les situations à risque d'éventuelles rechutes.

Le déroulement des séances est structuré , et requiert une formation spécifique [36]:

- **Un rapport collaboratif** entre thérapeute et patient pour comprendre et traiter le problème. Le thérapeute doit développer des compétences pour établir cette alliance avec le patient. Il doit être :
 - Empathique (centré sur la réalité que vit le patient)
 - Authentique (pouvoir se sentir à l'aise avec le patient, la situation clinique et ses propres émotions, sentiments et pensées)
 - Chaleureux (trouver le patient sympathique)
- **Une analyse fonctionnelle** pour déterminer et comprendre le fonctionnement singulier d'une personne et ainsi personnaliser la thérapie. En ayant recours à :
 - La diachronie : ressasser l'histoire du problème et du patient afin de comprendre comment le tabagisme avait commencé.
 - La synchronie : comprendre comment le problème se déclenche et se maintient chaque jour, en interrogeant sur sa fréquence, son intensité, sa durée et les facteurs déclencheurs.
- **Les méthodes thérapeutiques :**
 - L'entretien motivationnel basé sur 5 principes:
 - Exprimer de l'empathie
 - Développer la conscience des contradictions
 - Eviter de débattre

- Composer avec la résistance
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

En pratique, le thérapeute pose des questions ouvertes, pratique l'écoute active, en écho en faisant régulièrement des résumés, et renforce les propos du patient qui expriment une motivation au changement.

- L'aide à la prise de décision par les balances décisionnelles entre la situation actuelle du fumeur et celle en cas d'arrêt. Ainsi, le fumeur établit une liste des avantages et des inconvénients de la cigarette ainsi que ceux du sevrage à court et à long terme, et évalue ensuite, sur une échelle de 10 à 100, l'importance de ses arguments.
- La restructuration cognitive du comportement problème en mettant en évidence des pensées automatiques provenant de l'inconscient et reflétant les schémas de base du patient. Puis modifier ces pensées automatiques en les repérant et proposer des comportements alternatifs face aux situations qui poussent à consommer le tabac, et des pensées et émotions alternatives pour modifier celles qui sont associées à la prise du produit.
- L'apprentissage de nouveaux comportements afin de maintenir l'état de sevrage et prévenir les rechutes.

Il est recommandé d'associer un traitement pharmacologique aux TCC vu leur efficacité significative à maintenir l'abstinence tabagique jusqu'à 6 mois [34].

2.5.2. L'hypnothérapie :

L'hypnothérapie est l'une des thérapies non conventionnelles pouvant être recommandée dans le sevrage tabagique.

Elle semble avoir une efficacité non inférieure aux autres techniques de sevrage tabagique [37].

La séance d'hypnose dure 30 minutes et passe par plusieurs étapes : l'induction, la transe et le réveil, avec un objectif final pour le patient : évaluer la situation et prendre sa propre décision.

Néanmoins, les résultats de sevrage sont meilleurs chez les patients avec de hauts scores de susceptibilité hypnotique évaluée par l'échelle de Stanford de Weitzenhoffer et Hilgard [38].

2.5.3. L'acupuncture :

Il s'agit d'une technique thérapeutique de la médecine chinoise.

Plusieurs méthodes existent, dont la méthode du point Chiapi (points situés sur la face latérale du nez) utilisée précisément pour le sevrage tabagique [39].

L'efficacité de l'acupuncture peut être suggérée à court terme, mais reste inférieure aux TNS et non supérieure au conseil minimal[40].

2.6. Le syndrome de sevrage :

Les signes du syndrome de sevrage apparaissent généralement après 24h suivant l'arrêt du tabagisme et peuvent atteindre leur maximum en quelques jours, puis disparaissent au bout d'un mois.

Les critères du syndrome de sevrage d'après le D.S.M.IV (Diagnostic and Statistical Manual Révision IV) sont [41]:

- A- Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines.
- B- Arrêt brutal de l'utilisation, ou réduction de la quantité de nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins 4 des signes suivants :
 - 1) Humeur dysphorique ou dépressive
 - 2) Insomnie
 - 3) Irritabilité, frustration, colère
 - 4) Anxiété
 - 5) Difficultés de concentration
 - 6) Fébrilité
 - 7) Diminution du rythme cardiaque
 - 8) Augmentation de l'appétit et prise de poids
- C- Les symptômes du critère B causent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D- Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

La manifestation du syndrome de sevrage peut varier d'un cas à l'autre, mais peut être considérablement améliorée par une prise en charge adaptée [42].

3- Rôle du médecin généraliste dans l'aide au sevrage tabagique:

Le médecin généraliste joue un rôle primordial en santé publique de par sa place de premier recours.

Une nouvelle définition a été effectivement suggérée de la pratique générale :

« Le médecin généraliste est un spécialiste formé pour exercer en première ligne d'un système de santé et prendre les premières mesures devant tout problème de santé de sa patientèle. Il prend en charge les individus dans une société, quel que soit leur type de maladie ou leur profil personnel ou social, et organise au mieux les ressources disponibles dans le système de santé. D'autant plus qu'ils s'engagent dans la prévention, le diagnostic, le traitement, les soins, et les soins palliatifs, en intégrant les sciences de la biomédecine, la psychologie médicale et de la sociologie médicale[43] »

Dans le cas échéant, il faut souligner la position privilégiée du médecin généraliste dans la prévention primaire et secondaire du tabagisme, en abordant le comportement problème avec les patients, prendre en charge les fumeurs et les accompagner au cours de leur sevrage.

Dans ce cadre, la haute autorité de santé (HAS) a mis en place des recommandations pour améliorer la qualité des soins délivrés à ces patients fumeurs, simplifiées par la méthode des 5A[28]:

- Ask (interroger sur le statut tabagique)
- Advise (conseiller l'arrêt du tabac)
- Assess (évaluer la motivation à l'arrêt du tabac)
- Assist (proposer une guidance ou une pharmacothérapie)
- Arrange (planifier un suivi)

Notre travail vient ainsi pour mesurer l'implication et l'intérêt des médecins généralistes porté au tabagisme tant sous l'angle de la pratique curative que sous l'angle de la promotion et de la prévention.

II– Discussion des résultats :

1– Caractéristiquesdes interrogés :

1.1. L'âge et le genre:

La tranche d'âge moyenne des MG interrogés de notre série était entre 40 à 50 ans, avec une expérience professionnelle de 10 à 20 ans, en parfaite concordance avec les études ultérieures (Tableau IX). Cela peut refléter une pratique très proche de la pratique réelle des MG.

Le sexe féminin prédominait dans notre série et celle d'Elmoujarrade[9], contrairement au reste des études. Ceci peut être expliqué par l'existence d'une féminisation de la profession médicale au Maroc. En effet, Le taux de féminisation des inscriptions aux études médicales est passé de 20% dans les années 70 à plus de 60% (moyenne des années allant de 1995 à 2008) avec des proportions respectives de 60% et 66% à Rabat et à Casablanca [44].

Tableau X : Les caractéristiques des MG participants aux séries

Auteurs	Pays	Genre		Moyenne d'âge
		H	F	
Etude de CRAES–CRIPS [10]	France (Rhône Alpes)	62.6%	37.4%	–
Etude de Descamps [45]	France (Picardie)	58.8%	41.2%	46.7
Etude de Birolleau[46]	Nouvelle Calédonie (Nouméa)	76%	21%	Plus de 60 ans
Etude de De Col et al. [47]	France (Maine-et-Loire)	68%	32%	50.7
Etude d'Underner et al.[48]	France (Vienne)	73.5%	26.5%	–
Etude de Kotz et al. [49]	Pays Bas (Maastricht)	69.3%	30.7%	45.9
Etude de Jane M. [50]	Australie (New South Wales)	69%	31%	45 ans
Enquête d'Elmoujarrade [9]	Maroc (Rabat)	16.5%	83.5%	42 ans
Notre série	Maroc (Agadir)	27%	73%	40 50 ans

1.2. La formation en tabacologie/addictologie :

69% des MG interrogés de notre série n'ont pas reçu de formation de tabacologie ou d'addictologie, ce résultat est en accord avec les auteurs (Tableau XI).

Tableau XI : La formation des MG en addictologie selon les séries

Auteurs	Formation en addictologie/Tabacologie	
	Oui	Non
Etude de CRAES–CRIPS [10]	45%	55%
Etude de Descamps[45]	13.9%	86.1%
Etude de Birolleau[46]	34%	76%
Enquête d'Elmoujarrade [9]	16%	84%
Notre série	31%	69%

Le taux des MG non formés reste très élevé en vue de l'impact important que prodigue la formation sur la prise en charge du sevrage tabagique.

Notre étude a en effet permis de déduire que la formation en tabacologie ou en addictologie est significativement liée à la recherche des maladies associées au tabagisme ($p=0,035$), liée à la prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique ($p=0,001$), et aussi liée à l'utilisation des tests d'évaluation ($p=0.032$).

Les professionnels de santé formés sont effectivement plus efficaces que ceux qui n'ont pas suivi de formation adaptée. Ils engagent de l'ordre de deux fois plus des patients dans la démarche de sevrage. De plus, les patients qu'ils suivent peuvent avoir entre 2 à 3 fois plus de chances de réussir leur sevrage à un an que les patients suivis par des professionnels non formés [51].

Au Maroc, la tabacologie n'existe pas comme module dans le cursus universitaire de médecine générale.

Des programmes de formation comme le programme **NICOMEDE** en France a facilité l'appropriation du sevrage tabagique par les médecins généralistes, de modifier leur comportement dans la prise en charge tabagique et d'augmenter le pourcentage d'ex-fumeurs. Il a permis en l'an 2000 de former 3000 médecins généralistes et spécialistes en l'aide au sevrage tabagique[9].

En 2008, une évaluation de l'apport de la formation en tabacologie des professionnels de santé belges, a révélé que la formation répond à une réelle demande du terrain, avec un impact positif sur leur pratique professionnelle, en termes d'acquis de connaissances, d'assurance dans l'accompagnement du fumeur et d'élargissement de leur champ d'activité. En effet, un

professionnel sur deux a mis en place une consultation spécifiquement consacrée à la tabacologie en individuel et un tabacologue sur trois travaille dans un centre d'aide aux fumeurs[52].

En conclusion, le **Baromètre Santé de 2009** en France a précisé que les programmes de formation les plus pertinents utilisaient l'influence des pairs et employaient une pédagogie interactive pour obtenir des changements du comportement professionnel. Ils permettaient également d'aller au-delà de certaines barrières ou croyances qui freinent l'implication dans le soutien à l'arrêt du tabac[51].

1.3. Le statut tabagique des médecins généralistes :

La quasi-totalité de notre échantillon était non-fumeur (96%). Les médecins fumeurs ne représentaient que 4%, un taux très faible par rapport à la prévalence nationale qui est de 30%.

Ces résultats peuvent être expliqués par la représentativité élevée du sexe féminin dans notre enquête, à savoir que la prévalence globale du tabagisme chez les femmes au Maroc reste moins de 1%.

Plusieurs études ont été élaborées afin d'évaluer l'influence du statut tabagique du MG sur sa prise en charge du sevrage (Tableau XII).

Tableau XII : Le statut tabagique des MG selon les séries

Auteurs	Non-Fumeur	Fumeur sevré	Fumeur actif avec plusieurs tentatives de ST	Fumeur actif sans tentatives de ST
Etude de CRAES-CRIPS [10]	88.2%	–	11.8%	
Etude de Descamps [45]	57.2%	31%	11.8%	
Etude de Birolleau[46]	84%	24%	21%	
Etude d'Underner et al.[48]	44%	30%	26%	
Etude de Kotz et al. [49]	62%	29.7%	8.2%	
Etude de De Col et al. [47]	47%	34%	11%	
Etude de Senhaji L.[53]	–	–	16.1%	
Enquête d'Elmoujarrade [9]	95.7%	–	4.3%	
Notre série	96%	0%	2%	2%

La littérature est partagée sur ce point, certaines enquêtes ont établi une réelle influence du statut tabagique du MG sur sa pratique vis-à-vis de l'aide au sevrage, alors que d'autres ne permettaient pas de soulever cette influence.

L'**étude de Descamps** mettait en évidence la différence de prise en charge du sevrage tabagique en fonction du statut tabagique du médecin, ces derniers pratiquaient moins le conseil minimal systématiquement, mais considéraient leur statut tabagique comme un atout les poussant à prendre en charge seuls les patients fumeurs[45].

Underner et al. rapportaient que les médecins fumeurs s'engageaient beaucoup moins avec une efficacité moindre dans l'aide à l'arrêt du tabac de leurs patients[48].

Ceci est rejoint par les résultats de l'**étude de Birolleau** qui soulignait que les médecins n'ayant jamais fumé s'impliquaient plus que leurs confrères ex-fumeurs ou fumeurs actuels[46].

L'étude menée dans le Maine-et-Loire par **De Col et al.** a aussi montré que les médecins fumeurs interrogeaient moins souvent les patients sur leur tabagisme, alors qu'ils ne pensaient pas que leur statut tabagique avait une influence sur leur pratique du conseil minimal. Ils étaient par ailleurs moins persuadés de l'efficacité du conseil minimal que leurs confrères non-fumeurs[47].

Par contre, l'**étude de CRAES-CRIPS** démontre qu'aucune corrélation significative n'est apparue entre le statut tabagique des MG et l'efficacité de prise en charge des patients[10].

Le **Baromètre Santé de 2005** en France confirme aussi que le statut fumeur du médecin généraliste ne semble pas affecter sa prise en charge, à partir du moment où il est volontaire pour participer à un programme, il est aussi performant que son collègue non-fumeur et les taux de sevrage de ses patients ne sont pas différents de ceux des patients suivis par des médecins non-fumeurs[51].

2- Pratique médicale vis-à-vis du tabagisme :

2.1. Quantification du tabagisme :

Les MG de notre série quantifiaient le tabagisme majoritairement par paquet-année (60%) c'est un résultat proche de celui (89.8%) de l'**étude d'O'Loughlin et al.** [54].

Le tabagisme est en effet quantifié en « paquet-années », correspondant à 20 cigarettes fumées/jour pendant un an. La quantification des paquets-années fumés est importante dans les soins cliniques où le degré d'exposition au tabac est étroitement corrélé au risque de maladie.

Les fumeurs subissent une perte irréversible de volume expiratoire forcé en une seconde (VEMS) de 4,4 à 10,4 ml par paquet-année fumé. Il existe une forte relation dose-réponse entre le nombre de paquet-années fumés et le risque, la gravité et la mortalité de la BPCO et le risque de cancer du poumon [55].

L'**étude de Heatherton** a établi que les patients qui fumaient le plus de cigarettes par jour présentaient des niveaux biochimiques de monoxyde de carbone (CO), de cotinine et de nicotine salivaires très élevés et avaient plus de difficultés à s'abstenir de fumer.

En concluant que cette méthode est l'une des prédicteurs les plus pratiques, non invasifs et puissants disponibles pour l'évaluation du tabagisme [56].

En outre, 4% des MG de notre échantillon se référaient seulement à la durée d'exposition à la fumée de tabac pour quantifier le tabagisme de leurs patients.

L'**étude de Lubin et al.** aux États-Unis avait pour objectif de déterminer s'il y avait une corrélation entre l'intensité du tabagisme reflétée par les paquets-années, et la durée d'exposition à ce dernier. Elle a en effet mis en évidence que l'intensité pendant une durée plus longue était plus délétère que le tabagisme à une intensité plus élevée pour une durée plus courte [57].

Ce constat est soutenu par l'**étude de Quoix**, qui a relevé que la durée pendant laquelle on fume, semble plus importante que la quantité de cigarettes fumées. Par cela, l'âge de survenue du cancer bronchique diminue et se manifeste dès 40 ans étant donné que les jeunes fumaient de plus en plus tôt [14].

Dans ce chapitre, il est important d'ajouter que l'intoxication tabagique peut être évaluée par la mesure d'un certain nombre de marqueurs dans les milieux biologiques. Les marqueurs spécifiques du tabac sont représentés par la nicotine et la cotinine, alors que le marqueur non spécifique est le monoxyde de carbone : CO [58].

La nicotine et la cotinine se retrouvent dans le plasma, les urines, le lait maternel, la salive, les cheveux et la sueur.

Chez le fumeur inhalant, le dosage sanguin de la nicotine met en évidence un pic précoce et transitoire de l'ordre de 20 à 40 ng/ml. Sa demi-vie est très courte, de 0,5 à 2 heures.

C'est pourquoi la cotinine est le marqueur le plus couramment utilisé. En effet, la cotinine est lentement éliminée de l'organisme : sa demi-vie varie entre 10 et 37 heures en fonction des sujets, et son dosage reflète l'imprégnation tabagique des deux ou trois jours précédents.

La cotinine sérique ou plasmatique est considérée comme le meilleur indicateur du niveau d'intoxication tabagique et son taux dans ces milieux biologiques est significativement corrélé à la quantité totale de nicotine absorbée.

La cotinine salivaire est également un reflet fidèle des apports nicotiniques : un taux de 100 ng/ml de cotinine salivaire correspond en moyenne à un apport de 8 à 12 mg par jour de nicotine. La cotinine est aussi un marqueur de l'abstinence tabagique avec une sensibilité de 96-97% et une spécificité de 99-100% pour la distinction fumeur/non-fumeur.

En revanche, Le monoxyde de carbone (CO) est un composé volatil qui s'échappe dans la fumée de tabac lors d'une combustion incomplète des substances organiques. Il est rapidement

absorbé par les alvéoles pulmonaires et se lie de façon réversible à l'hémoglobine avec une affinité 200 fois supérieure à celle de l'oxygène pour former la carboxyhémoglobine. Dans la pratique courante, il est dosé par un analyseur de CO, petit appareil portable, à prix abordable, mesurant le CO par méthode électrochimique et exprimant la valeur en ppm. Une standardisation des conditions de mesure du CO dans l'air expiré est indispensable pour permettre une interprétation fiable des résultats (Annexe 6).

La demi-vie du CO est courte (2 à 5 heures), il s'agit donc d'un marqueur de l'imprégnation tabagique des quelques heures précédant la mesure : les valeurs seront normalisées une dizaine d'heures après la dernière cigarette.

Le taux de CO dans l'air expiré reflète l'importance de l'inhalation de la fumée de tabac, c'est-à-dire également la quantité absorbée de nicotine et de multiples toxiques. Les valeurs seuils communément admises sont les suivantes [58]:

- Taux > 10 ppm : fumeur
- Taux < 5 ppm : non-fumeur

2.2. Informer des risques liés au tabagisme :

Dans notre série, 58% médecins informaient systématiquement leurs patients fumeurs des risques liés au tabagisme.

Une **enquête d'Aasen et Gulsvik** au Norvège rapporte un taux de 99% des médecins ayant donné des informations sur les dangers du tabagisme pour la santé à leurs patients [59].

Ces résultats sont en contraste avec l'**enquête descriptive de Elbiaze** faite sur les patients suivis en consultation ou hospitalisés au niveau des services de cardiologie et des maladies respiratoires de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca montrant une faible participation du personnel hospitalier dans l'information sur les risques du tabagisme : 66% des patients disaient ne pas avoir été informés sur les risques du tabac en milieu hospitalier.

Malgré cela, les patients de cette enquête semblaient conscients de la nocivité du tabac, en particulier des risques sanitaires et des risques sur l'entourage familial et l'environnement. Néanmoins, certains risques restaient encore mal connus par les patients, notamment les risques urologiques et sexuels qui sont non connus chez respectivement 87 % et 67% des patients [60].

2.3. Recherche des maladies liées au tabac :

Dans notre enquête, les MG recherchaient majoritairement, chez les sujets tabagiques, les maladies cardiovasculaires (22%), les cancers notamment bronchiques (19%) et la BPCO (16%).

Ces résultats sont confortés par le **Baromètre Santé de 2009** en France qui a relevé la facilité que trouve la majorité des médecins généralistes à aborder le risque cardio-vasculaire (96.1%) et le dépistage des cancers (95.5%) avec leurs patients.

Ces médecins estimaient que la prévention relevait de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme.

Dans le cadre des maladies cardio-vasculaires, la prévention est en effet liée à la notion de risque. Elle s'organise en deux temps. Le repérage des facteurs de risque et de l'exposition des patients à ces facteurs de risques en est la première étape. Ce repérage permet dans un second temps de sensibiliser le patient à ces facteurs de risque, à leur surveillance, voire de favoriser un changement dans ses habitudes et son comportement [61].

Dans ce sens, la **conférence de consensus de l'ANAES** a confirmé que le diagnostic d'une maladie liée à la consommation du tabac ou la survenue d'une complication aiguë sont des occasions privilégiées de motivation pour l'arrêt du tabac. Une disparité dans le taux d'arrêt du tabagisme en fonction de la maladie liée au tabac a été constatée. C'est pourquoi il faut souligner que les bénéfices attendus à l'arrêt du tabac sont réels pour les maladies qui lui sont imputables et doivent être systématiquement rappelés[62].

On peut conclure que les MG de notre série sont bien sensibilisés à l'importance de la recherche des maladies liés au tabagisme.

3- Pratique médicale vis-à-vis l'aide au sevrage tabagique :

1.1. Pratique du conseil minimal :

Le conseil minimal est composé de deux questions :

- Fumez-vous ?
- Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

Dans notre série, cette 1^{ère} et 2^{ème} question sont posées systématiquement par respectivement 57% et 71% des MG, rejoignant les résultats des études d'**Elmoujarrade** [9], de **Descamps**[45], de **Birolleau**[46] et l'**étude de De Col P. et coll.**[47] (Tableau XIII).

Tableau XIII : Pratique du conseil minimal selon les séries

Auteurs	Fumez-vous ?	Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?	Conseil minimal complet
Enquête d'Elmoujarrade [9]	75%	–	–
Etude de Descamps [45]	57.8%	64.2%	–
Etude de Birolleau[46]	42%	76%	34%
Etude de De Col P. et coll. [47]	32%	51%	20%
Notre série	57%	71%	43%

On peut constater que moins de la moitié des MG seulement pratiquait le conseil minimal complet par les deux questions.

En effet dans l'**enquête nationale STEPS 2017**, 38.3% des patients déclaraient avoir été sensibilisés par un médecin afin d'arrêter de fumer durant les 12 derniers mois [63]. Ces résultats sont comparables à ceux observés en Uruguay(38.3%), au Mexique (38%), en Allemagne (35.3%) et en France (27%), mais qui restent très faible comparés aux Bangladesh et aux Etats-Unis où respectivement 81.7% et 73.9% des fumeurs ont reçu un conseil pour arrêter de fumer [64].

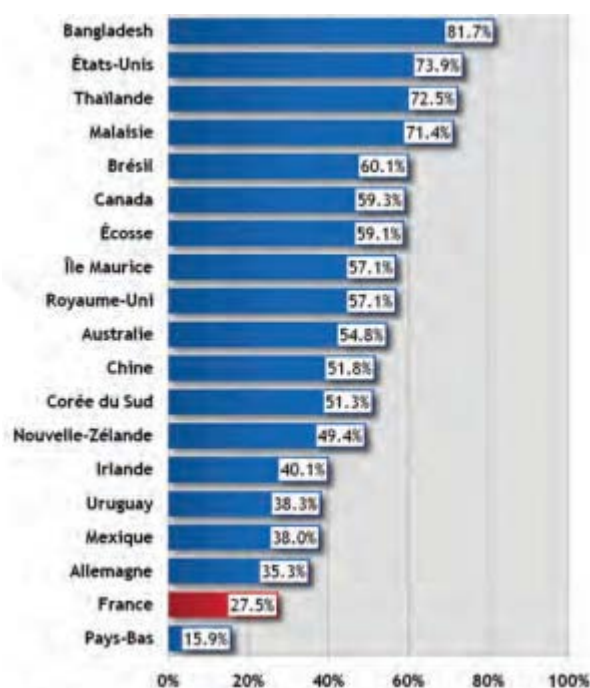


Figure 37 : Pourcentage de fumeurs qui ont reçu des conseils pour arrêter de fumer par un médecin, par pays[64]

Le conseil minimal reste donc insuffisamment appliqué par les médecins généralistes, malgré son impact important sur l'abstinence tabagique.

En France, l'efficacité est estimée à 200 000 arrêts par an si l'ensemble des généralistes délivraient le conseil minimal[65].

L'**étude de Silagy et coll.**a conclu qu'un conseil rapide systématique d'arrêt du tabac donné par un médecin de famille entraîne une augmentation de 2.5% de sevrage à long terme, ainsi un nouveau patient arrête le tabagisme sur quarante patients consultants[66].

Une autre étude réalisée par **Slama et coll.**a montré qu'une intervention brève du médecin généraliste augmentait le taux de sevrage tabagique à 2.7%, et multipliait fois quatre le taux d'abstinence continue à 12 mois [67].

D'où l'intérêt de systématiser le conseil minimal chez chaque patient qui consulte pour la 1^{ère} fois quel que soit le motif de consultation[28].

1.2. Circonstances incitant l'abord du sevrage tabagique :

Les MG participants à notre série rapportaient que les signes pulmonaires et ORL (39%) ainsi que l'existence de co-addiction (28%) les poussaient à plus aborder le tabagisme avec leurs patients. Ces résultats sont confortés par l'étude de Descamps[45] et celle de De Col P. et coll.[47] (Tableau XIV).

Tableau XIV : Circonstances incitant le MG à aborder le tabagisme selon les séries

Auteurs	Symptomatologie pulmonaire ou ORL	Co-addictions
Etude de Descamps[45]	93%	82%
Etude de De Col P. et coll. [47]	28%	79.5%
Notre série	39%	28%

On peut déduire que les symptomatologies relatives à l'intoxication tabagique peuvent inciter le MG à identifier le statut tabagique des patients et par cela à plus pratiquer le conseil minimal.

L'étude de Sciolla rapporte que la présence d'une pathologie autorise et justifie le conseil d'arrêt du tabac par le médecin, cela ajoute une notion de « légitimité médicale » au sujet[68].

La présence de maladies liées au tabagisme peut en effet être un moment opportun pour sensibiliser le patient aux méfaits du tabac, et peut déclencher une possible volonté d'arrêt.

3.1. L'attitude des médecins généralistes devant les stades de changement du patient :

3.1.1. Attitude devant le stade de pré-contemplation :

Devant un patient n'envisageant pas l'arrêt, correspondant au stade de pré-contemplation selon le modèle de Prochaska et DiClemente, les MG participants à notre enquête citaient surtout les avantages (37%) et identifiaient les obstacles à l'arrêt du tabagisme (21%).

L'étude d'O'Loughlin et al. rapporte un taux de 63.1% de MG qui ont discuté des avantages et des inconvénients du tabagisme avec leurs patients en pré-intention, avec une proportion plus élevée d'hommes que de femmes (68.7% contre 55.9%)[54].

Ces démarches viennent dans l'objectif d'accroître la motivation du patient fumeur afin d'entraîner une décision personnelle, indispensable pour déclencher le processus du sevrage

tabagique, ceci est conforme aux recommandations de la **société scientifique des médecins généralistes (SSMG)** de France. Cette dernière souligne le rôle important du MG à faire progresser le fumeur d'une étape vers une autre pour accélérer le processus du sevrage tabagique. Et déconseille absolument de proposer un traitement médicamenteux chez un fumeur non prêt à l'arrêt, car il est à ce moment inefficace, voire culpabilisant, puisque le patient n'y fera plus confiance, lui attribuant son éventuel échec[69].

La **HAS** recommande aussi de faire preuve d'écoute et de bienveillance face à un patient en pré-intention d'arrêt[28].

Nos MG insistent également sur l'arrêt du tabagisme à chaque consultation (29%). L'étude de **Jane M.** en Australie relève un taux de 57% de MG qui ont convenu que, dans des circonstances idéales, fumer doit être discuté lors de chaque consultation de routine avec un fumeur[50]. Un taux similaire à celui de l'étude de **Culo** de 55.8% MG qui évoquaient l'arrêt du tabac à chaque consultation [70].

La **SSMG** propose que le conseil soit répété lors de chaque contact avec un fumeur connu tout en veillant à ne pas nuire à la qualité de la relation médecin-patient par ce caractère répétitif.

Les **recommandations américaines de 2008** insistent que cette intervention doit se faire de manière claire, ferme et personnalisée, afin d'exhorter chaque fumeur à arrêter [71] :

- Claire : *« Il est important que vous arrêtiez de fumer maintenant, et je peux vous aider »*
- Ferme : *« Étant votre médecin, je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la chose la plus importante que vous pouvez faire pour protéger votre santé maintenant et à l'avenir. Je vous aiderai »*
- Personnalisée : lier la consommation de tabac aux symptômes actuels et aux problèmes de santé, et/ou aux coûts économiques et sociaux, et/ou à l'impact de la consommation du tabac sur les enfants et les autres membres du foyer : *« Continuer à fumer aggravera votre asthme, par contre arrêter de fumer pourra améliorer de façon importante votre santé », « Arrêter de fumer peut réduire le nombre d'infections ORL de votre enfant »*

3.1.2. Attitude devant le stade de contemplation :

Le stade de contemplation est représenté par un patient qui commence à percevoir le tabagisme comme un problème, il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac. Même s'il est ambivalent, il montre son intention d'arrêter.

A ce stade, 31% des MG de notre enquête renforçaient la confiance des patients en leur réussite à arrêter de fumer. L'étude de **O'Loughlin et al.** montrait un résultat très élevé de MG (95.6%) qui encourageaient leurs patients à arrêter[54].

Selon la **SSMG**, l'entretien motivationnel est la technique de choix devant un patient hésitant au sevrage. Poser des questions ouvertes, avoir une écoute active, renforcer les besoins de changement exprimés, faire de brefs résumés, sont les principales techniques utilisées lors de ces entretiens. Ces aspects sont résumés par les « 5R » : Relevance (Les raisons), Risks (Les risques), Reward (Les résultats), Roadblocks (Les résolutions), Repetition (La répétition) présentés dans les **recommandations américaines de 2008** permettant ainsi de personnaliser la prise en charge de chaque patient [71].

Dans notre série, les MG proposaient essentiellement une réduction de consommation (31%) devant un patient ambivalent. Ces résultats sont rejoint par ceux de l'**étude de Jane M.** (34%) [50] et l'**étude de Doly-Kuchcik et al.** (50%) [72].

A l'inverse de la **SSMG** qui souligne peu d'avantages à la réduction de consommation surtout pour les grands fumeurs (plus de 15 cigarettes par jour), car cela ne permet pas de diminuer le risque d'infarctus du myocarde, de pathologies respiratoires ni de mortalité [69].

Underner atteste que l'arrêt du tabac est la seule stratégie efficace pour réduire les dangers liés au tabagisme. Ceci doit être parfaitement connu par les professionnels de santé et clairement expliqué aux fumeurs pour qu'ils arrêtent complètement et définitivement leur consommation de tabac [73].

3.1.3. Attitude devant le stade de préparation :

Devant un patient désirant le sevrage tabagique, 40% des MG interrogés adressaient directement le patient à un centre d'addictologie.

Culo rapportait aussi un taux de 56.9% de médecins généralistes qui référaient facilement le patient vers un tabacologue, en évoquant comme explication que les médecins de Picardie avaient une bonne connaissance du territoire régionale en matière de localisation des tabacologues [70].

Sciolla a démontré dans son étude que le recours des MG à un autre professionnel est essentiellement justifié par le sentiment de limites de leurs compétences et que l'aide au sevrage tabagique requiert des compétences spécifiques. Notamment devant certaines situations comme une faible motivation, des rechutes multiples, une forte dépendance, des co-addictions, des troubles du comportement alimentaire ou des troubles anxio-dépressifs [68].

Les résultats antérieurs sont supérieurs à ceux de deux études avec 20% dans l'étude réalisée par **d'O'Loughlin et al.** [54] et 9% dans celle réalisée par **Jane M.** [50]. Ce contraste peut être expliqué par la mise en œuvre précoce de recommandations pratiques de l'aide au sevrage tabagique par les systèmes de santé étrangers.

Au Canada, l'**agence de politique de santé et de recherche** a publié des lignes directrices de pratique clinique du sevrage tabagique en 1996. Des programmes d'intervention et de

formation ont aussi été élaborés pour aider les médecins à améliorer leurs pratiques de counseling entre 1991 et 1999 [54].

En 1996 en Australie, le **National Health and Medical Research Council** et le **Royal Australian College of General Practitioners** ont produit des guidelines pour le médecin généraliste afin de promouvoir une approche optimale de l'aide au sevrage tabagique [50].

34% de nos MG évaluaient la motivation des patients à arrêter de fumer. Un taux moyen qui est en accord avec les **recommandations américaines de 2008**, qui rapporte qu'une réponse favorable à la question « *Êtes-vous prêt à faire une tentative d'arrêt ?* » permet au praticien de déclencher le processus de l'aide de sevrage tabagique.

Par contre, une consultation destinée qu'au sevrage tabagique n'est programmée que par 17% des MG de notre série, un taux proche de celui de l'étude de **Birolleau**(21%). Ce dernier a constaté qu'aucun des MG de son enquête ne réalisaient de façon complète l'aide au sevrage à savoir: le conseil minimal, l'incitation au sevrage, la remise d'une brochure ou d'un rendez-vous ultérieur en consultation pour ce problème spécifique[46].

D'un autre côté, l'étude menée par **Descamps** relatait un taux de 44.9% de MG qui prévoient une consultation spécifique d'évaluation du sevrage, et supposait que ceux qui n'en prévoient pas intégraient peut-être ce sujet au sein de consultations pour un autre suivi puisque le tabagisme est un sujet pouvant être abordé à de nombreuses occasions et sur des modalités différentes [45].

Seulement 9% des MG participant à notre série fixaient une date d'arrêt avec le patient, en contraste avec la pratique des MG de l'étude de **Jane M.**(28%) [50]et l'étude d'**O'Loughlin et al.**(61.9%)[54].

Alors que la **HAS** recommande de proposer au patient de fixer une date de son choix pour la mise en œuvre de son sevrage tabagique, qui doit être idéalement dans les deux semaines à venir[28].

3.1.4. Attitude devant le stade d'action :

Devant des patients qui ont arrêté de fumer, 37% des MG de notre série les incitaient essentiellement à informer leur entourage pour le soutien, et 25% anticipaient le syndrome de sevrage tabagique.

Ces attitudes sont conformes aux **recommandations américaines de 2008**[71]et celles de la **HAS** [28]qui proposent d'aider le patient avec un programme d'arrêt :

- *Fixer (Set)* une date d'arrêt.
- *Informar (Tell)* la famille, les amis et les collègues de travail, et rechercher de la compréhension et du soutien.

- *Anticiper (Anticipate)* les challenges de la tentative d'arrêt à venir, particulièrement durant les premières semaines critiques, cela inclut les symptômes de sevrage.
- *Supprimer (Remove)* les produits du tabac de l'environnement du patient. Avant l'arrêt, le patient doit éviter de fumer dans les lieux où il passe beaucoup de temps (c'est-à-dire le travail, la maison, la voiture), et faire de son logement un espace sans fumée.
- *Recommander* l'utilisation de médicaments efficaces, et expliquer comment ces médicaments augmentent les succès de l'arrêt et réduisent les symptômes du sevrage.

Un quart des MG de notre série organisaient un suivi afin de renforcer l'abstinence tabagique.

En effet, la **SSMG** recommande de mettre en place un programme d'accompagnement établi sur plusieurs mois avec des rendez-vous multiples, car les chances de succès sont augmentées aux environs de 15 à 20% d'arrêts à un an sans rechute comparé à un patient qui tente d'arrêter seul (3 à 4%). L'objectif du suivi est d'optimiser l'accompagnement de l'ex-fumeur durant la première année après le sevrage tabagique pour l'aider à faire face aux difficultés liées à l'arrêt, à la diminution de motivation et prévenir les rechutes.

Un premier contact doit être programmé de préférence pendant la première semaine. Un second contact, au minimum, est recommandé durant le premier mois, et des consultations régulières doivent être organisées durant la 1^{ère} année en vue du nombre important de rechutes pendant cette même année [69].

En ce qui concerne l'utilisation de médicaments efficaces, 13% des MG de notre série les recommandaient. Alors que 75.2% des MG de l'étude d'O'Loughlin et al.[54] préconisaient l'utilisation notamment des traitements de substitution nicotinique et 50% dans l'étude de Doly-Kuchcik et al. [72].

3.2. Les symptômes de sevrage tabagique présentés par les patients :

L'irritabilité et/ou l'agitation sont présentés par 23% des patients des MG participant à notre enquête, l'envie irrésistible de fumer : craving par 17%, l'humeur dépressive par 15% et l'augmentation de l'appétit par 14%.

La **HAS** propose plusieurs stratégies afin de prendre en charge ces cas de figure [28]:

- *Devant les symptômes forts ou prolongés de sevrage (craving)* : il faut considérer le maintien du traitement pharmacologique ou une association de médicaments pour réduire l'envie irrésistible de fumer.
- *Devant une humeur dépressive* : il faut fournir une guidance, prescrire des médicaments appropriés, ou orienter le patient vers un spécialiste.

- *Devant une prise de poids* : il faut recommander de débiter ou d'augmenter l'activité physique, rassurer le patient sur le fait que la prise de poids est fréquente mais limitée après un arrêt du tabagisme. Il faut aussi insister sur les bénéfices en termes de santé d'un arrêt du tabac, comparativement aux risques pour la santé d'une hausse modeste du poids, suggérer une alimentation saine et d'un mode de vie actif à base de substitut de basses calories tels que les chewing-gums sans sucre, les légumes ou les pastilles sans sucre et préférer l'utilisation de médicaments qui n'entraînent pas de prise de poids. Et enfin, orienter le patient vers un spécialiste en nutrition ou un programme nutritionnel en cas de besoin.

3.3. Les tests utilisés par les médecins généralistes :

Globalement, les médecins interrogés de notre enquête utilisaient très peu d'outils pour évaluer la dépendance des patients fumeurs.

Le test de Fagerström, l'échelle HAD et le test Q-MAT sont utilisés respectivement par 11%, 7% et 5% des MG de notre série. Ces résultats sont proches de l'étude marocaine d'Elmoujarrade [9].

Les études de CRAES-CRIPS[10] et de Descamps [45] rapportent des chiffres un peu plus supérieurs notamment pour l'usage du test de Fagerström, respectivement 55% et 22.8% (Tableau XV).

Tableau XV : Tests utilisés par les MG selon les séries

Auteurs	Test Q-MAT	Test de Fagerström	Echelle HAD	Aucun
Enquête d'Elmoujarrade [9]	19%	9%	2%	–
Etude de CRAES-CRIPS[10]	34%	55%	12%	27%
Etude de Descamps[45]	–	22.8%	–	–
Etude de N. Garrigues-Naserzadeh[74]	8%	26%	2%	
Notre série	5%	11%	7%	73%

En France, la qualité des consultations en tabacologie s'est effectivement améliorée entre 2000–2003, avec une augmentation constante d'utilisation du test de Fagerström et de l'échelle de HAD jusqu'à respectivement 98,3% et 85,6% par les tabacologues [75].

Ce constat est rejoint par le **Baromètre de santé de 2009**, qui note une augmentation de l'utilisation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation du tabac en consultation de médecine générale, 34% en 2009 alors qu'elle n'était que 6 % en 2003 [61].

Une **thèse** de médecine générale soutenue à Angers en 2006 a relevé que bien qu'en ayant connaissance du test de Fagerström, les MG ne sont que 58% à l'utiliser et 42% ne s'en servent pas, en évoquant comme raisons : le manque de temps (65%) , l'oubli (25%) et 8% qui considéraient peu d'intérêt à son utilisation car cela ne fait que répéter leur discours lors de la consultation [76].

L'**enquête de Culo** rapporte aussi un faible taux de recours des MG au test de Fagerström (22.8%), et l'explique par le fait que le médecin doit se baser sur des questions précises qu'il ne connaît pas forcément et donc cela lui prend du temps à chercher le test soit sur un support internet, soit sur un support papier [70].

3.4. Les traitements prescrits par les médecins généralistes :

La majorité des MG participants à notre série (66%) ne prescrivaient aucun traitement dans le cadre du sevrage tabagique, ce résultat peut être expliqué par une méconnaissance du sujet. En effet, Le manque de connaissances est un des freins retrouvés dans la plupart des travaux de thèses de médecine réalisés auprès des médecins généralistes dans le domaine des addictions [77].

La prescription des TNS est limitée à 19% dans notre série. Cela contraste avec les résultats des études de **Descamps**, de **Kotz et al**, et celle de **Jane M**. (Tableau XVI).

Tableau XVI : Traitements prescrits par les MG selon les séries

Auteurs	TNS	Varénicline (Champix*)	Bupropion (Zyban* Wellbutrin*)	Aucun
Etude de Descamps[45]	89.9%	12.8%	12.8%	–
Etude de Kotz et al.[49]	28.5% (18.7% Patch 9.8% Gomme)	–	65.7%	–
Etude de Jane M. [50]	75%	–	–	–
Notre série	19%	9%	6%	66%

Malgré cela, les TNS restent le traitement de 1^{ère} intention dans la prise en charge du sevrage tabagique par les MG, en total accord avec les recommandations de la **HAS**[28].

La prescription de la varénicline et le bupropion apparaît très faible dans notre série, assimilable au résultat de l'**étude de Descamps**[45].

Une **étude de Ravily** portant sur les connaissances des MG sur les deux thérapeutiques citées, rapporte que les MG évaluaient mal la balance bénéfice/risque de ces molécules, en considérant les risques comme importants et les effets secondaires comme nombreux depuis la médiatisation d'événements indésirables leur étant imputés [77].

3.5. Les thérapies recommandées par les médecins généralistes :

52% des MG interrogés dans notre série recommandaient l'activité physique à leur patient en cours de sevrage tabagique.

Une **revue générale** de 17 études contrôlées et randomisées de **Underner et coll.** a certifié que l'activité physique ne peut pas être considérée comme un moyen d'aide à l'arrêt du tabac, mais qu'il existe de fortes preuves qu'elle réduit le syndrome de sevrage, le craving, les affects négatifs et la prise de poids lors du sevrage tabagique[78].

Une **méta-analyse de Farley et coll.** visant à identifier les interventions de prévention de prise de poids après l'arrêt tabagique, a confirmé que la pratique régulière d'activité physique réduit significativement la prise de poids (-2,50 kg) à 12 mois après le sevrage [79]. On peut donc conclure que l'activité physique est un traitement adjuvant efficace pour diminuer les symptômes de sevrage tabagique.

La recommandation des TCC vient en 2^{ème} rang (25%) dans notre série, un médecin sur quatre complétait sa prise en charge du sevrage tabagique par des thérapies cognitivo-comportementales.

L'**étude de Descamps** rapporte un taux de recommandation des TCC par 57.2% de MG. Il a relaté une réponse subjective d'une psychologue qui utilisait les TCC afin d'insister sur les fausses croyances et de trouver des alternatives comportementales, en résumant sa pratique par « *remonter vers le lien amoureux avec la cigarette* ». En mentionnant **G. Lagrue** qui insistait aussi en 2003 sur l'intérêt de ces techniques et leur accessibilité à tout professionnel de santé: « *Sans devenir un spécialiste des TCC, tout médecin peut en intégrer les principes généraux et modifier ainsi son approche dans la prise en charge des dépendances* »[45].

La **conférence de consensus française de l'ANAES** a en effet exposé que le nombre des thérapeutes comportementalistes est faible et peu sont concernés par le sevrage tabagique, puisque le développement des études est plus centré sur les méthodes pharmacologiques. Et a recommandé la nécessité de développer plus de formations sur cette pratique [62].

Tableau XVII : Thérapies recommandées par les MG selon les séries

Auteurs	TCC	L'hypnothérapie	L'acupuncture	L'activité physique régulière	Aucune
Enquête d'Elmoujarrade [9]	26%	–		52%	–
Etude de Descamps[45]	57.2%	74.9%		–	–
Etude de Jane M. [50]	–	4%	3%	–	–
Notre série	25%	5%	4%	52%	14%

Par ailleurs, le recours à l'hypnothérapie et l'acupuncture par les MG de notre série (9%) rejoint le résultat de l'étude de Jane M. (8%).

L'enquête française de 2003 portant sur les professionnels de santé face au tabagisme, a rapporté des résultats similaires concernant le recours des médecins aux thérapies douces (acupuncture, auriculothérapie et homéopathie) estimé à 6.9% [80].

Le bénéfice de ces thérapies dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas encore établi [28], ce qui peut expliquer les résultats mentionnés antérieurement.

Néanmoins, il est intéressant de se pencher sur l'étude de Pinto T. qui relate que pour 70 participants ayant bénéficié d'une séance d'hypnose dans un cabinet médical à l'Ile-de-France, un sevrage à trois mois de la séance a été obtenu pour 20.6% des patients [38].

Une autre étude marocaine de Hajjam basée sur l'acupuncture par le point Chiapi, a démontré un taux de réussite de 71.43% pour 42 patients fumeurs [39].

4- Difficultés et attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique:

4.1. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aborder le sevrage tabagique :

4.1.1. Vis-à-vis des patients :

Les principales difficultés évoquées par nos médecins étaient le manque de motivation du patient (48%), ainsi que son refus à recevoir l'aide (21%). Ce qui rejoint plusieurs études.

Tableau XVIII : Difficultés rencontrés vis-à-vis des patients selon les séries

Auteurs	Patient non motivé	Patient refuse l'aide	Manque de moyen financier	Ce n'est pas une priorité
Etude de Descamps[45]	92.5%	–	–	34.3%
Etude de Birolleau[46]	92%	–	46%	–
Etude d'O'Loughlin et al.[54]	49.5%	46.8%	–	–
Enquête d' Elmoujarrade [9]	50%	–	–	–
Notre série	48%	21%	17%	14%

Le manque de motivation des patients est l'obstacle majeur rapporté par la littérature.

Martineza insisté que 77% des médecins de son étude considéraient que le manque de motivation du patient nuisait à l'efficacité des consultations de tabacologie. Le patient était perçu comme manquant de motivation, sans désir d'arrêter ou non observant[76].

De nombreux médecins de l'enquête de **CREAS-CRIPS** ont aussi déclaré que l'aide à l'arrêt du tabagisme était corrélé à la nécessité que le patient soit très motivé et qu'il affirme de lui-même son désir d'arrêt. Dans le cas contraire, de nombreux échecs vont se suivre avec des remises en question. Certains enquêtés évoquaient la motivation du patient mais aussi celle du médecin qui ne doit pas se décourager [10].

Birolleau souligne que ce dernier point posait un problème de conception de l'aide au sevrage par le médecin, en constituant un cercle vicieux, car la motivation est un processus actif dans lequel les paroles et les conseils des personnels médicaux et paramédicaux ont toute leur importance[46].

Pour remédier à cette difficulté, une semaine motivationnelle a été mise en œuvre par des **unités de tabacologie à Bruxelles**. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire, développée dans le but d'augmenter les chances d'abstinence du patient tabagique. Elle s'appuie sur une approche psychologique, motivationnelle, individuelle et de groupe, comportant des informations sur les conséquences du tabagisme, le mécanisme biopsychosocial de l'assuétude, la pratique du sport, l'hypnose, la gestion du stress par l'apprentissage de techniques de relaxation, des conseils diététiques et des jeux de rôle.

L'étude de **Hanssens et al.** visant à évaluer l'impact de la semaine motivationnelle, a démontré une efficacité à long terme dans le sevrage tabagique surtout pour le patient motivé et favorable à une approche en groupe. Pour conclure que de nouvelles stratégies comme associer la semaine motivationnelle à une approche médicamenteuse devraient être développées pour cette population à risque [81].

En outre, 17% des MG de notre série soulevaient la difficulté de manque moyen financier chez les patients, ce résultat est conforté par celui de l'**étude de Birolleau** qui soulève un pourcentage de 46% de MG considérant les traitements d'aide au sevrage trop onéreux pour une population défavorisée [46].

Une **étude de Fuhrman et al.** sur l'état des lieux des pratiques de l'aide au sevrage tabagique dans les centres de lutte antituberculeuse réalisée en 2021 en France, a souligné que le sevrage tabagique améliore la symptomatologie de la tuberculose sous toutes ses formes et l'observance des traitements antituberculeux, en soulevant que la précarité et les difficultés sociales étaient des freins supplémentaires à une bonne prise en charge des patients tabagiques atteint de tuberculose[82].

La **conférence de consensus** a en effet relevé l'influence qu'une situation sociale particulière (précarité, catégorie socio-professionnelle, niveau d'éducation...) avait sur les modalités d'arrêt de la consommation du tabac. Chez les sujets en situation de précarité la prévalence du tabagisme est élevée, c'est pourquoi l'**ANAES** recommande de ne pas mettre en place des programmes spécifiques de sevrage pour cette catégorie, qui pourrait aboutir à renforcer leur situation d'exclusion sociale. En contrepartie, il faut leur faciliter l'accessibilité au dispositif de soins. A noter que le non remboursement des substituts nicotiniques constitue, particulièrement pour ces personnes, un obstacle important à une bonne compliance thérapeutique[62].

4.1.2. Vis-à-vis la pratique du médecin généraliste :

Le manque de formation représentait l'essentielle difficulté (37%) de nos MG à prendre en charge le sevrage tabagique. Nos résultats vont dans le même sens que les études menées par les autres auteurs.

Tableau XIX : Difficultés rencontrés vis-à-vis la pratique des MG selon les séries

Auteurs	Manque de formation	Manque de temps	Accès au traitement pharmacologique difficile	Recommandations difficiles à appliquer
Etude de Descamps [45]	55.3%	34.3%	–	–
Etude de Birolleau[46]	76%	19%	27%	–
Etude d'O'Loughlin et al. [54]	26.5%	50.2%	–	17.8%
Notre série	37%	24%	22%	17%

Au Maroc, la **fondation Lalla Salma** de lutte contre le cancer avait lancé, en collaboration avec le Ministère de la Santé, le programme : « *Collèges, Lycées et Entreprises sans tabac* ». Ce programme propose, entre autres activités, la formation des médecins et des infirmiers en

tabacologie en vue d'intégrer la consultation d'aide au sevrage tabagique dans les soins de santé primaires pour aider et accompagner les fumeurs désireux d'abandonner leurs habitudes tabagiques. Cette expérience a intéressé la formation de plus de 800 professionnels de santé dont environ 600 médecins du secteur public.

Un guide d'aide au sevrage tabagique a été aussi élaboré comme outil didactique qui décrit le déroulement pratique du sevrage tabagique, sa surveillance et son suivi ainsi que la prévention des formes de récurrence[83].

Mais malgré cela, une **étude marocaine d'Amraoui** sur le comportement des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme à la région Oujda-Berkane, a précisé que le sentiment de ne pas être suffisamment formés en matière de sevrage tabagique était présent chez 44.3% des médecins, en soulignant un manque de supports éducatifs sur les méthodes de ce dernier[84].

Les médecins généralistes de la préfecture de Rabat participant à l'**enquête d'Elmoujarrade** ont aussi confirmé que l'obstacle majeur pour pratiquer l'aide à l'arrêt du tabagisme était le manque de supports et le manque de connaissance des méthodes de sevrage, par conséquent, ils ne se sentaient pas être en mesure d'apporter l'aide au fumeurs mise de l'avant par les experts[9].

Ce point a été aussi relevé dans l'**étude de Senhaji** en mettant en évidence l'importance d'une formation initiale et continue des médecins en matière de tabacologie pour augmenter leurs performances à aider les patients au sevrage tabagique, puisque seul 13.9% des médecins se sentaient être très bien formés pour aider leurs patients au sevrage tabagique, alors que 87.7% des médecins n'ont jamais reçu de formation initiale, 94% n'ont jamais reçu de formation post universitaire et 73.5% n'ont jamais reçu de formation médicale continue à propos de ce sujet [53].

Le manque de temps est la 2^{ème} difficulté relevée par nos MG(24%). Ce résultat est proche des résultats des auteurs **Descamps**(34.3%)[45], **Birolleau**(19%)[46] et loin de l'**étude d'O'Loughlin et al.**(50.2%)[54].

La prise en charge du sevrage tabagique apparaît comme étant particulièrement chronophage.

Pourtant : « Il a été calculé que si chaque médecin consacrait 7 secondes par an pour parler du tabac avec chacun de ses malades, il serait plus efficace que toutes les consultations spécialisées en sevrage tabagique »[42].

La **SSMG** relate aussi que le temps consacré par le médecin va de moins de 2 minutes pour identifier le statut tabagique et prodiguer un conseil d'arrêt personnalisé, à environ 10 minutes en deux contacts pour une intervention brève incitant au sevrage tabagique. Ce temps minime consacré par le MG a un rapport coût/efficacité parmi les plus intéressants en médecine[69].

L'**enquête de Culo** rapporte un pourcentage de 37% de MG qui évoquaient le manque de temps comme raison principale de non évocation du tabac à chaque consultation, en soulignant la probable ignorance de ce qu'est le conseil minimal, qui ne dure qu'une minute dans une

consultation de médecine générale qui dure en moyenne 18,5 minutes ($\pm 5,42$). Tout en insistant sur l'intérêt du conseil minimal qui réside dans sa répétition et son utilisation à chaque consultation [70].

Martinez a proposé dans son étude plusieurs solutions pour contourner cet obstacle. D'abord, si la première consultation était nécessairement longue, le temps peut ensuite se répartir sur plusieurs consultations. Cette gestion différente du temps est propre à l'accompagnement de toute conduite addictive. Ensuite, elle propose qu'une reconnaissance tarifaire du temps de consultation considéré long serait une alternative pour remédier à cette difficulté [76].

4.2. Les attentes des médecins généralistes à propos du sevrage tabagique :

Le sevrage tabagique suscite l'intérêt de la majorité des MG interrogés dans notre série.

Le besoin de formations et de conférences au sujet de l'aide au sevrage tabagique est exprimé par 47% des MG. 15% sont intéressés par les supports écrits autant pour le praticien que pour le patient, ainsi que les outils d'auto-support. Près de 10% portaient de l'intérêt aux supports audiovisuels.

Notre étude permet de mettre en évidence un besoin réel de formation des médecins généralistes dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique.

Tableau XX : Attentes des MG vis-à-vis du sevrage tabagique selon les séries

Auteurs	Formation diplômante	Conférences à propos du sujet	Support écrit préétabli	Support audiovisuel préétabli	Dépliant préétabli à administrer au patient	Outil d'auto-support pour les patients
Etude d'O'Loughlin et al.[54]	–	48%	72%	49%	89%	30% application 18% hotline
Notre série	30%	17%	13%	10%	15%	15%

Ce besoin est largement retrouvé dans la littérature.

Sciolla rapporte dans son enquête que les médecins ont une attitude attentiste au sujet de l'aide au sevrage tabagique : ils se considèrent mal informés, souhaiteraient être démarchés pour ces formations. Ils manquent d'outils pratiques accessibles pour les aider dans la prise en charge des patients fumeurs, notamment des connaissances concernant le processus de dépendance, les techniques motivationnelles et les traitements médicamenteux disponibles. **Sciolla** propose donc un développement de la formation initiale en tabacologie afin de motiver d'avantage les médecins généralistes à s'impliquer dans cette démarche. Laissant les médecins présentant un intérêt et une disposition personnelle pour l'aide au sevrage tabagique une liberté d'approfondir leurs connaissances en formation continue. L'élaboration de recommandations utiles dans la pratique

quotidienne ambulatoire du médecin généraliste serait aussi appréciable, en ajoutant qu'une des possibilités de soutien des médecins généralistes concerne le partage de compétences [68].

L'**étude d'Elmoujarrade** a mis en évidence un besoin d'information et de formation des médecins généralistes par rapport à la problématique de l'aide à l'arrêt du tabagisme. Près de 78% des médecins généralistes interrogés souhaitaient recevoir des outils, 90% des informations actualisées et 82% des brochures et 85% participer à une formation. En signalant qu'ils ne souhaitaient pas tellement s'investir dans des formations qui nécessitaient plus de disponibilité (55% ne sont pas intéressés par des colloques et 54 % par des soirées d'échange). Certains enquêtés ont précisé avoir besoin [9] :

- D'acquérir des connaissances sur les outils existants et sur leur efficacité.
- De connaître les adresses des consultations de tabacologie.
- D'être formé particulièrement aux questions du soutien psychologique et aux thérapies cognitivo-comportementales.

O'Loughlin et al. suggèrent également dans leur étude d'accroître la sensibilisation et la connaissance des médecins à propos des stades de changement des fumeurs ainsi que les ressources communautaires destinés à aider ces derniers.

Ils insistaient aussi sur l'importance des efforts continus pour développer des programmes d'intervention et de formation afin de soutenir et d'améliorer la pratique de l'aide au sevrage tabagique. Ces programmes devraient inclure des informations sur l'efficacité du conseil minimal, des traitements nicotiniques de substitution, tout comme la fixation d'une date d'arrêt et l'offre de consultations de suivi [54].

A Montréal, le programme '*Des médecins en action contre le tabagisme*' a été lancé pour objectif d'améliorer l'efficacité personnelle, les croyances et les attitudes des MG vis-à-vis l'aide au sevrage tabagique. Il comprend des ateliers qui présentent des scénarios cliniques de fumeurs à différents stades de changement. Les médecins évaluaient des cas, formulaient des recommandations, puis recevaient des commentaires sur leur performance par un modérateur qualifié. Ce programme organisait aussi des conférences sur le sevrage tabagique pour les MG, incitait à la publication d'articles dans des revues médicales, à la publication de directives cliniques pour le conseil pour le sevrage tabagique et la diffusion de matériel éducatif pour les médecins généralistes et les fumeurs. Cette expérience suggère qu'un programme intégré et théorique visant à améliorer les pratiques d'aide au sevrage tabagique par les médecins pourrait être un élément clé d'une stratégie globale visant à réduire l'usage du tabac [85].

En ce qui concerne les outils d'auto-soutien destinés aux patients fumeurs, la **SSM** rapporte que l'accompagnement par téléphone a un impact sur le taux d'arrêt. Par contre la mise à disposition sans contact personnel de matériel de self help (simples documents ou brochures disposées dans la salle d'attente, cassettes audio, enregistrements vidéos ou

programmes électroniques) n'a pas fait preuve d'efficacité dans le sevrage tabagique. Le bénéfice supplémentaire par rapport à l'arrêt spontané, lié à ce matériel est de l'ordre de 0 à 2%, soit non significatif. C'est pourquoi ils ne sont pas actuellement recommandés.

Toutefois, la **SSMG** souligne que le conseil «taillé sur mesure» réalisé par ordinateur en fonction d'une liste de questions préétablies posées au fumeur, a des résultats supérieurs à un document standardisé mais nécessite une approche beaucoup plus intensive et personnalisée[69].

La **revue de Cochrane de Taylor et al.** a en effet rapporté que les programmes sur internet qui étaient interactifs et adaptés aux réponses individuelles ont conduit à des taux de sevrage plus élevés, à six mois ou plus, que les soins habituels ou les matériels imprimés d'auto-assistance. Et donc les outils d'auto-support doivent être intensifs (suivi sur plusieurs mois), personnalisés au profil du bénéficiaire, et interactifs (le bénéficiaire peut participer, au moins en cliquant sur un lien, en faisant un quiz ...) afin d'apporter et d'atteindre une efficacité du sevrage tabagique[86].

Dans ce même contexte, l'application Stop-tabac lancée en 2019 sur internet a suscité la participation de 5293 fumeurs réguliers. Cette application prodiguait des feedbacks immédiats lors des épisodes de craving et de syndrome de sevrage, des messages de conseil personnalisés avec des notifications envoyées pendant 6 mois, un forum de discussion, des fiches et des modules sur la thérapie de remplacement de la nicotine et les cigarettes électroniques. Elle proposait aussi de calculer les cigarettes non fumées, l'argent économisé et les jours de vie gagnés depuis l'arrêt.

L'**essai randomisé d'Ettera** évalué l'apport de cette application en matière de sevrage tabagique réussi. Elle a rapporté un taux de 34% des participants qui ont déclaré que l'application les avait énormément aidés à arrêter de fumer, avec une augmentation d'utilisation des traitements nicotiniques de substitution [87].

Pour conclure, l'efficacité du sevrage tabagique requiert, en plus de la formation des professionnels de santé, un ensemble d'outils d'auto-support innovants qui doivent répondre aux différents besoins des patients en cours d'arrêt du tabagisme.

RECOMMANDATIONS

Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Introduire le module de tabacologie dans le cursus universitaire de médecine générale portant sur :

- Le tabac :
 - La pharmacologie de la nicotine
 - Les différentes dépendances au tabagisme
 - Les pathologies liées au tabagisme
- L'aide au sevrage tabagique :
 - La prise en charge du patient fumeur selon son stade de motivation
 - La prescription des traitements de la dépendance tabagique
 - L'acquisition des principes de base de l'accompagnement psychologique du fumeur (L'entretien motivationnel – les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ...)
 - Faire face aux situations particulières (les fumeurs difficiles, les adolescents, les co-addictions...)

Au ministère de la santé

- Elaborer des recommandations nationales de bonne pratique de l'aide au sevrage tabagique.
- Mettre à disposition des brochures gratuitement aux professionnels de santé à administrer aux patients tabagiques.
- Créer au sein de différentes structures sanitaires du pays des unités de tabacologie.
- Désignation d'un tabacologue dans chaque centre de santé pour une meilleure proximité.
- Lancer un logiciel d'autoformation pour approfondir les connaissances sur le tabac destinés aux différents acteurs de la lutte contre le tabagisme.
- Lancer des outils d'auto-support destinés aux fumeurs:
 - Une application 'Stop tabac' avec des conseils personnalisés
 - Un numéro vert pour les fumeurs en difficultés de sevrage
 - Un site d'information pour sensibiliser les fumeurs

- Organiser des campagnes de sensibilisation sous forme de 'Mois sans tabac' avec des diffusions sur la télévision, la radio, les panneaux d'affichage et surtout les réseaux sociaux.

Aux agents de la santé publique

- Généraliser les coordonnées des centres de tabacologie aux médecins généralistes situés dans leur secteur d'activité.
- Créer des réseaux de prévention des addictions dans chaque ville.
- Travailler en réseau pour permettre de renforcer la compétence et de rompre la solitude du praticien.

Aux professionnels de santé

- Consacrer plus de temps à la sensibilisation des patients autour du tabagisme.
- Systématiser le conseil minimal efficace quel que soit le motif de consultation.
- Fournir une intervention brève auprès des patients tabagiques :
 - Evaluer la motivation du patient à l'arrêt.
 - Evaluer la dépendance tabagique pour une éventuelle prescription des traitements nicotiniques de substitution (TNS).
 - Assurer un suivi.
 - Assurer un complément d'information (Brochure, numéro vert, site internet ...).

CONCLUSION

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique représentant l'une des causes de morbidité et de mortalité que l'on peut prévenir.

Les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer dans la promotion du sevrage tabagique, la prise en charge des fumeurs et leur accompagnement au cours de cette démarche.

Notre enquête a montré que les attitudes des médecins généralistes face au sevrage tabagique restent non optimales :

- La pratique du conseil minimal est insuffisante (43%).
- Les tests d'évaluation sont peu utilisés (27%).
- La prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique n'est pas généralisée (34%).
- La recommandation des thérapies cognitivo-comportementales reste faible (25%).

Notre étude a aussi soulevé des difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aborder le sevrage tabagique, notamment le manque de formation et le manque de temps chez les praticiens et le manque de motivation chez le patient.

Notre travail a toutefois mis en avant que la formation reçue en tabacologie était significativement liée à la recherche des maladies associées au tabagisme ($p=0,035$), à la prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique ($p=0,001$), et aussi à l'utilisation des tests d'évaluation ($p=0.032$).

Nous présumons donc que l'optimisation de l'aide au sevrage tabagique doit passer par un développement de la formation initiale et continue en tabacologie, ainsi qu'un renforcement de l'implication des professionnels de la santé dans la prise en charge du sevrage tabagique.

RESUME

RESUME

INTRODUCTION :

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Le médecin généraliste, par sa relation privilégiée avec le patient, joue un rôle fondamental dans la prévention primaire et secondaire de ce fléau. L'objectif essentiel de notre travail est d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes (MG) face au sevrage tabagique.

MATERIEL ET METHODES :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et observationnelle, menée sur une période de quatre mois (de Juillet à Octobre 2021). Cent médecins généralistes exerçant dans la ville d'Agadir ont répondu à un questionnaire anonyme préétabli. Le taux de participation était de 68.9%.

RESULTATS :

La tranche d'âge moyenne des médecins généralistes était entre 40 à 50 ans. Le sex ratio homme/femme était de 0,36. Le sexe féminin était prédominant dans notre étude (73%). 31% des médecins généralistes était formés en tabacologie. La prévalence du tabagisme dans notre échantillon était de 4%.

En consultation, moins de la moitié des médecins généralistes pratiquaient le conseil minimal complet systématiquement (43%).

Face au tabagisme de leurs patients, près de deux tiers des médecins quantifiaient le tabagisme par paquet-années (60%), et près de la moitié des MG informaient systématiquement des risques du tabagisme et recherchaient systématiquement les éventuelles pathologies liées au tabac, soit respectivement 58% et 52%.

Les attitudes des MG variaient face aux stades de changement du patient fumeur : 40% des MG adressaient leur patient directement à un centre d'addictologie, 37% citaient les avantages à l'arrêt du tabagisme et incitaient le patient à informer son entourage pour le soutien. Alors que 31% des MG proposaient une réduction de consommation dans un 1^{er} temps et renforçaient la confiance en soi en la réussite d'arrêt de fumer, tandis que 25% des MG organisaient un suivi afin de renforcer l'abstinence tabagique.

En ce qui concerne les tests d'évaluation des dépendances, 11% utilisaient le test de Fagerström, 7% le test de Horn, 5% le test de Q-MAT et 4% l'échelle de HAD.

Pour les 100 médecins interrogés, 66% ne prescrivaient aucun traitement pour renforcer le sevrage tabagique. 19% ont déjà prescrits les traitements nicotiniques de substitution (TNS) sous

forme de patch (n=11), gommes (n=2) et pastilles (n=2). Alors que la prescription de la varéniciline et du bupropion se limitait à respectivement 9% et 6%.

L'activité physique régulière (52%) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (25%) étaient les thérapies les plus recommandées par les MG participant à notre enquête, contrairement à l'hypnothérapie (5%) et l'acupuncture (4%).

Notre enquête a relevé que les difficultés rencontrées à entamer le sevrage tabagique avec le patient étaient essentiellement la non motivation (48%) et le refus à recevoir de l'aide (21%). Alors que le manque de formation (37%) et de temps (24%) représentaient majoritairement les difficultés compliquant la pratique du MG à aborder le sevrage tabagique. Par ailleurs, la difficulté d'accès aux traitements pharmacologiques et d'application des recommandations représentaient respectivement 22% et 17%.

Toutefois, les médecins généralistes étaient globalement intéressés par le sujet du sevrage tabagique, notamment par des formations en présentiel et conférences à propos du sujet (17%), par des dépliants préétablis et des outils d'auto-support destinés au patient (15%), par des formations en ligne et des supports écrits préétablis (13%) et par des supports audiovisuels (10%).

Au final, notre étude a démontré que la formation en tabacologie était significativement liée à la recherche des maladies associées au tabagisme ($p=0,035$), liée à la prescription des traitements pharmacologiques relatifs au sevrage tabagique ($p=0,001$), et aussi liée à l'utilisation des tests d'évaluation ($p=0.032$).

CONCLUSION :

Suite aux résultats de cette étude, nous recommandons de développer la formation initiale et continue des médecins généralistes en matière de tabacologie pour augmenter leurs performances à aider les patients au sevrage tabagique, et de développer un ensemble d'outils d'auto-support destinés aux patients.

ABSTRACT

INTRODUCTION :

Smoking is a major public health problem. The general practitioner (GP) plays a fundamental role in its primary and secondary prevention. The main objective of our thesis is to measure the knowledge and attitudes of general practitioners towards smoking cessation.

MATERIAL AND METHODS :

A cross-sectional survey was conducted among general practitioners in the city of Agadir using random sampling, from July to October 2021. One hundred GPs responded to an anonymous questionnaire. The participation rate was 68.9%.

RESULTS :

The average age of the participating GPs was between 40 to 50 years old. The sex ratio was 0,36. The female gender was predominant in our study (73%). 31% of general practitioners received training in tobacco addiction. The prevalence of smoking in our sample was 4%.

Our study showed that less than half of general practitioners provided brief smoking cessation advice systematically to their patients (43%).

Nearly two-thirds of the questioned physicians quantified their patients' smoking in pack-years (60%). 58% of GPs systematically informed their patients of smoking risks and 52% proceed to screening tobacco-related pathologies systematically.

The GPs attitudes were various depending on the smokers' stage of readiness to quit : 40% GPs referred their patient directly to an addiction center, 37% cited the pros of smoking cessation and encouraged the patients to ask their family and friends for support. While 31% of GPs proposed a consumption reduction and reinforced self-confidence in the success of quitting, and only 25% of physicians schedule follow-up visits.

Of the assessment tests, 11% physicians used the Fagerström test, followed by the Horn test (7%), the Q-MAT test (5%) and the HAD scale (4%).

Among the 100 GPs questioned, 66% did not prescribe any pharmacological aids for smoking cessation, 19% have already prescribed nicotine replacement therapy (NRT) in the form of patches (n = 11), gums (n = 2) and lozenges (n = 2). While the prescription of varenicline and bupropion was limited to 9% and 6% respectively.

Regular physical activity (52%) and cognitive behavioral therapy (CBT) (25%) were the most recommended therapies by GPs participating in our survey, unlike hypnotherapy (5%) and acupuncture (4%).

Our survey noted that the most important perceived barriers to smoking cessation counseling included lack of patient interest (48%) and refusal to receive help (21%). The lack of training (37%) and time (24%) represented the main difficulties complicating the practice of GPs, followed by difficulty in accessing pharmacological treatments (22%) and applying smoking cessation guidelines (17%).

However, general practitioners were interested in the subject of smoking withdrawal, particularly by : person training courses and conferences (17%), by providing patient education material and self-support tools (15%), by online training and written materials for physicians (13%) and audiovisual sources (10%).

In the end, our study showed that training in tobacco science was significantly correlated to the detection of diseases associated to smoking ($p=0.035$), correlated to the prescription of pharmacological treatments ($p=0.001$), and correlated to the use of evaluation tests ($p=0.032$).

CONCLUSION:

According to the results of this study, it is recommended to develop training programs in tobacco science to increase the performance of general practitioners in helping patients to quit smoking, and to develop a set of self-support tools for patients.

ملخص

مقدمة :

يعتبر التدخين آفة صحية كبرى في العالم. يلعب الطبيب العام دوراً أساسياً في الوقاية الأولية من هذه الآفة، وذلك نظر للعلاقتها الاستثنائية مع المريض. يهدف عملنا إلى دراسة وتقييم معارف ومواقف الأطباء العاميين تجاه المساعدة على الإقلاع عن التدخين.

المواد والأساليب:

في هذا الصدد، تم إجراء دراسة وصفية و مقطعية علمياً أربعة أشهر (منيلويز إلى أكتوبر 2021)، تم فيها استجواب 100 طبيب عام ممارس في مدينة أكادير من خلال استبيان معد مسبقاً. و بلغت نسبة الاستجابة 68.9%.

النتائج:

في هذه العينة، كانت متوسط عمر الأطباء المشاركين 40 إلى 50 سنة. و كانت نسبة الجنس 0.36، مع سيادة الجنود الأنثوي (73%). تلقى 31% من الأطباء العاميين تدريباً في مجال الإدمان والتدخين. و قد قدر معدل التدخين بين الأطباء المستجوبين بـ 4%.

أظهرت هذه الدراسة أن نسبة الأطباء الذين قدموا بشكل منهجي نصائح موجزة عن الإقلاع عن التدخين لمريضهم كانت أقل من النصف (43%). و قام ما يقارب ثلث الأطباء الذين تم استجوابهم بتقدير تدخين مرضاهم بواسطة عدد علب السجائر المدخنة في السنة (60%). بينما عمد 58% منهم بإخبار مرضاهم بأخطار التدخين و 52% إلى الكشف المبكر عن الأمراض الناتجة عن التدخين بشكل منهجي.

تباينت مواقف الأطباء في التعامل مع مراحل تغير المريض المدخن: 40% يرسلون المريض إلى طبيب مختص في الإدمان، و 37% منهم يذكرون الفوائد الصحية للإقلاع عن التدخين و يدفعون المريض إلى الاستعانة بالأسرة و الأصدقاء من أجل الدعم و المساعدة. بينما 31% من الأطباء يقترحون على المدخنين تقليل عدد السجائر المستهلكة في اليوم، إضافة إلى رفع ثقة المريض في النفس فيما يخص القدرة على الإقلاع عن التدخين. وقد برمج 25% من الأطباء حصصاً أخرى لمتابعة حالة المريض بعد إقلاعه عن التدخين.

لا يبادر أغلبية الأطباء المشاركين في دراستنا إلى استعمال اختبارات لتقييم حالة المدخن، 11% فقط يستخدمون اختبار Fagerström، 7% يستخدمون اختبار Horn، 5% يستخدمون اختبار Q-MAT و 4% يستخدمون سلم HAD.

66% من الأطباء لا يصفون أدوية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين، و قد اقتصر 19% من الأطباء على وصف بدائل النيكوتين على شكل لصقات (n=11) و علكات (n=2) و أقراص للمص (n=2)، بينما 9% وصفوا دواء الفارينيكلاين و 6% وصفوا دواء البوبروبيون.

ينصح 52% من الأطباء المستجوبين المرضى المدخنين بممارسة الرياضة بشكل منتظم، و 25% منهم ينصح بأخذ استشارات في العلاج السلوكي المعرفي، بينما 5% ينصحون بالتنويم الإيحائي و 4% بالوخز بالإبر.

خلال هذه الدراسة، تم استخلاص مجموعة من المشاكل التي تواجه الطبيب العام، أبرزها: نقص الحافز (48%) و رفض المريض المدخن المساعدة على الإقلاع عن التدخين (21%)، ثم الافتقار إلى التدريب في مجال إدمان التدخين (37%) و ضيق وقت الاستشارة (24%)، إضافة إلى صعوبة اللجوء إلى الأدوية المساعدة على الإقلاع عن التدخين (22%)، و كذا صعوبة تطبيق التوصيات في الممارسة اليومية للطب العام (17%).

أبدى الأطباء المشاركون في دراستنا اهتمامهم بموضوع الإقلاع عن التدخين : 17% بالتدريب الحضورية و المحاضرات في هذا الموضوع، 15% بالمطبوعات و وسائل الدعم المخصصة للمرضى، 13% بالتدريب عن بعد و المطبوعات الورقية الموجهة للطبيب و 10% بالمواد التثقيفية السمعية البصرية.

أظهرت دراستنا أن التدريب في مجال إدمان التدخين يرتبط ب الكشف المبكر عن الأمراض الناتجة عن التدخين ($p=0.035$)، يرتبط بوصف الأدوية المساعدة على الإقلاع عن التدخين ($p=0.001$)، و يرتبط باستخدام اختبارات تقييم حالة المدخن ($p=0.032$).

الخاتمة:

خلصت نتائج هذه الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أبرزها تطوير التدريب الأولي و المستمر للأطباء العاميين في مجال إدمان التدخين، و تطوير مجموعة من الأدوات للمساعدة الذاتية مخصصة للمدخنين.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'exploitation

PROJET DE THESE : Aide au sevrage tabagique : enquête auprès des médecins généralistes de la ville d'Agadir

Thésarde : BENBRIK Omayma

Encadré par : Professeure AIT BATAHAR Salma, Professeure agrégée en pneumologie

Ce questionnaire anonyme a été élaboré afin d'évaluer les attitudes et les attentes des médecins généralistes de la ville d'Agadir vis-à-vis du sevrage tabagique.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

Age : ☐ inférieur à 30 ans ☐ 30-40 ans ☐ 40-50ans ☐ supérieur à 50ans

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin

Faculté de formation : ☐ Rabat ☐ Casablanca ☐ Marrakech ☐ Fes ☐ Oujda ☐ Faculté étrangère

Secteur d'exercice : ☐ Public ☐ Privé

Lieu d'exercice : ☐ Urbain ☐ Rural

Nombre d'années d'exercice :

Niveau socio-économique de la population là où vous exercez est le plus souvent :

☐ Bas ☐ Moyen ☐ Elevé

Y-a-t-il un centre d'addictologie proche du lieu de votre pratique ?

☐ Oui ☐ Non

Après votre cursus médical, avez-vous reçu une formation en tabacologie/addictologie?

☐ Oui ☐ Non

*Si oui dans quel cadre :

1. Demandez-vous systématiquement à chaque patient s'il fume ?

☐ Oui ☐ Non

*Si oui, comment quantifiez-vous le tabagisme :

☐ Paquet-Année ☐ Durée d'exposition ☐ Aucun

*Si non, qu'est-ce qui vous incite à poser la question ?

☐ Symptomatoologie respiratoire ou ORL

☐ Symptomatoologie psychiatrique

☐ Autres habitudes toxiques

☐ Adolescents

Autres :

2. Informez-vous systématiquement vos patients des risques liés au tabac ?

☐ Oui ☐ Non

3. Recherchez-vous systématiquement les éventuelles pathologies associées au tabagisme?

☐ Oui ☐ Non

*Si oui, lesquelles ?

☐ Cancer du poumon

- ☐ Cancer du larynx
- ☐ BPCO
- ☐ Ulcère gastroduodéal
- ☐ Insuffisance coronarienne (IDM..)
- ☐ AOMI
- ☐ Trouble dépressif
- ☐ Trouble anxieux

Autres :

4. Demandez-vous systématiquement à vos patients fumeurs s'ils ont envie d'arrêter de fumer?

☐ Oui ☐ Non

*Si non, pour quelles raisons ?

- ☐ Par oubli
- ☐ Par manque de temps
- ☐ Par manque de formation à ce sujet
- ☐ Par appréhension de la réaction du patient

Autres :

5. Oui aborde le sevrage tabagique ? (1 signifie que c'est toujours à l'initiative du patient, 5 signifie que c'est toujours à votre initiative)

Le patient	1	2	3	4	5	Vous

6. Quelle est votre attitude devant :

• **Patient tabagique n'envisageant pas l'arrêt du tabagisme :**

- ☐ Je cite les avantages à l'arrêt du tabagisme
- ☐ J'identifie les obstacles à l'arrêt du tabagisme
- ☐ J'insiste sur le sevrage tabagique à chaque consultation
- ☐ Je me limite au conseil minimal

• **Patient tabagique hésitant à l'arrêt du tabagisme :**

- ☐ Je propose une réduction de consommation dans un 1^{er} temps
- ☐ Je renforce la confiance en soi en la réussite d'arrêt de fumer
- ☐ Je renseigne sur les outils d'aide au sevrage tabagique
- ☐ J'évalue sa dépendance au tabac

• **Patient tabagique désirant un sevrage tabagique :**

- ☐ Je programme une consultation destinée qu'au sevrage tabagique

- ☐ J'évalue sa motivation à l'arrêt du tabagisme
- ☐ Je fixe une date d'arrêt avec le patient
- ☐ Je l'adresse directement à un centre d'addictologie

• **Patient qui a arrêté de fumer :**

- ☐ J'anticipe le syndrome de sevrage tabagique
- ☐ Je recommande l'utilisation de médicaments efficaces
- ☐ J'incite le patient à informer son entourage pour le soutien
- ☐ J'organise un suivi afin de renforcer l'abstinence tabagique

7. A l'arrêt du tabagisme, vos patients présentent :

- ☐ Humeur dépressive
- ☐ Envie irrésistible de fumer (craving)
- ☐ Trouble de sommeil
- ☐ Trouble de concentration
- ☐ Irritabilité/agitation
- ☐ Augmentation de l'appétit

Autres :

8. Parmi ces tests, le/lesquelles avez-vous déjà utilisé ?

- ☐ Test de Q-MAT (évaluer la motivation)
- ☐ Test de Fagerström (évaluer la dépendance nicotinique)
- ☐ Test de Horn (évaluer la dépendance comportementale)
- ☐ Echelle HAD (dépister les troubles anxio-dépressifs)
- ☐ Aucun

9. Parmi ces traitements, lesquels avez-vous déjà prescrit :

- ☐ Traitements nicotiniques de substitution

*Si Oui, sous quelle forme ?

- ☐ Bupropion (Zyban* Wellbutrin*)
- ☐ Varénicline (Champix*)
- ☐ Aucun

Autres :

10. Parmi ces thérapies, lesquelles avez-vous déjà recommandé :

- ☐ Thérapies cognitivo-comportementales
- ☐ Séances d'hypnothérapie
- ☐ Acupuncture
- ☐ Activité physique régulière
- ☐ Aucune

11. Quelles sont les difficultés rencontrées à proposer l'aide du sevrage tabagique :

***vis-à-vis du patient :**

- ☐ Patient refuse l'aide
- ☐ Patient non motivé
- ☐ Ce n'est pas une priorité
- ☐ Manque de moyen financier

***vis-à-vis votre pratique :**

- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque de formation
- ☐ Recommandations difficiles à appliquer
- ☐ Accès au traitement pharmacologiques difficile

12. Afin d'améliorer vos connaissances et prise en charge du sevrage tabagique, seriez-vous intéressé par :

- ☐ Formation en présentiel diplômante
- ☐ Formation en ligne diplômante
- ☐ Conférences à propos du sujet
- ☐ Support écrit préétabli
- ☐ Support audiovisuel préétabli
- ☐ Dépliant préétabli à administrer au patient
- ☐ Outil d'auto-support pour les patients (application mobile/Hotline..)

13. Etes-vous :

- ☐ Non-fumeur
- ☐ Fumeur sevré actuellement
- ☐ Fumeur actif avec plusieurs tentatives de sevrage tabagique
- ☐ Fumeur actif sans tentative de sevrage tabagique

ANNEXE 2 : Test de 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
- Énormément : 3

3. Pensez-vous que, dans 4 semaines :

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

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

- Jamais : 0
- Quelquefois : 1
- Souvent : 2
- Très souvent : 3

Résultats :

Score ≤ 6 : motivation insuffisante

Score entre 7 et 13 : motivation moyenne

Score > 13 : bonne et très bonne motivation

ANNEXE 3 : Test de Fagertröm

1. **Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?**
 - Dans les premières minutes : 3
 - Entre 6 et 30 minutes : 2
 - Entre 31 et 60 minutes : 0
 - Plus de 60 minutes : 0
2. **Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex : cinémas, bibliothèques)?**
 - Oui: 1
 - Non : 0
3. **À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement?**
 - La première le matin : 1
 - N'importe quelle autre : 0
4. **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
5. **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?**
 - Oui: 1
 - Non : 0
6. **Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?**
 - Oui: 1
 - Non : 0

Résultats :

0 à 2 : Très faible dépendance

3 ou 4 : Faible dépendance

5 : Dépendance moyenne

6 à 7 : Forte dépendance

ANNEXE 4 : Test de Horn

5 = Toujours	4 = Souvent	3 = Moyennement	2 = Parfois	1 = Jamais					
a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1				
b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1				
c - Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1				
d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1				
e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1				
f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1				
g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1				
h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1				
i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1				
j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1				
k - Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1				
l - J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1				
m - Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1				
n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1				
o - Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1				
p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1				
q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1				
r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1				

- STIMULATION : a + g + m = ...
- PLAISIR DU GESTE : b + h + n = ...
- RELAXATION : c + l + o = ...
- ANXIÉTÉ – SOUTIEN : d + j + p = ...
- BESOIN ABSOLU : e + k + q = ...
- HABITUDE ACQUISE : f + i + r = ...

ANNEXE 5 : Echelle HAD

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation pour chacun des scores (A et D) est :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) ?

- La plupart du temps : 3
- Souvent : 2
- De temps en temps : 1
- Jamais : 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois ?

- Oui, tout autant : 0
- Pas autant : 1
- Un peu seulement : 2
- Presque plus : 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver ?

- Oui, très nettement : 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave : 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas : 1
- Pas du tout : 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses ?

- Autant que par le passé : 0
- Plus autant qu'avant : 1
- Vraiment moins qu'avant : 2
- Plus du tout : 3

5. Je me fais du souci ?

- o Très souvent : 3
- o Assez souvent : 2
- o Occasionnellement : 1
- o Très occasionnellement : 0

6. Je suis de bonne humeur ?

- o Jamais : 3
- o Rarement : 2
- o Assez souvent : 1
- o La plupart du temps : 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) ?

- Oui, quoi qu'il arrive : 0
- Oui, en général : 1
- Rarement : 2
- Jamais : 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti ?

- Presque toujours : 3
- Très souvent : 2
- Parfois : 1
- Jamais : 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué ?

- Jamais : 0
- Parfois : 1
- Assez souvent : 2
- Très souvent : 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence ?

- Plus du tout : 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais : 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention : 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé : 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place ?

- Oui, c'est tout à fait le cas : 3
- Un peu : 2
- Pas tellement : 1
- Pas du tout : 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses ?

- Autant qu'avant : 0
- Un peu moins qu'avant : 1
- Bien moins qu'avant : 2
- Presque jamais : 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique ?

- Vraiment très souvent : 3
- Assez souvent : 2
- Pas très souvent : 1
- Jamais : 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision ?

- Souvent : 0
- Parfois : 1
- Rarement : 2
- Très rarement : 3

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 :

Total A = _____

Annexe 6 : Standardisation de la mesure du CO dans l'air expiré

[58]

- Réaliser la mesure au moins une demi-heure après la dernière cigarette.
- Noter l'écart de temps entre le dosage du CO et la dernière cigarette et prendre en compte ce délai dans l'interprétation du résultat.
- Vérifier le zéro de l'appareil : mesurer la valeur de l'air ambiant ou faire le zéro automatique.
- Faire une inspiration profonde, bloquer la respiration 15 secondes puis expirer de façon lente et la plus prolongée possible à travers l'appareil.
- Attendre la stabilisation de l'appareil avant de noter la valeur en retranchant la valeur du zéro à la mesure.
- En cas de mesures successives, attendre le retour à zéro de l'appareil ce qui nécessite environ une à deux minutes.

N.B. : Il est nécessaire d'être vigilant sur le respect des précautions d'hygiène lors de la manipulation de l'embout buccal et le respect strict de l'utilisation de l'embout en usage unique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Organisation Mondiale de la Santé

« Tabac », *Juillet 2021*.

[2] R. M. Rouquet

« Le tabac : données épidémiologiques récentes et bases du sevrage tabagique », *Revue des maladies respiratoires Actualités*, *Octobre 2009*.

[3] A. L. Le Faou et O. Scemama

« Épidémiologie du tabagisme », *Revue des Maladies Respiratoires*, *Décembre 2005*.

[4] D. H. Taylor, V. Hasselblad, S. J. Henley, M. J. Thun, et F. A. Sloan

« Benefits of Smoking Cessation for Longevity », *American Journal of Public Health*, *Juin 2002*.

[5] World Medical Association – UK

« Déclaration d'Helsinki de L'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains », *Février 2017*.

[6] Centers of Disease Control and Prevention – USA

« Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States », *2019*.

[7] A. Pasquereau, R. Andler, P. Arwidson, R. Guignard et V. Nguyen–Thanh

« Consommation de tabac parmi les adultes: Bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme 2014–2019 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, *Mai 2021*.

[8] Ministère de la Santé – Maroc

« Rapport ENPSF 2018 2^{ième} édition », *2018*.

[9] A. Elmoujarrade

« Les pratiques d'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes de la préfecture de Rabat. », *Juillet 2004*.

[10] CRAES–CRIPS– France

« Les pratiques de l'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes en région Rhône–Alpes », *Octobre 2003*.

[11] N. Tachfouti

« Estimation de la mortalité attribuée au tabac au Maroc », *Santé Publique et Épidémiologie*, *Décembre 2014*.

[12] K. Amazian, N. Mouhoute, M. Elbiaze, et A. Ouidi

« Prévalence du tabagisme, connaissances et attitudes chez le personnel d'un centre hospitalier au Maroc », *Revue D'Épidémiologie et de Santé Publique*, *Mai 2017*.

[13]S. Oukassem

« Les connaissances et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la BPCO à la région Souss-Massa », *Avril 2021*.

[14]E. Quoix

« Épidémiologie du cancer bronchique primitif: aspects classiques et nouveautés », *Revue des maladies respiratoire, Octobre 2011*.

[15] Fondation Lalla Salma – Maroc

« Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca 2008–2012 », *Édition 2016*.

[16]K. Y. Belmokhtar, M. Tajir, R. Boulouiz, A. Benani, S. A. Brahmi, I. Alloubi, H. Kouismi et al.

« Cancer du poumon au Maroc Oriental: où en sommes-nous? », *Pan African Medical Journal, Décembre 2019*.

[17]Haute Autorité de Santé– France

« Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac », *2016*.

[18]D. Thomas

« Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique », *Presse Médicale, Juin 2009*.

[19]K. K. Teo, S. Ounpuu, S. Hawken, M. R. Pandey, D. Hunt, R. Diaz et al.

« Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study », *The Lancet, Août 2006*.

[20]W. B. Kannel et D. Shurtleff

« The Framingham Study. Cigarettes and the development of intermittent claudication », *Geriatrics, Février 1973*.

[21]B. R. Celli, W. MacNee, et ATS/ERS Task Force

« Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper », *European Respiratory Journal, Juin 2004*.

[22]World Health Organisation

« The top 10 causes of death », *2020*.

[23]N. Wirth

« Tabagisme et maladies respiratoires », *EMC Pneumologie, Juin 2009*

[24] G. Parasher et G. L. Eastwood

« Smoking and peptic ulcer in the Helicobacter pylori era », *European Journal of Gastroenterology and Hepatology, Août 2000*.

[25]A. Dervaux et X. Laqueille

« Tabagisme et comorbidités psychiatriques », *Presse Médicale*, Décembre 2016.

[26]J. Perriot

« La conduite de l'aide au sevrage tabagique », *Revue des Maladies Respiratoire*, Février 2006.

[27]E. Emmel

« De quels moyens et méthodes non-pharmacologiques dispose le médecin généraliste en consultation de sevrage tabagique ? », *Sciences du Vivant*, Février 2011.

[28]Haute Autorité de Santé – France

« Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », 2014.

[29] H. J. Aubin, G. Lagrue, P. Legeron, et G. Azoulai

« Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT): Construction and validation », *Revue d'Alcoolologie-Addictologie*, Janvier 2004.

[30]H. I. Giesen

« État des lieux de l'évaluation de la motivation au sevrage tabagique par une revue de littérature », *Septembre 2018*.

[31]M. Underner, J. Le Houezec, J. Perriot et G. Peiffer.

« Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique », *Revue des Maladies Respiratoire*, Avril 2012.

[32]C.H. Pierre

« Etude de la pertinence en soins primaires des outils et moyens de prise en charge les plus adaptés dans le sevrage tabagique par technique du groupe nominal », *Sciences du Vivant*, Novembre 2018.

[33] M. Underner, P. Ingrand, M. Favreau, P. Mura et J.-C. Meurice

« Intérêt des principaux indicateurs du tabagisme lors de la première consultation de sevrage tabagique », *Revue des Maladies Respiratoires*, Septembre 2004.

[34]J. Abdul-Kader

« Les outils du sevrage tabagique en 2018 », *Revue de Pneumologie Clinique*, Juin 2018.

[35]J. Cottraux

« Les thérapies comportementales et cognitives », *Revue de Médecine*, Décembre 2006.

[36]P. Guichenez, I. Clauzel, C. Cungi, X. Quantin, P. Godard, et A. M. Clauzel

« Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique », *Revue des Maladies Respiratoires*, Février 2007.

[37]F. M. Hasan,S. E .Zagarins, K. M. Pischke, S. Saiyed, A. M. Bettencourt, L. Bealetal.

« Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial », *Complementary Therapy in Medecine Journal*,Février 2014.

[38] T. Pinto

« Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois d'une séance en cabinet de médecine générale », *Médecine humaine et pathologie*, Octobre 2018.

[39]M. Hajjam

« Place de l'acupuncture dans le sevrage tabagique : Méthode point Chiapi, à propos de 42 cas », 2010.

[40]A. R. White, H. Rampes, J. P. Liu, L. F. Stead, et J. Campbell

« Acupuncture and related interventions for smoking cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Janvier 2011.

[41]T. B. Baker, N. Breslau, L. Covey, et S. Shiffman

« DSM Criteria for Tobacco Use Disorder and Tobacco Withdrawal: A Critique and Proposed Revisions for DSM-5 », *AddictionJournal*, Février 2012.

[42]S. Yoncourt

« La boîte de sevrage tabagique: Expérience d'un outil didactique et pédagogique à destination des praticiens », *Sciences du Vivant*, Avril 2009.

[43]F. Olesen, J. Dickinson, et P. Hjortdahl

« General practice-time for a new definition », *British Medical Journal*, Février 2000.

[44]Ministère de la Sante – Maroc

« La démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025 », *Décembre 2009*.

[45]T. Descamps

« Stratégies du médecin généraliste picard dans le sevrage tabagique: influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge », *Mars 2017*.

[46]S. Birolleau

« Identification du statut tabagique et conseil minimal par les médecins généralistes en pratique libérale à Nouméa et Grand Nouméa: état des lieux et perspectives », *Journal of Functional Ventilation and Pulmonology*, Juin 2011.

[47]P. De Col, C. Baron, C. Guillaumin, E. Bouquet et S. Fanello

« Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire », *Revue des Maladies Respiratoires*, Mars 2010.

[48]M. Underner, A.V. Laforgue, F. Chabaud, et J.C. Meurice

« Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du "conseil minimal": Enquête auprès de 369 médecins généralistes de la Vienne », *Presse Médicale*, Août 2004.

[49]D. Kotz, E. J. Wagena, et G. Wesseling

« Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians », *Respiratory Medicine Journal*, Mars 2007.

[50] M. Jane

« Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers », *Family Practice Journal*, Février 2001.

[51]A. Stoebner-Delbarre, F. Letourmy et H. Sancho Garnier

« Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Mai 2005.

[52] F. Cousin

« La formation en tabacologie, à qui s'adresse-t-elle, quel est son impact ? », *Éducation Santé*, Janvier 2009.

[53] L. Senhaji

« Comportement des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme au Maroc », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Mai 2009.

[54]J. O'Loughlin, H. Makni, M. Tremblay, C. Lacroix, A. Gervais, V. Déry et al.

« Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal », *Preventive Medicine Journal*, Décembre 2001.

[55]D. M. Wood, M. G. Mould, S. B. Y. Ong, et E. H. Baker

« "Pack year" smoking histories: what about patients who use loose tobacco ? », *Tobacco Control Journal*, Avril 2005.

[56]T. F. Heatherton, L. T. Kozlowski, R. C. Frecker, W. Rickert, et J. Robinson

« Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day », *British Journal of Addiction*, Juillet 1989.

[57] J. H. Lubin et N. E. Caporaso

« Cigarette Smoking and Lung Cancer: Modeling Total Exposure and Intensity », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention Journal*, Mars 2006.

[58] C. Larramendy, C. Diviné, S. Asnafi-Farhang, et G. Lagrue

« Intérêt des différents marqueurs biologiques dans l'évaluation du tabagisme », *Revue de Pathologie Biologie*, Avril 2004.

[59] T. Aasen et A. Gulsvik

« Smoking and giving of patient information by chest physicians », *European Journal of Respiratory Diseases*, Octobre 1986.

[60] M. El Biaze, A. Bakhatar, M. Barta, A. El Meziane, A. Alaoui-Yazidi et N. Yassine

« Connaissances, attitudes et comportements de patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc », *Revue des maladies respiratoires*, Juillet 2000.

[61] A. Gautier

« Baromètre santé médecins généralistes 2009 », *Janvier 2011*.

[62] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – France

« Conférence de consensus : Arrêt de la consommation du tabac », *Octobre 1998*.

[63] Ministère de la Santé – Maroc

« Rapport de l'enquête nationale sur les facteurs de risques communs des maladies non transmissibles, STEPS », *2017-2013*.

[64] Ministère des solidarités et de la santé – France

« Rapport national ITC France – Résultats de la deuxième vague », *Octobre 2011*.

[65] F. Lebargy, L.-A. Becquart, et B. Picavet

« Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac », *EMC AKOS*, Janvier 2005.

[66] C. Silagy et L. F. Stead

« Physician advice for smoking cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Janvier 2001.

[67] K. Slama, S. Karsenty, et A. Hirsch

« Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France », *Tobacco Control*, Juin 1995.

[68] M. Sciolla

« Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique », *Médecine humaine et pathologie*, Novembre 2012.

[69] D. J. Gailly

« Recommandations de bonne pratique: Arrêter de fumer », *Société Scientifique des Médecins Généraliste*, Mars 2005.

[70] M. P. Culo

« État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie », *Médecine humaine et pathologie*, Septembre 2016.

[71] M. Fiore, C. Jean, T. Baker, W. Bailey, G. Bennett, N. Benowitz et al.

« A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update », *American Journal of Preventive Medicine*, Août 2008.

[72] L. Doly-Kuchcik, J. Perriot, P. M. Llorca et J. Dauplat

« Sevrage tabagique en médecine générale. Enquête prospective menée auprès de 286 médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme », *9ème journée régionale de la Société Française de Tabacologie*, Juin 2006.

[73] M. Underner, G. Peiffer, J. Perriot, G. Harika-Germaneau et N. Jaafari

« La diminution de la consommation de tabac est-elle associée à une réduction du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire ? », *Revue de pneumologie clinique*, Juin 2018.

[74] N. Garrigues-Naserzadeh, A. Sasso, F. Lang, et J.M. Vergnon

« Le médecin généraliste face à un patient fumeur: Comment sont dépistés le tabagisme et ses conséquences respiratoires », *Avril 2002*.

[75] J.F. Maguy, E. Fernandes, B. Dautzenberg, P. Dupont et A. Ruelland

« Evolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Mai 2003.

[76] A. Martinez

« Etat des lieux dans les pays de la Loire de l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme de leurs patients », *Juillet 2016*.

[77] É. Ravily

« Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant deux thérapeutiques de l'arrêt du tabac : la varénicline et le bupropion, étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Gironde », *Médecine humaine et pathologie*, Juillet 2018.

[78] M. Underner

« Efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du tabac », *Revue des maladies respiratoires*, Décembre 2015.

[79] A. C. Farley, P. Hajek, D. Lycett, et P. Aveyard

« Interventions for preventing weight gain after smoking cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Janvier 2012.

[80] A. Gautier

« Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins / pharmaciens, France, 2003 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Mai 2005.

[81] Hanssens, V. Lustygier, M. Ansseau, I. Thiebaut et J. Thimpont

« La semaine motivationnelle : une nouvelle approche dans le sevrage tabagique », *Revue des maladies respiratoires*, Mars 2017.

[82] C. Fuhrman, G. Gravi-Baillon, P. Fraisse, et J. Perriot

« Aide au sevrage tabagique : état des lieux des pratiques dans les centres de lutte antituberculeuse en 2021 », *Revue des maladies respiratoires Actualités*, Janvier 2022.

[83] Fondation Lalla Salma – Maroc

« Le guide de sevrage tabagique », 2010.

[84] R. Amraoui

« Comportement des médecins généralistes vis à vis du tabagisme région Oujda Berkane », 2009.

[85] M. Tremblay, A. Gervais, C. Lacroix, J. O'Loughlin, H. Makni, et G. Paradis

« Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners », *Canadian Medical Association Journal*, Septembre 2001.

[86] G. M. J. Taylor, M. N. Dalili, M. Semwal, M. Civiljak, A. Sheikh, et J. Car

« Internet-based interventions for smoking cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017.

[87] J. F. Etter et Y. Khazaal

« The Stop-tabac smartphone application for smoking cessation: a randomized controlled trial », *Addiction Journal*, Novembre 2021.

[88] C. Hill et A. Laplanche

« Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1990–2003 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Mai 2005.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها
في كل الظروف والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها
من الهلاك والمرض و الألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله ، باذلاً رعايتي الطبية للقريب
والبعيد ، للصالح والطالح ، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان، لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي ، نقية مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

المساعدة على الإقلاع عن التدخين : بحث ميداني لدى الأطباء العامين بمدينة أكادير

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/03/10

من طرف

السيدة أميمة بن بريك

المزداة في 1996/07/19 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية :

التدخين – الإقلاع عن التدخين – الطبيب العام – معارف – أكادير

اللجنة

السيدة عمرو لمياء

الرئيس

أستاذة التعليم العالي في الأمراض الصدرية

السيدة أيت بظاهر سلمى

المشرف

أستاذة مبرزة في الأمراض الصدرية

السيدة مانودي فتيحة

أستاذة التعليم العالي في الأمراض النفسية

السيدة أدرموش لطيفة

الحكام

أستاذة مبرزة في الطب المجتمعي