# Table des matières

Introduction .................................................................................................................. 02

Chapitre I : Généralités
  1. Historique du tabagisme ........................................................................... 04
  2. Constituants du tabac .................................................................................. 06
  3. Effets nocifs du tabac ............................................................................... 08
  4. Bénéfices d'arrêt du tabagisme ................................................................. 10
  5. Tabagisme passif ......................................................................................... 10
  6. Rôle du médecin généraliste et des personnels de santé dans la lutte antitabac .................................................................................. 12
  7. Législation ................................................................................................. 14
  8. Coût du tabac ............................................................................................. 17

Chapitre II: Conceptualisation du problème de recherche
  1. Enoncé du problème .................................................................................... 20
  2. Objectif principal ......................................................................................... 20
  3. Objectifs spécifiques .................................................................................... 20

Chapitre III: Matériels et méthodes
  1. Population d’étude .......................................................................................... 23
  2. Recueil des données ...................................................................................... 23
  3. Analyse des données ..................................................................................... 24
  4. Durée de l’enquête ........................................................................................ 24

Chapitre IV : Résultats
  1. Analyse descriptive ...................................................................................... 25
  2. Analyse multi variée ..................................................................................... 33

Chapitre VI: Discussion ......................................................................................... 37

Conclusion .............................................................................................................. 48

Résumé..................................................................................................................... 50

Annexes ................................................................................................................... 56

Bibliographie .......................................................................................................... 67
Introduction
Le tabagisme constitue un problème de santé publique très actuel, avec des répercussions très inquiétantes, qui devraient s'aggraver dans les années à venir, en raison de la précocité du tabagisme et de sa féminisation. Le Maroc n'est pas épargné par ce fléau, les études de prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé [1] ont montré un taux de 38 % ; ainsi le tabagisme des professionnels de santé reste très élevé, alors que ces derniers devraient être les premiers à donner le bon exemple, de ne pas fumer et de participer activement à la lutte antitabac. Tous le personnel de santé, particulièrement le médecin généraliste placé dans la première ligne, vu sa proximité de la population et sa crédibilité, doivent intervenir dans ce domaine, afin de diminuer la mortalité et la morbidité liée au tabac. L'implication des médecins généralistes, dans la lutte antitabac, est devenue prépondérante ; plusieurs auteurs [2] [3] soulignent le rôle d'exemple du personnel de santé, et montrent leur fonction d'encouragement d'aide à l'arrêt du tabagisme. En Grande Bretagne et aux Etats-Unis [4], il a été montré que la décroissance de la prévalence tabagique chez les médecins, a précédé celle de la population générale. Il est donc légitime de se poser des questions sur les pratiques préventives des personnels de santé, particulièrement les médecins généralistes, dans notre pays.
Généralités
1 – Historique du tabagisme

De longue date, la fumée de décoctions diverses a été utilisée dans un but particulièrement thérapeutique, en ayant recours au tussilage, à la belladone, au pavot.... Parallèlement à l'aspect thérapeutique, le plaisir était recherché et dès l'antiquité la pipe était utilisée à cette fin.

Le tabagisme a été disséminé dans l'Europe dès le premier voyage de Christophe Colomb en 1492. Les européens observaient les habitudes des "indiens d'Amérique", de fumer les rouleaux de feuilles de tabac séchées. Celui-ci était appelé « petum » ou « tobacco ». Le nom du tabac ou tobacco est celui d'une ville d'Amérique, où les espagnols rencontrèrent cette plante pour la première fois et celui de nicotine vient de Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal en 1560, à qui l'on doit la connaissance du tabac.

Assez rapidement, les explorateurs rapportaient des plants de tabac en France pour la culture, ainsi sa consommation s'est rapidement développée sous diverses influences :

- Les marins qui sont les premiers fumeurs, la diffusion s'est donc souvent faite à partir des ports.
- Les médecins ont joué un rôle en attribuant au tabac des vertus médicinales.
- L'état, car Louis XIV en 1688 distribuait le tabac et les pipes aux troupes.
- La société, car il était recommandé de consommer le tabac.

Cette diffusion rapide a concerné l'Europe puis l'Asie. À partir du XIX siècle mais surtout au XX siècle, la consommation de tabac devient une conquête féminine. En 1840, la baronesse de Dudevant était la première femme célèbre à fumer en public.
Devant cette dissémination explosive du tabagisme, différentes oppositions sont apparues, d’ordre religieux, politique et médical. Toutefois, ces oppositions se sont avérées inefficaces par le développement rapide de la popularité de cette consommation et de la dépendance des fumeurs.

Depuis la fin de la première guerre mondiale, dans les pays industrialisés, la consommation du tabac, surtout sous forme de cigarettes manufacturées, s’est répandue avec une allure épidémique se propageant de pays en pays, de continent en continent et d’un groupe de population à un autre. Le tabagisme a été initialement masculin et l’attribut des catégories socio-économiques favorisées avant de se diffuser aux femmes et aux couches sociales défavorisées.

La pression sociale est l’élément étiologique majeur dans la diffusion du tabagisme, la transmission peut être:

- Verticale: les enfants issus de parents fumeurs le sont le plus souvent.
- Horizontale : par la diffusion d’une image valorisée du fumeur permettant à l’adolescent de s’intégrer dans un groupe d’adultes.

2- *Constituants du tabac*

Le tabac est l’un des toxiques majeurs de notre civilisation, l’extension et la gravité de cette épidémie tabagique sont liées à l’utilisation de la cigarette industrielle, dont la fumée, moins irritante que celle des cigares et la pipe, peut être intensément inhalée, avec pour conséquence l’absorption rapide de tous les produits toxiques. La fumée du tabac est composée d’une phase gazeuse (CO2, CO, CNH) et d’une phase particulaire (aérosol très fin) dans laquelle plus de 4000 substances ont été identifiées, on trouve essentiellement [5] :

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

Schéma n°1: les différents constituants de la cigarette [6]
3–Effets nocifs du tabagisme

Historiquement, le premier lien entre la fumée et le cancer a été scientifiquement établi en 1950. Même si l'industrie du tabac a nié le lien causal entre la fumée et le développement du cancer jusqu'aux années 1990, les révélations indiquent que l'industrie du tabac possédait des preuves du pouvoir carcinogène de la fumée depuis 1952 déjà [7].
Le tabac est un facteur de risque principal pour le développement de plusieurs cancers. Le risque du cancer du poumon est 10 à 15 fois plus important chez les fumeurs de cigarettes que les non fumeurs. Le tabac avec l'alcool, est un facteur de risque important pour le cancer de la cavité buccale, pharynx, larynx et l'œsophage [7].
Le tabac constitue un risque accru des maladies coronaires surtout l'infarctus du myocarde et la mort subite, des artériopathiesoblitérantes des membres inférieures et des accidents vasculaires cérébraux ; ce risque est fortement augmenté par la présence d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et la contraception orale.
La nicotine et le monoxyde de carbone (CO) jouent également un rôle majeur dans les effets vasculaires du tabac [8]. Outre ces effets hémodynamiques aigus, le tabac a une action athérogène (toxicité endothéliale, modification du profil lipidique) mais favorise également la thrombose (modification de la fonction plaquettaire, augmentation de la fibrinogène, de l'hématocrite et la viscosité sanguine) et le spasme (modification du métabolisme des prostaglandines, action des catécholamines). L'ensemble de ces mécanismes isolés ou associés rend compte des manifestations cliniques des atteintes artérielles quelles soient coronaires ou périphériques [8].
Regarder les faits

BOUCHE & PHARYNX
• Cancer

CERVEAU
• Accident vasc cérébral

COEUR
• maladie coronarienne

LARYNX & TRACHEE
• cancer
• inflammation (laryngite)

OESOPHAGE & ESTOMAC
• cancer
• ulcère

POUMON
• cancer
• emphysème
• bronchite

UTERUS & OVAIRE
• infertilité
• avortement
• retard croissance
• ménopause précoce
• cancer du col

PANCREAS
• cancer

TESTICULES
• diminution fertilité

VESSEE
• cancer

OS
• ostéoporose

ARTERES PERIPHERIQUES
• Artérite des Mb inférieurs
4–Bénéfices de l'arrêt du tabac

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac [9]. Cette réduction est mesurable dès les premières années d'abstinence. Plus l'ancienneté de l'arrêt est grande, plus le risque de maladie liée au tabac est faible.

Tableau 1 : le changement du risque après arrêt du tabac [9]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Maladies à risque</th>
<th>Changement du risque</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Court terme</td>
</tr>
<tr>
<td>Infarctus du myocarde</td>
<td>Baisse de 50 % du risque à un an</td>
</tr>
<tr>
<td>Atteinte Cérébro– vasculaire</td>
<td>= risque non fumeur en un an</td>
</tr>
<tr>
<td>BPCO</td>
<td>Lent déclin du risque</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx</td>
<td>Rapide décroissance du risque</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer du pancréas</td>
<td>Inconnu</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer du poumon</td>
<td>Baisse du risque après 5 ans</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5–Le tabagisme passif

Se définit par l’inhalation involontaire de la fumée de tabac, constituée essentiellement par le flux latéral plus chargé en composants nocifs, par des non fumeurs dans un endroit clos. Dans ces conditions, le taux de carboxyhémoglobines peut atteindre celui obtenu par la consommation de 5 cigarettes, le taux de nicotine celui d'un fumeur de 10 à 15 cigarettes par jour [10].
• Le tabagisme passif et l’enfant :
Le tabagisme des parents entraîne une incidence plus élevée de bronchite et de pneumonie, l’asthme est fréquent chez les enfants de fumeurs et aggravé par l’exposition à la fumée du tabac. Dans cette même population, les otites semblent également plus fréquentes, de même que pour la petite taille à la naissance et le risque de mort subite.
• Le tabagisme passif et l’adulte :
Le tabagisme passif est également impliqué dans le cancer du poumon, d’une part, le courant secondaire inhalé par le non fumeur contient, en quantités souvent plus importantes, les mêmes carcinogènes que le courant primaire directement inhalé par le fumeur, et d’autre part, on trouve effectivement les produits toxiques dans le sang et les urines des non fumeurs.
Schéma 3: Le flux latéral de la fumée de cigarette au cours du tabagisme passif [6]

Courant tertiaire

Flux latéral

Courant primaire

6–Le rôle du médecin généraliste et du personnel de santé dans la lutte antitabac

Le médecin généraliste étant le premier recours dans le système de santé, prend en charge les fumeurs désirant d'arrêter de fumer et entreprend une vraie prévention du tabagisme auprès des populations fumeuses ou non. Le médecin voit le patient, quand il est malade ou souffre de maladies liées au tabac, à un moment où il est vulnérable et peut être motivé à changer ces habitudes tabagiques. Le médecin peut aider en montrant le bon exemple de non fumeur, mais il semble que les médecins fumeurs ne croient pas en leur rôle d'exemple pour le tabagisme de leurs patients. Dans une enquête auprès des médecins généralistes néerlandais [11], 64 % des fumeurs réguliers pensaient que leur comportement n'avait aucune valeur d'exemple sur le patient, alors que seulement 36 % des ex-fumeurs et 29 % de ceux qui n'avaient jamais fumés avait la même opinion. Dans le cadre d'aide au sevrage tabagique, selon l'agence française de sécurité des produits de santé, les principaux messages des recommandations de bonne pratique d'aide à l'arrêt du tabagisme comprennent plusieurs étapes: [7]
• Le premier temps permet d’évaluer et de renforcer la motivation
• Le deuxième temps est la période de sevrage qui dure plusieurs mois, elle comporte d’une part l’évaluation des dépendances, des troubles psychologiques associés et des autres conduites addictives et d’autre part, la prise en charge de la dépendance à la nicotine.
• Le troisième temps est de prévenir et traiter les fréquentes rechutes du tabagisme, non pas comme échec, mais comme étape vers le succès final.

Dans la pratique courante lors de la prise en charge du tabagisme, il convient toujours de :

• Evaluer la dépendance par le test de Fagèrstrom.
• Dépister un alcoolisme concomitant, d’éventuels troubles anxieux et dépressifs et une addiction au cannabis.

Il convient d’utiliser les approches thérapeutiques ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité pour le fumeur dépendant.

Chaque fumeur doit être persuadé qu’il n’est jamais trop tard pour arrêter de fumer bien que l’abus du tabac soit à l’origine d’altérations prononcées des cellules de la trachée et les poumons. Ces effets désastreux sont souvent réversibles si l’on arrête de fumer radicalement. On a pu montrer que le risque commence à décroître après une abstention totale de 5 ans et devient pratiquement celui d’un non fumeur au bout de 10 ans [7].

Il faut donner au fumeur une motivation le conduisant à se désintoxiquer, et c’est là où réside le rôle du médecin généraliste étant le premier au contact avec la population.
Tableau 2: la compétence du médecin généraliste dans son environnement [7]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Le besoin</th>
<th>La demande</th>
<th>L'action médicale du généraliste</th>
<th>Le produit</th>
<th>Les effets attendus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Enfant</td>
<td>La plainte</td>
<td>Organise et gère les consultations</td>
<td>Ecoute</td>
<td>Prévention</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pratique la consultation du premier recours</td>
<td>Résultas des consultations</td>
<td>Soulagement</td>
</tr>
<tr>
<td>Adolescent</td>
<td></td>
<td>Décide et coordonne des présentations sanitaires et sociales</td>
<td>Conseil</td>
<td>Guérison</td>
</tr>
<tr>
<td>Adulte</td>
<td></td>
<td>Assure la continuité des soins</td>
<td>Soins</td>
<td>Éducation</td>
</tr>
<tr>
<td>Sujet âgé</td>
<td></td>
<td>Est un acteur de santé</td>
<td>Projets thérapeutiques</td>
<td>Changement du comportement</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Se forme et se tient formé</td>
<td>suivie</td>
<td>Optimisation du système de santé</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Contribue à la formation</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Contribue à la recherche</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Gère le cabinet comme une entreprise médicale</td>
<td>accompagnement</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Les personnels de la santé jouent un rôle important dans la lutte antitabac, ceci par l'intégration des activités pour la santé relatives au tabagisme en posant à tous les consultants des questions comme: est ce que vous fumez? Est-ce que vous voulez arrêter? Et profitez de toutes les opportunités pour faire passer le message éducatif en insistant sur les méfaits du tabac ainsi que sur les bénéfices du sevrage.

7–Législation

La lutte antitabac comporte deux principales catégories de mesures:

- Celles qui visent à modifier les habitudes en matière de fabrication (diminuer l'apport en goudrons, en nicotine, en monoxyde de carbone), de promotion ou de vente des cigarettes.
Celles qui visent à modifier les habitudes des fumeurs (par exemple: restriction imposée à l'usage des cigarettes dans les lieux publics).

Les mesures de la première catégorie demandent presque toujours à être étayées par une action législative, pour être efficaces ; tandis que celles de la seconde catégorie pourront s'appuyer sur l'opinion publique vis-à-vis du tabagisme.

La convention cadre de l'OMS [14] pour la lutte antitabac est le premier traité négocié sous les auspices de l'organisation mondiale de la santé ; elle est fondée sur des données factuelles qui affirme le droit de tous les peuples au niveau de la santé le plus élevé possible ; elle a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. La propagation de cette épidémie est facilitée par un ensemble de facteurs complexes ayant des effets transfrontaliers, notamment la libéralisation des échanges commerciaux et les investissements étrangers directs, d'autres facteurs comme la commercialisation mondiale, les activités transnationales de publicité, de promotion et de parrainage et le mouvement international des cigarettes de contrebande ou contrefaites ont également contribué à l'explosion du tabagisme.

Les dispositions fondamentales concernant la réduction de l'offre et la demande font l'objet des articles 6 à 17: [14]

- Les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac
- Les mesures autres que financières visant à réduire la demande du tabac à savoir :
  - protection contre l'exposition à la fumée du tabac.
  - réglementation de la composition des produits du tabac.
  - réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer.
  - conditionnement et étiquetage des produits du tabac.
  - éducation, communication, formation et sensibilisation du public.
o publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage.
o mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l’égard du tabac et le sevrage tabagique.
• Les dispositions fondamentales visant à réduire l’offre concernent:
o Le commerce illicite des produits du tabac.
o La vente aux mineurs ou par les mineurs.
o La fourniture d’un appui à des activités de remplacement économiquement viables.

Une autre nouveauté de la convention est l’inclusion d’une disposition traitant de la responsabilité. Des mécanismes pour la coopération scientifique et technique et la communication d’informations sont décrits dans les articles 20 à 22. [14]
Dans le cadre de la lutte contre le tabagisme chaque pays adopte des approches différentes, par exemple en France la législation s’est construite à partir de 1976 et qui n’a fait que se renforcer depuis, même si son application sur le terrain est progressive.
L’interdiction de la publicité pour le tabac dans la presse écrite, radio, internet est entrée en vigueur dans toute l’union européenne, le parrainage de manifestations culturelles et sportives par les fabricants de cigarettes est proscrit selon la directive européenne adoptée par le parlement européen et conseil en 2003.
Certains secteurs échappent toutefois à l’interdiction, la publicité reste autorisée dans les cinémas, les panneaux d’affichage, les supports commerciaux, cendriers, parasols...
Pour tenter de prévenir le tabac et réduire les nuisances, le Maroc était parmi les premiers pays de la région à initier en 1988 un programme antitabac dont les principales réalisations sont:
• La mise en place d’une loi antitabac, publiée au bulletin officiel n° 4381, le 2 août 1995 et entrée en vigueur le 3 février 1996; elle est relative à
l'interdiction de fumer dans certains lieux publics et à l'interdiction de la propagande et de la publicité en faveur du tabac [7].

- la sensibilisation contre les méfaits du tabac.
- l'aide des fumeurs au sevrage tabagique.

En septembre 2000 une stratégie multisectorielle a été élaborée, elle a été le fruit de la concertation entre les représentants de l'ensemble de départements ministériels concernés. Cependant, cette stratégie n'a jamais été traduite en action sur le terrain.

Le Maroc a surtout signé le 16 Avril 2004 la convention cadre de l'OMS pour la lutte contre le tabac, il figure aujourd'hui parmi une liste de 168 états membre de l'OMS signataires dont 70 ont ratifié le traité et sont devenus états partis de la convention. Les pays qui n'ont pas ratifié la convention, ne pourraient assister qu'en tant qu'observateurs et n'auraient pas de droit de vote [7].

8-Le coût du tabac

Le coût social du tabagisme en France est évalué à 1 million d'euros (220 euros/habitants/an) pour les coûts tangibles: perte de productivité, coût des soins, perte de prélèvement sociaux [7]. À cela il convient d'ajouter des coûts intangibles: dommages subjectifs tel que la douleur et coût lié aux incendies.

Au Maroc, la consommation du tabac augmente, en effet, d'après les chiffres de la régie des tabacs marocaine, les ventes de cigarettes ont augmenté entre 1970 et 1997 de 62 % et le chiffre d'affaires de la société a été multiplié par plus de 23.[7]

Le 22 Août 2003, le bureau régional de l'organisation du proche orient a souligné dans un document publié à l'occasion de la clôture de la 12ème conférence mondiale sur le tabac tenue à Helsinki sous le titre « analyse des économies de tabac au Maroc » : Le volume des ventes a atteint en 2000 environ 782 millions de dollars. [7]. L'OMS relève que se sont les personnes à revenus faibles qui dépensent le plus pour l'acquisition des cigarettes.
Dans plusieurs pays industrialisés, on a procédé à maintes reprises à l'estimation du coût du tabagisme, du fait de ses conséquences pour la santé. Cela nécessite des données extrêmement variées et les résultats peuvent dépendre très directement des données disponibles, des méthodes appliquées et des hypothèses retenues. Trois mises en gardes principales s'appliquent à ce type d'étude. Tout d'abord, les méfaits du tabac pour la santé n'apparaissent qu'après plusieurs années où la morbidité et la mortalité du tabac atteignent des chiffres importants, il est peu probable que le coût soit élevé à ce stade. Ensuite les pays présentent une situation si hétérogène pour ce qui est de la ventilation du coût économique du tabagisme: soins médicaux, soins non médicaux, mortalité prématurée, charge supportée par les familles, paiement de transfert.... Qu'il n'existe aucune méthode d'estimation qui soit utilisable universellement. Enfin dans la plupart des pays en développement et dans certains pays industrialisés, on ne dispose pas de données suffisantes pour précéder à ces estimations de coût.

Les limitations ci-dessus sont suffisamment sérieuses pour rendre à peu près impossible une estimation complète des coûts liés aux effets du tabac dans la plupart des pays en développement.
Conceptualisation du problème de recherche
1–Enoncé du problème

Le tabagisme est un problème majeur de santé. C'est l'une des principales causes de décès dans le monde, l'organisation mondiale de la santé lui attribue 4,9 millions de décès en 2005 voire 8,4 millions de décès en l'an 2020. [15]

Tous les personnels de santé particulièrement le médecin généraliste placé en première ligne, vu sa proximité de la population, doivent intervenir dans ce domaine en adaptant le type d'intervention aux caractéristiques du tabagisme de chaque fumeur afin de diminuer la morbidité et la mortalité liées au tabac.

Dans le cadre de la prévention contre le tabagisme, plusieurs études nationales et internationales ont été réalisées évaluant les comportements du médecin généraliste vis-à-vis du tabagisme.

2–Objectif principal

Plusieurs études nationales [7, 49] se sont intéressées aux pratiques d'aide des médecins généralistes au sevrage tabagique. Notre étude est parmi les premières enquêtes qui a pour objectif principal, d'observer les connaissances, les attitudes et les pratiques de prévention et de sevrage du tabagisme des médecins généralistes au niveau de la région de Meknes et Elhajeb.

3–Objectifs spécifiques

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- évaluer le statut tabagique des médecins généralistes.
- évaluer le degré d'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des fumeurs.
- distinguer les pratiques mises en œuvre par les médecins généralistes en terme d'accompagnement au sevrage tabagique.
- mesurer les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer dans l'aide à l'arrêt pour les patients fumeurs.
• évaluer les besoins et attentes des médecins généralistes en terme d'outils de formation et d'accompagnement méthodologique concernant le sevrage tabagique.
• évaluer le degré d'implication des médecins généralistes dans la lutte antitabac.
Matériels et méthodes
1–La population

Une étude transversale exhaustive descriptive a été réalisée auprès des médecins généralistes de Meknes et Elhajeb, exerçant au niveau des formations sanitaires du secteur public et privé. Tous ces médecins font des consultations de médecine générale.

La liste des médecins généralistes enquêtés est obtenue auprès des conseils régionaux d'ordre des médecins pour le secteur privé et des SIAAP (services des infrastructures des activités ambulatoires provinciales) pour le secteur public.

2– Aspect éthique de l'enquête

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

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

3– Critères d'inclusion et exclusions

On a inclus dans l'étude les médecins généralistes exerçant aux centres de santé et aux cabinets privés.

Les médecins exclus de l'étude sont:

- Les médecins généralistes exerçant aux centres hospitaliers.
- Les médecins généralistes faisant des consultations spécialisées.
- Les médecins ayant refusé de participer à l'enquête.

4–Recueil des données (cf. annexe 2)

Les données sont recueillies par un auto-questionnaire de quatre pages, contenant 23 questions, ce questionnaire est rempli par les médecins généralistes après leur consentement éclairé.
Le questionnaire a été élaboré par le service de pneumologie du CHU Hasan II de Fès et validé par le département d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie Sidi Mohammed Ben Abdellah de Fès.

Une enquête pilote a été réalisée en janvier 2007 à Meknès sur un échantillon de 10 médecins généralistes afin de tester le questionnaire élaboré. Les données rassemblées dans le questionnaire portent sur les éléments suivants:

- Identification des médecins (âge, sexe, date, la ville d'obtention du diplôme et secteur d'exercice).
- Statut tabagique (tabagisme passif ou actif).
- Questions d'opinions sur le rôle du médecin dans la lutte antitabac.
- Questions relatives aux connaissances.
- Questions relatives aux pratiques d'aide et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme.

5–Analyse des données

Toutes les données recueillies sont codées et saisies au sein du laboratoire d'épidémiologie de santé publique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès selon le logiciel épi info 3.3.2

6–La durée de l'enquête

Résultats
L'étude exhaustive transversale "connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme" a été réalisée auprès de 134 médecins généralistes exerçant au secteur public et au privé de la région de Meknès et Elhajeb. 114 questionnaires ont été recueillis auprès des médecins ayant répondu aux questions, alors que 12 médecins généralistes ont refusé de participer à l'enquête, 3 médecins étaient en congé de maternité, 5 médecins étaient en congé annuel administratif. Le taux de réponse est de 85%.

1–Analyse descriptive

• Données démographiques:

L'âge moyen de la population est de 43,35 ± 8,3 [27 ans, 65 ans], la plupart des médecins (64,7 %) sont âgés de plus de 35 ans, leur répartition en fonction de leur tranche d'âge est représentée dans Le graphique n°1. La prédominance féminine a été notée avec un sex-ratio (F/H) de 1,23.

Fig 1: Répartition des médecins par tranche d'âge

• Statut professionnel

65,8 % des médecins enquêtés ont obtenu le diplôme avant 1996, la majorité (89,5 %) à Rabat, 9,5 % à Casablanca et 1,1 % à Moscou. 68,4 % des médecins interrogés exercent au secteur public, 31,6 % au secteur privé. Parmi les médecins enquêtés, 83,3 % exercent à la province de Meknès et 16,7 % à la province
d'Elhajeb. La majorité (81,6 %) en milieu urbain, 8,8 % en semi urbain et 9,6 % en milieu rural.

- **Comportement tabagique**

  72,8 % des médecins sont des non fumeurs, 13,2 % sont des anciens fumeurs, 14,1 % sont des fumeurs dont 12,3 % fumeurs quotidiens, 1,8 % fumeurs occasionnels. Voir graphique n°2.

  ![Fig 2: Statut tabagique des médecins](image)

Parmi les non fumeurs, 16,8 % ne s'exposent pas au tabagisme dans leur entourage familial et 29,2 % sont exposés au tabagisme dans leur entourage professionnel.

- **Connaissances du médecin généraliste**

  Plus de la moitié des médecins enquêtés (67,5 %) rapportent que le rôle du médecin généraliste dans l'arrêt du tabac est primordial, 26,3 % le jugent assez important et seulement 4,4 % le jugent secondaire.

La majorité des médecins n'a pas reçu de formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme ni au cours de leur formation initiale, ni en post universitaire, ni en formation médicale continue.
45,6 % des médecins généralistes s'estiment moyennement formés pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer, alors que 13,2 % s'estiment non formés du tout pour aider au sevrage tabagique.

En ce qui concerne les connaissances du médecin généraliste sur le lien entre le tabac et certaines maladies: 97,4 % rapportent qu'il existe un lien fort entre le tabagisme et le cancer du poumon, 92,1 % avec la bronchite chronique, 80,2 % avec le cancer de la bouche, 82,3 % avec la coronaropathie, 89,3 % avec le cancer du larynx, 84,8 % avec l'artérite, 55,4 % avec l'accident vasculaire cérébral, alors que seulement 46,7 % rapportent un lien fort entre le tabagisme et le cancer de la vessie.
Tableau 3: Présence de lien entre le tabac et les maladies

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Pas de lien</th>
<th>Lien faible</th>
<th>Lien moyen</th>
<th>Lien fort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cancer du poumon</td>
<td>0,8 %</td>
<td>1,8 %</td>
<td>97,4 %</td>
<td>92,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Bronchite chronique</td>
<td>1,8 %</td>
<td>6,1 %</td>
<td>92,1 %</td>
<td>80,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer de la bouche</td>
<td>1,8 %</td>
<td>0,5 %</td>
<td>17,5 %</td>
<td>89,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer du larynx</td>
<td>0,9 %</td>
<td>2,7 %</td>
<td>7,1 %</td>
<td>82,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Coronaropathie</td>
<td>1,8 %</td>
<td>15,9 %</td>
<td>82,3 %</td>
<td>84,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Artérite</td>
<td>2,7 %</td>
<td>12,5 %</td>
<td>55,4 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Accident vasculaire cérébral</td>
<td>3,6 %</td>
<td>6,2 %</td>
<td>34,8 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer de la vessie</td>
<td>13,1 %</td>
<td>27,1 %</td>
<td>46,7 %</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **Attitudes du médecin généraliste vis-à-vis du tabac**

Plus de 80 % des médecins enquêtés interrogent systématiquement les patients sur leurs habitudes tabagiques devant des symptômes respiratoires ou des maladies liées au tabac, mais seulement 22,8 % le font systématiquement chez tout malade.

**Fig 4: Interrogation du médecin sur les habitudes tabagiques des patients**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptômes respiratoires</th>
<th>Maladies liées au tabac</th>
<th>Chez tout malade</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>84,2 %</td>
<td>90,4 %</td>
<td>43,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>0,5 %</td>
<td>4,4 %</td>
<td>33,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>5,3 %</td>
<td>5,2 %</td>
<td>22,8 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Systématiquement  
Souvent  
Rarement
La plupart des médecins généralistes n'ont jamais participé à des réunions d'informations (séminaires, congrès) (81,6 %), ni à des animations de prévention (68,4 %), ni à des manifestations publiques (78,1 %).

Seulement 1,8 % des médecins généralistes ont un engagement associatif antitabac. Les médecins privés exposent des cendriers dans la salle d'attente de leurs structures dans 4,4 % et seulement 54,4 % des médecins enquêtés affichent des pancartes d'interdiction de fumer dans leur structure.

Concernant les attitudes des médecins généralistes devant un patient fumeur, seulement 49,1 % relèvent souvent l'information pour le dossier médical, 12,3 % donnent souvent une brochure d'aide à l'arrêt, 85,1 % tentent souvent de motiver les patient à l'arrêt, 43 % proposent souvent au patient une aide à l'arrêt, 85,1 % conseillent l'arrêt et seulement 34,2 % conseillent la modération.

Tableau 4: les différentes attitudes des médecins généralistes face à un patient fumeur

<table>
<thead>
<tr>
<th>Attitude</th>
<th>Souvent</th>
<th>Rarement</th>
<th>Jamais</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Relever l'information pour le dossier médical</td>
<td>49,1%</td>
<td>13,2%</td>
<td>37,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Conseiller la modération</td>
<td>34,2%</td>
<td>11,4%</td>
<td>54,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Donner les brochures d’aide</td>
<td>85,1%</td>
<td>9,6%</td>
<td>5,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tenter de motiver le patient</td>
<td>85,1%</td>
<td>4,4%</td>
<td>10,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Proposer l'aide à l'arrêt</td>
<td>43 %</td>
<td>16,7%</td>
<td>40,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Plus de la moitié (57 %) des médecins enquêtés préconisent plutôt l'arrêt progressif du tabagisme.

Les médecins ont été interrogés sur les moyens les plus efficaces dans la lutte antitabac, 93,9 % optent pour la sensibilisation du public par des compagnes médiatiques de prévention, de même que pour l'interdiction de fumer dans les lieux publics et clos, 50,9 % sont pour l'augmentation du prix du tabac, 74,6 % préfèrent
la mise en garde sur les paquets de tabac, 91,2 % sont pour l'interdiction de vente de tabac aux enfants et aux adolescents et 93 % sont pour l'interdiction totale de la publicité du tabac.

76,8 % des médecins pensent qu'il n'est pas seulement de la responsabilité du médecin de convaincre les fumeurs d'arrêter, 93 % pensent que les médecins devraient donner le bon exemple de ne pas fumer, 99,1 % pensent que les médecins devraient être plus actifs en parlant du tabac avec les groupes à risque, 74,6 % pensent que les médecins devraient dissuader, à chaque contact, un patient fumeur et pratiquement tout les enquêtés (98,2 %) pensent que les professionnels de santé devraient être formés pour conseiller les patients fumeurs.

- **Obstacles rencontrés dans l’aide à l’arrêt du tabac**

  Les différents obstacles rencontrés dans l'aide à l'arrêt du tabac sont : le manque de motivation des patients dans 86,8 %, le manque de temps dans 50 %, le manque de motivation des médecins pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer dans 9,6 %, le manque d'intérêt pour l'aide au sevrage tabagique dans 5,3 %, le manque de supports éducatifs dans 71,9 % et le manque de connaissances des méthodes de sevrage dans 67,5 %.

- **Opinions sur la réglementation tabagique**

  La majorité (82,5 %) des médecins généralistes reconnaît l'existence d'une loi antitabac au Maroc, mais les composantes de cette loi sont méconnues par les médecins enquêtés, ceci est représenté dans le graphique ci-dessous.
Fig 5: Connaissance de la loi anti tabac au Maroc

- **Besoins**

Concernant la pratique d'aide au tabagisme, la majorité des médecins ont souhaité de participer à une formation (76,6 %), d'assister à un colloque (64 %), de recevoir des brochures et affiches pour les patients (79,8 %) et de recevoir des informations actualisées sur l'aide à l'arrêt (78,9 %).
2-Analyse en fonction de l'âge, sexe, statut tabagique, secteur d'exercice et date d'obtention du diplôme

La prévalence du tabac chez les médecins généralistes est de 27,2 %, le statut tabagique varie selon le sexe, 46 % des hommes sont fumeurs versus 3,9 % des femmes fumeuses (p <0,05). Les médecins âgés de moins de 40 ans fument dans 14,9 % versus 35,8 % des médecins âgés plus de 40 ans (p=0,0134), les médecins généralistes du secteur public fument dans 54,8 % versus 45,2 % des médecins du secteur privé (p=0,056).
La différence dans le jugement sur le rôle du médecin dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas significative entre les médecins ayant obtenu leur diplôme avant et après l'année 1996 (p=0,123).
Plus de la moitié des médecins (53,3 %) rapportent qu'il n'y a pas de lien fort entre le tabac et le cancer de la vessie, et ce quelque soit l'année d'obtention du diplôme (52 % avant l'année 1996 versus 48 % après l'année 1996, p=0,104).
17,5 % des médecins rapportent qu'il n'existe pas de loi antitabac au Maroc, ceci n'est lié ni au sexe (40,4 % chez les femmes versus 59,6 % chez les hommes, p=0,116), ni au statut tabagique (23,1 % des fumeurs, 76,9 % des non-fumeurs, p=0,666), par contre ceci est lié à l'année d'obtention de diplôme (71,3 % des médecins qui ont obtenus leurs diplôme avant l'année 1996, versus 28,7 % après l'année 1996, p=0,013).
Les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis d'un patient fumeur ne sont liées ni à l'âge, ni au sexe, ni au statut tabagique, ni à l'année d'obtention de diplôme.
Pratiquement tous les médecins généralistes (96,5 %) interrogent leurs patients sur leurs habitudes tabagiques. Cette attitude est la même quelque soit l'âge (41 % des médecins âgés moins de 40 ans versus 58,7 % des médecins plus de 40 ans, p=0,394), le sexe (45 % des femmes, 55 % des hommes, p=0,707), le statut tabagique (26,6 % des fumeurs, 50 % des non-fumeurs, p=0,485) et l'année

Les obstacles rencontrés dans l'aide à l'arrêt du tabagisme sont les mêmes quelque soit le sexe, l'année d'obtention du diplôme et le secteur d'exercice.

Les médecins qui ont obtenu leur diplôme avant 1996 rapportent qu'il n'ont pas reçu de formation sur l’accompagnement à l’arrêt du tabac au cours de leur formation initiale par rapport à ceux qui l’ont obtenu après l’année 1996 (p=0,222).

Tableau n°5: Etude du lien entre les différentes variables en fonction de l’âge

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>&lt; 40ans</th>
<th>&gt;40ans</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fumeurs</td>
<td>14,9 %</td>
<td>35,8 %</td>
<td>0,013</td>
</tr>
<tr>
<td>Interroger sur les habitudes tabagiques</td>
<td>41 %</td>
<td>58,7 %</td>
<td>0,394</td>
</tr>
<tr>
<td>Relever l’information pour le dossier</td>
<td>37,5 %</td>
<td>62,5 %</td>
<td>0,661</td>
</tr>
<tr>
<td>Conseiller la modération</td>
<td>35,9 %</td>
<td>64,1 %</td>
<td>0,638</td>
</tr>
<tr>
<td>Conseiller l’arrêt</td>
<td>42,3 %</td>
<td>57,7 %</td>
<td>0,857</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tableau n° 6: Etude du lien entre les différentes variables en fonction du sexe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Femmes</th>
<th>Hommes</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fumeurs</td>
<td>3,9 %</td>
<td>46 %</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Rôle important du médecin dans l'arrêt</td>
<td>45,7 %</td>
<td>54,2 %</td>
<td>0,374</td>
</tr>
<tr>
<td>Lien fort entre le cancer de la vessie et le tabac</td>
<td>48 %</td>
<td>52 %</td>
<td>0,046</td>
</tr>
<tr>
<td>La présence de la loi antitabac au Maroc</td>
<td>69,2 %</td>
<td>30,8 %</td>
<td>0,116</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Attitudes:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Attitude</th>
<th>Femmes</th>
<th>Hommes</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Interroger le malade sur les habitudes tabagiques</td>
<td>45 %</td>
<td>55 %</td>
<td>0,651</td>
</tr>
<tr>
<td>Relever l'information pour le dossier médical</td>
<td>42,9 %</td>
<td>57,5 %</td>
<td>0,924</td>
</tr>
<tr>
<td>Conseiller l'arrêt</td>
<td>53,5 %</td>
<td>46,4 %</td>
<td>0,363</td>
</tr>
<tr>
<td>Donner des brochures d'aide</td>
<td>51,6 %</td>
<td>48,4 %</td>
<td>0,122</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tableau n°7: Etude du lien entre les différentes variables et l'année d'obtention du diplôme

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>&lt; 1996</th>
<th>&gt;1996</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lien fort avec le cancer de la vessie</td>
<td>52 %</td>
<td>48 %</td>
<td>0,104</td>
</tr>
<tr>
<td>Interroger les patients sur les habitudes tabagiques</td>
<td>75 %</td>
<td>25 %</td>
<td>0,707</td>
</tr>
<tr>
<td>Rôle important du médecin dans la lutte antitabac</td>
<td>44 %</td>
<td>56 %</td>
<td>0,123</td>
</tr>
<tr>
<td>Existence de la loi antitabac</td>
<td>71,3 %</td>
<td>28,7 %</td>
<td>0,013</td>
</tr>
<tr>
<td>Formation initiale reçue</td>
<td>8 %</td>
<td>15,4 %</td>
<td>0,222</td>
</tr>
<tr>
<td>Formation post universitaire reçue</td>
<td>65,4 %</td>
<td>34,6 %</td>
<td>0,745</td>
</tr>
<tr>
<td>Manque de temps</td>
<td>61,4 %</td>
<td>36,6 %</td>
<td>0,323</td>
</tr>
<tr>
<td>Manque de supports</td>
<td>68,8 %</td>
<td>34,3 %</td>
<td>0,677</td>
</tr>
<tr>
<td>Manque de connaissances</td>
<td>70,3 %</td>
<td>29,7 %</td>
<td>0,484</td>
</tr>
<tr>
<td>Manque de motivation</td>
<td>63,1 %</td>
<td>36,9 %</td>
<td>0,064</td>
</tr>
<tr>
<td>Relever l'information pour le dossier</td>
<td>71,4 %</td>
<td>28,6 %</td>
<td>0,383</td>
</tr>
<tr>
<td>Conseiller la modération</td>
<td>64,1 %</td>
<td>35,9 %</td>
<td>0,648</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Discussion
L'étude exhaustive "connaissances, pratiques et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme" a été réalisée au niveau de la région de Meknes et Elhajeb auprès de 114 médecins généralistes du secteur privé et public. Le taux de réponse est de 85 %, ce taux rejoint celui retrouvé dans d'autres études réalisées aux USA [16], Allemagne [17], Angleterre [18, 19, 20] et en Suisse [21]. Le taux de réponse faible rapporté par d'autres auteurs est dû au fait qu'il s'agit souvent d'enquête postale. Le biais principal était la non réponse des médecins généralistes soit par refus, soit par absence (congé annuel administratif, congé de maternité).
Cette étude est parmi les premières à l'échelle nationale qui a pour objectif principal d'observer les connaissances du médecin généraliste en matière du tabagisme, les attitudes et les pratiques de prévention et de sevrage du tabagisme. Les autres études nationales, réalisées il y'a quelques années à plusieurs villes du Maroc, ne recherchaient que les pratiques d'aide au sevrage tabagique et le statut tabagique des médecins généralistes [7, 22].
Les principaux résultats de cette étude s'articulaient autour des questions suivantes:

- le statut tabagique des médecins généralistes.
- L'implication du médecin généraliste dans la prise en charge tabagique chez des patients fumeurs
- les connaissances des médecins généralistes en matière de tabagisme
- les attitudes adoptées face à un patient fumeur dans l'aide au sevrage tabagique
- les difficultés rencontrées pour accomplir cette activité
- les besoins en formation dans le domaine.
Malgré le fait que le médecin doit donner le bon exemple à son patient de ne pas fumer, on a noté que la prévalence du tabagisme dans notre étude est de 27,2 %, on ne peut pas comparer ce taux à la prévalence du tabagisme de la population générale marocaine car on ne dispose pas d'étude nationale dans ce sens, ce chiffre de fumeurs reste bas par rapport à d'autres pays: France [23, 24], Montréal [25], Grande Bretagne [3, 30], Suisse [21], Italie [26], USA [5] et Bosnie-herzégovine [28], mais plus élevé par rapport à la prévalence du tabagisme des médecins généralistes de Casablanca [22], de Rabat [7] et de l'Allemagne [17].

Tableau n°8: La prévalence du tabac

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auteurs</th>
<th>Pays</th>
<th>Prévalence du tabagisme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Notre étude</td>
<td>Meknes-Maroc</td>
<td>27,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Elmoujarrad [7]</td>
<td>Rabat-Maroc</td>
<td>4,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Alaoui Yazidi A et coll [22]</td>
<td>Casablanca-Maroc</td>
<td>15,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Josseran L et coll [23]</td>
<td>France</td>
<td>32,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>G Soto Mas F et coll [5]</td>
<td>USA</td>
<td>44,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Kotz D et coll [17]</td>
<td>Allemagne</td>
<td>8,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hodgetts G et coll [28]</td>
<td>Bosnie</td>
<td>45 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sebo P et coll [21]</td>
<td>Suisse</td>
<td>34 %</td>
</tr>
<tr>
<td>O'Longhin J et coll [25]</td>
<td>Montréal-Canada</td>
<td>36,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Underner M et coll [24]</td>
<td>Vienne-Autriche</td>
<td>56 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ce statut tabagique n'est pas lié à l'âge des médecins comme ce qui a été rapporté aussi dans l'étude réalisée par Josseran L et coll [23]. Le comportement des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme ne diffère pas selon le secteur d'exercice privé ou public, ce même résultat a été rapporté par Alaoui Yazidi A et coll dans son étude réalisée à Casablanca [22]. Par contre, l'étude montre que les
hommes fument plus que les femmes (p<0,05), ces résultats sont cohérents avec l'étude de Josseran L et coll chez les médecins généralistes français [23].
Le médecin généraliste placé en première ligne, vue sa proximité de la population, doit intervenir dans la lutte antitabac. Son rôle dans l'aide à l'arrêt du tabagisme est primordial, il doit interroger systématiquement les patients sur les habitudes toxiques, évaluer leur dépendance quelle soit physique ou psychique, les conseiller l'arrêt, les assister et leur donner de l'aide pour le sevrage tabagique. Plusieurs pays ont élaboré des guides destinés aux médecins généralistes sur le contrôle et la prévention du tabagisme. La conférence de consensus de l'ANAES de 1998, en France [2] sur l'arrêt de la consommation de tabac a vivement recommandé la pratique du « conseil minimal » par l'abord systématique du tabagisme, quel que soit le motif de la consultation et l'abord systématique, chez les patients fumeurs, de leur intention d'arrêter de fumer.
Dans l'ensemble, les médecins généralistes de notre étude partagent la même conception sur leur rôle dans l'aide au sevrage tabagique, contrairement aux travaux de G Soto Mas F et coll [16], Ewen A Mc et coll [29] et Coleman T et coll [30].

Tableau n°9: L'importance du rôle du médecin généraliste dans l'aide à l'arrêt du tabagisme

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auteurs</th>
<th>Pays</th>
<th>L'importance du rôle du médecin généraliste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Notre étude</td>
<td>Meknes-Maroc</td>
<td><strong>93,8 %</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>G Soto Mas F et coll [16]</td>
<td>USA</td>
<td>44,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Josseran L et coll [23]</td>
<td>France</td>
<td>43,4 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Globalement, les médecins généralistes ayant participé à l'enquête se sentent concernés par le problème du tabagisme et interrogent leurs patients sur leurs habitudes tabagiques, particulièrement les médecins fumeurs (26,6 % des fumeurs versus 50 %, p=0,485). Cette pratique n'est pas liée ni à l'âge, ni à la date d'obtention du diplôme, ni au sexe. L'étude réalisée à Rabat par Elmoujarrad A [7] rapporte des résultats similaires.

Underner M et coll [24], rapporte que les médecins français fumeurs demandent moins à leurs patients s'ils fument. De même, Segan N et coll [31] note que 47 % des médecins turinois fumeurs interrogent leurs patients sur leurs habitudes tabagiques contre 74 % des médecins non fumeurs et 58 % des ex-fumeurs.

La majorité des médecins de notre étude s'intéressent au tabagisme de leurs patients en présence de symptômes respiratoires ou maladies liées au tabac, ceci concorde avec les résultats de Alaoui Yazidi A et coll [22] sur les médecins casablancais.

Tableau n°10: Interrogation des médecins généralistes sur les habitudes tabagiques des patients

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auteurs</th>
<th>Pays</th>
<th>Interrogation sur les habitudes tabagiques des patients</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Notre étude</td>
<td>Meknès-Maroc</td>
<td>96,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zwar N et coll [32]</td>
<td>Australie</td>
<td>32 %</td>
</tr>
<tr>
<td>G Soto Mas F et coll [16]</td>
<td>USA</td>
<td>44,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Crossman Dw et coll [33]</td>
<td>Costa Rica</td>
<td>87 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Underner M et coll [24]</td>
<td>Vienne-Autriche</td>
<td>44 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Le médecin généraliste est un spécialiste formé à travailler en première ligne d'un système de soins de santé et à initier les soins pour tout problème de santé présenté par le patient notamment le problème du tabagisme. De ce fait, il doit être bien formé sur les différentes pathologies liées au tabagisme et la prise en charge des fumeurs soit au cours de la formation médicale initiale, soit au cours de la formation continue ; mais on a remarqué dans cette enquête que les connaissances des médecins restent insuffisantes. En effet, la majorité ne rapporte pas de lien fort entre le tabac et le cancer de la vessie et seulement 55,4 % des enquêtés rapportent le lien fort entre le tabac et l'accident vasculaire cérébral quelque soit la date d'obtention du diplôme. Par contre pratiquement tous les médecins rapportent le lien fort entre le tabac et le cancer du poumon.

Aucune étude nationale ne s'est pas intéressée aux connaissances des médecins généralistes sur le lien entre le tabagisme et certaines pathologies. Néanmoins, il existe des études internationales réalisées par G Soto Mas F et coll [16] et Hodgetts G et coll [28] étudient ces connaissances, en fait pratiquement tous les médecins connaissent les maladies liées au tabagisme.
Les attitudes des médecins généralistes face à un patient fumeur sont multiples et différentes, une intervention brève consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il envisage la possibilité d'arrêter de fumer. L'action du médecin consiste toujours à se renseigner systématiquement sur le statut tabagique du patient, son désir d'arrêter, et à lui exprimer de façon claire les effets nocifs du tabagisme sur la santé et les bénéfices d'arrêt. Ensuite en fonction du temps disponible et du patient, le conseil minimal sera efficace.

Les différentes attitudes des médecins généralistes dans notre étude, face à un patient fumeur, ne sont pas liées à l'âge, ni au sexe, ni au statut tabagique, ni à la date d'obtention du diplôme et sont similaires aux travaux de Elmoujarrad A [7] et de O'Longhlin J et coll [25]. En France, Josseran L et coll [23] montrent que de nombreux médecins généralistes relèvent l'information pour le dossier médical. À Montréal [25], la plupart encourage les fumeurs d'arrêter de fumer, discute avec eux les méthodes de sevrage, donne des brochures d'aide à l'arrêt et 59,7 % des médecins généralistes dissuadent, à chaque contact, un patient fumeur d'arrêter de fumer.

Aux USA [16], seulement 24,4 % des médecins conseillent aux fumeurs l'arrêt en parlant sur les risques du tabagisme sur la santé et en donnant des brochures d'aide à l'arrêt. De même, l'étude de Eckert T et coll [34] rapporte que seulement 39 % des médecins conseillent aux fumeurs l'arrêt.

Toutefois, en Tunisie, Achour M et coll [35] rapportent que 92 % des médecins conseillent à leurs patients d'arrêter de fumer, surtout s'ils ont une pathologie contre-indiquant le tabac.
Tableau n°11: Les différentes attitudes des médecins généralistes devant un patient fumeur

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auteurs</th>
<th>Relever l'information pour le dossier médical</th>
<th>Proposer l'arrêt</th>
<th>Donner les brochures d'aide</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Notre étude</strong></td>
<td>49,1 %</td>
<td>43 %</td>
<td>12,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Elmoujarrad A [7]</td>
<td>50 %</td>
<td></td>
<td>20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>G Soto Mas F et coll [16]</td>
<td></td>
<td>42,2 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eckert T et coll [34]</td>
<td></td>
<td>39 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Achour Met coll [35]</td>
<td></td>
<td>92 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O'Longhlin J et coll [25]</td>
<td></td>
<td></td>
<td>42,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ewen A Mc et coll [18]</td>
<td></td>
<td>70 %</td>
<td>33 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Young J M et coll [42]</td>
<td></td>
<td>34 %</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

La majorité des médecins est d'accord qu'ils devraient donner le bon exemple en ne pas fumant, c'était similaire aux études de Lancaster T et coll [2], Slama T et coll [3] et Hodguts G et coll [28].

Les participants sont conscients et reconnaissent majoritairement les obstacles majeurs dans la pratique d'aide à l'arrêt du tabagisme. Par conséquent, ils ne se sentent pas être en mesure d'apporter de l'aide aux fumeurs. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête réalisée à Rabat [7], en France [23] et en Grande Bretagne [36].

Dans notre étude, 41,3 % des médecins s'estiment peu ou non formés du tout pour aider à l'arrêt. En Turquie [37], le taux de médecins qui estiment avoir assez de connaissances pour conseiller les malades qui veulent arrêter de fumer est de 37,3 % et l'étude de Coleman T et coll [36] sur les médecins anglais montrent un taux de 33,9 % manquant de formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme. Par contre, l'étude de Hodguts G et coll [28] ne rapporte qu'un taux de 11 % des
médecins enquêtés qui s'estiment non formés du tout. 
La majorité des participants déplore cet état et le rattache au manque de formation initiale et post universitaire sur la problématique de l'aide à l'arrêt du tabagisme. En France [38], au cours des décennies passées, l'organisation des études médicales ne faisait guerre de place au tabagisme mais depuis 1997 le tabagisme faisait partie de l'enseignement initial des médecins. Ce manque de formation doit inciter à mettre en place un module sur le tabagisme et l'aide à l'arrêt de fumer qui sera destiné aux étudiants de médecine et à l'intégrer dans la formation médicale continue des médecins généralistes, la prévention et l'éducation contre le tabac et élaborer un guide de sevrage tabagique.
Plusieurs obstacles rencontrent les médecins généralistes et entravent leur aide aux patients fumeurs. L'étude de G Soto Mas F et coll [16] et de O'Longhlin J et coll [25] montrent que les obstacles rencontrés dans l'aide à l'arrêt du tabagisme se résument en manque de motivation, l'indifférence des patients, le manque de temps et le manque de supports éducatifs.
Les facultés de médecine de nombreux pays organisent des diplômes de formation post universitaires en tabaccologie. Au Maroc, le module de tabaccologie n'existe pas en tant que tel dans le cursus universitaire de médecine générale. En France [31], le programme Nicomède [39] lancé en 1999 par la direction générale de la santé a permis en l'an 2000 de former 3000 médecins généralistes et spécialistes sur la prise en charge des patients fumeurs. En plus depuis 2002, le tabac fait partie des thèmes de formation médicale continue par contre au Maroc le manque de ce type de formation et la rareté des congrès sur le tabagisme sont les causes majeures de la méconnaissance de nos médecins sur le tabagisme. C'est pourquoi il faut renforcer l'enseignement de tabaccologie au cours de la formation médicale initiale et la formation continue.
Signalons que les médecins enquêtés reconnaissent majoritairement n'avoir aucun engagement associatif lié à la prévention et la lutte antitabac et souhaitent suivre une formation, recevoir une information actualisée et des brochures d'aide à l'arrêt. Ceci concorde aux résultats de l'étude de G Soto Mas F et coll [16].

82,5 % des médecins généralistes rapportent qu'il existe une loi antitabac au Maroc, contre seulement 66,8 % des médecins casablancais [22] et entre ces médecins seulement 4,2 % ont bien répondu de ce que comportait celle loi. Les médecins généralistes qui ont obtenu leur diplôme avant l'année 1996 connaissent mieux la loi antitabac au maroc.

Les études réalisées à l'Allemagne [17], l'Angleterre [18, 19, 24] et Canada [25] se sont intéressées aux pratiques curatives de ces médecins en utilisant différents produits pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique et l'étude de Guichenez P et coll [40] s'est intéressée aux thérapies comportementales et cognitives utiles pour le patient dans l'optimisation et la personnalisation de la prise en charge notamment dans la prévention des rechutes. Toutefois, notre étude n'a pas tenté de mesurer cette pratique curative. En fait, aux USA [16], les médecins ne sont pas pour la prescription des substitutifs nicotiniques ou autres produits pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique.

L'étude de Edward F et coll [41] montre que seulement 32 % des médecins généralistes prescrivent un traitement nicotinique substitutif.

Notre étude ne s’est pas intéressée aux médecins généralistes qui réfèrent les patients fumeurs pour avis spécialisé, par contre Nathalle V et coll [45] rapportent un taux de 13 % des médecins referant leurs patients fumeurs chez le tabaccologue ou le psychothérapeute cognitivo-comportementaliste et l’étude réalisée à Rabat [7] montre que 78 % des médecins généralistes enquêtés orientent leurs patients vers une consultation spécialisée parce qu’ils ne sont pas assez préparés pour la prise en charge des fumeurs.

Tableau n°12: Le taux de médecin généraliste qui réfère les patients fumeurs aux consultations spécialisées

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auteurs</th>
<th>Pays</th>
<th>Référer les patients à une consultation spécialisée</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nathalle V et coll [46]</td>
<td>Chicago</td>
<td>13 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ewen A Mc [18]</td>
<td>Angleterre</td>
<td>70 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Conclusion
Cette enquête s’inscrit dans le cadre de la lutte contre l’épidémie du tabagisme à l’échelle nationale. On conclut de cette étude que le médecin généraliste est conscient de l’importance de son rôle dans l’aide au sevrage tabagique. Toutefois, il ne dispose pas de supports éducatifs et ne connaît pas suffisamment les méthodes de sevrage du fait du manque de la formation et il manifeste un désir de participer à une formation spécialisée et de recevoir des brochures d’aide au sevrage et des informations actualisées sur internet.

Au terme de cette étude, la sensibilisation et l’information des médecins de première ligne sont fortement souhaités, comme l’élaboration d’un guide de sevrage tabagique, l’organisation d’ateliers en techniques d’aide à l’arrêt de fumer et une formation continue.

En conclusion, un renforcement de l’enseignement de tabacologie est nécessaire au cours des études médicales continue pour améliorer la prise en charge des fumeurs.
Résumé
Le tabagisme constitue un problème actuel majeur de santé publique, responsable d'une morbidité et une mortalité très importantes. Selon l'organisation mondiale de la santé, la mortalité imputable au tabac dans le monde a été estimée à 4 millions de décès en 1998 et devrait augmenter à près de 10 millions par an en 2030, dont 70 % dans les pays en développement.

Le médecin généraliste placé en première ligne, vu sa proximité de la population, doit intervenir dans la lutte antitabac afin de diminuer la mortalité et la morbidité liée à ce fléau.

Le but de ce travail est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques d'aide au sevrage tabagique des médecins généralistes. Il s'agit d'une enquête transversale exhaustive par un questionnaire, réalisée du 21 février au 11 mars 2007 auprès de 114 médecins du secteur publique et privé de la région de Meknes et El Hajeb. Le taux de réponse était de 85%.

Près de 93,8 % estiment que le médecin généraliste joue un rôle primordial ou assez important dans l'aide à l'arrêt du tabagisme et 96,5 % interrogent systématiquement ou souvent leurs patients sur leurs habitudes tabagiques. Face à un patient fumeur, 37,7 % des médecins enquêtés ne relèvent jamais l'information pour le dossier médical, 53,5 % ne conseillent jamais la modération, 40,3 % ne proposent jamais une aide à l'arrêt du tabac et 71,9 % ne donnent jamais une brochure d'aide à l'arrêt.

Les médecins enquêtés ne rapportent pas le lien fort entre le tabagisme et le cancer de la vesse dont 53,3%

Le manque de supports éducatifs et de connaissance de méthodes de sevrage sont les obstacles majoritairement rencontrés par les médecins généralistes. Seulement 13,2 % estiment n'être pas du tout formés pour aider à l'arrêt. La plupart des médecins rapporte n'avoir reçu aucune formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme, ni en formation initiale (89,5 %), ni en formation post universitaire (93,9 %), ni en formation continue (76,3 %).
Les médecins généralistes souhaitent participer à une formation, à un colloque, recevoir des brochures d'aide et des informations actualisées sur internet dont respectivement (76,6 %), (64 %), (79,8 %) et (78,9 %).

Ce constat doit inciter à mettre en place un module sur la pathologie du tabagisme destiné aux étudiants de médecine et élaborer une formation médicale continue des médecins généralistes et des programmes sur les moyens de prévention, d'éducation et d'aide au sevrage tabagique ainsi que l'élaboration de guidelins permettant de standardiser et faciliter la prise en charge des fumeurs.
Summary
The general practitioner should be in first line in the struggle about smoking. Our study intends to determine the knowledge, attitudes and practices of general practitioner latter in handling patient that smokes.

A transverse investigation by auto questionnaire was carried out from the 21 february to 11 march 2007 among 114 general practitioner in the area of Meknes et El hajeb. The rate of participation is 85 %.

Nearly, 93, 8 % of the investigated estimate the physician general practitioner plays a primordial or important role to help patient to quit smoking and 96,5 % asks systematically or often their patient about their smoking habits. Toward a smoker patient, 31,7 % never raise information on the medical file, 53,5 % never advice the moderation, 40,3 % never propose a help to quit smoking and 71,9 % never give booklets to patients.

53,3 % of physician don't know the strong relation between smoking and cancer of bladder.

The lack of supports and of knowledge of the tobacco weaning is the main raised obstacles. Only 13,2 % of general practitioner have the feeling not to be sufficiently trained and equipped to help their patients to quit smoking. In addition, almost of general practitioners have not received any training on the accompaniment to quit smoking neither in academic (89,5 %) nor in continuous medical formation (76,3 %). About 76,6 % of them wish to receive training, 79,8 % to receive booklets, 78,9 % to have the opportunity to learn updated information.

This report must encourage establishing a tobacco module to student of medicine and integrating a continuous medical formation to general practitioner about the help of stopping smoking.
ملخص

يعتبر التدخين من أهم مشاكل الصحة العمومية، ويتسبب في عدد كبير من الوفيات. حسب المنظمة العالمية للصحة، وصل عدد الوفيات الناتج عن التدخين 4 ملايين في سنة 1998 وينتظر أن يرتفع هذا العدد ليصل إلى عشرة ملايين سنة 2030. نظرا لمكانة الطبيب العام وقربه من الساكنة، فإن عليه أن يساهم بشكل فعال في معركة التدخين ومن أجل هذا قمنا بدراسة شاملة على كل الأطباء العامين للجهة مكناس وعددهم 114 طبيب عام. الهدف الرئيسي من هاته الدراسة هو تقييم معرفة الطبيب العام وكيفية تعامله مع المدخنين. نسبة الإجابة كانت 85%.

نسبة 93.8% من الأطباء المستجيبين اعتبرت أن الطبيب العام يلعب دورا هاما وأساسيا في المساعدة على الإقلاع عن التدخين. 96.5% من الأطباء يستجيبون مرضاهم عن عادة التدخين بينما 37.7% من الأطباء لا يسجلون عادة التدخين في الملف الصحي للمريض و40.3% لا يقترحون على المرضى الإمتناع عن التدخين.

نسبة 53.3% من المستجيبين يجهلون العلاقة السببية بين التدخين وسرطان المثانة. 13.2% من الأطباء لا يعتبرون أنفسهم مؤهلين لمساعدة المدخنين على الإقلاع ودالك لنقص التكوين الأولي الجامعي والتكوين المستمر. ولهذا السبب فإن أغلبية المستجيبين يتمثلون المشاركة في التكوين (76.6%) واستقبال معلومات حول التدخين (70.5%).

هاته النتائج تتحم تدريس مادة خاصة عن الأمراض الناتجة عن التدخين في كلية الطب وإقامة تكوين مستمر للأطباء العامين عن وسائل الوقاية من هاته الأمراض والتوعية والوسائل المساعدة عن الإقلاع عن التدخين.
Annexes
Liste des schémas:

Schéma n° 1: Les constituants du tabac. P : 7
Schéma n° 2: Les effets nocifs du tabac. P : 9
Schéma n° 3: Les différents courants de la fumée de tabac. P : 12
### Liste des graphiques:

**Figure 1:** La répartition des médecins par tranche d'âge. P:26

**Figure 2:** Le comportement tabagique des médecins généralistes. P:27

**Figure 3:** Interrogatoire des médecins généralistes sur les habitudes tabagiques des patients. P:28

**Figure 4:** Les connaissances des médecins en matière de lien entre le tabac et certaines maladies. P:29

**Figure 5:** La connaissance de la loi antitabac au Maroc. P:32
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tableau 1:</th>
<th>Bénéfices de l'arrêt du tabac. p:10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tableau 2:</td>
<td>Le rôle du médecin généraliste dans la prévention, l'éducation et le changement du comportement. P:14</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 3:</td>
<td>La présence de lien entre le tabagisme et certaines maladies. P:29</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 4:</td>
<td>Les attitudes du médecin généraliste devant un patient fumeur. P:30</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 5:</td>
<td>Etude de lien entre les différentes variables en fonction de sexe. P :34</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 6:</td>
<td>Etude de lien entre les différents variables en fonction de l'âge. P:35</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 7:</td>
<td>Etude de lien entre les es différentes variables en fonction de l'année d'obtention de diplôme . p:36</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 8:</td>
<td>La prévalence du tabagisme. P:39</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 9:</td>
<td>L'importance du rôle du médecin généraliste dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. P:40</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 10:</td>
<td>Interrogation du médecin généraliste sur les habitudes tabagiques des patients. P:42</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 11:</td>
<td>Les différentes attitudes du médecin généraliste devant un patient fumeurs. P:44</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau 12:</td>
<td>Le taux des médecins généralistes référant leurs patients aux consultations spécialisées. P :47</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Annexe 2: questionnaire
Informations générales sur le déroulement de l'étude

Cher collègue,

Au nom du service de pneumologie de CHU Hassan II de Fès, prière de bien vouloir participer à cette enquête qui a pour but d'évaluer les comportements des médecins généralistes vis-à-vis du tabagisme.

Il s'agit d'une enquête dont l'objectif principal est d'observer les connaissances, les attitudes et les pratiques de prévention et de sevrage du tabagisme des médecins généralistes de différentes régions du Maroc.

Ce questionnaire s'adresse à l'ensemble des médecins généralistes y compris ceux qui n'ont pas une pratique de prise en charge du tabagisme car leurs opinions nous intéressent également.

Consentement

Je soussigné Docteur...............................................................

Exerçant (ville)...........................................................................

Adresse professionnelle..........................................................

Téléphone bureau)....................................................................

Adresse personnelle..................................................................

Téléphone portable...................................................................

E-MAIL.......................................................................................

Certifie avoir été informé sur les modalités de déroulement de l'enquête intitulée: tabagisme, attitudes et pratiques des médecins généralistes; ceci avant de remplir ce questionnaire.

Date:...................... signature et cachet du médecin
Questionnaire d'enquête sur les pratiques d'aide
da l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes
de la ville de Meknès et El Hajeb

1) Sexe :
   □ masculin       □ féminin

2) Age : .... ans

3) secteur d'exercice :
   □ privé       □ public

4) Province d'exercice : ...................  ...................

5) Lieu d'exercice :
   □ Urbain       □ Semi urbain       □ Rural

6) Diplôme obtenu en (année) : .......  ... à (ville et pays) : ........................................

7) Etes-vous :
   fumeur quotidien□ fumeur occasionnel□ ex-fumeur□ non fumeur□
   Si non fumeur:
   • Etes-vous exposé au tabagisme dans votre entourage familial: □ oui □ non
   • Etes-vous exposé au tabagisme dans votre entourage professionnel: □ oui □ non

8) Pensez-vous que le rôle du médecin généraliste dans l'aide à l’arrêt du tabagisme est :
   • Primordial □ oui □ non
   • Assez important □ oui □ non
   • Secondaire □ oui □ non
   • Nul □ oui □ non
   • Sans réponse □ oui □ non

9) Avez-vous reçu une formation sur l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme ?
   *Pendant votre formation initiale □ oui □ non
   *En formation post-universitaire (DIU tabaccologie...) □ oui □ non
   *En formation médicale continue (séminaires, dîners débats..) □ oui □ non
   *Autre(s), précisez : ........................................
10) Estimez-vous être suffisamment formé pour aider vos patients fumeurs à arrêter de fumer :
   □ pas du tout □ peu □ moyennement □ très bien

11) Concernant la pratique d'aide à l'arrêt du tabagisme, souhaiteriez-vous :
   ● Participer à une formation (diplôme de tabaccologie, séminaires) □ oui □ non
   ● Assister à un colloque □ oui □ non
   ● Recevoir des brochures et affiches pour vos patients □ oui □ non
   ● Recevoir des informations actualisées sur l'aide à l'arrêt (sites internet) □ oui □ non
   ● Autre(s), précisez : ....................................................

12) Concernant le tabagisme, avez-vous déjà participé à :
   ● Des réunions d'information (séminaires, congrès...) □ oui □ non
   ● Des animations de prévention (entreprise, écoles, lycées, universités....) □ oui □ non
   ● Des manifestations publiques (journées sans tabac...) □ oui □ non
   ● Autre(s), précisez : ....................................................

13) Est-ce que vous avez un (des) engagement(s) associatif(s) anti-tabac ? □ oui □ non
Le(s) quel(s) : ..........................

14) Affichez-vous des pancartes d’interdiction de fumer dans votre structure : □ oui □ non

15) Exposez-vous des cendriers dans la salle d’attente de votre structure: □ oui □ non

16) Interrogez-vous vos patients sur leurs habitudes tabagiques?
   □ oui □ non
   Si oui dans quelle situation :

<table>
<thead>
<tr>
<th>Les situations</th>
<th>systématiquement</th>
<th>Souvent</th>
<th>Rarement</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Présence de symptôme respiratoire</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Présence d’une maladie liée au tabac</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chez tout malade</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
17) Le tabac a-t-il un lien avec ces maladies :

<table>
<thead>
<tr>
<th>Maladies</th>
<th>Pas de lien</th>
<th>Lien faible</th>
<th>Lien moyen</th>
<th>Lien fort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cancer du poumon</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bronchite chronique</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer de la bouche</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer du larynx</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Coronaropathie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Artérite</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Accident vasculaire cérébral</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cancer de la vessie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autre(s) cancer(s), précisez:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

18) Lorsque votre patient est fumeur, quelle(s) attitude(s) adoptez-vous ?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Les attitudes</th>
<th>Souvent</th>
<th>Rarement</th>
<th>Jamais</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vous relevez l’information pour le dossier médical</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous conseillez la modération</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous conseillez l’arrêt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous donnez une brochure d’aide à l’arrêt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous tentez de motiver votre patient à l’arrêt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous proposez à votre patient une aide à l’arrêt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

19) Préconisez-vous plutôt :

- [ ] L’arrêt progressif
- [ ] L’arrêt brutal

64
20) Dans votre pratique courante, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l’aide à l’arrêt du tabagisme?

- Manque de motivation du patient □ oui □ non
- Manque de temps □ oui □ non
- Je ne suis pas motivé pour aider les patients fumeurs à arrêter de fumer □ oui □ non
- Je ne suis pas intéressé par l’aide au sevrage tabagique □ oui □ non
- Je manque de supports éducatifs □ oui □ non
- Je manque de connaissance des méthodes de sevrage □ oui □ non
- Autre(s), précisez :.......................... □ oui □ non

21) A votre avis, le(s) moyen(s) le(s) plus efficace(s) dans la lutte anti-tabac sera (seront) :

- La sensibilisation du public par des compagnes médiatiques de prévention □ oui □ non
- L’interdiction de fumer dans les lieux publics et clos □ oui □ non
- L’augmentation du prix du tabac □ oui □ non
- Mise en garde sur les paquets de tabac □ oui □ non
- L’interdiction de vente de tabac aux enfants et aux adolescents □ oui □ non
- Interdire totalement la publicité du tabac □

22) A l’échelle individuelle, à votre avis :

- Il est de la responsabilité du médecin de convaincre les fumeurs d’arrêter □ oui □ non
- Les médecins devraient donner le bon exemple en ne fumant pas □ oui □ non
- Les médecins devraient être plus actifs en parlant du tabac avec les groupes à risque □ oui □ non
- Les médecins devraient dissuader, à chaque contact un patient fumeur □ oui □ non
- Les professionnels de santé devraient être formés pour conseiller les patients fumeurs □ oui □ non
23) Existe-t-il une loi anti-tabac au Maroc ?

☐ oui  ☐ non

**Si oui, cette loi :**

- Interdit la publicité
- Interdit le tabac dans les lieux publics
- Aide à l’arrêt
- Interdit la vente du tabac aux enfants et aux adolescents
- Encourage l’information par un financement
- Impose l’information des méfaits du tabac sur les paquets
- Autre(s) ☐, précisez : ................................................

**Vos remarques** ...........................................................................................................

---

**Merci de votre participation**
Bibliographie

2. Lancaster T, Stear L, Silagy C, Sowden A.

   Effectiveness of interventions to help stop smoking.

3. Slama K, Karsenty S, Hirsh A.

   French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patient.

4. Raw M.

   Le rôle du médecin


5. Largue G, Branellec A, Lebargue F.

   La toxicologie du tabagisme.


7. Elmoujarrad A.

   La pratique d'aide à l'arrêt du tabac par le médecin généraliste de la préfecture de Rabat.
   Mémoire pour obtention de diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique.

8. Thomas D.

   Tabagisme et maladies cardiovasculaires.
9. Richmond R, Semon WU.
   Manuel du programme smokescreen de formation des étudiants en médecine sur le tabagisme.
   Septembre 1999.

10. Martinet Y et Bouhadana A.
    Le tabagisme de la prévention au sevrage.
    3ème édition.

11. Rosenhein M.
    Le tabagisme.

12. Benhamou S.
    Cancers liés au tabac.

    Le tabagisme passif, effets sur la santé.

14. OMS.
    La convention cadre de l'OMS.

15. OMS.
    Tabac et santé: les faits. Aide mémoire.
    Avril 1999, N221, OMS, Genève.

    Hispanic physicians' tobacco intervention practices: across-sectional survey study.
    BMC Public Health 2005, 5:120.
17. Kotz D, Wagena EJ, Wesseling G.

Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists and lung physicians.


18. Ewen AMc, West R, Preston A.

Triggering antismoking advice by general practitioners: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by general practitioners.


19. Macintosh H and Coleman T.

Characteristic and prevalence of hardcore smoking attending UK general practitioners.


20. Ewen AMc, West R, Raw M.

General practitioners views on and referral to NHS smoking cessation services.


Use of tobacco and alcohol by swiss primary care physicians: a cross-sectional survey.


Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca: connaissances, attitudes et pratiques.

   Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practices.
   European journal of public health 2005, vol 15, no 1, 33–38
24. Underner M, Ingrand P, Allouch A.
   Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratiques du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac.
   Smoking cessation practices of general practitioners in Montreal.
   Preventive medicine 2002, 33: 627–638
   Italian general practitioners and smoking cessation strategies.
27. Largue G, Branellec A, Lebargue F.
   La toxicologie du tabagisme.
28. Hodgetts G, Breors T, Godwin M.
   Smoking behaviour, knowledge and attitudes among family medicine physicians and nurses in Bosnia Herzegovina.
   BMC Family Practice 2004, 5:12.
29. Ewen A Mc, West R.
   Smoking cessation activities by general practitioners and practices nurses.
   Tobacco Control 2001, 10:27–32.
30. Coleman T, Wilson A.
   Antismoking advice in general practice consultations: general practitioners attitudes, reported practice and received problems.
   British Journal of General Practice, February 1996.
31. Segnan N, Battista R, Rosso S.
    Preventive practices of general practitioners in Torini, Italy.

    Smoking cessation guidelines for Australian general practice.

33. Crossman DW.
    Smoking attitudes of costarican physicians and opportunity for intervention

34. Eckert T, Junker C.
    Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? Department for
    social and preventive medicine, university of Berne.

35. BenOmar M, Zouri B, Maalej M, Sfaifi N, Nacef T.
    Tabagisme chez les médecins tunisiens.
    Tunisie médicale 1982

36. Coleman T, Murphy E, Cheater F.
    Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and
    patients who smoke: a qualitative study.

37. Asut O, Kalaça S, Klic B.
    Tobacco–smoking among executives of the Turkish medical association. In:
    tobacco and health.

38. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé/ recommandations
    professionnelles.
    Conférence de consensus, arrêt de la consommation du tabac.

40. Gurichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM.
    Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique.

41. Edward F, Ellerbeck.
    Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice.

42. Jane M Young and Janette E Ward.
    Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: pinions, current practices, readiness to change and perceived barriers.

44. West R, Mc Neill A, Raw M.
    Smoking cessation for health professionals: an up date.
    Health Education Authority.

45. Florian V, Hall S, Marteau TM.
    General practitioners beliefs about effectiveness and interventions to prescribe smoking cessation medications: qualitative and quantitative studies.

46. Natalie I V, Karin V, Jaeannine M B.
    Should i give you my smoking lecture now or later? Characterizing emergency physician smoking discussions and cessation counseling.

47. Racineux J L, Vidal J F, Meslier N.
    Les maladies respiratoires chroniques liées au tabagisme.
39. Hill C.
   Mortalité liée au tabac.
   Rev Prat (Paris) 1993, 43, 10: 1209–1212

48. Fenoglio P. Aarel V. Kapp P.
   Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites.
   ADSP, Décembre 2000, n°33, pp. 71–75.

49. Elbiaze M. Bakhtar A. Bartal M. Elmaziane A Alaoui. Yazidi A. Yassine N.
   Attitudes et comportements des patients vis-à-vis du tabac au Maroc.

50. Römer.
   L'action législative contre l'épidémie mondiale du tabagisme.

51. L.C.SAGÆRT L.
   Pourquoi, comment vaincre le tabac.
   Édition S.A.E.P

52. Chollat-traquet C.
   Evaluation de la lutte antitabac: exemples concrets et principes directeurs.

52. Tabac: guide pratique.

53. Mackay J, Eriksen M.
   The tobacco Atlas.