

L'éducation à la santé du jeune en matière de tabagisme : enquête auprès des médecins généralistes du bassin annécien

Maëlane Mialle

▶ **To cite this version:**

Maëlane Mialle. L'éducation à la santé du jeune en matière de tabagisme : enquête auprès des médecins généralistes du bassin annécien. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00623860

HAL Id: dumas-00623860

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623860

Submitted on 1 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010 N°

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DU JEUNE EN MATIÈRE DE TABAGISME
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU BASSIN ANNECIEN

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par Maëlane MIALLE

Née le 11 mars 1982 à Villecresnes (94)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
Le 6 octobre 2010

Devant le jury composé de :

Président du jury :

Mr le Professeur Christophe PISON

Membres du jury :

Mr le Professeur Patrice FRANÇOIS

Mr le Professeur Patrick IMBERT

Mr le Docteur David PEROL

Mme le Docteur Michèle BERTOCCHI, directrice de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Faculté de Médecine de Grenoble
Liste des PU–PH et MCU-PH de la faculté de Grenoble

PU-PH 01/09/2009	Liste des Professeurs des Universités –Praticiens Hospitaliers - Faculté de Médecine de Grenoble	
ALBALADEJO	Pierre	Clinique D'anesthésie
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Clinique De Chirurgie Et De L'urgence
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques Et Informatique Medicale
BAGUET	Jean-Philippe	Clinique De Cardiologie / Hypertension Arterielle
BALOSSO	Jacques	Radiotherapie
BARRET	Luc	Clinique Medecine Legale
BAUDAIN	Philippe	Clinique Radiologie Et Imagerie Medicale
BEANI	Jean-Claude	Clinique Dermatologie-Venereologie- Photobiologie Et Allergologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Clinique Endocrino Diabeto Nutrition Education Therapeutique/ Diabetologie -
BERGER	François	Oncologie Medicale
BLIN	Dominique	Clinique Chirurgie Cardiaque
BOLLA	Michel	Centre Coord. Cancerologie
BONAZ	Bruno	Clinique Hepato-Gastro- Enterologie
BOSSON	Jean-Luc	Dpt De Methodologie De L'information De Sante
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie D'adultes - Pavillon D. Villars
BRAMBILLA	Elisabeth	Dpt Anatomie & Cytologie Pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Clinique De Pneumologie
BRICHON	Pierre-Yves	Clinique De Chirurgie Vasculaire Et Thoracique
BRIX	Muriel	Clinique Chir. Maxillo-Faciale
CAHN	Jean-Yves	Cancerologie
CARPENTIER	Patrick	Clinique Medecine Vasculaire
CARPENTIER	Françoise	Clinique Urgence
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie -
CHABARDES	Stephan	Clinique De Neurochirugie
CHABRE	Olivier	Clinique Endocrino Diabeto Nutrition Education Therapeutique / Endocrinologie
CHAFFANJON	Philippe	Clinique Chirurgie Thoracique, Vasculaire Et Endocrinienne
CHAVANON	Olivier	Clinique De Chirurgie Cardiaque
CHIQUET	Christophe	Clinique Ophtalmologique
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie - Faculte De Medecine
CINQUIN	Philippe	Dpt D'innovations Technologiques-
COHEN	Olivier	Delegation - Hc Forum (Création Entreprise) -
COUTURIER	Pascal	Clinique Medecine Geriatrique

CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire De Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Dpt Medecine & Sante Du Travail
DEBILLON	Thierry	Clinique Rea. & Medecine Neonatale
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques Et Informatique Medicale
DESCOTES	Jean-Luc	Clinique Urologie
DYON	J.François	
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - Id17 /Esrf Grenoble Institut Des Neurosciences
FAGRET	Daniel	Clinique De Medecine Nucleaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Clinique De Chirurgie Digestive Et De L'urgence
FAVROT	Marie Christine	Dpt De Biologie Integree / Cancerologie
FERRETTI	Gilbert	Clinique Radiologie & Imagerie Medicale
FEUERSTEIN	Claude	Gin
FONTAINE	Eric	Clinique Nutrition Artificielle
FRANCO	Alain	Clinique Vieillissement Et Handicap
FRANCOIS	Patrice	Dpt De Veille Sanitaire
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	Clinique De Rhumatologie
GAY	Emmanuel	Clinique Neurochirurgie
GIRARDET	Pierre	
GUIDICELLI	Henri	
HALIMI	Serge	Clinique Endocrino-Diabeto-Nutrition
HOMMEL	Marc	Clinique De Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Departement Genetique Et Procreation
JUVIN	Robert	Clinique De Rhumatologie - Hopital Sud
KAHANE	Philippe	Clinique De Neurologie
KRACK	Paul	Clinique De Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Clinique Neuroradiologie & Irm
LANTUEJOUL	Sylvie	Departement D'anatomie Et Cytologie Pathologiques
LE BAS	Jean-François	Clinique Neuroradiologie & Irm
LEBEAU	Jacques	Clinique Chir. Maxillo-Faciale
LECCIA	Marie-Thérèse	Clinique Dermatologie Venereologie- Photobiologie Et Allergologie
LEROUX	Dominique	Departement Biologie Et Pathologie De La Cellule
LEROY	Vincent	Clinique D'hepato Gastro Enterologie
LETOUBLON	Christian	Clinique Chirurgie Digestive & Urgence
LEVERVE	Xavier	Laboratoire Therapeutique Ufr Biologie
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie Adn-
MACHECOURT	Jacques	Clinique De Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Clinique Chirurgie Vasculaire & Thoracique

MAITRE	Anne	Médecine Du Travail Epsp/Dpt De Biologie Integree
MALLION	J. Michel	
MASSOT	Christian	Clinique Medecine Interne
MAURIN	Max	Departement Des Agents Infectieux / Bacteriologie
MERLOZ	Philippe	Clinique Chir. Orthopedie Traumatologie
MORAND	Patrice	Dpt Des Agents Infectieux / Virologie
MOREL	Françoise	
MORO-SIBILOT	Denis	
MOUSSEAU	Mireille	Oncologie Medicale
MOUTET	François	Chir. Plastique Et Reconstructrice Et Esthetique
PASQUIER	Basile	
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Clinique Reanimation
PELLOUX	Hervé	Departement Des Agents Infectieux Parasitologie Et Mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Clinique
PERENNOU	Dominique	Service De Reeducation
PERNOD	Gilles	Clinique De Medecine Vasculaire-Pole Pluridisciplinaire De Medecine -
PIOLAT	Christian	Clinique De Chirurgie Infantile
PISON	Christophe	Clinique Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Clinique Medicale Pediatrique
POLACK	Benoît	Departement De Biologie Et Pathologie De La Cellule
POLLAK	Pierre	Neurologie
PONS	Jean-Claude	Clinique Universitaire Gynecologie Obstetrique
RAMBEAUD	J Jacques	Clinique Urologie
REYT	Emile	Clinique O.R.L.
ROMANET	J. Paul	Clinique Ophtalmologique
SARAGAGLIA	Dominique	Clinique Orthopedique Et Traumatologie
SCHAAL	Jean-Patrick	Clinique Universitaire Gynecologie Obstetrique
SCHMERBER	Sébastien	Clinique O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	Dpt Anatomie & Cytologie Pathologiques
SEIGNEURIN	Jean- Marie	Dpt Agents Infectieux
SELE	Bernard	Dpt Genetique & Procreation
SESSA	Carmine	Chirurgie Thoracique Vasculaire
SOTTO	Jean-Jacques	
STAHL	Jean-Paul	Clinique Infectiologie
TIMSIT	Jean-François	Clinique Reanimation Medicale
TONETTI	Jérôme	Clinique Orthopedique Et Traumatologie
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie Et Biologie Moleculaire
VANZETTO	Gérald	Clinique De Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique Et Traitement De L'image

ZAOUI	Philippe	Clinique Nephrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Clinique Hepato-Gastro-Enterologie

MCU-PH - 01/09/2009

Liste des Maitres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers

BOTTARI	Serge	Département de Biologie Intégrée
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule -
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Département des agents infectieux Parisitologie Mycologie
BRICAULT	Ivan	Clinique de radiologie et imagerie médicale
BRIOT	Raphaël	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine Nucléaire
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie
CROIZE	Jacques	Département des agents infectieux Microbiovigilance
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de physiologie sommeil et exercice
DERANSART	Colin	GIN – Neurologie
DETANTE	Olivier	Clinique de Neurologie
DROUET	Christian	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie -
EYSSERIC	Hélène	Clinique de Médecine Légale
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation
FAURE	Julien	Département génétique et procréation
GARBAN	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique médecine interne gériatrique
GRAND	Sylvie	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation
HOFFMANN	Pascale	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
JACQUOT	Claude	Clinique d'Anesthésie
LABARERE	José	Département de veille sanitaire
LAPORTE	François	Département de biologie intégrée
LARDY	Bernard	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie
LARRAT	Sylvie	Département des agents infectieux
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'Hygiène Hospitalière
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'innovations technologiques
MOUCHET	Patrick	Clinique de Physiologie sommeil et exercice

		Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires
PACLET	Marie-Hélène	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de neurochirurgie
PASQUIER	Dominique	Département d'anatomie et cytologie pathologiques
PELLETIER	Laurent	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale
RAY	Pierre	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation
RENVERSEZ	J.Charles	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Département de biologie et pathologie de la cellule
TAMISIER	Renaud	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicale

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010 N°

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DU JEUNE EN MATIÈRE DE TABAGISME ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU BASSIN ANNECIEN

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par Maëlane MIALLE

Née le 11 mars 1982 à Villecresnes (94)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
Le 6 octobre 2010

Devant le jury composé de :

Président du jury :

Mr le Professeur Christophe PISON

Membres du jury :

Mr le Professeur Patrice FRANÇOIS

Mr le Professeur Patrick IMBERT

Mr le Docteur David PEROL

Mme le Docteur Michèle BERTOCCHI, directrice de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Remerciements

À Monsieur le Professeur Christophe Pison,
Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. J'ai été très sensible à votre dynamisme pour m'aider à faire aboutir ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Patrice François,
Vous avez accepté de juger ce travail et de vous y intéresser. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Patrick Imbert,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que vous y avez porté. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur David Pérol,
Vous avez accepté d'être membre de mon jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

À Madame le Docteur Michèle Bertocchi,
Tu as accepté de m'accompagner pour ce travail de thèse avec enthousiasme. Pour ton engouement pour la tabacologie, tes encouragements, ta disponibilité dans la réalisation de ce travail, je te remercie.

Merci à tous les membres du jury de votre réactivité pour l'organisation de cette soutenance.

À Monsieur le Dr Jérôme Jund,
Avant tout pour ta disponibilité, ton briefing plein d'énergie pour initier la rédaction de ce travail, et évidemment les statistiques, je te remercie sincèrement.

A toute l'équipe médicale et soignante du service de pneumologie, pour cette tranche de vie partagée avec vous tous, humainement riche…

A toute l'équipe de rhumatologie pour votre soutien pendant la rédaction de ce travail.

A Eric, dès la première heure, Jean et Vincent pour m'avoir fait découvrir et partager votre passion pour la médecine générale, je vous témoigne toute mon estime.

Aux médecins m'ayant guidée pendant mes semestres d'internat, j'ai aimé travailler avec vous, merci.

À la fine équipe de l'externat, sans cela ces années n'auraient pas eu la même saveur …

Cécile, Fabienne, tous mes proches ... Clémence, Valérie, Claire, Delph, … en restant simple et discrète car vous savez déjà …votre amitié m'est précieuse.

Et évidemment Eric, Michèle et Pierrick pour leur indéfectible soutien depuis toutes ces années, contre mes vents et marées, et jusque dans le détail de cette thèse, je ne vous dirais jamais assez merci.

"Se résigner, c'est donner prime à la violence, c'est tolérer l'intolérable, se croiser les bras au lieu de réagir." Tenzin Gyatso, XIVe DalaïLama

ABRÉVATIONS

ADRS : Adolescent Depression Rating Scale

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CMP : Centre Médico-Psychologique

Cpt : comportement

CRAES-CRIPS : Collège Rhône Alpes d'Education sur la santé - Centre Régional d'Information et de Prévention sur le Sida

EsPeR : Estimation Personnalisée du Risque

FMC : Formation Médicale Continue

FTND : Fagerström test for Nicotine Dependence

FRAES : Fédération Rhône-Alpes d'Education Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HONC: Hooked On Nicotine Checklist

HSBC: Health Behaviour in School-Aged Children

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEC : prise en charge

SIEM : Service d'Information et d'Etudes Médicales

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

THC : TétraHydroCannabinol

Table des matières

INTRODUCTION 13

METHODE 16

1 OBJECTIF 16
2 METHODE UTILISEE 16
3 POPULATION CIBLEE 16
4 SECTEUR GEOGRAPHIQUE 17
5 METHODOLOGIE 18

RESULTATS 19

1 TAUX DE PARTICIPATION 19
2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE MEDECINS ETUDIEE 19
2.1 AGE DES MEDECINS 19
2.2 SEXE DES MEDECINS 19
2.3 STATUT TABAGIQUE DES MEDECINS 19
2.3.1 Comportement tabagique 19
2.3.2 Statut tabagique en fonction du sexe des médecins 20
2.3.3 Statut tabagique en fonction de l'âge des médecins 22
3 TABAGISME DE L'ADOLESCENT 23
3.1 AGE DE LA PREMIERE CIGARETTE SELON LES MEDECINS 23
3.2 AGE DU TABAGISME REGULIER 23
4 CONSULTATION DE PREVENTION 24
4.1 ROLE DU MEDECIN 24
4.2 PLACE DE LA CONSULTATION DEDIEE A LA PREVENTION 24
4.3 CONTENU DE LA CONSULTATION 25
5 PREVENTION PRIMAIRE EN MATIERE DE TABAGISME 27
5.1 IMPACT DES MEDECINS POUR EMPECHER L'INITIATION AU TABAGISME CHEZ LE JEUNE 27
5.2 EDUCATION A LA SANTE EN MATIERE DE TABAGISME 28
5.2.1 Réalisation de cette éducation 28
5.2.2 Age du début de l'éducation à la santé en consultation de médecine générale 28
5.2.3 Méthodes et moyens de l'éducation à la santé 29
6 PREVENTION SECONDAIRE DU TABAGISME CHEZ LE JEUNE 30
6.1 CONSEIL MINIMAL CHEZ L'ADULTE 30
6.2 DEPISTAGE DU TABAGISME CHEZ LE JEUNE 30
6.3 FREINS AU DEPISTAGE DU TABAGISME CHEZ LE JEUNE 31
6.4 ACTIONS DU MEDECIN GENERALISTE AUPRES DES JEUNES FUMEURS ET SENTIMENT D'EFFICACITE DANS L'AIDE AU SEVRAGE 33
6.5 EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET OUTILS D'AIDE AU SEVRAGE 34

DISCUSSION 35

1 METHODOLOGIE DE L'ETUDE 35
1.1 TAUX DE PARTICIPATION 35
1.2 AMELIORATION DE LA PARTICIPATION 35

1.3 POPULATION ETUDIEE 36
1.3.1 Age des médecins, vieillissement de la population 36
1.3.2 Féminisation 36
1.3.3 Tabagisme des médecins 36
1.3.4 Caractéristiques de notre échantillon par rapport à l'échelle nationale et répercussion sur l'étude 37
2 CONSULTATION DE PREVENTION EN MEDECINE GENERALE 37
2.1 INTERET DES MEDECINS GENERALISTES POUR LA PREVENTION CHEZ LE JEUNE 37
2.2 THEMES DE LA PREVENTION ET CONTENU DE LA CONSULTATION 38
2.3 FORME DE CETTE PREVENTION 40
2.4 FREINS A LA PREVENTION 41
2.4.1 L'assimilation médecin/parents 41
2.4.2 Le manque de temps 41
2.4.3 Le manque de formation sur la prise en charge de l'adolescent 42
2.4.4 Le problème de l'impact des messages de prévention chez le jeune 42
2.4.5 La présence d'un tiers et le secret médical 43
2.4.6 Problème de la place de la prévention du jeune en médecine générale 43
3 PREVENTION DU TABAGISME 44
3.1 BREF RAPPEL SUR LE TABAGISME DU JEUNE, LES DIFFERENTS MODES DE CONSOMMATION ET POLYCONSOMMATION 44
3.1.1 Pourquoi les jeunes fument-ils? 44
3.1.2 Les différentes formes de tabac fumé 44
3.1.3 Tabac non fumé 44
3.1.4 Polyconsommation 45
3.2 ORGANISATION DE LA PREVENTION DU TABAGISME 45
3.3 EN EUROPE 46
3.4 LE MEDECIN GENERALISTE 47
3.4.1 Exemple des « 5 A's » pour la médecine générale 47
3.4.2 Place du médecin généraliste 47
4 EDUCATION A LA SANTE PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN MATIERE DE TABAGISME CHEZ LE JEUNE 48
4.1 GENERALITES 48
4.2 APPLICATION EN PREVENTION PRIMAIRE DU TABAGISME 49
4.3 DEPISTAGE ET SEVRAGE 50
4.3.1 Dépistage du tabagisme 50
4.3.2 Sevrage du tabagisme chez le jeune 52
5 PISTES POUR UNE CONSULTATION 54
6 VERS UN RESEAU ANNECIEN OPTIMISANT LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ? 55

CONCLUSION 56

BIBLIOGRAPHIE 58

ANNEXE 61

1 ANNEXE 1 61
1.1 LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE. 61
1.2 QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS GENERALISTES 62
2 ANNEXE 2 64
2.1 QUESTIONNAIRE DE DEPENDANCE TABAGIQUE POUR LES ADOLESCENTS (HONC) 64
2.2 TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDANCE NICOTINIQUE 65
3 ANNEXE 3 66

INTRODUCTION

En 2010 le tabagisme est la deuxième cause de mortalité dans le monde, et la première cause de décès par cancer. Le tabagisme est la principale cause de mort évitable dans les pays développés.
A l'échelle mondiale 66% de la population fume, et environ cinq millions de décès par an sont liés au tabagisme. Si le tabagisme continue sur sa progression actuelle, il provoquera environ 10 millions de morts par an d'ici à 2020 et la moitié de ceux qui fument aujourd'hui, soit environ 650 millions de personnes, finiront par en mourir, dont la moitié d'entre elles avant l'âge de 69 ans.
En France, 30% de la population fume, 66 000 décès par an sont liés au tabac entrainant un quart de morts prématurées (1), (2).

La lutte contre le tabagisme est donc une priorité en matière de santé publique et de prévention individuelle.

Cette lutte s'organise à l'échelle mondiale par la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) adoptée en 2003 qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. La Convention représente un jalon dans la promotion de la santé publique, et fixe différents objectifs aux 168 Etats ayant ratifié la convention, notamment la réduction du tabagisme à 20% de la population mondiale, ainsi que la mise en place de mesures pour réduire la demande et l'offre liées au tabac (3).
Au niveau européen, la Commission Européenne appelle à une Europe sans tabac d'ici 2012 (4).
En France la prise de conscience a débuté avec la loi S. Veil qui en 1976 protège les non-fumeurs, crée des espaces sans tabac et limite la publicité (limitation à la presse et interdiction des parrainages sportifs).
En 1992, C. Evin fait voter une loi affichant que la France est non-fumeur, qu'il faut créer des espaces pour les fumeurs, de plus elle interdit la publicité en faveur du tabac.
Différents décrets adoptés depuis 2006, dans le cadre du plan cancer 2003-2007, visent entre autre à progressivement interdire le tabac dans les lieux à usages collectifs, jusqu'à l'interdiction de la vente du tabac aux mineurs de moins de 18 ans en 2009.
En 2007 est mis en place un forfait pour le remboursement par l'assurance maladie de produits d'aide au sevrage.
En 2010 est publié un arrêté relatif à l'ajout d'images sur les paquets de cigarettes venant illustrer les avertissements sanitaires déjà présents depuis plusieurs années sur les paquets.
En parallèle les pouvoirs publics ont appliqué d'autres mesures comme la hausse progressive du prix du tabac (le prix du paquet a été multiplié par quatre en trente ans, en 2010 il coûte 5€60 en moyenne).
Les Plans Cancer mettent en avant la lutte contre le tabagisme, l'action se poursuit avec le plan cancer 2009-2013 en interpellant particulièrement sur la gravité des conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin (5).
Ces différentes mesures de santé publique ont eu un impact significatif et ont permis le recul du tabagisme en France de 10% en 5 ans (6).

La lutte antitabac s'inscrit donc dans une politique de santé à l'échelle mondiale et nationale ; à l'échelle individuelle, il s'agit d'actions ciblées de prévention et d'éducation à la santé.

La prévention est l'ensemble des mesures qui ont pour but d'éviter (pour la prévention primaire) ou de réduire (pour la prévention secondaire) la gravité des maladies et des accidents.
L'éducation pour la santé tend à ce que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité (7). Un programme d'éducation à la santé comporte des campagnes de communication, une mise à disposition d'informations scientifiques, et des actions éducatives. L'éducation à la santé met donc plusieurs acteurs en jeu dans le but de permettre aux personnes de réaliser des choix éclairés.

A ce titre le développement par les soignants de la prévention et l'éducation à la santé est un des souhaits émis par la population suite aux états généraux de l'organisation de la santé en 2008 (8).

Le médecin généraliste a un rôle clé dans la politique de prévention et d'éducation à la santé, fonction d'ailleurs décrite dans la convention médicale consécutive à la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 (9). Le médecin généraliste intervient donc dans ce cadre, avec un rôle renforcé par le statut de médecin traitant. En effet dans la majorité des cas le médecin traitant s'avère être le généraliste. La forte adhésion des Français au médecin traitant (en 2008, près de 85% des assurés en avaient choisi un) et son rôle comme coordonnateur des soins de premier recours, semblent donc avoir créé les conditions pour le développement d'actions de prévention plus personnalisées (10).

D'autre part la loi sur la Protection de l'Enfance du 5 mars 2007 a instauré de nouveaux examens de santé systématiques obligatoires pendant l'enfance et l'adolescence (11).

Dans ce contexte le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) préconise la mise en œuvre d'une consultation de prévention en début d'adolescence, cette consultation est destinée à offrir aux adolescents un lieu d'échange singulier avec le médecin sur la prévention et la connaissance des problèmes de santé et à dépister les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'accompagner le développement de l'adolescent (10).
Cette consultation de prévention a été expérimentée dans trois départements français en 2006/2007 (Aisne, Gironde, Yvelines), mais sa date de généralisation n'est pas encore définie à ce jour (12).

Or le Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) indique que parmi les facteurs de risque présents chez les adolescents, le tabac est celui qui concerne la plus forte proportion d'adolescents.

L'âge de l'initiation au tabac se situe au moment des années collège, en moyenne vers 13 ans (13) (14). C'est donc cette période qui apparait critique pour l'entrée dans le tabagisme.
L'enfant de moins de 12 ans étant encore assez critique à l'encontre des conduites à risques, il a besoin d'information sur le tabac, l'éducation à la santé débute.
Vers 12-13 ans la tentation est forte, le dialogue doit être instauré à ce moment là, pour aider le jeune à prendre des décisions éclairées afin que cette initiation reste au stade de l'expérimentation propre aux adolescents.

Pour aider les différents acteurs de l'éducation à la santé il existe des outils, citons la Tababox proposée par la Fédération Education Santé Rhône Alpes (15), boite à outils de prévention du tabagisme du jeune.

Le problème du tabagisme est la puissance des dépendances physique et psychique. Ces dépendances s'installent dès l'adolescence (16) et entraine rapidement une consommation régulière. La proportion de fumeurs passe de 8,6% dans la tranche 12-15 ans à 34% chez les 16-19 ans (17). Dans les quatre semaines suivant l'initiation tabagique, 22 % des adolescents rapportent au moins un signe de dépendance. Parmi ces derniers, 62 % ont ressenti ces symptômes de dépendance avant même une consommation quotidienne. Cette dépendance doit être dépistée précocement, et à ce titre il existe des tests adaptés aux jeunes, en particulier le test HONC : Hooked On Nicotine Checklist, le Test de dépendance d'après Fagerström étant lui adapté à l'adulte (18) - (19). Ce dépistage doit permettre par la suite d'organiser un suivi et une aide au sevrage.

Partant donc de la nécessité d'une prévention dans les conduites à risques notamment en matière de tabagisme, cause de mort évitable, du rôle du médecin traitant dans cette éducation à la santé, et de la singularité du jeune dans cette prise de risque, se pose l'opportunité de l'éducation à la santé en matière de tabagisme chez le jeune en médecine générale, avec comme perspective la mise en place d'une consultation de prévention systématique chez le jeune de 12-13 ans.

Ce qui amène des interrogations :

- Les médecins généralistes sont-ils suffisamment sensibilisés à la prévention des conduites addictives chez le jeune, principalement en matière de tabac ?
- Quelle est actuellement leur pratique quant à la prévention primaire et secondaire des jeunes en matière de tabagisme ?
- Quelle place tient la prévention en matière de tabagisme par rapport aux autres champs de la prévention ?
- Quel jugement les médecins généralistes portent-ils sur l'opportunité d'une consultation de prévention systématique pour les jeunes de 12-13 ans ?
- Considèrent-ils que ce soit leur rôle d'être acteur dans la prévention du jeune ?
- Dépistent-ils les jeunes fumeurs et leur dépendance ?

Le présent travail se pose donc comme objectif de dresser un état des lieux en matière de prévention du tabagisme en consultation de médecine générale chez le jeune.

METHODE

1 Objectif

En collaboration avec le Dr Michèle Bertocchi, pneumologue et tabacologue du service de pneumologie du Centre hospitalier d'Annecy, nous avons réalisé un état des lieux de la prévention du tabagisme en consultation de médecine générale chez le jeune de 12-13 ans, au sein d'une population de médecins généralistes du bassin annécien.

2 Méthode utilisée

Une étude observationnelle, prospective, des pratiques de médecine générale en matière de prévention, d'éducation à la santé sur le tabagisme auprès de jeunes âgés de 12 à 13 ans a été soumise à des cabinets de médecine générale du bassin annécien. Cette étude se présentait sous la forme d'un questionnaire papier regroupant 14 items principaux (Annexe 1).
Les questions portaient principalement sur l'intérêt des médecins généralistes en matière de prévention et d'éducation à la santé des jeunes, leur pratique en matière de prévention primaire et secondaire du tabagisme des jeunes, et les difficultés et freins rencontrés pour cette pratique. Il s'agissait d'un questionnaire à réponses fermées avec possibilité de commentaires pour certaines réponses négatives.

Les questionnaires ont été envoyés mi-avril 2010 et une date de retour avant fin mai 2010 était demandée.
Etait jointe au questionnaire une lettre d'accompagnement présentant le travail et une enveloppe timbrée de retour pour faciliter les réponses. Avec la lettre d'accompagnement était inclus un coupon de retour à remplir par le médecin en cas de non participation à notre étude pour en expliquer les raisons.

3 Population ciblée

L'étude a été réalisée auprès des 245 médecins généralistes du bassin annécien.

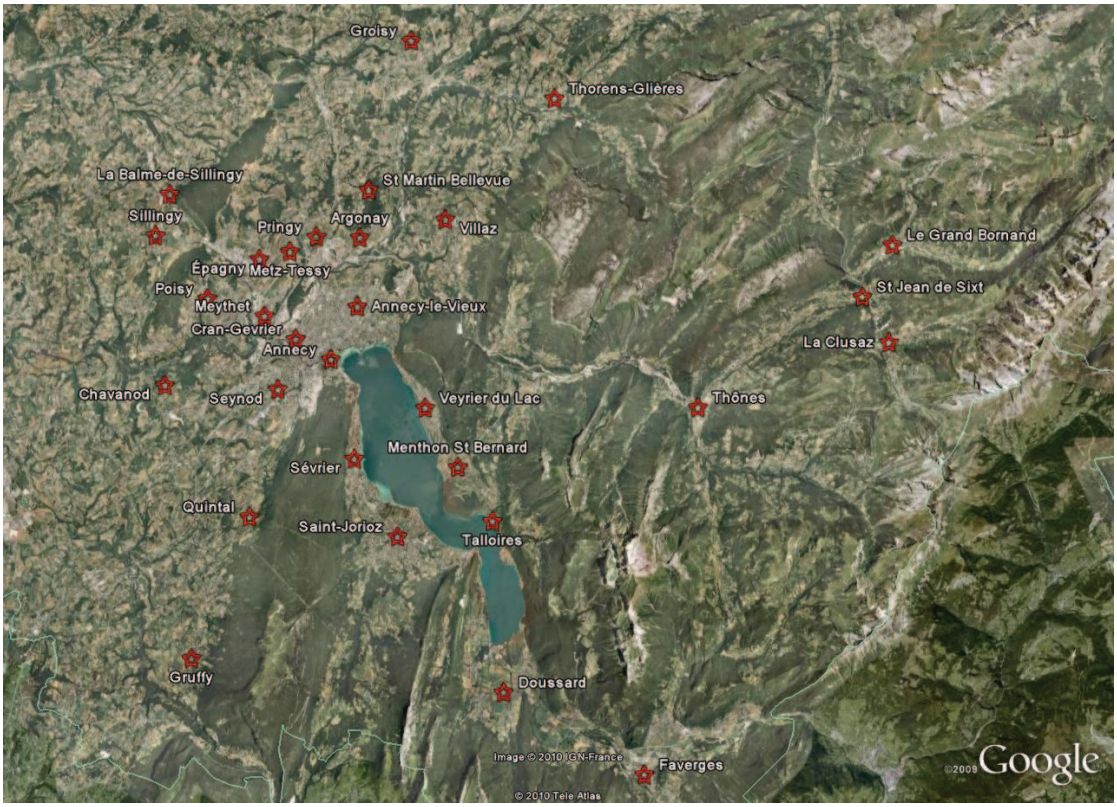
Les médecins étaient des médecins généralistes, pouvant présenter des diplômes universitaires ou complémentaires en acupuncture, homéopathie, médecine et biologie du sport.
N'ont pas été inclus les médecins généralistes en secteur hospitalier, les médecins de SOS médecin, les médecins généralistes exerçant en médecine du travail, leur pratique ayant des spécificités n'incluant pas la prévention auprès du jeune.

Des données croisées entre les médecins inscrits au conseil de l'Ordre de Haute-Savoie et les médecins généralistes recensés par l'annuaire des pages jaunes 2009 ont permis d'établir une liste.

4 Secteur géographique

Le secteur géographique choisi était le bassin annecien dont les limites géographiques ont été définies en s'appuyant sur les données de la direction départementale des territoires en Haute-Savoie :

- Nord : Annecy, Annecy le Vieux, Argonay, Epagny, Groisy, Metz-Tessy, Pringy, St Martin Bellevue, Thorens-Glières, Villaz.
- Ouest : La Balme de Sillingy, Chavanod, Cran Gevrier, Gruffy, Meythet, Poisy, Quintal, Saint Jorioz, Seynod, Sevrier, Sillingy.
- Sud : Doussard, Faverges.
- Est : La Clusaz, Le Grand Bornand, Menthon St Bernard, St Jean de Sixt, Talloires, Thônes, Veyrier du Lac.



Secteur géographique ciblé pour l'étude.

5 Méthodologie

L'analyse statistique a été faite en collaboration avec le Dr Jérôme Jund du service d'information et d'études médicales (SIEM) du centre hospitalier d'Annecy grâce au logiciel SPSS.

Le test statistique utilisé est le χ^2 de Pearson (Chi Deux), outil permettant de comparer deux variables qualitatives, il permet de rechercher une différence significative entre les variables. Le seuil de signification est fixé de manière conventionnelle à p=0,05 ; le test se révélant significatif à un seuil de probabilité « p » inférieur à 0,05 (5%). Cela signifie que le hasard de cent tirages produirait moins de cinq échantillons ayant une telle différence, le risque est alors pris de considérer que ce n'est probablement pas le hasard qui induit cette différence mais un autre effet.
Pour illustrer ces propos nous prenons pour exemple le sexe et le statut tabagique des médecins de notre étude (graphes 2 et 3), il existe une différence entre la répartition observée et la répartition attendue (cette dernière correspondant à la répartition attendue des médecins fumeurs s'il n'existait pas de différence entre les femmes et les hommes). Le χ^2 de Pearson, évaluant l'importance de l'écart entre les deux répartitions, s'est révélé significatif au seuil de 4,2% ; il a été conclu qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes quant à leur statut tabagique, différence significative et non liée au hasard (avec un risque de conclure à tort que la différence n'est pas liée au hasard de 4,2%) :

Certains questionnaires ayant des données manquantes, on exprime les pourcentages en pourcentages des réponses valides.

Dans les graphes les nombres entre parenthèses correspondent aux effectifs, sauf dans le graphe 2, où les nombres exprimés entre parenthèses correspondent aux pourcentages.

RESULTATS

1 Taux de participation

Nous avons reçu, au cours du mois de mai 2010, 150 réponses sur les 245 questionnaires envoyés, ce qui correspond à un taux de participation de 61%, révélant un taux correct de participation.
Sur les 150 médecins ayant répondu dans le temps imparti, 10% (soit 16 médecins généralistes) ont retourné le questionnaire non rempli :

- 2,5% (soit 4) en raison de l'exercice d'une autre activité (médecine manuelle, acupuncture),
- 5% (soit 8) en raison d'un manque de temps,
- 2,5% (soit 4) par manque d'intérêt pour le sujet.

Le pourcentage de questionnaires remplis s'élève donc à 54% soit 134 questionnaires.

2 Caractéristiques de la population de médecins étudiée

2.1 Age des médecins

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 49,9 ans. Les médecins sont installés dans l'exercice de la médecine libérale depuis 19 ans en moyenne. La médiane est de 51 ans avec 63 médecins ayant plus de 51 ans, soit 53% de la population interrogée. La moyenne d'âge des femmes est de 53 ans et 45,7 ans pour les hommes.

2.2 Sexe des médecins

Notre échantillon présente une proportion plus importante de femmes, 73 au total soit 57% contre 55 hommes soient 43%. Six des questionnaires retournés ne précisaient pas ces données.

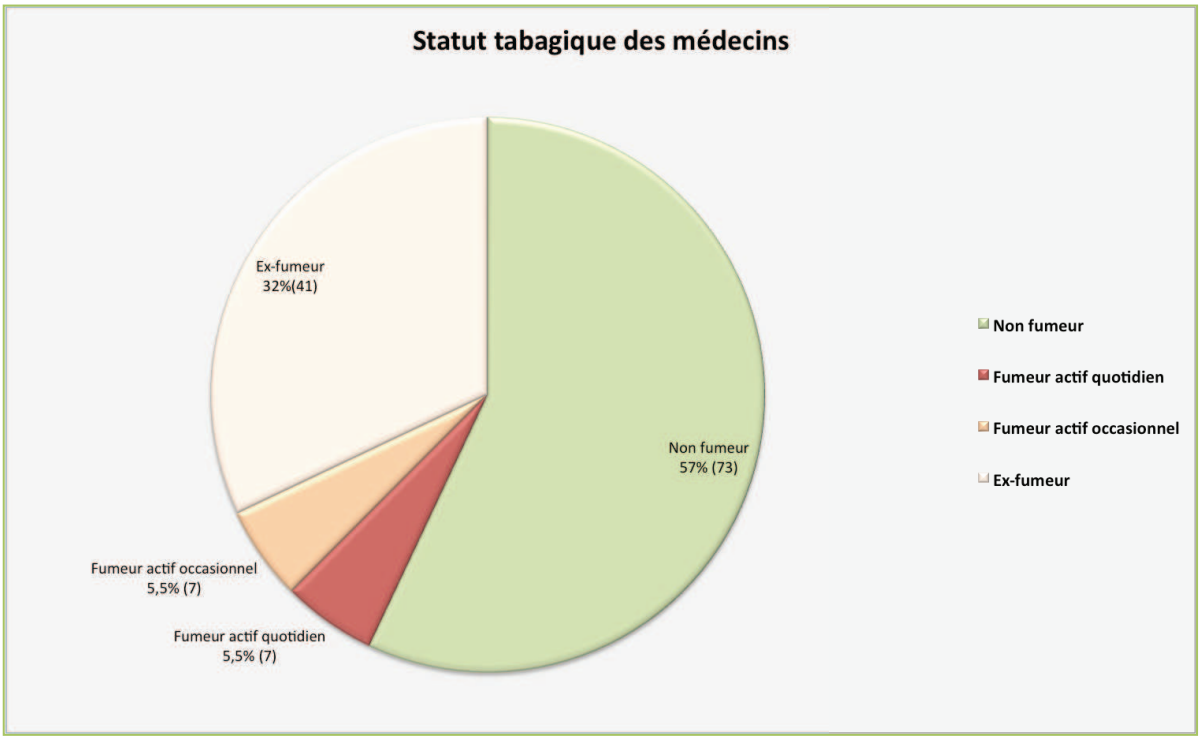
2.3 Statut tabagique des médecins

2.3.1 Comportement tabagique

Les médecins étaient interrogés sur leur statut tabagique, c'est à dire leur comportement face au tabagisme. On proposait aux médecins de se définir parmi quatre catégories :

- Non fumeur
- Ex- fumeur
- Fumeur actif occasionnel
- Fumeur actif quotidien

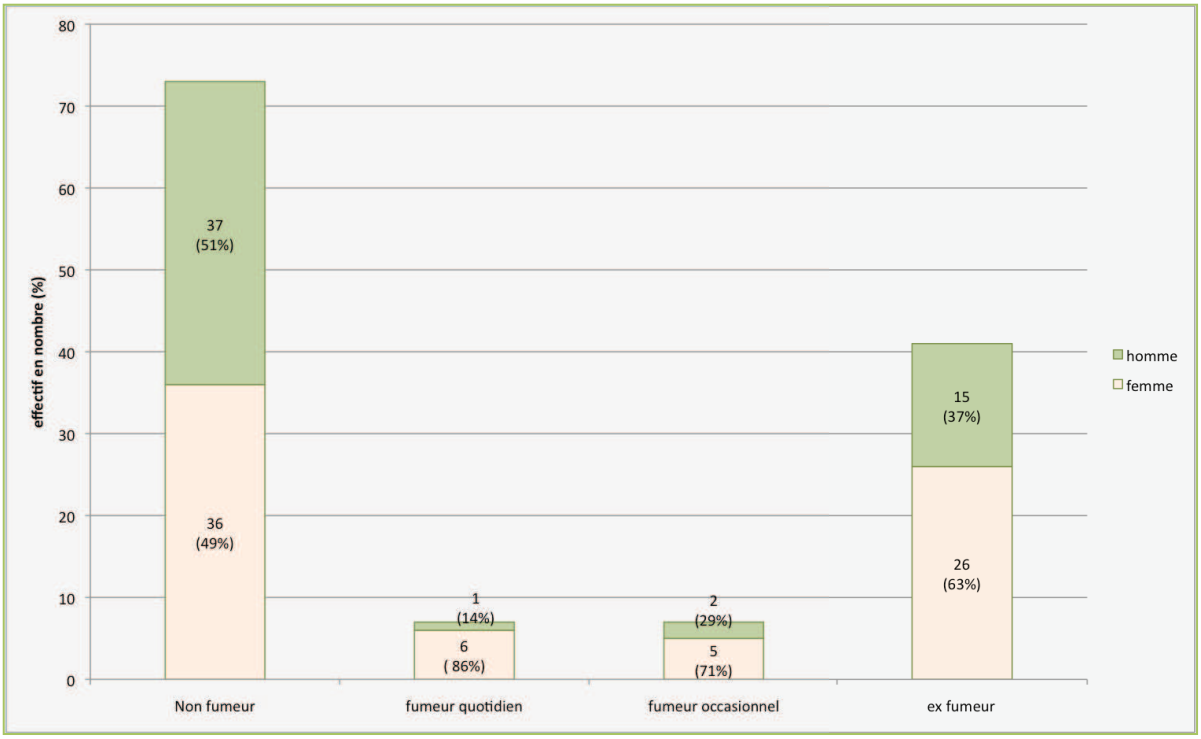
La principale information sur le statut tabagique des médecins interrogés est qu'ils sont en majorité non fumeur comme le montre le graphe 1.
On retient que parmi les médecins ayant un vécu avec la cigarette près d'un tiers (32%) est ex-fumeur, notamment il y a plus d'ex- fumeur que de fumeur actuel.



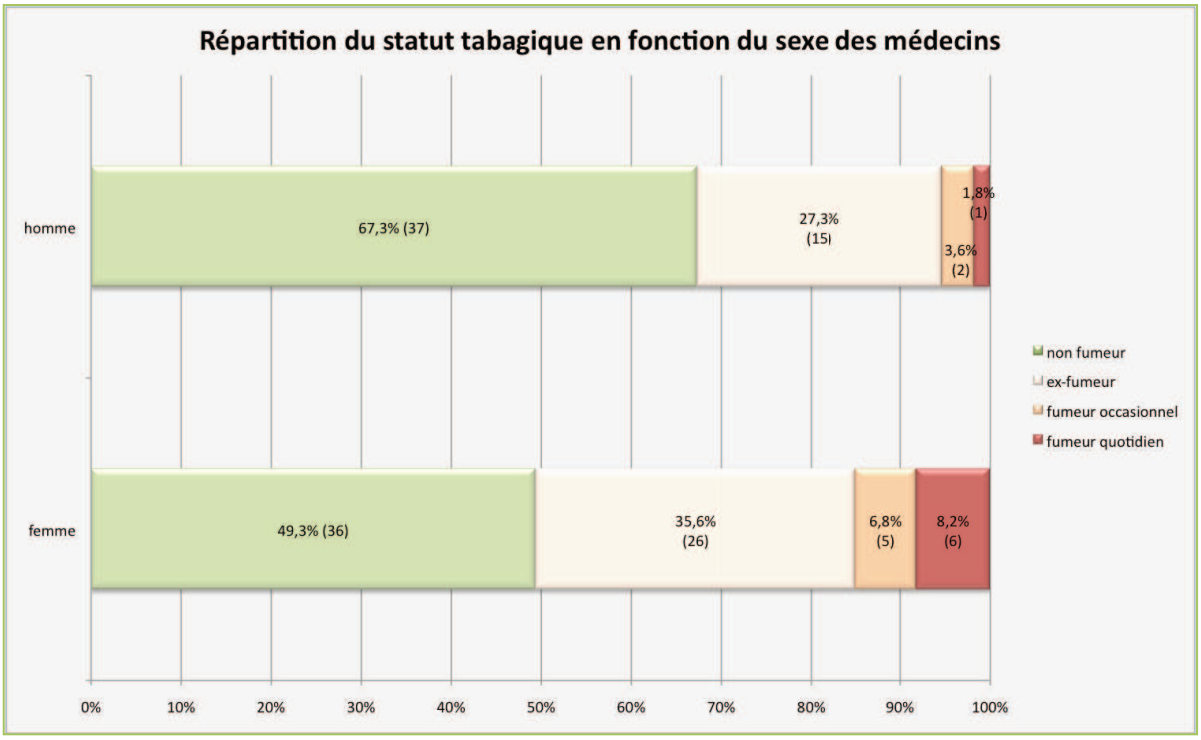
Graphe 1 : Statut tabagique des médecins.

2.3.2 Statut tabagique en fonction du sexe des médecins

Le graphe 2 traite de la répartition homme/femme en fonction du statut tabagique et le graphe 3 du statut tabagique en fonction du sexe.



Graphe 2 : Répartition homme-femme en fonction du statut tabagique des médecins.



Graphe 3 : Statut tabagique en fonction du sexe du médecin.

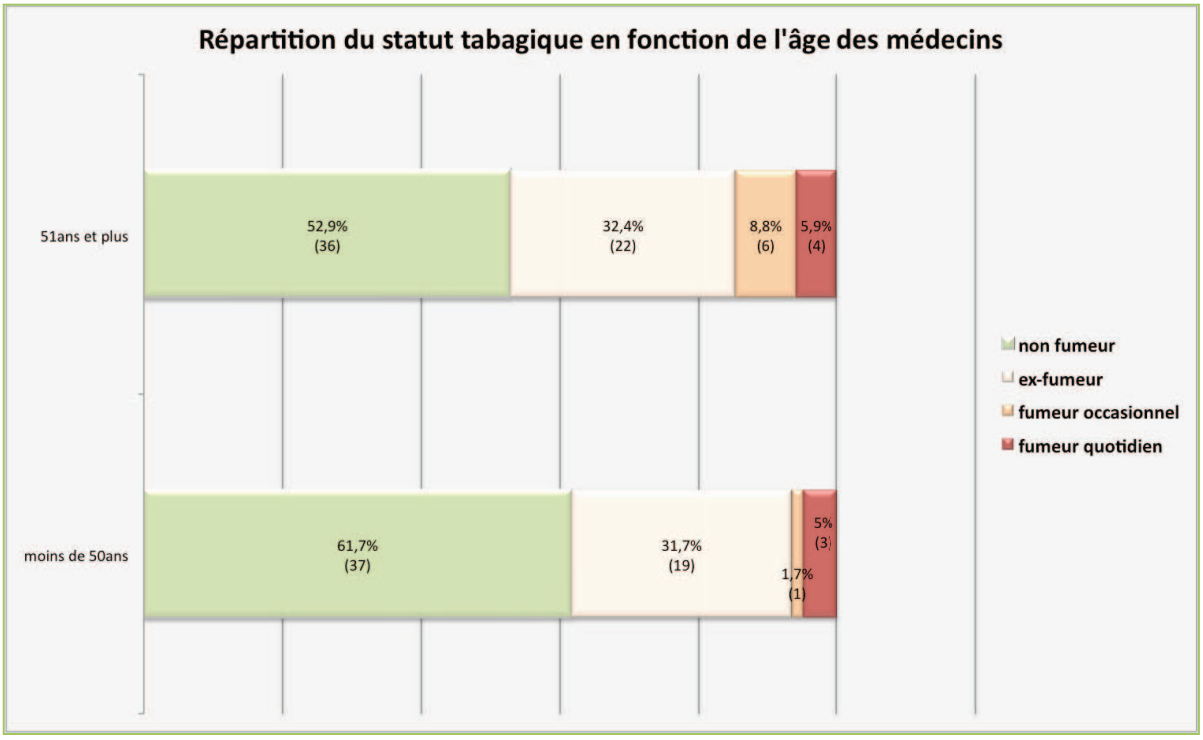
Il est intéressant de noter que la proportion homme/femme de non fumeur est équilibrée bien que les femmes soient plus représentées dans notre panel (graphe 2). Les hommes fument donc moins que les femmes (67% des hommes n'ont jamais fumé contre seulement 49% chez

les femmes). Ces chiffres se vérifient également chez les médecins qui fument toujours au moment du sondage étant donné que 15% (11) des femmes fument alors que seulement 5.5% (3) des hommes se trouvent dans la même situation (graphe 3).

Nous avons comparé les hommes et les femmes sur le plan de leur vécu avec le tabagisme (non fumeur vs fumeur ou ex-fumeur). L'analyse des données révèle que les hommes fument moins que les femmes, la différence entre les groupes est significative pour p=0,042. C'est à dire que nous acceptons qu'il y ait 4,2% de risque que cela soit lié au hasard.

2.3.3 Statut tabagique en fonction de l'âge des médecins

La répartition des fumeurs par âge entre les plus de 51 ans et les moins de 50 ans est donnée dans le graphe 4.
Cette répartition y apparaît assez homogène.



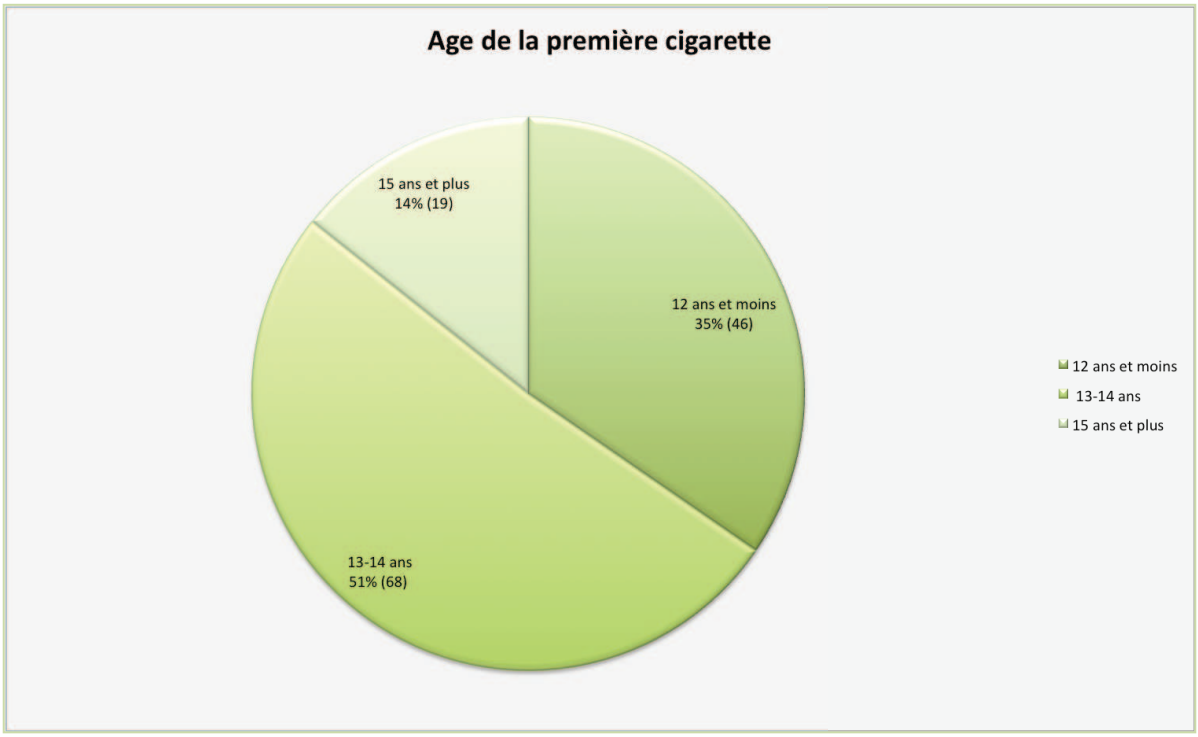
Graphe 4 : Statut tabagique des médecins en fonction de l'âge.

Parmi les fumeurs ou ex fumeurs 58% (soit 32 médecins) appartiennent à la catégorie des 51 ans et plus, contre 49 % (soit 36 médecins) chez les non fumeurs, mais il n'a pas été montré de différence significative entre l'âge du médecin et son statut tabagique (p=0,3). En effet le risque de conclure à tort qu'il existe une influence de l'âge sur le tabagisme du médecin est trop grand, car le risque que cela soit dû au hasard est de 30%.

3 Tabagisme de l'adolescent

3.1 Age de la première cigarette selon les médecins

Nous donnons dans le graphe 5 la répartition de l'âge estimé de l'initiation au tabagisme en fonction du pourcentage de médecin. Les trois quarts des médecins estiment que cette initiation a lieu avant l'âge de 15 ans.



Graphe 5 : Age de l'initiation au tabagisme selon les médecins généralistes.

3.2 Age du tabagisme régulier

Pour les médecins généralistes de notre étude, l'âge d'entrée dans le tabagisme régulier chez le jeune se situe vers 14 ans, soit la même année ou l'année suivant l'initiation au tabac. La moyenne d'âge calculée à partir de leur réponse est de 13,98 ans et la médiane se situe à 14 ans. Ceci se vérifie avec les comportements tabagiques actuels, et corroborant la rapidité d'installation de la dépendance au tabac chez le jeune, le passage à un tabagisme régulier se faisant rapidement après l'initiation.

4 Consultation de prévention

4.1 Rôle du médecin

A la question de savoir si les médecins pensent être de bons interlocuteurs pour la prévention des addictions, 68 % (soit 91 médecins) répondaient par l'affirmative, l'ensemble des résultats est illustré dans le graphe 6.
Le sexe, l'âge et le statut tabagique n'ont pas d'impact sur les réponses ($p>0,05$). En effet les tests statistiques permettent de dire qu'il existe un risque de plus de 5% de conclure à tort qu'il existe un impact des caractéristiques du médecin sur le rôle dans la prévention auprès du jeune.

Les médecins ne pensant pas être dans leur rôle comme interlocuteur ont accompagné leurs réponses de commentaires, parmi ceux-ci on trouvait le plus fréquemment :

- La particularité de l'adolescent, peu sensible aux messages de prévention et aux risques sur la santé à long terme.
- Le manque de temps et de formation pour ce type de prise en charge.
- Le peu de consultations effectuées à l'adolescence entrainant un suivi irrégulier.
- La nécessité d'une éducation relevant en priorité du système scolaire, donc d'acteurs non soignants.

4.2 Place de la consultation dédiée à la prévention

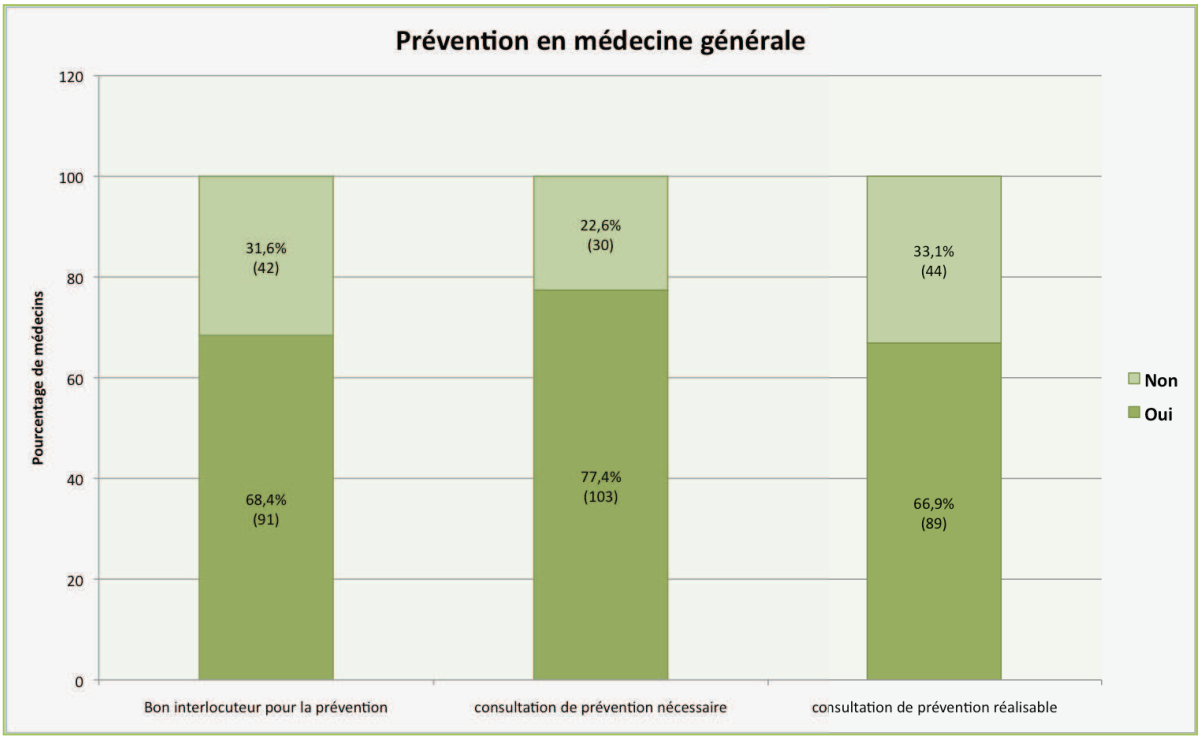
Dans la suite du questionnaire on s'intéressait à l'avis des médecins sur une consultation de prévention, 77%, soit 103 médecins pensent qu'une consultation est actuellement nécessaire et 67% soit 89 médecins pensent qu'elle est réalisable c'est à dire qu'elle pourrait être organisée, planifiée dans une consultation de médecine générale (Graphe 6).
Concernant la nécessité de cette consultation, l'âge, le sexe et le statut tabagique des médecins ne semblent pas avoir d'influence sur les résultats ; en effet l'analyse statistique retrouvait des valeurs pour p supérieure à 0,05, ce qui ne permettait pas de conclure à une influence des différentes caractéristiques des médecins sur ce choix.

Les réponses négatives étaient dans la plupart des cas accompagnées de commentaires des médecins expliquant les freins rencontrés pour la mise en place de cette consultation ou sa réalisation ; on retrouvait les mêmes freins que cités précédemment (ceux mentionnés dans le paragraphe 4.1 : scolaire, temps), auxquels s'ajoutaient :

- Les difficultés d'organisation, de cotation de cette consultation et de prise en charge.
- Le problème de la prévention systématique sans que la demande ne vienne du patient donc sans une réelle implication.
- L'aspect moralisateur : une consultation dédiée à la prévention leur donnait l'impression de devoir dicter les règles de bonnes conduites en matière de santé et de comportement à risques.

Par contre, en comparant les avis des médecins de 51 ans et plus et ceux de moins de 50 ans concernant la réalisation de la consultation de prévention, l'analyse des données révèle que les médecins de 51 ans et plus sont plus nombreux à penser qu'elle ne soit pas réalisable. La différence est significative pour $p=0,018$, soit 1,8% de risque que cela soit lié au hasard, ce

que nous acceptons pour conclure à une différence significative entre les deux catégories d'âge.



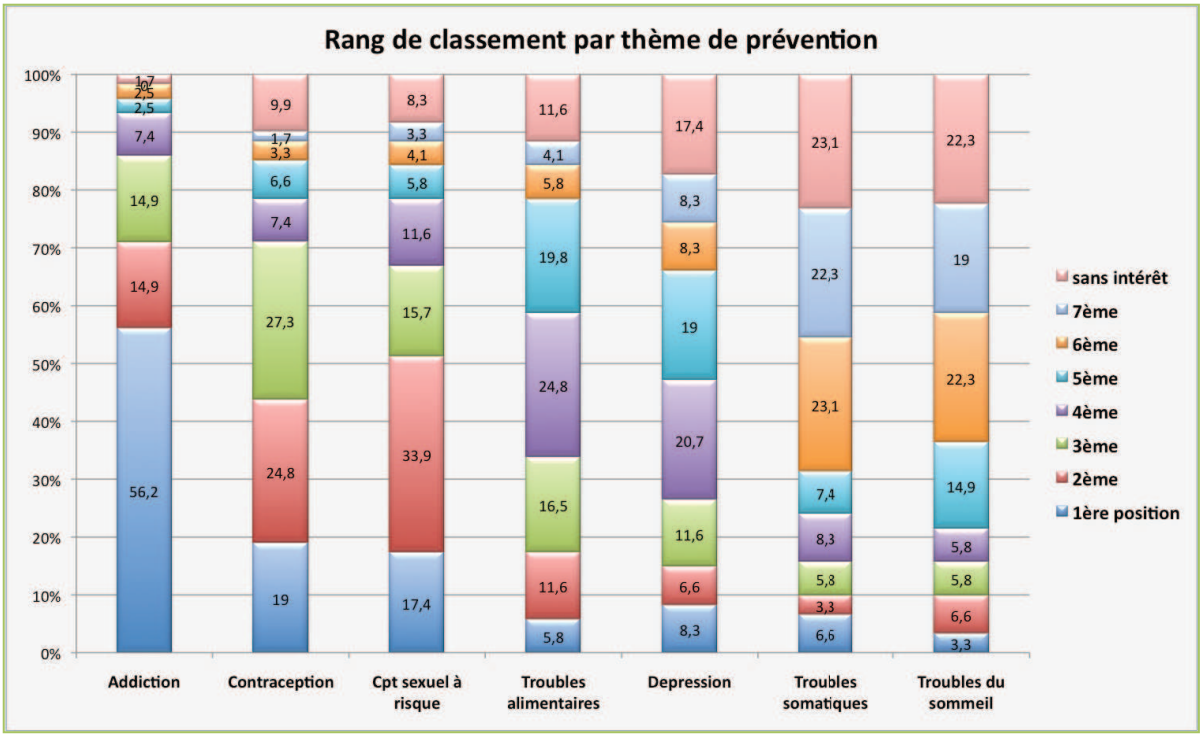
Graphe 6 : Place et intérêt du médecin généraliste pour une consultation de prévention chez le jeune.

4.3 Contenu de la consultation

Les médecins étaient amenés à classer les thèmes à aborder dans une consultation de prévention par ordre de priorité croissant, en utilisant une échelle allant de 1 à 7.
Les thèmes proposés dans le questionnaire étaient :

- addictions : tabac, cannabis et alcool,
- dépression et risque suicidaire,
- comportement sexuel à risque (dans le graphe pour un souci de lisibilité comportement a été abrégé *cpt*),
- contraception,
- troubles des conduites alimentaires, nutrition,
- troubles somatiques,
- sommeil.

On retranscrit ce classement de la première à la septième position, ainsi que la catégorie *sans intérêt*, pour chaque thème en fonction de la proportion des médecins à chaque place du classement dans le graphe 7.



	ADDICTION	CONTRACEPTION	CPT SEXUEL A RISQUE	TROUBLES ALIMENTAIRES	DEPRESSION	TROUBLES SOMATIQUES	TROUBLE DU SOMMEIL
1ère	56,2% (68)	19% (23)	17,4% (21)	5,8% (7)	8,3% (10)	6,6% (8)	3,3% (4)
2ème	14,9% (18)	24,8% (30)	33,9% (41)	11,6% (14)	6,6% (8)	3,3% (4)	6,6% (8)
3ème	14,9% (18)	27,3% (33)	15,7% (19)	16,5% (20)	11,6% (14)	5,8% (7)	5,8% (7)
4ème	7,4% (9)	7,4% (9)	11,6% (14)	24,8% (30)	20,7% (25)	8,3% (10)	5,8% (7)
5ème	2,5% (3)	6,6% (8)	5,8% (7)	19,8% (24)	19% (23)	7,4% (9)	14,9% (18)
6ème	2,5% (3)	3,3% (4)	4,1% (5)	5,8% (7)	8,3% (10)	23,1% (28)	22,3% (27)
7ème	0% 0	1,7% (2)	3,3% (4)	4,1% (5)	8,3% (10)	22,3% (27)	19% (23)
sans intérêt	1,7% (2)	9,9% (12)	8,3% (10)	11,6% (14)	17,4% (21)	23,1% (28)	22,3% (27)

Graphe 7 : Classement des thèmes de prévention d'une consultation de prévention et tableau de valeurs.

La lecture du graphe 7 met en évidence que les trois thèmes prioritaires, en matière de prévention, choisis par la majorité des médecins généralistes sont les addictions, la contraception et les comportements sexuels à risques. Les troubles alimentaires, la dépression et les troubles du sommeil sont choisis mais sans en faire des thèmes majeurs et centraux de la prévention. Certains médecins choisissant même de ne pas les aborder au cours d'une consultation de prévention.

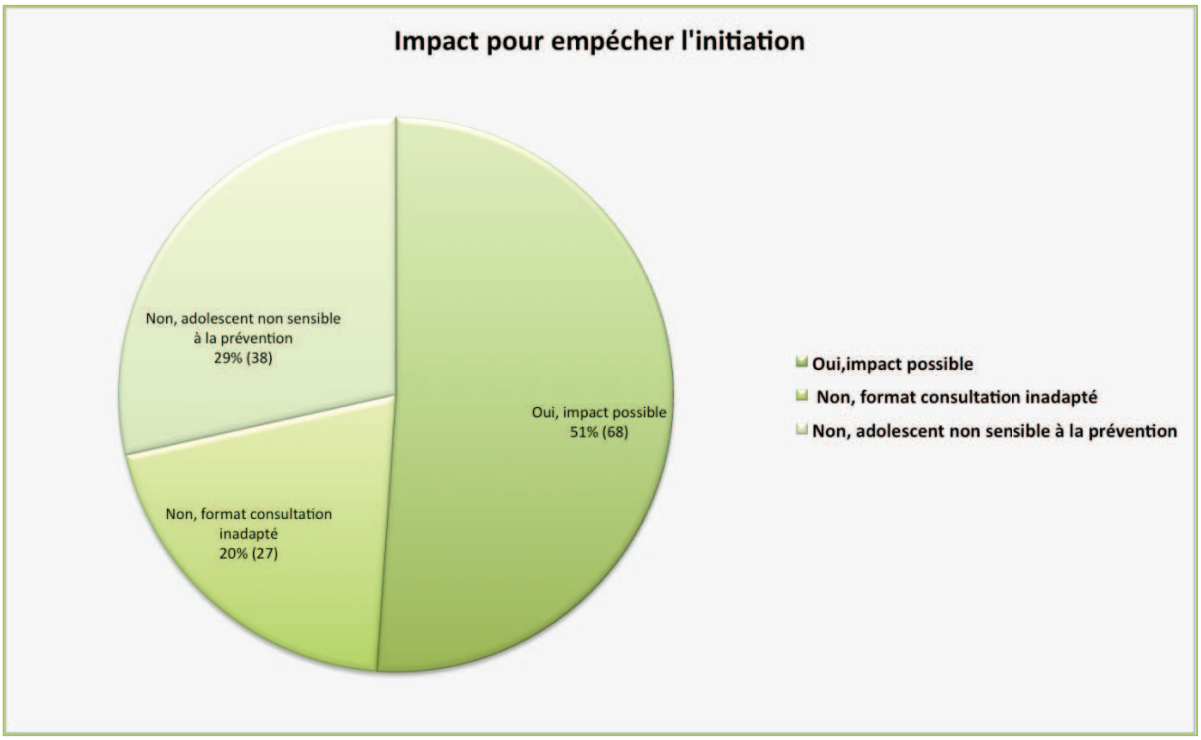
5 Prévention primaire en matière de tabagisme

5.1 Impact des médecins pour empêcher l'initiation au tabagisme chez le jeune

Les médecins ont été amenés à s'exprimer sur leur sentiment quant à l'impact qu'ils pensaient pouvoir avoir auprès des jeunes pour empêcher leur initiation au tabagisme.
Pour cette question étaient proposées quatre réponses :

- oui
- non, la consultation de médecine générale est inadaptée à la prévention
- non, la prévention primaire chez le jeune ne peut pas avoir d'impact
- non, car….

La dernière proposition permettant de répondre par la négative avec un commentaire. L'ensemble des commentaires de la quatrième réponse étaient inclus dans la troisième réponse, les médecins l'exprimant eux mêmes. On a donc regroupé ces deux items, les résultats sont résumés dans le graphe 8.



Graphe 8 : Sentiment d'efficacité des médecins en prévention primaire du tabagisme chez le jeune.

Il n'apparaît donc pas de franche majorité dans le ressenti des médecins sur l'efficacité de la prévention primaire en matière de tabagisme. Le sentiment d'inefficacité étant divisé de manière assez équilibrée entre le frein en lien avec les adolescents eux mêmes, c'est à dire la difficulté de l'impact d'un message de prévention chez le jeune, et le frein en lien avec la médecine générale, c'est à dire l'exercice de la médecine générale ne rendant pas l'impact de message de prévention efficace. La moitié des médecins généralistes de notre échantillon reste cependant assez confiante, en pensant pouvoir avoir un impact possible sur la prévention primaire du tabagisme.

Le sentiment d'efficacité est assez partagé dans notre échantillon, sans que les analyses des données n'aient mis en évidence de différence significative (pour un risque acceptable de p inférieur à 0,05) permettant de conclure que l'âge, le sexe du médecin et le statut tabagique influençaient sur le sentiment d'efficacité des médecins.

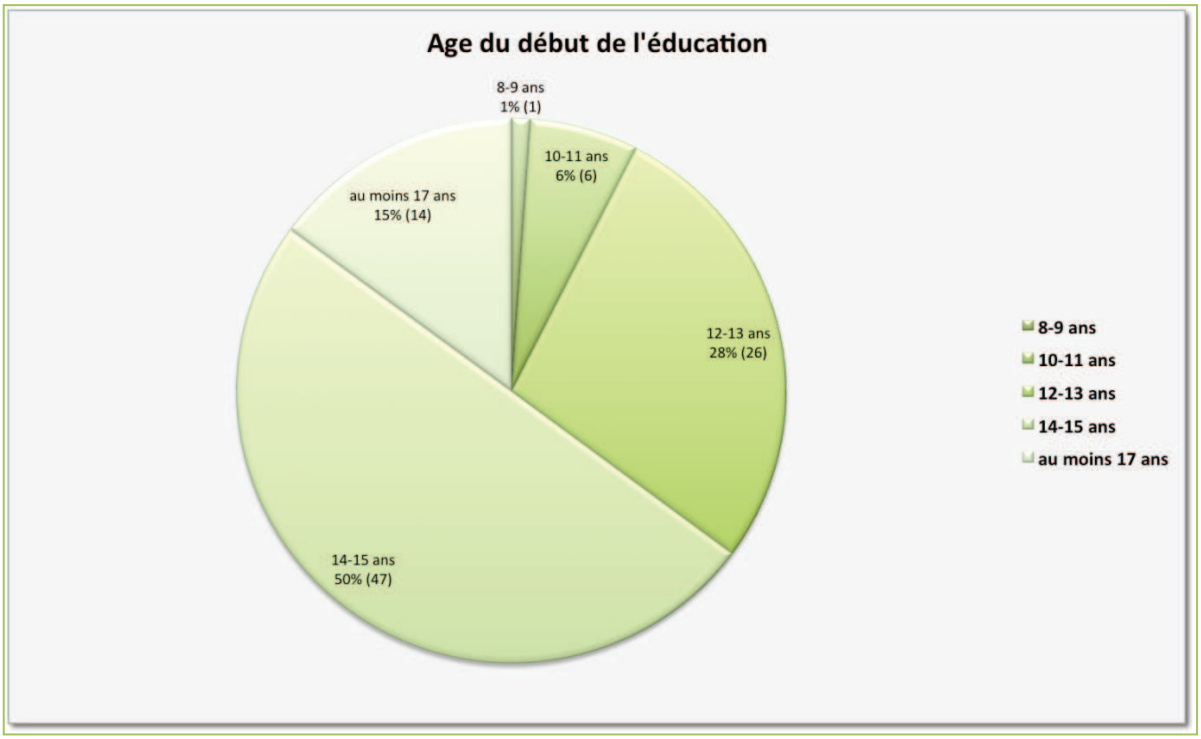
5.2 Education à la santé en matière de tabagisme

5.2.1 Réalisation de cette éducation

Dans l'étude 70%, soit 94 des médecins, disent pratiquer une information sur le tabagisme dans un principe d'éducation à la santé au cours de leur consultation avec le jeune.
L'analyse statistique des données n'a pas mis en évidence d'impact de l'âge, du sexe et du statut tabagique sur la réalisation de l'éducation à la santé par les médecins pour un risque acceptable ; l'analyse statistique retrouvait des valeurs de p supérieures à 0,05.

5.2.2 Age du début de l'éducation à la santé en consultation de médecine générale

On s'intéressait ensuite à l'âge à partir duquel les médecins débutaient l'éducation à la santé auprès de leur jeune patient. La plupart, 65 % soit 61 médecins, la réalisent à partir de 14 ans. Très peu la pratique avant l'âge de 12 ans, en effet seulement 7% soit 7 médecins le font pour cette catégorie d'âge.
L'ensemble des répartitions des âges en fonction des pourcentages des médecins est résumé dans le graphe 9.



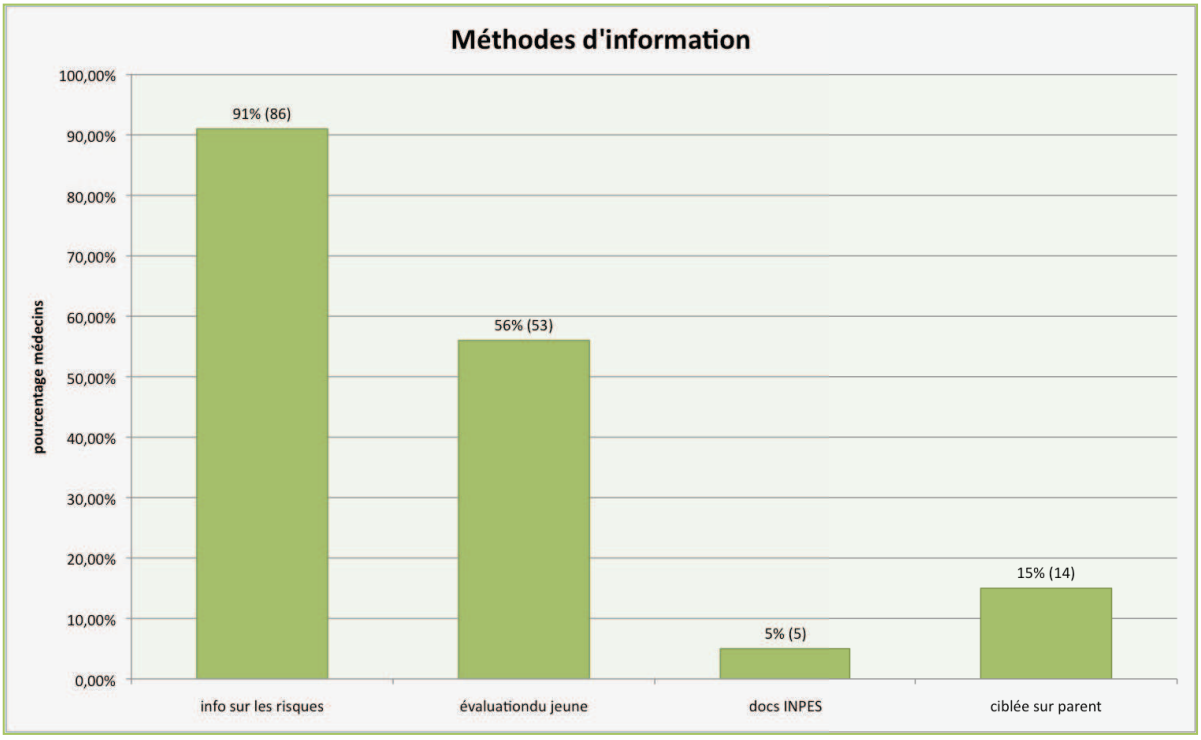
Graphe 9 : Age auquel les médecins généralistes débutent l'éducation à la santé en matière de tabagisme.

5.2.3 Méthodes et moyens de l'éducation à la santé

Les médecins réalisant une information sur le tabagisme auprès des jeunes, étaient interrogés sur les méthodes utilisées pour pratiquer cette éducation à la santé. Les réponses étaient à choix multiples.
On proposait aux médecins de choisir parmi plusieurs propositions concernant des méthodes possibles d'éducation à la santé :

- la réalisation d'une information sur les risques liés au tabagisme,
- l'évaluation des connaissances du jeune sur le tabagisme, ses risques, ses conséquences, ses représentations,
- la remise de documents de l'INPES en lien avec le tabagisme,
- une information ciblée sur les parents, par leur implication, leur prise de conscience des risques.

Les réponses sont résumées dans le graphe 10.



Graphe 10 : Pratiques d'éducation à la santé en matière de tabagisme en consultation de médecine générale.

Les tests statistiques ne retrouvaient pas d'influence de l'âge et du statut tabagique sur les moyens employés par les médecins pour la réalisation de l'éducation à la santé en matière de tabagisme.
On précise cependant que pour une valeur limite du seuil de signification, sur le questionnement du jeune, son évaluation : 27 hommes la réalisent soit 66% des médecins hommes et 54% de l'ensemble des médecins réalisant l'évaluation, (les femmes étant donc 46% à la réaliser).
En comparaison 27 femmes ne pratiquent pas cette évaluation soit 54% des médecins femmes et 66% de l'ensemble des médecins ne la pratiquant pas (les hommes étant donc 34% à ne pas la réaliser).

Donc l'analyse des données statistiques, en prenant le risque de 5,8% (p=0,058) de conclure à tort, révèle que les femmes seraient significativement plus nombreuses à ne pas utiliser cette méthode d'éducation par rapport aux hommes.

6 Prévention secondaire du tabagisme chez le jeune

Dans la suite du questionnaire on s'intéressait à la prévention secondaire du tabagisme actuellement réalisée en cabinet par les médecins généralistes.

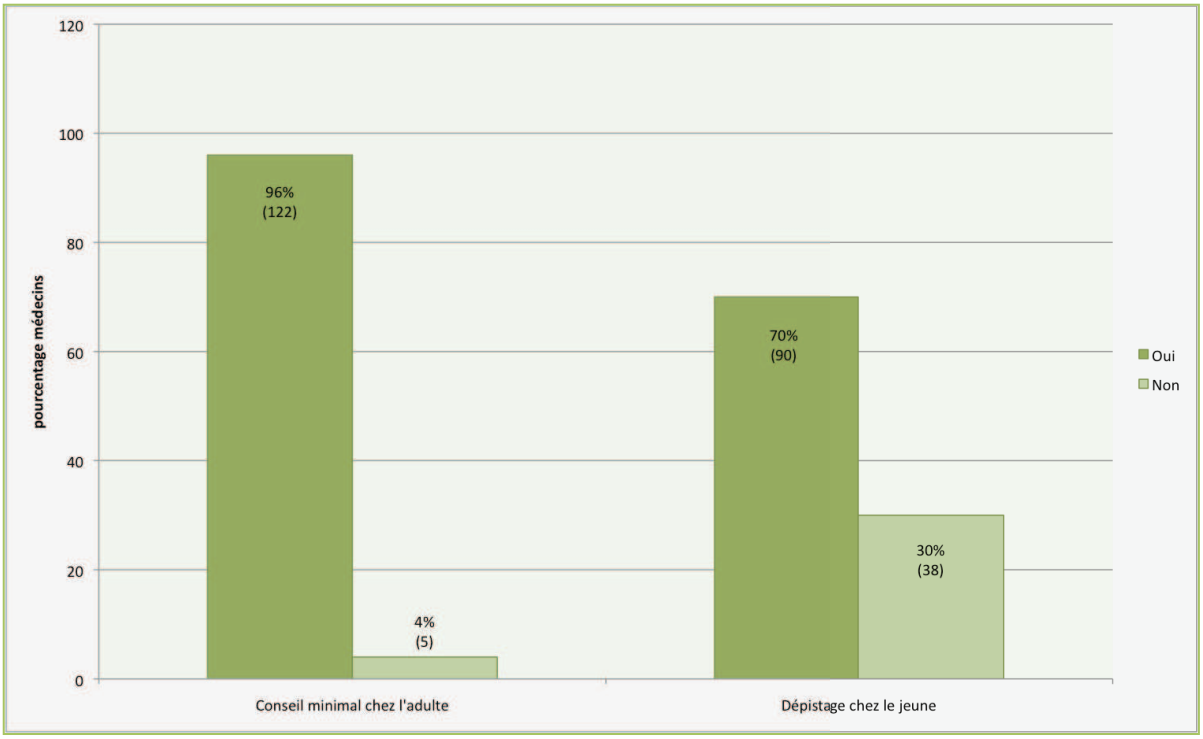
6.1 Conseil minimal chez l'adulte

Les médecins étaient tout d'abord interrogés sur leur pratique de prévention secondaire chez l'adulte par la réalisation du conseil minimal d'aide à l'arrêt. La plupart des médecins, 96% soit 122 des médecins semblent le réaliser en pratique courante (Graphe 11).
Dans notre étude, l'analyse des données statistiques n'a pas mis en évidence d'impact de l'âge, du sexe et du statut tabagique sur la réalisation du conseil minimal par les médecins généralistes, p étant supérieur à 0,05.

6.2 Dépistage du tabagisme chez le jeune

Puis les médecins étaient spécifiquement interrogés sur leur dépistage chez le jeune. Les médecins questionnant les jeunes sur leur tabagisme sont nombreux 70% d'entre eux soit 90 médecins (Graphe 11).
La plupart de ceux réalisant le dépistage, 78% soit 69 médecins, le pratique chez les plus de 14 ans contre 22% (soit 19) chez les 12-13 ans.

Comme pour le conseil minimal chez l'adulte il n'a pas été démontré d'impact de l'âge, du sexe et du statut tabagique des médecins sur le dépistage chez le jeune (dans les tests statistiques p était supérieur à 0,05 pour ces comparaisons, soit non significatif).



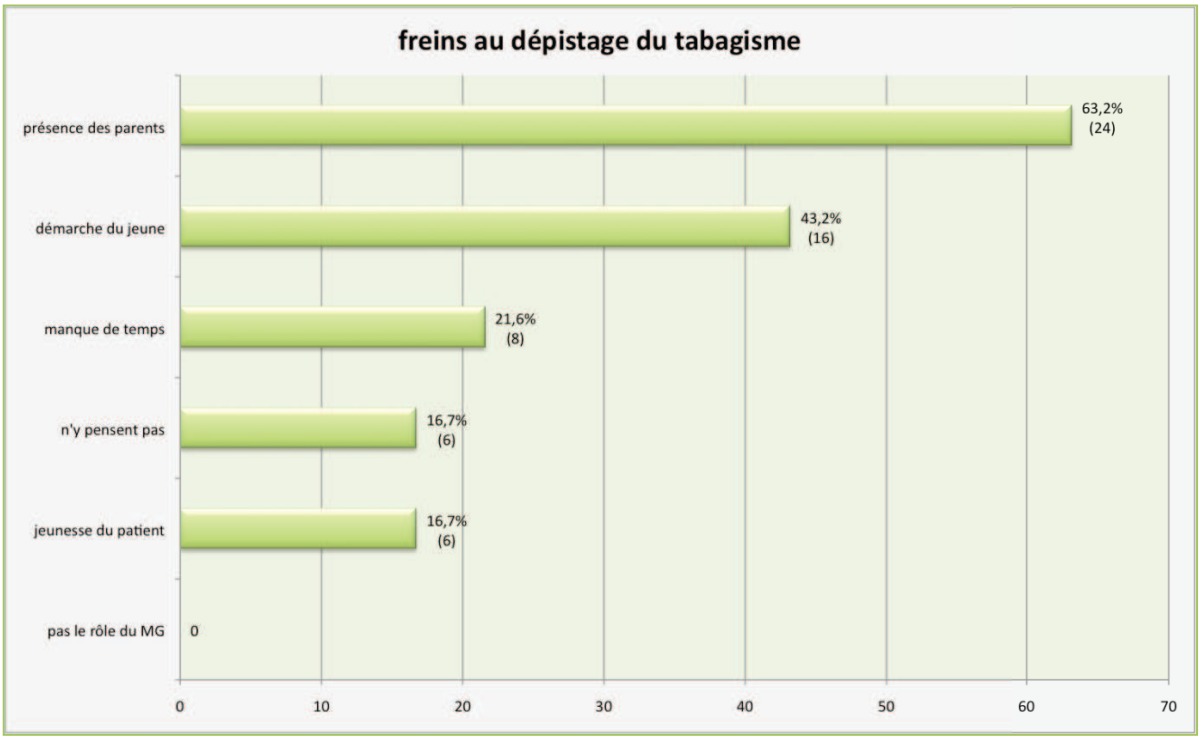
Graphe 11 : Conseil minimal chez l'adulte et dépistage chez le jeune en médecine générale

6.3 Freins au dépistage du tabagisme chez le jeune

Les 38 médecins ne réalisant pas ce dépistage du tabagisme du jeune soit 30% d'entre eux, étaient amenés à préciser les raisons expliquant ce choix. Les médecins pouvaient choisir parmi plusieurs réponses et leurs réponses pouvaient être à choix multiples.
Les freins proposés pour ce dépistage étaient :

- La présence des parents lors de la consultation,
- La démarche volontaire du jeune : par cela on entendait que évoquer le statut tabagique devait être une démarche du jeune, et non une sollicitation du médecin,
- Le manque de temps,
- La jeunesse du patient : par cela on entendait que l'âge du patient était jugé trop jeune au moment de la consultation pour évoquer le tabagisme.

Le dernier item de réponses correspondait à la réponse *« autre »* et les laissait libres d'un commentaire, tous les médecins ayant choisi cette catégorie ont exprimé le fait qu'ils ne pensaient pas à réaliser le dépistage du tabagisme au cours d'une consultation avec un jeune, nous avons donc inclus cet item supplémentaire en remplaçant *« autre »* par *« n'y pensent pas »*. On résume l'ensemble des résultats dans le graphe 12.



Graphe 12 : Freins ressentis par les médecins au dépistage du tabagisme du jeune en consultation de médecine générale (Commentaires sur les légendes du graphe : par démarche du jeune, on entend que la question du tabagisme du jeune doit être une démarche de leur part et non une question du médecin, par jeunesse du patient on entend que le médecin ne pose pas la question du statut tabagique du fait du jeune âge de son patient.)

L'analyse des données statistiques permet de faire plusieurs remarques sur un des freins ressentis concernant la « démarche du jeune » :

- en comparant les médecins de moins de 50 ans et ceux de 51 ans et plus nous obtenons une valeur de p=0,004 (soit un risque de conclure à tort de 0,4%),
- en comparant les hommes et les femmes nous obtenons une valeur de p=0,003 (soit un risque de conclure à tort de 0,3%),
- en comparant les non fumeurs avec les fumeurs et ex fumeurs et avec une valeur de p=0,044 (soit un risque de conclure à tort de 4,4%)

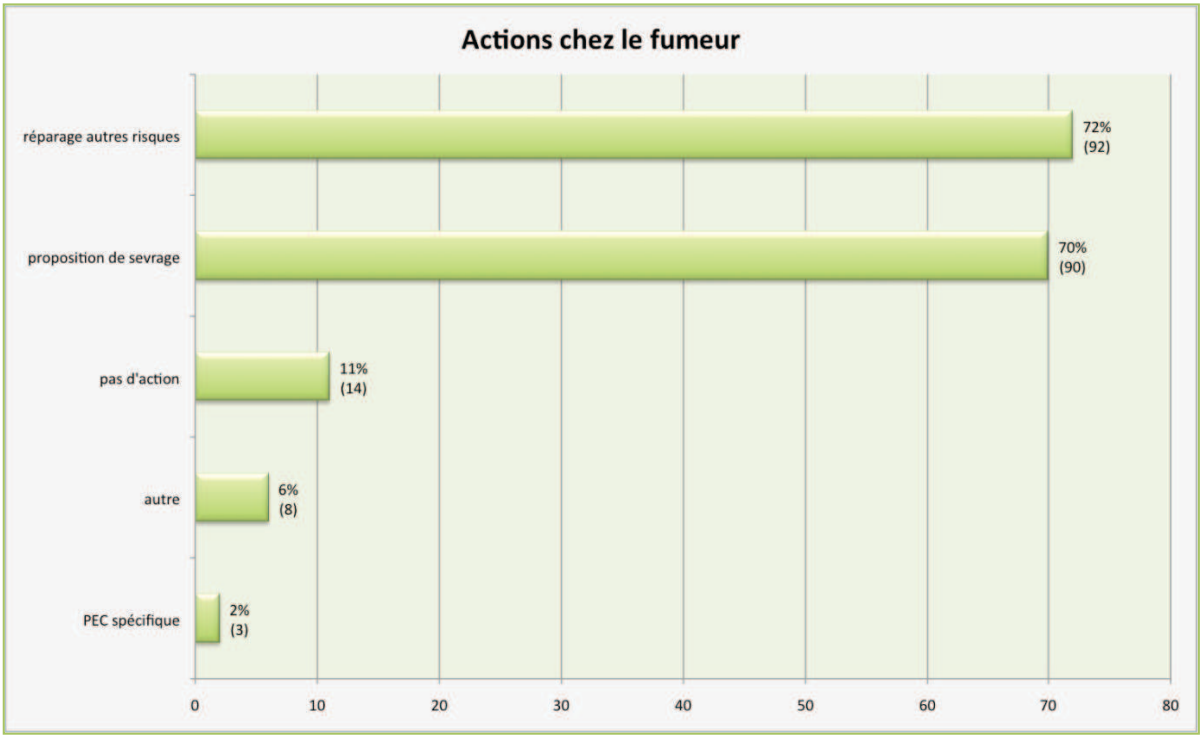
On peut conclure que les que les médecins de 51 ans et plus, les femmes et les fumeurs ou ex fumeurs justifiaient plus souvent leur non dépistage du statut tabagique chez le jeune par le fait que la demande devait venir des jeunes, par rapport au moins de 50 ans, aux hommes et aux non fumeurs.

6.4 Actions du médecin généraliste auprès des jeunes fumeurs et sentiment d'efficacité dans l'aide au sevrage

Dans la suite du questionnaire on s'intéressait à la démarche du médecin face à un jeune dont il dépistait le tabagisme. Les médecins avaient plusieurs propositions d'actions et pouvaient en choisir plusieurs pour répondre.
On proposait comme réponse :

- une prise en charge spécifique du jeune suite à ce dépistage, (pour un souci de lisibilité prise en charge a été abrégé *PEC* dans le graphe 13),
- un repérage d'autres conduites addictives, telles que la consommation de cannabis, d'alcool …
- une proposition de sevrage du tabagisme avec un choix entre un sevrage réalisé par le médecin lui même, ou un médecin tabacologue, les deux propositions pouvaient être choisies,
- aucune action spécifique suite à ce dépistage,
- autre :…

On résume dans le graphe 13 les résultats.



Graphe 13 : Emploi des moyens d'action en médecine générale chez le jeune fumeur
(Commentaires sur le graphe : par repérage autres risques on entend un dépistage d'autres conduites à risques addictives telles que le recours au cannabis, la consommation d'alcool).

Parmi les propositions des médecins ayant répondu *autre* on retrouve comme propositions une ouverture au dialogue pour la plupart, ou une « sévère réprimande ».

Parmi ceux réalisant une proposition de sevrage :

- 52% soit 66 médecins proposaient une prise en charge du sevrage par eux-mêmes seulement,
- 14% soit 18 médecins, proposaient une double prise en charge par eux-mêmes et par un tabacologue,
- 4% soit 6 médecins par un tabacologue seulement.

Il n'y a pas eu d'influence de l'âge, du sexe et du statut tabagique de démontré (dans les tests statistiques p était supérieur à 0,05 pour ces comparaisons, soit non significatif) sur le choix des méthodes d'action auprès du jeune fumeur.

Les médecins pouvaient choisir plusieurs réponses, 68 des médecins (53%) réalisaient une proposition de sevrage associée à un repérage des autres conduites à risque.

Dans cette étude, 76% soit 97 des médecins généralistes étaient assez confiants dans le fait de pouvoir aider un jeune à arrêter de fumer et 54% soit 69 médecins, pensaient avoir les outils nécessaires.
Certains spécifiaient avoir recours à l'acupuncture ou à l'hypnose ericksonnienne pour cette aide au sevrage.
Ceux ne pensant pas pouvoir aider un jeune fumeur à se sevrer exprimaient un manque de formation ou un manque de motivation des jeunes à vouloir arrêter et ils mettaient en avant les difficultés liées à la société par l'accès des jeunes au tabac et par la pression du groupe sur les jeunes.

Dans l'étude les tests statistiques n'ont pas mis en évidence, de manière significative, d'influence sur le sentiment d'efficacité sur l'aide apportée au jeune fumeur par le médecin généraliste, par l'âge, le sexe, et le statut tabagique du médecin (dans les tests statistiques p était supérieur à 0,05 pour ces comparaisons, soit non significatif).

6.5 Evaluation de la dépendance et outils d'aide au sevrage

Peu de médecins ont connaissance des tests d'évaluation de la dépendance spécifique au jeune. Dans notre étude on citait en exemple :

- le test de Honc : outil d'évaluation de la dépendance nicotinique dont l'objectif est de mettre en évidence la perte d'autonomie suite à l'absorption répétée de nicotine , outil développé directement auprès des jeunes,
- le FTND : Fagerström test for Nicotine Dependence : questionnaire d'évaluation de la présence et du degré de dépendance tabagique.
- les différentes aides possibles à la prise en charge du jeune telle que la Tababox mise à disposition par la Fédération Education Santé Rhône-Alpes, la Tababox est un outil de prévention du tabagisme destiné aux professionnels de l'éducation et du secteur médico-social proposant des conseils méthodologiques, des animations et des fiches d'information.

En effet 80,5% soit 103 d'entre eux déclarent ne pas en avoir connaissance.

DISCUSSION

1 Méthodologie de l'étude

1.1 Taux de participation

En comparaison pour le même sujet, une étude réalisée en 2005 avec des acteurs dans la prévention du tabac auprès des jeunes avait un taux de participation de 11%, dont 1,8% de professionnels de santé libéraux. Il s'agissait d'une étude réalisée à l'échelle de la région Rhône Alpes, par le CRAES-CRIPS (Collège Rhône Alpes d'Education sur la santé - Centre Régional d'Information et de Prévention sur le Sida) (20).
Dans une autre étude aux États-Unis en 2004 avec des médecins intervenant auprès des jeunes en matière d'évaluation de prévention du tabagisme un taux de 55% avait été obtenu (21).
Les médecins du bassin annécien ont donc montré un intérêt plus important pour le sujet que les acteurs intervenant auprès des jeunes en général, mais un intérêt comparable aux autres médecins intervenant auprès des jeunes.

1.2 Amélioration de la participation

Pour améliorer la participation des médecins, d'autres actions auraient pu être menées, telles que :

- Une enquête par mailing liste, qui présente une plus grande rapidité et permet une relance des non répondants plus facile, moins contraignante pour les médecins que l'appel téléphonique. Cependant il n'existe pas à ce jour de recensement des adresses électronique des médecins.
- Une relance par téléphone : celle-ci est toutefois difficile en raison de certaines réponses anonymes et chronophage pour les médecins.

De plus, les médecins généralistes sont régulièrement sollicités pour des études, notamment pour des travaux de thèses tels que celui-ci. Les médecins n'ayant pas rempli le questionnaire ont évoqué le manque de temps et pour certains d'entre eux le trop grand nombre de sollicitations. En extrapolant aux non répondants on peut imaginer les mêmes raisons, nous n'avons donc pas relancé les médecins non répondeurs.

Un délai d'un peu plus d'un mois était donné pour les réponses, un délai plus long n'aurait probablement pas permis d'obtenir plus de réponses, en effet la plupart des réponses ont été obtenues dans les quinze premiers jours de l'étude. Il n'y a plus eu de retour de questionnaires à partir du 25 mai 2010 soit 34 jours après la date d'envoi. Le choix du délai d'un mois semble donc avoir été adéquat pour cette étude.

1.3 Population étudiée

1.3.1 Age des médecins, vieillissement de la population

Dans notre population l'âge moyen des médecins généralistes est de 49,9 ans contre une moyenne nationale de 52 ans selon le Conseil de l'Ordre des Médecins en 2009 et de 51 ans à l'échelle régionale et départementale (22). Dans le baromètre santé des médecins, l'âge moyen des médecins en France en 2003 était de 47,9 ans (23). Notre échantillon se révèle donc être dans la moyenne nationale.
Par contre on observe une inversion de tendance, dans notre échantillon les femmes sont en moyenne plus âgées et les hommes plus jeunes par rapport aux chiffres nationaux : 47 ans pour les femmes contre 53 ans dans notre étude et 53 ans pour les hommes contre 45,7 ans chez les hommes de notre étude (22).

1.3.2 Féminisation

Quant à la féminisation de la profession, notre échantillon de médecin est assez parlant puisque les femmes représentent 57% de la population étudiée.
Cette donnée diffère du niveau national et départemental : en 2009, selon l'ordre des médecins, 29 % des médecins généralistes en activité en France métropolitaine sont des femmes et 31% au niveau du département de Haute Savoie (22).
Dans le baromètre santé des médecins 2003 (23), les femmes représentaient 22% de l'échantillon enquêté, elles étaient d'ailleurs en moyenne plus jeunes que les hommes.

Notre population de médecin est donc plus féminisée et plus âgée que ne l'indique la démographie nationale. On peut supposer que la catégorie des médecins n'ayant pas répondu au questionnaire se situe plus majoritairement chez les hommes de plus de 50 ans.

1.3.3 Tabagisme des médecins

Notre échantillon est majoritairement non fumeur. Par rapport à la population nationale française seul 11% sont fumeurs, contre 30% des français en général (17). Rapportée à la population des médecins généralistes, selon le baromètre santé des médecins 2003, la proportion des fumeurs était alors de 28,8% (23).
Il apparaît donc que les médecins fumeurs sont nettement sous représentés dans notre étude.

Parmi la population médicale consultée, nous avons observé une proportion de femmes fumeuses significativement plus importante ($p<0,05$): 15% des femmes fument contre 5,4% des hommes. A l'inverse dans le Baromètre santé des médecins 2003 (23), les hommes étaient plus nombreux à fumer (30,8% des hommes contre 21,2% des femmes).

1.3.4 Caractéristiques de notre échantillon par rapport à l'échelle nationale et répercussion sur l'étude

On note donc que par rapport à l'échelle nationale, les médecins généralistes du bassin annécien ayant répondu à notre étude sont plutôt dans la moyenne d'âge, mais la part des femmes et des non fumeurs y est plus importante. Les femmes étant plutôt plus âgées ce qui est assez original au vu des chiffres nationaux et départementaux.
Notre étude comporte ainsi un biais de sélection car l'échantillon n'est pas représentatif de la population médicale française en référence aux données du Conseil National de l'Ordre des Médecins et du Baromètre santé des médecins de l'INPES.

L'étude étant basée sur le volontariat, on peut penser que cet échantillon est représentatif des médecins les plus sensibles à la prévention du tabagisme chez le jeune, l'interprétation des réponses doit prendre en compte cette constatation.

2 Consultation de prévention en médecine générale

2.1 Intérêt des médecins généralistes pour la prévention chez le jeune

Avant de connaître leur intérêt pour une consultation nous nous sommes intéressées à l'impact que le médecin pensait pouvoir avoir auprès des jeunes.
Le médecin généraliste est l'interlocuteur de première ligne en matière de santé. Ce sentiment est partagé par la majorité des médecins interrogés, qui se positionnent donc parmi les acteurs de la prévention du jeune. Ils s'estiment en outre confiants dans leur capacité à mener la prévention auprès des jeunes. Chez l'enfant il existe vingt consultations préconisées entre la naissance et l'âge de six ans. Ensuite les jeunes consultent principalement pour des affections aigues et des certificats de sport ou des vaccinations. Ces quelques consultations de soins primaires au cours de la primo adolescence et de l'adolescence offrent donc aux médecins la possibilité de réaliser de la prévention. Pour le jeune, le médecin est un expert médical qui joue le rôle de modèle en matière de comportement de santé, les messages de santé peuvent influencer son comportement. Bien que les occasions soient restreintes, le médecin a donc ce rôle à jouer. En effet le médecin généraliste par sa place stratégique de médecin de famille peut intervenir à tous les âges et est en relation avec le jeune et sa famille (24). Le médecin peut donc être un bon interlocuteur et avoir de l'impact auprès des jeunes, ce sentiment est partagé par les médecins ayant répondu à notre questionnaire.

Dans cette étude la majorité des médecins (77%) mentionnait son intérêt pour une consultation de prévention. Les résultats de notre étude se révèlent être en adéquation avec nos propos précédents : la population étudiée montre un réel intérêt pour la prévention auprès du jeune et se trouve à sa place comme interlocuteur auprès des jeunes.
En se positionnant ainsi, ils révèlent une carence dans l'organisation actuelle des soins. Comme nous l'avons vu, durant l'enfance il existe des examens systématiques puis un manque pour l'adolescence, période charnière et fragile. De toute évidence même un médecin motivé par la prévention ne peut intervenir auprès de tous les jeunes de sa patientèle, car ceux-ci fréquentent irrégulièrement le cabinet médical. C'est ainsi que l'HCSP a défini

comme nécessaire un examen de santé systématique centré sur la prévention auprès des jeunes adolescents.
C'est ce qui semble ressortir de cette étude, les médecins pensent qu'un temps de prévention spécifique avec le jeune est nécessaire car le recours au médecin est assez irrégulier au cours de l'adolescence et cette consultation permettrait d'amorcer le dialogue sur la prévention. Cette consultation permettrait par ailleurs au jeune de prendre conscience que son médecin peut être un interlocuteur quant à ses préoccupations, son mode de vie et non uniquement un recours lors des pathologies somatiques aigues et du suivi courant (certificats, vaccinations, …)
L'objectif de cet entretien de santé serait d'offrir aux adolescents un lieu d'échange singulier et personnalisé, avec un médecin, sur la prévention et la connaissance des problèmes de santé. Il permettrait aussi de dépister les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'entraver le développement de l'adolescent ou l'installation d'une pathologie, avérée ou handicapante, à l'âge adulte (12).

2.2 Thèmes de la prévention et contenu de la consultation

L'HAS recommande pour le dépistage du jeune, sur le plan somatique, de rechercher des anomalies du développement pubertaire, dépister des scolioses, mesurer l'indice de masse corporelle (IMC) pour l'obésité, rechercher une maladie asthmatique, rhinite allergique, trouble de la vision et de l'audition.
Sur le plan comportemental, les recommandations concernent la recherche de risques liés à la sexualité, de troubles anxieux, de dépression, de conduites suicidaires, de consommation de produits addictifs, de troubles du comportement alimentaire (25).
En tenant compte de ces lignes directrices, à chaque situation et à chaque adolescent la prévention doit être adaptée, il apparaît important de pouvoir dépister les situations à risques et les terrains fragiles. Ainsi tous ces champs doivent être abordés et ceux spécifiques à l'adolescent développés en consultation.

Dans cette étude, nous avons pris en considération l'intérêt que portaient les médecins généralistes pour ces différents thèmes de prévention autour desquels ils organiseraient cette consultation du jeune. Nous avons donc demandé aux médecins de classer par ordre de priorité les thèmes à aborder au cours d'une consultation de prévention. Trois thèmes étaient souvent placés dans les trois premiers rangs de prévention: les addictions, les comportements sexuels à risque, la contraception.

Sur les comportements sexuels à risques, en France selon le baromètre santé 2005, l'âge du premier rapport se situe vers 17,6 ans, dans plus de 85% des cas les jeunes utilisent le préservatif, 80% des 15-19 ans ont une contraception. Les dernières campagnes de prévention ont eu un impact positif sur les jeunes, et les médecins en sont des acteurs investis. Il n'en demeure pas moins qu'en 2000, 5,5% des 15-19 ans ont eu recours à une IVG, et 15% ont réalisé un test de dépistage du HIV (suite à un comportement sexuel à risque) (17). Il faut aussi noter que 19,2% des personnes ayant une infection sexuellement transmissible (IST) à *Chlamydiae Trachomatis* ont moins de 19 ans (25-26). La prévention doit donc être accrue dans ce domaine.
Nos résultats sont similaires à ceux du baromètre santé des médecins – pharmaciens (23) qui considéraient pour 76% d'entre eux que la prévention des IST faisait partie de leur fonction.

Par contre, nous avons été étonnées du manque d'intérêt pour la dépression et les troubles du sommeil chez certains médecins, plusieurs considérant ces sujets comme sans intérêt et ne prévoyant pas de les aborder au cours d'une consultation de prévention.
Selon le baromètre santé 2005, 8,5% des jeunes ont eu des idées suicidaires au cours des douze mois précédant leur sondage et 1,3% sont passés à l'acte. L'adolescence représente une forte période de risque du passage à l'acte suicidaire, car elle s'accompagne d'un mal-être et de majoration des idées suicidaires, ceci pouvant être un marqueur d'autres conduites à risques. Les troubles du sommeil peuvent être un moyen de détecter un syndrome dépressif sous jacent, une mauvaise hygiène de vie (jeux vidéo, internet, télévision la nuit, …)
Le dépistage d'une dépression pathologique et d'idées suicidaires doit faire partie des thèmes abordés au cours d'une consultation de prévention par le médecin généraliste (25). Il existe d'ailleurs des questionnaires validés pour aider le généraliste dans ce dépistage (ADRS : Adolescent Depression Rating Scale (25) auto questionnaire de 10 items permettant de dépister des souffrances psychiques ou état dépressif en fonction du score obtenu).
Nous n'avons pas abordé dans cette étude le problème des addictions sans produits telles que les addictions aux jeux, l'addiction à internet. Ce type de dépendance peut révéler une dépression sous jacente. Certains jeunes joueurs de jeux vidéo peuvent parfois présenter une perte de contrôle dans leur pratique du jeu, entrainant des conséquences négatives comme des répercussions sur le travail scolaire, sur les relations sociales, le sommeil. On parle alors de jeu pathologique. Ce sont plus souvent les parents qui peuvent dépister ce type de problème. L'appel à un usage modéré de l'outil informatique (jeux vidéos, internet) avec une gestion du temps adaptée à l'âge, ainsi que la valorisation d'autres activités de loisirs avec des rencontres et des relations «réelles», font partie des mesures préventives importantes.

Le problème du dépistage des troubles alimentaires est un sujet que les médecins aborderaient pour cette consultation sans en faire un thème prioritaire.
Les habitudes alimentaires des jeunes français sont à améliorer selon l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children réalisée par l'OMS (HBSC) (14): un jeune sur trois saute un repas par jour, moins de 20% consomme des fruits et légumes tous les jours. Quant à l'image de soi, 37% des jeunes filles font déjà un régime à 11 ans. Alors que l'on estime seulement à 0,1% la prévalence de l'anorexie et à 1,1% celle de la boulimie chez les adolescentes de 11 à 20 ans (25).
Il est donc important de questionner le jeune sur son rythme et ses habitudes alimentaires, de surveiller la courbe de poids et l'IMC.

Les troubles somatiques se situent plutôt en dernière position pour les médecins généralistes, on peut sans doute expliquer cela par le fait que l'examen somatique systématique est régulièrement fait par les médecins notamment pour les certificats de sport. Ce thème n'est donc pas prioritaire à leurs yeux du fait d'une réalisation déjà courante, contrairement aux thèmes précédemment cités sur les comportements des jeunes.

La majorité des médecins plaçaient le thème de l'addiction en première position et pour 86% d'entre eux dans les trois thèmes principaux. Il existe certainement un biais entrainé par le sujet même de l'étude, mais les médecins apparaissent déjà sensibilisés à ce dépistage et à l'instauration d'un dialogue sur ce thème avec le jeune. Comme il a été évoqué en introduction de ce document, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés, sa prévention doit donc être une action primordiale évidente.
Mais comme nous l'avons vu avec les résultats de l'étude, notre échantillon est déjà sans doute plus particulièrement sensibilisé à la prévention du tabagisme.
Le terme général d'*addictions* avait été spécifiquement choisi dans le questionnaire car cette étude est particulièrement centrée sur le tabagisme, mais il n'en demeure pas moins que

l'alcool doit être évoqué, et que la consommation du cannabis se banalisant de plus en plus chez le jeune, la prévention des addictions passe par le dépistage et la sensibilisation des jeune aux risques liés à une consommation de cannabis, en plus du tabac et de l'alcool.

2.3 Forme de cette prévention

Avant d'aborder la forme de cette consultation on remarque que dans notre étude certains médecins ne pensaient pas cette consultation de prévention réalisable bien qu'elle soit nécessaire, on recensait une perte de 10% des médecins entre les deux items « nécessaire et réalisable ». Certains médecins s'interrogeaient dans les commentaires recueillis sur les modalités de mise en œuvre d'une telle consultation, en matière d'organisation pour que les jeunes y aient accès, de cotation de l'acte et 20% des médecins pensaient que le format actuel de la consultation de médecine générale était inadapté. On remarque que ce sont les médecins plus âgés qui semblaient plus dubitatifs quant à la possibilité d'une mise en place d'une telle consultation, certainement par expériences antérieures de l'absence d'aboutissement de projets semblables.
Ces médecins exprimaient aussi certainement qu'il est difficile d'inclure des consultations à thèmes dans un suivi courant, en effet dans cette étude on cherchait à évaluer l'intérêt des médecins pour cette consultation de prévention, toutefois la prévention doit être présente dans toute consultation de médecine générale. Chaque consultation doit pouvoir engendrer une discussion et de la prévention cependant une consultation dédiée paraît intéressante en parallèle, comme on le verra avec quelques exemples.

On relate ici les modalités retenues pour l'expérimentation de l'entretien santé pour les filles de 12 ans et les garçons de 13 ans dans trois départements (Aisne, Gironde, Yvelines) au cours de l'année scolaire 2006-2007.
La forme testée pour l'entretien de santé expérimenté consistait à l'envoi d'invitations aux familles par l'assurance maladie, pour une consultation entièrement prise en charge, sans avance de frais, avec une rémunération pour les médecins de 2,5C. Cette consultation s'insérait dans la pratique habituelle du médecin libéral. Les adolescents et leurs parents avaient auparavant été sensibilisés par les services de l'Education Nationale au début de l'année scolaire.
Cette expérimentation n'a pas connu un franc succès, le taux de participation était de 8,7%, mais le taux de participation s'est accéléré sur la fin de la période d'expérimentation ; les raisons pour lesquelles les familles n'ont pas donné suite ne sont pas connues. La pérennisation d'une telle mesure pourrait aider au passage dans les habitudes, le statut expérimental ayant pu être un frein. Pour 80 % des enfants passant l'entretien la consultation était secondaire à l'invitation, il n'y avait pas de demande ou motivation spécifique de leur part.
La durée moyenne de la consultation était de 28 minutes, les thèmes et le contenu de la consultation étaient laissés au libre choix du médecin. Les thèmes abordés concernaient les habitudes de vie, le développement de la personnalité, l'évolution de la courbe de poids, la prévention des conduites à risques, les capacités à formuler un projet, les antécédents généraux, ces thèmes n'avaient pas été dans la majorité des cas abordés par le médecin lors de précédentes consultations (12).

Au total, un projet d'examen obligatoire à but préventif est prévu chez le jeune de 12-13 ans, les modalités d'application n'en ont pas encore été définies à ce jour, la nécessité n'en

demeure pas moindre. Il appartient à chacun en attendant, de s'interroger sur cette pratique et de rechercher systématiquement au cours des consultations pour quelques motifs que ce soit les situations à risques au plan somatique, psychique ou comportemental. Le patient attend de nous une prise en charge globale. L'ouverture peut être faite en interrogeant le jeune après la prise en charge de son motif de consultation initiale par une interrogation telle que : « et sinon à part ça ? » (27). Dépistage et prévention doivent faire partie des consultations courantes de médecine générale.

2.4 Freins à la prévention

Dans cette étude on objective certains freins, évoqués par les médecins dans leurs commentaires, à cette prévention en médecine générale, par le format de la consultation, le problème propre à l'adolescent.
On réalise donc ce paragraphe à partir des commentaires aux réponses négatives fait par les médecins quant à leur ressenti, en apportant quelques éléments de réponses quand cela est possible.

2.4.1 L'assimilation médecin/parents

Les médecins interrogés soulevaient des craintes quant à l'assimilation du médecin aux parents : pour un jeune adolescent le médecin serait trop proche de l'âge de ses parents et trop assimilé au modèle parental. Et par là ils pensaient que cette référence au modèle parental, suggérant un aspect moralisateur, ne pouvait pas avoir d'impact sur un jeune notamment au moment de l'adolescence.

Le médecin doit adopter une attitude ouverte et neutre, et être attentif à ses propres représentations de l'adolescence. Le recevoir seul et s'adresser directement à lui valorise l'adolescent et le sort de son statut d'enfant. Le médecin et les parents ont un rôle bien distinct, qu'il faut peut être parfois rappeler au jeune si l'on en ressent le besoin. Le médecin construit son dialogue avec l'adolescent autour de propos scientifiques et non moralisateurs. L'instauration d'une relation de confiance avec le jeune est possible quel que soit l'âge du médecin, l'efficacité de la prévention dépendant plus de cette relation et de la personnalité des deux protagonistes que de l'âge.

2.4.2 Le manque de temps

Il est vrai que les consultations de médecine générale sont chargées (en moyenne 24 actes médicaux par jour ± 8 (23)), que d'ajouter une temps de prévention alors que le jeune consulte pour un autre motif allongerait la durée de consultation. On suggère donc de proposer au jeune de le revoir pour développer le problème soulevé, mais pour cela il faut prendre le temps d'interroger le patient pour dépister les problèmes susceptibles d'être suivis par le médecin. Par exemple au cours de l'examen somatique pour les certificats de sport on peut aborder plusieurs sujets en rapport avec notre examen.
L'instauration d'une consultation dédiée permettrait de prendre le temps de dépister les problèmes propres au jeune, ce qui faciliterait par la suite la démarche.

Le manque de temps demeure cependant un réel obstacle, il était aussi évoqué dans les freins à une démarche de prévention dans le baromètre santé médecin 2003 (23). Les effets du numerus clausus et le problème de la désertification médicale de certains départements n'aideront pas à le franchir.

Le manque de temps est aussi le corollaire du problème de la rémunération.
On verra plus loin que certains pays européens proposent des rémunérations spécifiques pour la prévention. Dans les projets de consultation (12) une cotation de l'acte est prévue.
Très certainement, la question du financement participe au retard de mise en place de cette consultation.

2.4.3 Le manque de formation sur la prise en charge de l'adolescent

La prise en charge de l'adolescent fait appel à certaines spécificités auxquelles le praticien doit être effectivement sensibilisé.
Mais au delà de la formation théorique, le médecin généraliste soigne des adolescents qu'il connaît depuis l'enfance la plupart du temps, cette relation crée un climat propice entre l'adolescent et le soignant. Par ailleurs l'utilisation de supports adaptés aux jeunes peut en partie pallier au manque de formation et par la même occasion au manque de temps. Différents organismes tel que l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) développent des supports d'aide aux médecins, spécifiques à la prise en charge de l'adolescent, ils peuvent donc orienter le médecin, apporter une information au jeune, qui peut être invité à revenir consulter pour refaire le point sur ce qui l'interpelle. Le plan national d'éducation à la santé a prévu l'intégration de modules spécifiques au cours des études médicales (28). La formation médicale continue peut compléter les besoins de formation ressentis par le médecin. Ils existent de nombreux outils disponibles en ligne pour les médecins pour compléter ou se sensibiliser à la prise en charge du jeune (sur le site de l'INPES, CISMeF catalogue et index des sites médicaux de langue française, …).

2.4.4 Le problème de l'impact des messages de prévention chez le jeune

Lorsque les médecins pensaient ne pas avoir d'impact pour la prévention du jeune ils mentionnaient alors souvent que la prévention chez l'adolescent était difficile.
Par définition l'adolescent pour construire son identité s'oppose aux suggestions des adultes, expérimente ses limites, se confronte à la norme, et croit en sa propre immortalité (29). Les messages de prévention passent donc par un dialogue avec l'adolescent, nous développerons cela avec l'éducation à la santé. L'adolescence et ses spécificités ne sont pas une excuse à l'absence de prévention. Responsabiliser le jeune par son implication dans une démarche d'éducation à la santé, tend à répondre à ses attentes d'être considéré comme un adulte et aura un impact chez certains. Mais effectivement tous n'y seront pas sensibles.

Les réticences du patient au sujet de la prévention étaient un point également soulevé par le baromètre santé des médecins 2003 (23), les craintes quant à l'impact de la prévention existent aussi pour la prévention chez l'adulte. C'est donc également la prévention, comme démarche ressentie intrusive de la part du médecin, qui pose problème à ce dernier. Mais d'une part les études citées dans le baromètre santé des médecins (23) et les résultats des états généraux de la santé (8), montrent que cela ne correspond pas à la réalité : les patients sont en attente d'une démarche active pour leur santé et notamment en matière de prévention de la

part de leur médecin. Et d'autre part les bases de la prévention actuelle s'appuient sur une prévention scientifique et empathique et non sur des appels à la peur et à la morale.

2.4.5 La présence d'un tiers et le secret médical

A l'adolescence le médecin doit effectivement être vigilant et placer le jeune au centre des consultations, le considérer comme un adulte. Si l'adolescent est accompagné d'un parent, mentionner qu'il est préférable de discuter seul avec l'adolescent à un moment donné de la consultation s'avère indispensable. Le parent reviendra dans un second temps. Il est important de rappeler la confidentialité du dossier médical et de clarifier ce point avec le parent ; par contre s'il s'avérait qu'il existe un danger immédiat, le secret serait levé (29).

2.4.6 Problème de la place de la prévention du jeune en médecine générale

Certains mentionnaient que ce rôle de prévention du jeune était plutôt dévolu aux éducateurs et au milieu scolaire dans un travail commun de réflexion notamment. En effet chez le jeune le travail de groupe apparaît comme important, la prévention à la santé passe aussi par le milieu scolaire et éducatif. L'école n'a cependant pas à assumer seule ce rôle et ne peut pas assurer seule tous les champs de la prévention. La prévention peut être faite en groupe mais un rapport individuel apparaît aussi intéressant et primordial notamment par la continuité qu'il apporte au fil de l'évolution du jeune. Médecins généralistes et milieux éducatifs sont complémentaires dans la prévention du jeune.
Comme nous l'avons mentionné précédemment, la prévention et l'éducation à la santé font partie du rôle propre du médecin traitant (9).
On reviendra sur les différents modes de prévention chez le jeune au cours de la discussion.

Donc oui la prévention est difficile à appliquer car les patients consultent souvent pour des plaintes spécifiques et le manque de moyen et de temps laisse peu de place à l'application des recommandations de prévention.
Oui la prise en charge de l'adolescent est assez spécifique et l'impact des messages de prévention difficile à évaluer. Cela peut parfois être décourageant.
Mais il existe différents moyens pour les sensibiliser aux messages de prévention.
Au travers de l'exemple de l'éducation à la santé en matière de tabagisme, chacun pourra trouver quelques pistes pour les différents champs de la prévention.

3 Prévention du tabagisme

3.1 Bref rappel sur le tabagisme du jeune, les différents modes de consommation et polyconsommation

On réalise ici un bref chapitre sur les motivations au tabagisme chez le jeune ainsi que les différents modes de consommation du tabac.

3.1.1 Pourquoi les jeunes fument-ils?

Avant tout pour mieux prévenir, il faut comprendre. Le jeune a besoin d'expérimenter. Les influences au tabagisme du jeune sont multiples : les facteurs sociodémographiques (âge, sexe, composition de la famille, statut socioéconomique), l'environnement social (parents, amis, enseignants fumeurs), les facteurs psychosociaux (dépression, stress, impulsivité, recherche de la nouveauté, estime de soi, rendement scolaire, poids), les avantages perçus du tabagisme (surveillance du poids, être cool) ainsi que l'accès aux cigarettes et leur usage (interdiction de fumer à l'école, transgresser les règles en achetant des cigarettes).
Des facteurs liés aux gènes pourraient jouer un rôle dans la détermination ou dans la modulation du tabagisme et des trajectoires de dépendance à la nicotine (31).
Ainsi la connaissance de ces facteurs permet d'agir en prévention primaire (information, aide à trouver les stratégies pour dire non) et en prévention secondaire en anticipant leurs craintes liées à l'arrêt (notamment pour le poids chez la fille).

3.1.2 Les différentes formes de tabac fumé

- Cigarette : forme la plus répandue.
- Tabac à rouler : moins cher que la cigarette, plus nocif par sa teneur en goudron et nicotine, en progression dans les ventes de tabac.
- Cigare ou pipe : peu utilisés par le jeune, favorisent plus les cancers ORL.
- Le narguilé ou chicha : pipe à eau, toxicité équivalente par la longue durée d'exposition au tabac (45min équivalent à 10 cigarettes), très à la mode chez les jeunes.
- Bidies : cigarettes indiennes aromatisées (feuille d'eucalyptus, clou de girofle mais aussi fruits et chocolat), sans filtre, tendance « naturelle ». Attrait auprès des enfants.

3.1.3 Tabac non fumé

De la chique au snus : actuellement le tabac chiqué (feuilles de tabac mastiquées) perdure dans les pays en voie de développement, le snus (tabac haché dans un sachet et placé entre la gencive et la joue) est particulièrement développé dans les pays scandinaves. Le snus pose un problème éthique, il est préconisé en substitution au tabac fumé en Suède car il évite l'ensemble des pathologies respiratoires, mais seul le snus suédois est fabriqué avec une

teneur réduite en produit toxique. Il semblerait qu'il n'y ait pas de risque de cancer avec le snus suédois, mais une étude en 2008 met en doute cette innocuité totale (32). Il faut donc être prudent, d'autant que le snus américain se révèle beaucoup plus toxique et dangereux. En France à ce jour il n'est autorisé ni à la consommation ni comme produit de substitution à la cigarette comme en Suède.

3.1.4 Polyconsommation

Selon les données de l'OFTD (OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)

- Le cannabis : le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol), inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit. L'utilisateur recherche un sentiment de bien être, mais sa consommation entraine des troubles de la concentration, des difficultés scolaires, une désociabilisation et peut engendrer une addiction, il semblerait exister un lien avec l'apparition de troubles psychiatriques (comme la révélation d'une pathologie schizophrène chez des sujets enclins, ou provoquer une psychose cannabique).
Il est la première substance illicite consommée en France, 28% des jeunes de 15 ans l'ont expérimenté, à 17 ans 7% des jeunes fument régulièrement du tabac et du cannabis.

- L'alcool : chez le jeune se pose entre autre le problème des ivresses répétées, 50% des jeunes de 17 ans ont eu au moins une fois une alcoolisation excessive (« binge drinking » : comportement qui consiste à boire, en un temps très court, jusqu'à atteindre une alcoolisation rapide) et 3% au moins dix fois dans l'année. C'est la première substance toxique consommée par le jeune au point de vue chronologique.

Cinq pour cent des jeunes de 17 ans fument tabac et cannabis et boivent régulièrement. La polyconsommation potentialise tous les effets néfastes des substances, aggrave les dépendances et les risques sur la santé, sa prise en charge est difficile du fait des sevrages multiples et du risque de consommation de substitution par des drogues telles que héroïne et cocaïne. Vingt trois pour cent des fumeurs de 15 à 25 ans déclarent consommer de façon régulière du cannabis et avoir été au moins un fois en état d'ivresse dans l'année, contre 3 % chez les non fumeurs selon le baromètre santé 2005 (17).

3.2 Organisation de la prévention du tabagisme

Comme l'ont soulevé certains médecins au cours de l'enquête, les acteurs de la prévention ne se limitent pas aux médecins. Les différents champs de la prévention sont assurés par plusieurs acteurs auprès des jeunes.

Bien évidemment le modèle familial et l'éducation parentale en sont les piliers ou devraient l'être. Le médecin intervient parfois par une guidance parentale et par l'aide au sevrage des parents fumeurs. Dans notre étude 15% des médecins pratiquant une forme de prévention du tabagisme ont recours à une information plutôt ciblée du parent. La quasi-totalité des médecins disent pratiquer le conseil minimal auprès de leurs patients adultes, potentiellement parents.

Le rôle du milieu scolaire est central dans l'éducation du jeune et les bases des programmes de prévention à l'école préconisées depuis longtemps : information sur les conséquences négatives, éducation préventive, formation des professeurs, évaluation des programmes (33). Il existe beaucoup d'actions scolaires pour la prévention basées sur les notions que nous venons de définir, il est difficile de savoir s'il existe un réel impact à long terme de ces programmes (34-35-36-37). Les critères d'évaluation de ces études sont difficiles à définir, il n'en demeure pas moins que les programmes de prévention scolaire participent à sensibiliser le jeune sur des thèmes assez vastes et développent chez les jeunes leur esprit critique. Ces programmes permettent un niveau de connaissances supérieures mais n'ont pas forcément d'impact sur les comportements de santé (38).
Les usages nocifs des adolescents présentent une grande variété. Ils ne relèvent pas tous d'une approche soignante et d'un accompagnement individuel. La prévention en groupe de jeunes volontaires permet à ces jeunes de bénéficier d'un lieu de parole, de rencontrer un soutien mutuel au sein duquel ils peuvent mieux trouver leur place. Comme le soulignaient certains commentaires, l'abord par le groupe a sa place chez le jeune, tout comme la prise en charge individuelle. Il n'est pas question dans notre étude de montrer la supériorité de la prévention en médecine générale par rapport aux autres méthodes de prévention.
On assiste à de nouvelles approches telle que la sensibilisation par les pairs (39), elle semble donner de bons résultats et s'intégrer pleinement dans une démarche d'éducation à la santé en milieu scolaire.

Sur le plan médiatique, les messages des campagnes de prévention nationale ont un impact sur le comportement des fumeurs (40). Il existe des sites internet dédiés aux jeunes (le portail santé jeune de l'INPES : jesuismanipule.com, jamais la première cigarette de la société française de cardiologie : http://www.jamaislapremiere.org, la mission interministérielle : www.drogue.gouv.fr, tabac info service : www.tabac-info-service.fr,…). Des lignes téléphoniques pour obtenir des conseils de tabacologues (tabac info service 39 89).

C'est pour cela que le cumul des différents intervenants apparaît important par leur complémentarité, chacun ayant un rôle propre et l'efficacité des actions se potentialisant. Il faut une approche multisectorielle individuelle, collective et médiatique pour obtenir l'impact le plus important. Tous les champs de la prévention et ses acteurs sont actifs dans cette lutte.

3.3 En Europe

Il existe peu de support réalisant la comparaison des différentes politiques européennes de prévention, leur évaluation est donc difficile. Les politiques de prévention contre le tabagisme, selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2003, sont toutes organisées selon les mêmes procédés en intégrant les ministères de l'éducation nationale et le cadre législatif avec l'interdiction de vente et restriction des lieux fumeurs. Une des mesures ayant le plus d'impact est la taxation du tabac.
Quant à la prévention certains pays intègrent une rémunération des médecins en fonction de leur acte de prévention (au Danemark il existe une consultation générale de promotion de la santé, en Norvège une prime pour des consultations de soutien à la cessation du tabac, au Royaume-Uni un forfait annuel pour les généralistes s'engageant dans la promotion de la santé).

Certains s'adaptent au problème de démographie médicale, préjudiciable à la prévention, par un élargissement des compétences de l'ensemble des professionnels concernés par les questions de santé, notamment infirmières (41).

Les différentes politiques de santé en Europe tendent vers un durcissement des lois de lutte contre le tabagisme. Rappelons qu'à ce niveau les politiques européennes et internationales fixent des objectifs précis et appellent à un monde sans tabac (3-4).

3.4 Le médecin généraliste

3.4.1 Exemple des « 5 A's » pour la médecine générale

Plusieurs études américaines (21-24) ont montré l'intérêt de la prévention du tabagisme notamment chez le jeune par l'application des « 5 A's » en consultation de médecine générale: *Anticipate*, *Ask, Advice, Assist and Arrange*. Nous en résumons les grandes lignes.

- *Anticipate* : Anticiper le risque de l'entrée dans le tabagisme à chaque stade de développement de l'enfant en informant des risques liés au tabagisme, par une information adaptée à l'âge de l'enfant, dès 5 ans.
- *Ask* : Demander à l'enfant à chaque consultation à partir de 8 ans s'il a expérimenté le tabagisme, s'il est exposé au tabagisme (parents, amis, entourage).
- *Advice* : Conseiller le sevrage tabagique à tous les parents, et à tous les enfants de ne pas fumer.
- *Assist* : Aider et guider les enfants pour résister au tabagisme ou les aider à arrêter.
- *Arrange* : Organiser le suivi nécessaire.

Ces études conseillent d'effectuer cette prévention à chaque consultation avec les jeunes en s'adaptant à l'évolution de l'enfant. Il est donc actuellement recommandé aux États-Unis de réaliser cette prévention à chaque consultation tout au long de l'enfance et l'adolescence en s'appuyant sur cette règle des « 5 A's ». Cela reste valable chez l'adulte par la suite. Sur le même principe, d'autres études montrent qu'un suivi régulier avec une information systématique et individuelle sur les risques liés au tabac, dans un cadre médical, permet d'obtenir une certaine efficacité quant au maintien du statut non tabagique des jeunes (42). On montre donc ainsi que la prévention primaire en matière de tabagisme en médecine générale peut avoir un impact et sa réalisation systématique est recommandée et réalisée outre-Atlantique.

3.4.2 Place du médecin généraliste

Les médecins interrogés dans cette étude pensent pour la plupart avoir un impact pour empêcher l'initiation (51%) et aider les jeunes fumeurs à arrêter (76%). Ce ressenti ne diffère pas en fonction de l'âge, du sexe et du statut tabagique du médecin dans notre étude. Ce sentiment d'efficacité est identique au baromètre santé des médecins (23) dans lequel 50,4% des médecins se sentaient très ou assez efficaces dans l'éducation de leur patient en matière de tabagisme. Par contre les ex fumeurs se sentaient plus confiants que les autres pour une aide au sevrage, ce que nous ne retrouvons pas dans notre étude.

Comme nous l'avons déjà dit le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus souvent consulté par le jeune même si le nombre de consultation annuelle reste limité (2,3

consultations par an par adolescent) (43). Donc sur le champ de la prévention individuelle médicale il est en première ligne. En effet tout adulte doit se positionner dans son rôle d'éducateur pour le jeune. Le médecin est une autorité en matière de santé et le fait d'être le médecin traitant,(« le médecin de famille ») l'assoit donc dans une relation de long terme avec l'enfant confortant ce rôle d éducateur qui lui est aussi propre. La moitié des médecins généralistes semblent en adéquation avec ceci, malgré les difficultés rencontrées. Le tabagisme ayant des répercussions directes sur la santé, sa prévention doit passer par un discours médical, il ne doit pas être banalisé car légal. La part médicale est aussi importante car le jeune fumeur peut présenter un profil particulier pouvant être une porte d'entrée vers d'autres conduites à risques ou pathologie psychiatrique. Le médecin, par ce rôle, peut assurer le dépistage et adapter son attitude thérapeutique. Il existe une vulnérabilité face aux conduites addictives qu'il convient de dépister et prendre en considération. Ce dépistage relève de la médecine et l'orientation vers une éventuelle prise en charge spécialisée est laissée au jugement du médecin.

La sensibilisation des professionnels de santé doit persister, il faut apporter des supports faciles d'emploi pour permettre une généralisation de ces pratiques. Il s'agit entre autre de supports informatiques : logiciels médicaux, sites médicaux tel qu'EsPeR (Estimation Personnalisée des Risques) (44). Ils permettent une aide à l'organisation et à la planification du suivi en matière de prévention. Les recommandations américaines sur cette prévention incitent les médecins à parler du tabac au cours de toutes les consultations, le médecin a aussi un rôle primordial dans le sevrage tabagique le plus précocement possible. Des études ont montré l'impact que ces interventions de « counseling » (désigne un ensemble de pratique comme orienter, aider, informer, traiter, (45)) pouvaient avoir (46). Les médecins généralistes pourraient donc s'approprier ce type de pratiques.

4 Education à la santé par le médecin généraliste en matière de tabagisme chez le jeune

4.1 Généralités

On s'intéresse ici à la partie de l'éducation à la santé exercée par le médecin en matière de tabagisme, sans en limiter l'éducation à la santé à ce seul champ.

La prévention ne doit pas être perçue comme un discours moralisateur patriarcal mais comme une éducation à la santé, dans une relation interactive. Le professionnel y intervient comme un guide. Ainsi, il s'agit pour le professionnel de santé de se mettre en situation d'écouter, de comprendre, mais aussi de prendre le risque d'être remis en question, de ne pas être d'accord. Il doit avoir à l'esprit que l'adolescent attend des réponses de la part de l'adulte qu'il côtoie (47).

Le rôle du soignant avec les autres acteurs éducatifs est d'aider le jeune à ce que les expérimentations restent à un stade d'expérimentation et à se forger ses propres limites en lui donnant les connaissances pour le faire. Et il est primordial en matière de tabagisme d'agir tôt, les dépendances physique et psychique s'installant rapidement (16).

Il est donc important de donner au jeune les armes pour lutter contre la pression de ses pairs, la pression des médias, et de mettre en avant la perte de liberté face au tabagisme par l'installation dans une dépendance. Il s'agit de dénormaliser le tabagisme.
L'objectif de l 'éducation à la santé n'est pas que le jeune suive aveuglement les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix en connaissance de causes. A cette fin, le médecin doit instaurer un climat de confiance, il doit appréhender la personnalité du jeune. Il est important de savoir où le jeune en est par rapport au tabagisme (attrait, rejet, expérimentation, …), connaître son positionnement et savoir s'il connaît les bénéfices à ne pas fumer et les risques du tabagisme. Le médecin ne doit pas interdire ou moraliser mais au contraire ouvrir le dialogue, informer et se positionner comme un interlocuteur pour le jeune. Pour ce travail nous avons vu qu'il existait des supports d'aide au médecin, notamment par le biais de l'INPES.

4.2 Application en prévention primaire du tabagisme

Les médecins interrogés, sensibilisés à cette prévention (70%) par l'introduction d'un discours sur le tabac, font pour la majorité une information sur les risques liés au tabagisme et certains complètent cette action par un questionnement du jeune, ce qui semble être l'attitude la plus adaptée dans le cadre d'une démarche d'éducation à la santé. Très peu remettent des documents INPES certainement car ils n'en disposent pas dans leur cabinet médical. Cela interpelle sur le problème de la diffusion des supports auprès des professionnels de santé. On peut alors conseiller l'outil internet, ce qui n'était pas proposé dans notre étude. Il permet aux jeunes d'avoir accès aux informations et le médecin reste à sa disposition pour répondre à ses questions. Mais comme nous l'avons vu, pour optimiser le temps et l'impact des propos, accompagner la consultation par la remise de documents nous paraît important, le conseil du recours à internet logique, l'outil internet étant une prolongation naturelle chez le jeune.

La plupart des médecins généralistes pratique cette information chez les plus de 14 ans (65%) ce qui correspond à l'âge pour lequel ils situent l'entrée dans le tabagisme. Pour 51% des médecins l'âge de la première cigarette s'établie vers 13-14 ans et l'âge moyen du fumeur régulier est de 14 ans. Pour avoir le plus d'impact possible, il faudrait ouvrir le dialogue avec le jeune avant cet âge. L'éducation à la santé ayant pour vocation de donner les outils nécessaires au jeune pour résister et pouvoir dire non, le médecin doit avoir sensibilisé son jeune patient auparavant. En s'inspirant du modèle de l'institut national du cancer américain, on préconise de parler régulièrement avec le jeune de 5 à 12 ans du tabac et des représentations qu'il en a, de son environnement familial. Puis à partir de 12 ans, en partant sur les bases déjà acquises, de parler de l'expérimentation, évaluer sa vulnérabilité (« penses-tu que tu fumeras un jour ? »…), des bénéfices à ne pas fumer (souffle pour le sport, haleine, goût, teint, …), des risques de la dépendance, de l'aider à ne pas devenir un fumeur régulier. La consultation, à l'âge de 12-13 ans dédiée à la prévention, serait propice pour refaire une synthèse avec le jeune, évaluer l'impact des actions au cours de son enfance, définir les besoins et les points sur lesquels notre vigilance devra être accrue au cours de l'adolescence.

Par ailleurs dans notre étude nous n'avons pas montré de lien entre l'âge, le sexe et le statut tabagique du médecin sur sa pratique globale d'éducation à la santé en consultation chez le jeune. Cela prouve que les médecins fumeurs et ex-fumeurs ne sont pas influencés par leur statut pour assurer la prévention au sein du cabinet médical. A propos de leur âge, on peut penser que la formation en matière d'éducation à la santé des praticiens, concept récent, n'influe pas et que les plus jeunes ont les mêmes pratiques que leurs ainés, l'expérience étant

importante et comblant l'absence de sensibilisation à ce concept pendant leur formation médicale initiale. Dans l'étude les hommes contrairement aux femmes seraient plus nombreux à évaluer les connaissances sur le tabagisme du jeune, la plupart des médecins utilisant comme « technique » d'éducation à la santé la communication d'information sur le tabagisme. La démarche d'interactivité n'est pas encore consensuelle, les hommes y semblent cependant plus sensibles. Cette démarche de questionnement du jeune amène le médecin à lui répondre et à s'adapter à ses acquis, il peut être remis en question dans ce dialogue.

Cette prévention doit pouvoir être organisée autour de données médicales transmises par le médecin, et d'un dialogue avec le jeune pour évaluer ses notions sur le tabagisme et développer son esprit critique. Les supports documentaires (documentation INPES, sites internet) permettent d'apporter les informations pour poursuivre la démarche d'éducation à la santé et amener le jeune à bénéficier de suffisamment de connaissances. Les consultations ultérieures permettront de poursuivre cette démarche interactive avec le jeune.

4.3 Dépistage et sevrage

4.3.1 Dépistage du tabagisme

La plupart des médecins de l'étude disent pratiquer le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac chez les patients adultes. Le nombre de médecins pratiquant ce conseil minimal apparaît plus élevé que dans une étude récente, en 2009, sur les médecins du bassin annécien : 66% de ceux connaissant le conseil minimal l'appliquait régulièrement contre 96% dans notre étude en 2010 (48). Les médecins ayant répondu à notre étude sont donc ceux ayant le plus de motivation en matière de lutte contre le tabagisme, notre échantillon comme nous l'avons vu n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins généralistes et les caractéristiques varient entre les panels des deux études. Par rapport à cette étude la prévention chez le jeune, par la complexité de prise en charge de l'adolescent, touche une population différente, les plus impliqués dans la lutte contre le tabagisme semblent avoir répondu à notre questionnaire.
Il se peut aussi que cette première étude en 2009 ait contribué à sensibiliser les médecins du bassin annécien et à modifier leur pratique. Par ailleurs le questionnaire envoyé en dans cette précédente étude était totalement anonyme, dans notre étude les médecins étaient invités à s'identifier, le non anonymat a pu engendrer un biais dans les réponses à notre questionnaire.

Le dépistage chez le jeune est également pratiqué par la majorité des médecins (70%). Ce dépistage est dans la majorité des cas (78%) réalisé à partir de 14 ans, cela correspond à la moyenne d'âge estimée pour les fumeurs réguliers, ce qui est assez cohérent. Une étude américaine retrouvait des chiffres similaires concernant le dépistage du statut tabagique du jeune en médecine générale (21). Aux Etats-Unis la prévention du tabagisme chez le jeune est à un stade plus avancé comme nous l'avons constaté précédemment. La méthode des « 5 A's » fait partie des recommandations auprès des médecins américains, notre échantillon de médecins est donc un échantillon déjà averti. Il est aussi vrai que la région Rhône – Alpes est une région assez engagée dans une démarche de prévention du jeune comme le démontre les actions du CRAES-CRISP (Tababox (15)).

Ce dépistage entraine la plupart du temps une proposition de sevrage assuré par le généraliste et un repérage d'autres conduites à risque, le tabagisme chez le jeune étant plus fortement associé à d'autres conduites à risques telles que le cannabis, l'alcoolisation aigue. Le jeune à

13 ans a, dans 72% des cas, expérimenté l'alcool (16% avec ivresse aiguë), le cannabis est la première drogue illicite, expérimentée pour 5% d'entre eux à cet âge (49). Ce dépistage est donc important et la prise en charge de ces autres conduites à risques également primordiale, une démarche d'éducation à la santé prend en compte les multiples sujets à aborder et intègre les différentes trajectoires des jeunes. Une polyconsommation chez le jeune doit être prise au sérieux, représentative d'un mal être important et d'une mise en danger avec un risque accru de consommation de drogues dites dures.

La pratique du dépistage nous apparait assez bonne, montrant une forte implication dans ce domaine, sous réserve d'un échantillon non représentatif. Une proposition de solution et d'aide est souvent réalisée, mais très peu de médecins assurent un suivi spécifique du jeune chez qui il dépiste le tabagisme. Il pourrait être intéressant de revoir le jeune pour parler du tabagisme et d'évaluer les risques et conséquences de ce tabagisme en lui proposant une aide pour un sevrage et évaluer sa dépendance. Reprogrammer une consultation pour faire le point mettrait en avant l'importance que l'on accorde à son tabagisme, ne le banaliserait pas et montrerait au jeune l'intérêt qui lui est porté, notamment par les professionnels de santé.

Les médecins ne réalisant pas ce dépistage régulier argumentent le plus souvent que cette démarche doit venir du jeune. Dans notre échantillon cet argument est principalement soutenu par les femmes médecins fumeuses. A notre sens ce cheminement doit être à l'initiative du médecin toujours dans une démarche de prévention et par définition de dépistage, pour instaurer un dialogue sur les solutions qui peuvent exister par la suite, le sevrage quant à lui est bien entendu à intégrer dans une démarche active du patient. Le jeune n'est pas à l'aise dans sa relation avec l'adulte d'autant plus sur les sujets des conduites à risques. Il est du devoir du médecin de les dépister pour mieux les prendre en charge. Une attitude attentiste ne permettrait pas d'agir le plus précocement possible.
Prenant en compte le fait que la dépendance s'installe pour un usage moindre chez l'adolescent que chez l'adulte, le sevrage sera plus facile s'il est réalisé avant l'installation de la dépendance. Il est donc primordial de dépister le plus précocement possible le tabagisme sans attendre que le jeune en parle. La crainte d'une réaction négative dans une situation de dépistage ne correspond pas à une réalité chez le patient (23).
La démarche d'informer sur les risques et danger liés au tabac sera d'autant mieux acceptée s'il existe des solutions, ce qui est le cas pour le tabagisme. En effet une démarche de prévention centrée sur la peur peut entrainer chez les personnes ciblées un effet contradictoire s'il n'existe pas de solutions, car il renforcerait le comportement tabagique pour combattre l'angoisse engendrée. Donc il semble important de ne pas juste faire peur, mais d'alerter sur les risques, qui sont bien réels et effectivement mortels entre autre, tout en élaborant avec le patient des stratégies pour les éviter.

Dans les autres freins à la réalisation du dépistage par le médecin était évoquée la présence des parents lors de la consultation, on revient donc sur les multiples intérêts à voir l'adolescent seul : le valoriser en les considérant comme un « adulte », instaurer un climat de confiance et obtenir le dépistage significatif. Dans l'étude réalisée sur l'expérimentation de la consultation de prévention, le dépistage du tabagisme était assez faible, mais les médecins avaient le plus souvent vu les adolescents accompagnés et en ressentaient le poids sur l'aveu (12).

Le dépistage chez un jeune posait également problème à quelques médecins :

- pourquoi poser la question du tabagisme puisque la vente de cigarettes est interdite aux mineurs ?
- n'y a t'il pas un risque d'effet contraire par un questionnement sur le tabagisme chez un jeune non fumeur ?

En effet le fait d'interdire peut rendre plus attractif le tabac chez le jeune qui, à l'adolescence, cherche à se confronter à l'interdit et aux limites des règles. Mais le médecin se doit de dépister cette conduite même illégale à cet âge. Il est vrai qu'il faut rester prudent pour ne pas induire le comportement inverse par les différentes actions de prévention du tabagisme, on sait pour d'autre thème de prévention qu'un dépistage n'entraine pas un risque de bascule dans le comportement dépisté. Occulter un problème n'est pas une solution pour l'éviter. D'autant qu'un jeune non fumeur sera valorisé dans ce comportement si le médecin l'en félicite et l'encourage dans cette voie, mais pour cela il faut avoir posé la question.

4.3.2 Sevrage du tabagisme chez le jeune

Les médecins dépistent et proposent des alternatives au tabagisme dans la majeure partie des cas. Pour s'aider dans cette démarche le médecin peut réaliser des tests de dépendance qui seront un outil éducatif, montrant sa dépendance au jeune même s'il s'estimait libre dans sa consommation et l'interpellant d'autant plus sur sa consommation. Peu de médecins connaissent ces outils de dépistage. Or deux tiers des jeunes ont des symptômes de dépendance avant le tabagisme quotidien et le taux moyen de la consommation pour l'apparition des symptômes de dépendance est de deux cigarettes, un jour par semaine (50). Il est donc important de rechercher cette dépendance pour ne pas la méconnaitre en considérant un jeune comme expérimentateur. Le test de Honc apparaît être un test réalisable chez le jeune, reproductible et fiable (cf. annexe 2), il existe aussi le test de Fagerström d'évaluation de la dépendance nicotinique, mais il se révèle moins sensible chez le jeune et moins spécifique (cf. annexe 2)

La consultation de médecine, avec une évaluation de la dépendance, permettrait d'aider à une meilleure prise en charge en proposant un suivi, une éventuelle aide pharmacologique (les substituts nicotiniques ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) à partir de 15 ans, le bupropion et la varenicline ne sont pas recommandés chez les moins de 18 ans), en l'orientant vers les sites internet dédiés aux jeunes, en prenant en compte les différentes influences de ce tabagisme et les difficultés de sevrage qui en découlent (51). Certaines études montrent l'intérêt de proposer des substituts nicotiniques avec une thérapie comportementale, les réussites de sevrage étant plus importantes (52). Dans une étude sur le sevrage des jeunes la plupart tente d'arrêter par un sevrage brutal sans autre aide et dans 20% des cas seulement le sevrage est effectif (53), la réussite du sevrage d'un jeune est vue comme une marque de caractère fort et volontaire par ses pairs. C'est donc une qualité à valoriser pour la motivation à l'arrêt chez le jeune.

Les recommandations officielles sur le sevrage du jeune sont : *les stratégies visant à augmenter la motivation à l'arrêt sont utiles chez les jeunes. L'utilisation des substituts nicotiniques ne semble pas dangereuse dans cette tranche d'âge. Toutefois, ils ne sont à utiliser qu'en cas de dépendance avérée, de motivation forte du sujet à s'arrêter, et conformément à l'AMM, à partir de 15 ans. Le bupropion LP n'a pas été évalué dans cette classe d'âge* (54).

La recherche dans ce sens est assez riche plusieurs dispositifs sont à l'étude. On peut citer l'exemple de « l'espace appel d'air » à Tours qui offre une plate-forme aux jeunes avec la possibilité de rencontre avec des médecins généralistes, des tabacologues et des psychologues.
Certains médecins proposent effectivement une prise en charge avec un tabacologue. Les consultations de tabacologie ouvertes aux jeunes sont encore assez peu nombreuses, il en existe quelques exemples isolés nous l'avons expliqué précédemment. Le développement de structure telle que la maison des adolescents offrira sans doute un nouvel espace de dialogue sur le tabagisme.

Nos médecins généralistes se montrent assez confiants dans l'aide qu'ils peuvent apporter à un jeune fumeur pour arrêter, les trois quarts d'entre eux pensent pouvoir aider un jeune à arrêter de fumer. Comme nous l'avons vu le baromètre santé des médecins 2003 (23) montrait un sentiment d'efficacité en matière de tabagisme pour un peu plus de 50% des médecins. En sept ans ce sentiment de confiance a pu se majorer car les politiques de santé s'étant durcies, l'image du fumeur devient de plus en plus négative, l'impact des messages en cabinet de médecine générale n'en est que renforcé. Il aurait été intéressant d'interroger les médecins sur les moyens utilisés pour le sevrage, pour connaître l'emploi des produits de substitution nicotiniques chez le jeune et le corréler à leur confiance dans leur action de sevrage.

Dans une enquête auprès des jeunes sur leur représentation du sevrage tabagique, on constate que 12,5 % des jeunes sont en attente de l'aide de leur médecin dans leur démarche d'arrêt.
Les motivations à l'arrêt chez le jeune sont les risques pour sa santé, le coût des cigarettes, la pratique d'un sport, les conséquences sur le physique. Le jeune sera donc sensible aux arguments sur les conséquences physiques du tabagisme tels que le teint, l'état bucco-dentaire, l'haleine, le retentissement sur les performances sportives, à moyen terme les conséquences sur la fertilité et les capacités sexuelles (troubles de l'érection chez les hommes). Les risques cardio-vasculaires et cancérigènes sont à évoquer car les jeunes en ont conscience mais leur connaissance est souvent erronée et il est important de rectifier les idées reçues ou inexactes (53), par exemple une idée reçue fréquente chez le jeune concerne l'élimination des produits toxiques de la cigarette par le sport, alors qu'au contraire le fumeur sportif a une résistance moindre à l'effort. Les situations favorisant la rechute à leurs yeux sont un contexte propice (soirées, environnement fumeur), le manque de motivation, le syndrome de manque (53). Ainsi le médecin en dépistant peut proposer une aide au sevrage de son jeune patient en s'aidant de différents supports et en le préparant aux situations qui le mettront en difficulté afin de prévenir les rechutes.

Le tabagisme du jeune est différent de celui de l'adulte, il ne fume pas pour les mêmes raisons, l'installation dans la dépendance ne répond pas aux mêmes critères, la tolérance et le sevrage apparaissent spécifiques, l'intrication avec le cannabis et le mode de vie du jeune doivent être pris en compte. Ceci offre plusieurs pistes de recherche pour permettre de mieux considérer les spécificités du tabagisme du jeune et lutter contre (31). On peut aussi s'interroger sur la place du CO testeur comme outil ludique d'aide au sevrage (cf. annexe 3), mais son emploi doit être évalué chez le jeune, pour ne pas obtenir un effet inverse, confortant la poursuite d'un tabagisme ressenti mineur et corréler à des faibles résultats au CO testeur.

Dans leur confiance pour aider le jeune à arrêter les médecins expriment une certaine assurance quant à leur action : il est vrai qu'ils dépistent tôt et proposent des actions, mais leur connaissance du niveau de dépendance n'est pas suffisante et leur absence d'organisation de suivi ne permet pas de pérenniser leur action, le suivi du jeune étant assez irrégulier. Il est donc important de prendre le temps de suivre un jeune qui entreprend une démarche de

sevrage, et s'il veut l'assurer seul, on peut respecter ce choix. Pourquoi ne pas envisager des entretiens téléphoniques, puis mettre en place des rendez vous de consultation selon les besoins, ce qui permettrait de valoriser la motivation du jeune tout en montrant l'implication du médecin ? Ceci permettrait aux médecins d'évaluer leur action et l'efficacité réelle de leur aide.

5 Pistes pour une consultation

On reprend ici au terme de la discussion et de manière très synthétique les éléments qui apparaissent important pour une consultation de prévention et son contenu.

On incite donc les médecins qui apparaissent déjà motivés à poursuivre leur lutte contre le tabagisme en ciblant une partie de leur action sur la prévention auprès du jeune.

Il s'agit d'ouvrir le dialogue sur le tabac dès l'âge de l'école primaire en relayant l'information avec les parents, pour ouvrir le dialogue, informer, éduquer à la santé.
A partir du collège, on peut prévoir une consultation de prévention dédiée puis au cours de l'adolescence poursuivre l'information au cours des examens pour certificat du sport, vaccinations… en commentant l'examen physique réalisé par le praticien par exemple.

On préconise de réaliser ces consultations seul avec le jeune à partir du collège (avec son accord et celui de ses parents), tout en recherchant une juste distance, empreinte de tolérance et sans jugement.

Quant aux messages clés, l'accent doit être mis sur les effets à court terme, plus qu'à long terme (notamment souffle court, mauvaise haleine, teint gris, dents jaunes), sur les bénéfices à ne pas fumer. Mais le jeune doit également entendre qu'un fumeur sur deux meurt du tabagisme, en illustrant éventuellement par des exemples qui lui parleront (artériopathie et amputation, cancer et mort, BPCO et oxygénothérapie, trachéotomie,…).
Ce message volontairement ciblé sur la peur doit impérativement être accompagné de proposition de solution si le jeune fume. Il convient de lui expliquer la dépendance, la perte de liberté qu'elle entraine, lui faire apparaître le caractère contradictoire avec la conquête de son autonomie, le valoriser sur son courage à dire non, montrant sa confiance et sa capacité à résister. La démarche doit être basée sur les données scientifiques, la prise en charge du fumeur empathique.

Dénormaliser le tabac en pointant les manipulations des industriels du tabac (marque de vêtement, packaging, sponsor) paraît utile.

Bien entendu chaque adolescent sera plus ou moins sensible, il s'agit de grandes lignes, le principal étant de s'inscrire dans une démarche d'éducation à la santé, en s'adaptant au jeune pour lui donner la capacité, la connaissance et l'envie d'agir sur sa santé et d'en être l'acteur.

Le médecin doit entrer en relation avec le jeune pour pouvoir aborder tous les sujets nécessaires à cette promotion de la santé en intégrant le profil de l'adolescent, en mettant en avant sa neutralité médicale quant à la famille et sa capacité d'écoute pour prendre en compte les représentations et les résistances du jeune afin de construire avec lui les solutions.

6 Vers un réseau annécien optimisant la prise en charge des jeunes ?

A l'échelle nationale il existe un plan de prise en charge et de prévention des addictions (55). Ce plan addiction vise à restructurer l'offre de soins pour placer le patient au centre du dispositif. Sur le CHRA, cela se concrétise par le regroupement des consultations d'addictologie : tabacologie (Dr Bertocchi), alcoologie et toxicomanie (Dr Signorile), regroupement facilitant la prise en charge des jeunes polyconsommateurs, entre autre. Sur le plan médico-social, le centre du Lac d'Argent (Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes) à Annecy permet d'accompagner les toxicomanes et d'apporter un suivi spécifique tant médical que social. Les sevrages difficiles mais surtout les jeunes en situation de polyconsommations relèvent d'un dispositif spécifique nécessitant la coordination d'un réseau ville-hôpital pour favoriser le partage d'information et optimiser la prise en charge et le suivi des patients.

En parallèle du service d'addictologie il existe une antenne de pédopsychiatrie et des Centres Médico-Psychologiques (CMP) sur la région ce qui permet d'assurer un suivi et un soutien pour les jeunes en souffrance psychologique, et dont l'addiction ne peut être jugulée sans cette gestion associée.

Cette restructuration rendrait donc possible le travail en réseau, les médecins généralistes pouvant plus facilement identifier les correspondants aptes à les aider. Ce travail en réseau pourrait permettre aux médecins d'organiser des Formations Médicales Continues (FMC) avec le service d'addictologie pour actualiser et renforcer leurs connaissances.

Le service d'addictologie pourrait aussi organiser la formation des éducateurs (professeurs, infirmières scolaires) en matière de prévention des addictions afin d'assurer un discours cohérent et non discordant des différents acteurs de la prévention auprès des jeunes.

Dans ce sens, sur Annecy se développe un projet de Maison des Adolescents, elle permettrait d'ouvrir un réseau en Haute-Savoie centré sur l'adolescent. Ce réseau est destiné à favoriser des coopérations et des articulations entre les professionnels de santé (institutionnels et libéraux), l'Education Nationale, l'Action sociale (les Points d'accueil écoute jeune), la Protection judiciaire de la jeunesse et les collectivités locales. Avec cette Maison des Adolescents sera créer un pôle actif centré sur le jeune, pôle sans doute moteur pour le développement du réseau ville-hôpital pour le jeune en situation de dépendance ou polydépendances de plus en plus courante avec la banalisation de la consommation du cannabis par les jeunes.

CONCLUSION

« Fumer tue », nous devrions tous en avoir conscience, et pourtant 66 000 décès par an en France sont liés au tabagisme.
Nous avons donc comme acquis que la lutte contre le tabagisme est une priorité en matière de santé publique. Cette lutte s'organise principalement autour des politiques de santé publique, mais la prévention individuelle y a une part non négligeable, le médecin généraliste devant en être un acteur privilégié et investi. Le fumeur s'étant initié au tabagisme le plus souvent au cours de l'adolescence, s'intéresser à empêcher cette initiation est un des axes de la prévention. Le développement du concept de l'éducation à la santé permet à la médecine générale d'investir tous les champs de prévention à l'égard des jeunes, notamment en matière de tabagisme. C'est dans cette perspective que nous avons réalisé à partir d'un échantillon de médecins du bassin annecien, un état des lieux des pratiques des médecins généralistes sur la prévention et l'éducation à la santé chez le jeune, particulièrement en matière de tabagisme. Nous avons été confortés par la perspective de la mise en place d'une consultation de prévention dédiée au jeune de 12 – 13 ans par le Haut Conseil de Santé Publique. Cet état des lieux a révélé l'intérêt des médecins pour le sujet et soulevé quelques interrogations sur l'organisation de la prévention.

L'intérêt que portent les médecins à la prévention du jeune en assumant avec confiance leur rôle en tant qu'acteur de santé dans la prévention est évident, d'ailleurs 68% des médecins de notre panel se sentent investis dans ce rôle. Les médecins généralistes interrogés, sensibles à la prévention du jeune, et notamment en matière de tabagisme, en font un thème prioritaire à aborder en consultation. Ils apparaissent ainsi convaincus de l'impact qu'ils peuvent avoir sur la prise de conscience du tabagisme chez le jeune. Au travers de notre questionnaire se révèle le fait que l'éducation à la santé est un concept qu'ils utilisent par une ouverture au dialogue sur les connaissances du jeune sur le tabagisme.

Cette éducation par contre arrive trop tard dans le développement du jeune, c'est un handicap pour une action en amont et la prévention primaire. L'éducation à la santé doit commencer le plus tôt possible. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire d'améliorer la sensibilisation des médecins, de mettre en avant l'efficacité d'une démarche précoce de prévention, de diffuser les pratiques médicales visant cet objectif. En effet, de multiples outils existent sans que les médecins en aient largement connaissance. Au XXIème siècle des moyens de diffusion de l'information pratiques et compétents existent et doivent être plus largement utilisés pour permettre un accès facile des médecins à la connaissance. La prévention primaire doit être initiée précocement puis perpétuée dans le suivi du jeune.
Au terme de ce travail on peut donc observer que la prévention en matière de santé du jeune et notamment du tabagisme fait partie des pratiques des médecins généralistes dans leur prise en charge globale en s'appuyant sur des stratégies d'éducation à la santé qui doivent être étayées et diffusées.

Mais une consultation de prévention dédiée apparaît cependant nécessaire aux médecins, ce qui dénote et met en avant une difficulté à être systématique dans le suivi des jeunes. Cette consultation permettrait donc, à ceux étant déjà investis dans ces pratiques, de consacrer un

temps spécifique pour élargir leur action et synthétiser les besoins du jeune afin de planifier la suite de leur collaboration médecin/patient. Cette consultation permettrait aussi à ceux n'ayant pas intégré ce mode de prise en charge d'y être d'une part sensibilisés, d'y consacrer du temps et ainsi une plus large population de jeunes serait alors touchée. La mise en place d'une telle consultation soulève quelques difficultés d'organisation mais la majorité des médecins la pense réalisable. Ceci est plutôt encourageant pour le projet de consultation de prévention chez les jeunes de 12 – 13 ans du Haut Conseil de la Santé Publique. Sa concrétisation est en attente en 2010, les médecins y sont favorables. Le dépistage du tabagisme serait ainsi optimisé, il est régulièrement réalisé par les médecins particulièrement à partir de 14 ans, mais l'évaluation de la dépendance n'est pas réalisée, très peu de médecins ayant connaissance des tests adaptés aux jeunes. Cela soulève le problème du sevrage car les jeunes sont donc souvent considérés comme expérimentateurs, leur mode de consommation n'étant pas comparable à celui de l'adulte, alors qu'ils sont déjà dépendants.
Cette prise de conscience de la dépendance précoce des jeunes est primordiale : le jeune confronté à sa dépendance ne pourrait pas la banaliser, le médecin serait plus investi pour réaliser ce sevrage et organiser un suivi, un sevrage précoce ayant plus de chance de réussite. Ces outils d'évaluation de la dépendance s'intègrent dans une démarche d'éducation à la santé.

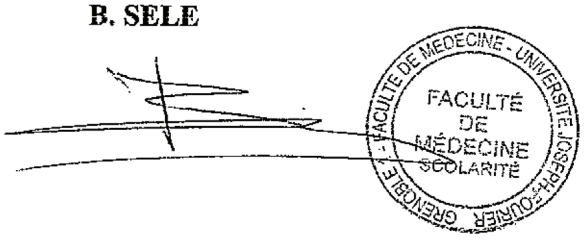
On montre donc que la complexité de la prise en charge de l'adolescent associée à celle de la prévention du tabagisme n'est pas un frein majeur à la mise en place de l'éducation à la santé en matière de tabagisme. L'impact ne sera pas profitable à tous les jeunes, les autres acteurs participant à l'éducation à la santé sont complémentaires dans leurs actions, ceci permettant d'élargir l'éventail de jeunes approchés. Toutes les actions doivent être engagées : l'essentiel étant de rendre le jeune acteur de sa propre santé. Au demeurant les politiques de santé sont celles dont l'impact est le plus fort par des actions telles que la hausse du prix du tabac.

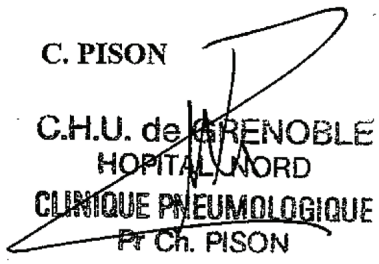
Il apparaît donc indispensable de poursuivre la sensibilisation des médecins à la prévention, notamment sur une prévention primaire plus précoce, et à l'évaluation de la dépendance du jeune différente de celle de l'adulte. De plus ce travail d'enquête auprès des médecins généralistes pourrait être fait à une plus grande échelle pour mieux connaître les pratiques des médecins et proposer les recommandations les plus adaptées et pertinentes, notre échantillon n'étant pas assez représentatif. Il est aussi nécessaire de mieux connaître les spécificités du tabagisme du jeune (la différence entre les sexes et la particularité du tabagisme chez la jeune fille, les trajectoires de dépendance des jeunes, l'intrication avec le cannabis) pour pouvoir mettre en place les mesures efficaces et mieux adaptées. La recherche doit donc mettre en jeu l'interdisciplinarité pour mieux explorer l'ensemble des champs du tabagisme, et aboutir à la mise en œuvre de nouvelles politiques de santé et de recommandations pour les professionnels concernés par l'éducation à la santé des jeunes.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER, Grenoble, le /09/2010

LE DOYEN **LE PRESIDENT DE LA THESE**

B. SELE **C. PISON**





Bibliographie

(1) OMS : Initiative pour un monde sans tabac: Pourquoi le tabac est-il une priorité de santé publique ? source focus ; Disponible sur : http://www.who.int/tobacco/health_ priority/fr/

(2) Tabac Info Service : Le tabac en quelques chiffres. Source INPES 2006.

(3) OMS, conférence des parties : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 2005 ; Disponible sur : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_ french. pdf

(4) Commissions européennes, 2009 ; Disponible sur : EUROPA - Press Releases - La Commission appelle à une Europe sans tabac d'ici 2012

(5) Grünfeld JP: Plan cancer 2009-2013; Disponible sur: http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-cancer-2009-2013.html

(6) Guilbert P., Gautier A., Beck F., Peretti-Watel P., & al. Tabagisme: Estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005. BEH 2005

(7) L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique, rapport du ministère de l'emploi et solidarité, 2001

(8) Etats généraux l'organisation de la santé, synthèse des travaux, avril 2008, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

(9) Réforme de l'assurance maladie, Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, paru au journal officiel de la république, février 2005.

(10) Rapport de Haut Conseil de la santé publique, Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement, mars 2009

(11) Article L 541-1 du Code de l'Éducation, article L 2325-1 du Code de la santé publique

(12) Bonaldi C, Bloch J. L'entretien de santé des enfants de 12-13 ans (filles de 12 ans et garçons de 13 ans) – Analyse descriptive et résultats épidémiologiques. Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire, février 2009, 38 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr

(13) Tabagisme chez les jeunes en France, CNCT.

(14) La santé des élèves de 11 à 15 ans en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002. INPES 3.

(15) Tababox, Boites à outils de prévention du tabagisme des jeunes, Fédération Education Santé Rhône-Alpes http://www.craes-crips.org/publications/2008/tababox/accueil.html

(16) Lagrue G, Melihan,Cheinin P, Mautrait C, Dupont P. Le tabagisme des adolescents, un enjeu majeur en santé publique. Médecine interne 2001; 49, entretiens de Bichat

(17) Baromètre santé 2005 Attitude et comportements de santé - Sous la direction de Beck F., Guilbert P., et Gautier A. Saint-Denis INPES, coll. Baromètre santé. Disponible sur : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf

(18) Di Franza J, Savageau J, Fletcher K et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156:397.403

(19) O'Loughlin J, Di Franza J, Tarasuk et al. Assessment of nicotine dependence symptoms in adolescents: a comparison of five indicators. Tobacco Control 2002; 11: 354-60

(20) Réseau régional d'éducation pour la santé, Institut Rhône-Alpes de Tabacologie. - Etat des lieux de la prévention du tabagisme auprès des jeunes en Rhône-Alpes - Rapport final. - Lyon : CRAES-CRIPS, mai 2005.
(21) Kaplan CP, Pérez-Stable E et al. Smoking cessation counseling with Young patients. Arch Pediatr Adolesc Med.2004 ; 158 :83-90
(22) Romestaing P., Le Breton-Lerouvillois G. : Atlas de la démographie médicale en région Rhône-Alpes, situation au 1er janvier 2009. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
(23) Baromètre santé médecins/ pharmaciens 2003 - Sous la direction de Gautier A., Saint-Denis, INPES, coll. Baromètre santé. Disponible sur *:* www.inpes.sante.fr/ CFESBases /catalogue/pdf/793.pdf
(24) Payne Epps R., Manley M W. A physician's guide to preventing Tobacco use during childhood and adolescence. Pediatrics 1991 ; 88 ; 140-144.
(25) Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans- Recommandation des pratiques professionnelles ; HAS, septembre 2005.
(26) Goulet V, Laurent E, Institut de veille sanitaire, Réseau Rénachla. Les infections à Chlamydia trachomatis en France en 2002, données du réseau Rénachla. BEH 2004; 40-41:194-5.
(27) Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005; 55 :1073-1077
(28) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Plan national d'éducation pour la santé. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 : 23 p.
(29) Le Lay E. et Housseau B. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent, Repères pour votre pratique. INPES aout 2009.
(30) Le tabac sous toutes ses formes, Tababox, Boites à outils de prévention du tabagisme des jeunes, Fédération Education Santé Rhône-Alpes http://www.craes-crips.org/publications/2008/tababox/accueil.html
(31) O'Loughlin J., Kishchuk N. : Repenser et recadrer la recherche sur le tabagisme chez les jeunes : réflexions fondées sur une enquête longitudinale auprès d'adolescents québécois. Drogues, santé et société, Volume 6, numéro 1, 2007, p. 49-72
(32) Ann Roosaar et al. Cancer and mortality among users and non users of snus, in: International Journal of Cancer 2008; 123: 168 – 173
(33) Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. Centers for Disease Control and Prevention. Recomm Rep.1994 Feb 25; 43(RR-2): 1-18.
(34) Müller-Riemenschneider F.,et al. Long-term effectiveness of behavioural intervention to prevent smoking among children and youth. Tob Control 2008 17 : 301-302
(35) Laguë J, Kairouz SPh. D., Évaluation d'impact du programme de prévention du tabagisme, Mission TNT. 06, mai 2006, institut national de santé publique du Québec
(36) Cain J.J., Dickinson W.P., Fernald D., Bublitz C., Dickinson L.M., West D. Family physicians and youth tobacco-free education: outcomes of the Colorado Tar Wars program. J Am Board Fam Med 2006 ; 19 (6): 579-89.
(37) Faggiano F., Richardson C., Bohrn K., Galanti M.R. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. Prev Med 2007 ; 44 (2): 170-3.
(38) Lindberg L.C. Stahle A., Ryden L. Long-term influence of a health education programme on knowledge and health behaviour in children. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2006; 13 (1): 91-7.
(39) Audrey S., Holliday J., Campbell R. It's good to talk: adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. Soc Sci Med 2006 ; 63 (2): 320-34.

(40) Peretti-Watel P., Seror V.,Du Roscoät E., Beck F, La prévention en question : attitude à l'égard de la santé, perception des messages préventifs et impact des campagnes. Evolution, juillet 2009, INPES.
(41) Jourdain-Menninger D., Lignot-Leloup M., Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire, Rapport de l'IGAS, 2003.
(42) Fidler W., Lambert T. A prescription for health: a primary care based intervention to maintain the non-smoking status of young people. Tob control 2001 10 :23-26.
(43) Rousseau-Migeon Etude descriptive de la consultation des adolescents en médecine générale, thèse de médecine générale, 2004.
(44) Site Internet EsPeR : http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/
(45) Vincent D., Hamad N., Le counseling, Journal français de psychiatrie 2001 ; 12 : 38-38.
(46) Rosen I., Maurer D., Reducing Tobacco use in Adolescents. Fam Physician. 2008 ; 77 (4) :483-490.
(47) Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Entre nous. Brochure INPES, Guide d'intervention pour les professionnels de santé.
(48) Stoeckel-Rostaing J. La prise en charge du sevrage tabagique : enquête auprès de 292 médecins généralistes du bassin annecien, thèse de médecine générale 2010.
(49) Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Beck F., Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence. Résultats du volet français de l'enquête HBSC 2006. Tendance n°59, mars 2008. OFDT.
(50) DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, Coleman M, Wood C. The development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30-month follow-up data from the DANDY study. Tobacco Control. 2002; 11:228-235. b
(51) Pbert L., Moolchan E .et al. The state of office-based intervention for youth Tobacco use. Pediatrics 2003 ; 111 ; e650-e660.
(52) Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heischman SJ, Schroeder JR: Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. Pediatrics 2005 ; 115 : e407-e414.
(53) Enquête sur les comportements et représentations de l'arrêt du tabagisme chez les jeunes de 16 à 19 ans dans cinq lycées de la région Rhône-Alpes. Septembre 2003. CRAES-CRIPS.
(54) Recommandations de bonnes pratiques : les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - Mai 2003.
(55) Synthèse du Plan de prise en charge et de prévention des addictions. Plan 2007-2011/ MILDT.

ANNEXE

1 ANNEXE 1

1.1 Lettre d'accompagnement du questionnaire.

Annecy, le 19 Avril 2010

Objet : Questionnaire « *état des lieux sur la prévention – l'éducation à la santé en matière de tabagisme chez le jeune de 12 – 13 ans par le médecin généraliste* »

Chers Confrères, Consœurs,

Je suis actuellement interne au CH d'Annecy en fin de cursus de médecine générale. Je réalise ma thèse sur la prévention primaire en matière de tabagisme chez le jeune et vous adresse donc ce questionnaire pour procéder à un état des lieux sur ce qui s'effectue déjà en cabinet de médecine générale.

Un projet de consultation de prévention chez le jeune est en cours, a été testé dans trois départements, et pourrait voir le jour prochainement, c'est dans cette optique que j'accomplis ce travail. Je mène ce projet avec le service de pneumologie de l'hôpital d'Annecy et le Dr. Bertocchi, tabacologue de l'hôpital. Les résultats et l'utilité de mon travail de thèse dépendent de votre participation, je compte donc sur vous.

Veuillez trouver ci-joint le questionnaire et une enveloppe de retour. Je souhaiterai fortement disposer des réponses aux questionnaires avant la fin du mois de mai.

Merci beaucoup de votre participation.

Veuillez agréer, chers confrères, l'expression de ma considération distinguée.

Mialle Maëlane
miallemaelane@gmail.com
mmialle@ch-annecy.fr
06 15 32 63 46

Si vous ne répondez pas à ce questionnaire merci de me renvoyer ce papier complété :

- ☐ Manque de temps pour y répondre
- ☐ Pas d'intérêt pour le sujet
- ☐ Autre :……

Cachet

1.2 Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

L'éducation à la santé en matière de tabagisme chez le jeune de 12 - 13 ans

Questionnaire : état des lieux sur la prévention
l'éducation à la santé en matière de tabagisme chez le jeune de 12 - 13 ans
par le médecin généraliste

1) A quel âge pensez-vous que les jeunes français fument en moyenne leur première cigarette ?
□ 9ans □ 11ans □ 13ans □15ans □ Autre :…….

2) De manière générale, à quel âge sont-il fumeurs réguliers ?
□ La même année que l'initiation
□1 an plus tard
□ Autre :……

3) Pensez-vous pouvoir avoir un impact pour empêcher l'initiation au tabac chez le jeune ?
□ Oui
□ Non, la consultation de médecine générale est inadaptée à la prévention chez le jeune
□ Non prévention primaire chez jeune ne peut pas avoir d'impact
□ Non, car…....

4) Pensez-vous être un bon interlocuteur auprès de vos jeunes patients en matière de prévention des addictions : □ Oui □ Non, pourquoi ……

5) - Pensez-vous qu'une consultation de prévention et d'éducation à la santé systématique à 12/13 ans soit nécessaire ? □ Oui □ Non
- Pensez-vous qu'elle soit réalisable ? □ Oui □ Non, pourquoi ……

6) Quel devrait être pour vous le contenu de cette consultation : par ordre de priorité en matière de prévention- éducation à la santé :
(Mettre un chiffre par ordre de priorité, ne pas en mettre si pas d'intérêt pour vous)
___ Addiction: tabac, cannabis, alcool
___ Dépression, risque suicidaire
___ Comportement sexuel à risque
___ Contraception
___ Troubles des conduites alimentaires, nutrition
___ Troubles somatiques (exemple : scoliose, trouble de la vue, croissance, …)
___ Sommeil

7) Au cours d'une consultation avec de jeunes adolescents vous arrive t'il de faire de l'éducation à la santé en matière de tabagisme en donnant une information systématique sur le tabac ?
□ Oui □ Non
- Si oui, à partir de quel âge ?□6ans □8ans □10ans □12ans □14ans □16ans
- De quel type est cette information : *(Plusieurs réponses possibles)*
□ Information sur les risques liés au tabac
□ Questionnement sur ses connaissances, ses idées sur la question
□ Remise de document INPES
□ Plutôt une information auprès des parents sur leur rôle

8) De manière globale faites-vous le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac chez vos patients adultes fumeurs ? □ Oui □ Non

9) Posez vous la question du statut tabagique chez les enfants/ado lors de consultations ?
□ Oui régulièrement, à partir de quel âge ? □10ans □12ans □14 ans □ autre : …..
□ Non jamais car : □ Présence des parents
(Plusieurs réponses possibles) □ Trop jeunes
□ Pas le rôle du médecin (parents, école)
□ Manque de temps
□ La demande doit venir d'eux
□ Autre : …….

10) Chez les jeunes dont vous connaissez le statut fumeur, faites-vous ?
(Plusieurs réponses possibles)
□ Un suivi spécifique ?
□ Des propositions de sevrage ? □ Par vous □ Par consultation de tabacologie
□ Un repérage d'autres conduites à risques (cannabis alcool, autre toxicomanie) ?
□ Pas de suivi ou surveillance particulière
□ Autre :…….

11) Pensez-vous pouvoir aider un jeune à arrêter de fumer ? □ Oui □ Non, pourquoi ? …...

12) Pensez-vous avoir les outils nécessaires ? □ Oui □ Non, pourquoi ?…….

13) Connaissez-vous le test de dépendance à la nicotine adapté aux jeunes de moins de 18 ans (test de Honc), tabac box (CD du Fraes) ? □ Oui □ Non

14) Votre profil :
- Age : ……
- Sexe : □ Masculin □ Féminin
- Années d'installation : ……
- Votre statut par rapport au tabac : □ Non fumeur
□ Fumeur actif quotidien
□ Fumeur actif occasionnel
□ Ex Fumeur

Cachet :

2 ANNEXE 2

2.1 Questionnaire de dépendance tabagique pour les adolescents (HONC)

Le Hooked On Nicotine Cheklist (HONC) est un test dont l'objectif est de mettre en évidence la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac. Cet outil est particulièrement adapté aux jeunes fumeurs.

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ? Oui – Non

- Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ? Oui - Non

- Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ? Oui - Non

- Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? Oui - Non

- Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ? Oui - Non

- Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ? Oui - Non

- Quand vous essayez d'arrêter - ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps- avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui - Non

- Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui - Non

- Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ? Oui - Non

- Vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui - Non

-Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui -Non

1 point par réponse positive

Interprétation :
Une réponse positive à un seul item suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac. Plus le total des réponses positives est élevé, plus le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance. Un score à 7/11 et au-delà indique un niveau de forte dépendance.

2.2 Test de Fagerström de dépendance nicotinique

Le test de Fagerström comporte six questions et permet de mesurer le niveau de dépendance à la nicotine. Le score total est compris entre 0 et 10.

1) Combien de temps après ton réveil fumes-tu ta première cigarette?
- Dans les 5 min 3
- 6-30 min 2
- 31-60 min 1
- Plus de 60min 0

2) Trouves-tu difficile de t'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?
- Oui 1
- Non 0

3) À quelle cigarette de la journée te serait-il le plus difficile de renoncer?
- A la première de la journée 1
- A une autre 0

4) Combien de cigarettes fumes-tu par jour?
- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

5) Fumes-tu à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?
- Oui 1
- Non 0

6) Fumes-tu même quand tu es si malade que tu dois rester au lit presque toute la journée?
- Oui 1
- Non 0

Interprétation :
- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

3 ANNEXE 3

CO TESTEUR

PRINCIPE

Le taux de CO dans l'air expiré est un bon reflet de l'intoxication tabagique récente. Il fait partie intégrante des 4000 composés chimiques de la fumée inhalée, dont l'importance est corrélée à l'intensité avec laquelle le fumeur "tire" sur sa cigarette, et donc à sa dépendance. Le CO inhalé diffuse à travers la membrane alvéolocapillaire des alvéoles pulmonaires et se fixe, à la place de l'oxygène sur les globules rouges (HbCO). La liaison HbCO n'est pas stable dans le temps : la demi-vie du CO est de 3 à 4 h.
Ainsi, le dosage du CO dans l'air expiré du fumeur qui a fumé dans les 2 heures précédentes, est un témoin direct de sa façon de fumer : plus il est important, plus le fumeur aura fumé intensément
Comment le mesurer ? aisément par l'analyse du CO expiré dans l'air grâce à un appareil simple ou un analyseur de CO (Appareil électronique mesurant le taux de monoxyde de carbone (CO) expiré). Le taux de CO expiré est exprimé en ppm (partie par million).

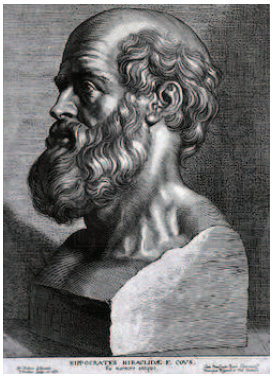
TECHNIQUE

Demander au participant s'il fume ou pas. Si c'est un fumeur, lui demander à quand remonte sa dernière cigarette (ne pas faire le test moins de 30 minutes après la dernière cigarette) et combien de cigarettes il fume par jour. Rappeler que le CO est une intoxication passagère, de court terme (plus la dernière cigarette est éloignée du moment du test, plus le résultat est faible).

RESULTATS

- 0-5 ppm = normal - non fumeur
- 5-10 ppm = tabagisme passif ou fumeur peu fréquent
- 10-15 ppm = tabagisme a moins de un paquet par jour, ou tabagisme passif important
- 15-25 ppm = environ un paquet de cigarettes fumées par jour
- Au dessus de 25 ppm : Plus de un paquet par jour (50-80 ppm = environ 3 paquets fumés par jour)

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Le problème du tabagisme est sa morbi-mortalité, conséquence évitable par la lutte (politique et médicale) contre le tabagisme. Lutte compliquée par la puissante dépendance au tabac s'installant dès les prémices. Le développement de l'éducation à la santé permet au généraliste d'aider le jeune à devenir acteur de sa santé et ainsi participer aux actions de lutte contre le tabagisme. L'organisation d'une consultation de prévention dédiée avec le généraliste paraît opportune. A partir d'une étude réalisée au moyen d'un questionnaire auprès de 245 généralistes du bassin annécien, nous abordons les différents axes d'une telle consultation.

Les généralistes, interrogés sur leurs pratiques de prévention et d'éducation à la santé auprès du jeune, se montrent investis et prêts à être acteurs dans ce domaine. Ils apparaissent convaincus de l'impact de la prévention primaire en matière de tabagisme. En mettant en place des stratégies d'éducation à la santé qui restent à étayer, ils réalisent déjà régulièrement le dépistage du tabagisme et entament avec confiance un sevrage.

Il n'en demeure pas moins que cette prévention primaire n'est pas assez précoce. Les généralistes doivent être plus sensibilisés aux techniques d'éducation à la santé pour être plus efficaces dans leur prise en charge, et les outils d'évaluation de la dépendance du jeune ne sont pas suffisamment connus, leur niveau de dépendance au tabac est ainsi négligé. Dans ce travail nous développons quelques pistes pour organiser une consultation dédiée à cette prévention, tout en recommandant que ce type de prise en charge soit une pratique courante au sein des consultations de médecine générale.

MOTS CLES

Education à la santé/prévention primaire/dépistage
Tabagisme
Médecin généraliste
Adolescent

JURY :

Pr Christophe PISON, Président du jury
Pr Patrice FRANCOIS
Pr Patrick IMBERT
Dr David PEROL
Directrice de thèse : Dr Michèle BERTOCCHI

Date de soutenance : 6 Octobre 2010

Auteur : Maëlane MIALLE