



HAL
open science

Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique

Myriam Sciolla

► **To cite this version:**

Myriam Sciolla. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00757589

HAL Id: dumas-00757589

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757589>

Submitted on 27 Nov 2012

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.

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 2012

N°

**ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE
MEDECINS GENERALISTES DE MARSEILLE :
VECUS ET REPRESENTATIONS DE L'AIDE
AU SEVRAGE TABAGIQUE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Myriam SCIOLLA

Née le 31 mars 1984 à Montpellier

Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Grenoble
Le 22 novembre 2012

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Christian BRAMBILLA

Membres : Monsieur le Professeur Christophe PISON

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS

Monsieur le Docteur Jean-Marc PLASSART

Monsieur Mustapha EL MIRI (sociologue)

Monsieur le Docteur Jean-Louis CORREIA (directeur de thèse)

SOMMAIRE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS.....	4
MAITRES DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS	9
REMERCIEMENTS	11
RESUME.....	12
ABSTRACT	13
1. INTRODUCTION.....	14
1.1 Actions de santé publique.....	14
1.1.1 Loi Veil.....	14
1.1.2 Loi Evin	15
1.1.3 Année 2003.....	15
1.1.4 Décret Bertrand.....	15
1.1.5 Autres mesures	15
1.2 Synthèse des Recommandations concernant l'aide au sevrage tabagique, à l'intention des médecins généralistes	17
1.2.1 Conseil minimal.....	17
1.2.2 Attitude du médecin adaptée à chaque patient	17
1.2.3 Accompagnement au sevrage tabagique.....	18
1.2.4 Maintenir l'abstinence : stratégies de prévention de la rechute.....	24
1.2.5 Populations particulières	24
1.2.6 Autres recommandations	27
1.2.7 Thérapeutiques non recommandées	28
1.3 Quelles sont les pratiques de l'aide au sevrage tabagique des médecins généralistes en France ?.....	30
1.4 Objectifs de la recherche	31
2. METHODE.....	32
2.1 Choix de la méthode	32
2.2 Constitution de l'échantillon	32
2.2.1 Pré-requis.....	32
2.2.2 Inclusion	34
2.3 Réalisation du canevas d'entretien.....	34
2.4 Collecte de l'information.....	35
2.5 Méthode d'analyse.....	36
3. RESULTATS	37

3.1	Description de la population (Annexes 8 et 9)	37
3.2	Analyse des résultats	37
3.2.1	Particularités de la prise en charge en médecine générale.....	38
3.2.2	Vécu, ressenti du médecin.....	42
3.2.3	Représentations du tabagisme dans la société	45
3.2.4	Femmes enceintes fumeuses.....	47
3.2.5	L'entourage du patient fumeur	48
3.2.6	Formation	49
3.2.7	Recours à d'autres professionnels	50
3.2.8	Emergence de deux points de vue	52
4.	DISCUSSION.....	59
4.1	Validité interne	59
4.1.1	Biais internes	59
4.1.2	Biais externes.....	59
4.1.3	Biais d'investigation.....	60
4.1.4	Biais d'interprétation	60
4.2	Principaux résultats.....	60
4.2.1	L'aide au sevrage tabagique en médecine générale.....	60
4.3.1	Le fumeur, le médecin généraliste, la société.....	63
4.3.2	Perspectives	65
	CONCLUSION	69
	LISTE DES ABREVIATIONS	72
	BIBLIOGRAPHIE	73
	REFERENCES	76
	ANNEXES	77
	<i>Annexe 1 : Questionnaire « CAGE » ou « DETA ».....</i>	<i>77</i>
	<i>Annexe 2 : Questionnaire anxiété-dépression (HAD)</i>	<i>78</i>
	<i>Annexe 3 : Questionnaire de Beck (forme abrégée).....</i>	<i>79</i>
	<i>Annexe 4 : Questionnaire de dépendance de Fagerström.....</i>	<i>81</i>
	<i>Annexe 5 : Canevas d'entretien N°1 (les relances sont en italique)</i>	<i>82</i>
	<i>Annexe 6 : Canevas d'entretien N°2 (les relances sont en italique)</i>	<i>84</i>
	<i>Annexe 7 : Liste des thématiques et sous parties</i>	<i>85</i>
	<i>Annexe 8 : Lieu d'exercice des médecins inclus.....</i>	<i>87</i>
	<i>Annexe 9 : Caractéristiques des médecins inclus.....</i>	<i>88</i>

<i>Annexe 10 : Plan de l'analyse</i>	89
<i>Entretien 1</i>	93
<i>Entretien 2</i>	100
<i>Entretien 3</i>	106
<i>Entretien 4</i>	113
<i>Entretien 6</i>	130
<i>Entretien 7</i>	135
<i>Entretien 8</i>	143
<i>Entretien 9</i>	149
<i>Entretien 10</i>	155
<i>Entretien 11</i>	163
<i>Entretien 12</i>	167
<i>Entretien 13</i>	171
<i>Entretien 14</i>	175
<i>Entretien 15</i>	179
<i>Entretien 16</i>	183
<i>Entretien 17</i>	187
<i>Entretien 18</i>	192
<i>Entretien 19</i>	199
<i>Entretien 20</i>	204
<i>Entretien 21</i>	208
<i>Entretien 22</i>	213
<i>Entretien 23</i>	219
<i>Entretien 24</i>	223
<i>Entretien 25</i>	228
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	232

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE – REANIMATION
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE
BACONNIER	Pierre	MEDICALE SANTÉ PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE /CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETOLOGIE
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTÉ PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	S.A.M.U.
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE

CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	MEDECINE LEGALE ET D'ADDICTOLOGIE
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE / SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAVAZZI	Gaëtan	MEDECINE INTERNE GERIATRIQUE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE

HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	MEDECINE DU TRAVAIL EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE

ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE

MAITRES DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS

BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN
DETANTE	Olivier	Cancérologie et Hématologie - Pôle 5 : Cancérologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation
FAURE	Julien	Département de Génétique et Procréation
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie
GILLOIS	Pierre	Information et Informatique Médicale
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
LABARERE	José	Département de veille sanitaire
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6 ème étage
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. exploration fonctionnelle cardio-respiratoires

MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, Economie de la Santé (Mal. Inf.)
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'Innovations Technologiques
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale
RAY	Pierre	Génétique.BDR
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatoze septique - Pôle 14 Biologie
TAMISIER	Renaud	Physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales

REMERCIEMENTS

*Merci à **Monsieur le Professeur Christian BRAMBILLA** d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.*

*Merci à **Monsieur le Professeur Christophe PISON** d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.*

*Merci à **Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS** d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.*

*Merci à **Monsieur le Docteur Jean-Marc PLASSART** d'avoir été disponible aux prémices de ma thèse et de m'avoir transmis votre intérêt pour la tabacologie. Veuillez croire en ma gratitude profonde.*

*Merci à **Monsieur Mustapha EL MIRI** d'avoir accepté de me guider dans la rédaction de ce travail, tous ces échanges ont été pour moi passionnants.*

*Merci à **Monsieur le Docteur Jean-Louis CORREIA** d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir soutenue dans la réalisation de cette étude et de m'avoir fait confiance.*

*Merci à **tous les Médecins Généralistes** qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont consacré un peu de leur temps.*

Merci à mes maîtres de stage qui m'ont fait découvrir la médecine générale dans toute sa richesse.

Merci à ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir si bien entourée en m'ayant toujours laissée libre.

A mes frères, merci de votre soutien et de votre simplicité.

Merci à mon grand-père pour son aide dans la réalisation de ce travail.

Merci aux Grenoblois pour leur bienveillance et leur disponibilité.

Merci à ma belle famille pour votre accueil chaleureux et vos encouragements.

A mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble et pour ceux à venir !

A David, merci pour tout ce que nous avons partagé et pour nos projets communs.

RESUME

Etude qualitative auprès de médecins généralistes marseillais : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique

Introduction : La lutte contre le tabagisme est une des priorités de santé publique. En tant qu'intervenants de premier recours, les médecins généralistes ont des contacts fréquents et personnalisés avec leurs patients. Ceci devrait leur permettre de dépister et d'accompagner dans le sevrage tabagique le plus grand nombre de patients. Bien qu'ils connaissent les risques encourus par les fumeurs, l'implication des médecins généralistes dans cette démarche est souvent insuffisante.

Méthode : Cette contradiction a été étudiée par une enquête qualitative. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins généralistes marseillais. Un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale » a permis d'inclure vingt-cinq médecins de décembre 2011 à mai 2012.

Résultats : L'analyse des entretiens met en évidence deux pistes de réflexion. Le tabagisme est avant tout un comportement social. La notion de liberté du choix d'un mode de vie fumeur prend parfois le pas sur le raisonnement médical dans la relation entre un patient fumeur et son médecin généraliste. De plus certaines particularités de la prise en charge en médecine générale sont peu compatibles avec l'aide au sevrage tabagique.

Conclusion : Cette enquête qualitative révèle l'intérêt d'une réflexion collective sur la place du médecin généraliste dans un domaine qui touche au mode de vie de l'individu. Elle apporte des éléments de réflexions concernant le type de connaissances et de soutien qui pourraient bénéficier aux médecins généralistes.

Mots clés : tabagisme, aide au sevrage tabagique, médecine générale, médecin généraliste, étude qualitative

ABSTRACT

Qualitative study with general practitioners from Marseille: real-life experiences and representations of the smoking cessation assistance.

Introduction: The fight against smoking is one of the priorities of public health. As primary care physicians, the general practitioners have frequent and individualized contacts with their patients. This should allow them to detect smoking addiction and to support most patients in their efforts to quit smoking. Although they are conscious of the risks incurred by the smokers, the implication of the general practitioners is often insufficient.

Method: This contradiction is the object of a qualitative survey. Semi-directive individual interviews have been conducted with general practitioners from Marseille. The “maximal variation” sampling method has been used, with a total of twenty-five interviews included from December 2011 to May 2012.

Results: The interviews can be interpreted along two main lines. Smoking is above all a social behavior. Freedom of a lifestyle smoker sometimes takes precedence the medical approach in the relation between a patient smoker and his general practitioner. Moreover some aspects of the care in general practice are not well suited for an optimal assistance in smoking cessation.

Conclusion: This qualitative survey demonstrates the interest of a collective reflection on the role of the general practitioner in a domain which concerns the individual’s lifestyle. Some ideas are also suggested concerning the type of knowledge and support which could benefit to the general practitioners.

Key Words: Smoking, smoking cessation assistance, general practice, general practitioner, qualitative study

1. INTRODUCTION

En France, depuis quelques années, il existe une recrudescence du tabagisme. La dernière enquête nationale, menée en 2010 auprès de plus de 27 000 individus, montre l'augmentation récente du tabagisme en France, alors qu'il était en baisse depuis plus de 20 ans (1). Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 27,3 % à 29,1 % ($p < 0,001$) (2). C'est la première hausse véritablement significative du tabagisme depuis la Loi Evin.

Le tabagisme est la première cause évitable de décès dans le monde. En France la lutte contre le tabagisme est une des priorités de santé publique. Cette lutte se matérialise par des actions de santé publique et des recommandations nationales de prise en charge s'adressant aux médecins, en particulier aux médecins généralistes.

La prise en charge quotidienne des fumeurs, sur le terrain, par les médecins généralistes qui sont les acteurs de premiers recours en santé est une autre réalité. Les données de la littérature laissent entrevoir le fossé qui sépare la volonté publique d'organiser efficacement cette aide, et la pratique quotidienne de terrain.

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976, et de façon plus soutenue depuis la loi Evin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France.

1.1 Actions de santé publique

1.1.1 Loi Veil

Loi du 9 juillet 1976, elle constitue le premier pas en faveur de la lutte contre le tabagisme en France. Elle instaure une réglementation de la promotion des produits du tabac, désormais limitée à la seule presse écrite, et impose la mention de l'avertissement sanitaire « abus dangereux » sur les emballages. Elle interdit le parrainage de manifestations sportives par les cigarettiers et l'usage de tabac « dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé ». Elle prévoit également l'instauration obligatoire d'interventions informatives sur le tabac et ses dangers, dans les établissements scolaires et auprès de l'armée.

1.1.2 Loi Evin

En interdisant la publicité directe et indirecte, la loi de 1991 donne un coup d'arrêt aux messages tendant à montrer le tabac sous un jour attrayant pour le consommateur. Il ne semble en effet pas possible de conduire des actions tendant à stigmatiser la consommation de tabac et en même temps d'accepter que des messages vantant ce produit soient largement diffusés. La loi Evin propose un certain nombre de dispositions supplémentaires, retirant le tabac du calcul de l'indice des prix à partir de 1992, imposant la mention « nuit gravement à la santé » sur les paquets de cigarettes (puis en 1994 sur l'ensemble des emballages), réglementant l'usage dans les lieux publics. Par ailleurs les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme, peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de la loi.

1.1.3 Année 2003

La lutte contre le tabagisme constitue l'une des priorités du Plan Cancer lancé en 2003. Dans le cadre de ce plan, la France a augmenté significativement les taxes appliquées au prix des cigarettes manufacturées de 8% en janvier 2003, de 18% en octobre 2003 et de 9% en janvier 2004.

La loi du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, interdit désormais la vente de paquets de moins de 20 cigarettes (dits « paquets-enfants ») et la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Cette loi est ensuite modifiée par la loi du 21 juillet 2009 qui interdit la vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans.

1.1.4 Décret Bertrand

Paru le 15 novembre 2006, le décret Bertrand fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Il vise à renforcer la lutte contre le tabagisme passif.

1.1.5 Autres mesures

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) met à disposition des usagers une ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac et un site Web de

coaching par internet (Tabac Info Service). L'INPES est également à l'origine de campagnes institutionnelles nationales de prévention du tabagisme :

- 2004 : aide à l'arrêt et protection contre le tabagisme passif ;
- 2006 : protection à l'égard du tabagisme passif ;
- 2009 : sensibilisation aux conséquences du tabagisme ;
- 2010: informer sur les risques du tabagisme actif notamment chez la femme.

La France a été le premier pays des États-membres de l'Union Européenne à ratifier la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'Organisation mondiale de la santé en octobre 2004. Une des mesures instaurée dans le cadre de cette convention est l'apposition de messages sanitaires sur les paquets de cigarettes. Ils sont apposés sur chaque face du paquet. Les messages pouvant figurer à l'avant du paquet sont au nombre de deux : « Fumer tue » et « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage », ceux devant occuper le dos du paquet, sont au nombre de quatorze.

La tabacologie en tant que formation et prise en charge médicale à part entière est récente. Elle est apparue dans les années quatre-vingt avec la création de diplômes interuniversitaires et de centres d'aide au sevrage du tabac.

Depuis 1999, les substituts nicotiques peuvent être achetés en pharmacie sans ordonnance. L'assurance maladie rembourse, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de cinquante euros par année civile et par bénéficiaire depuis février 2007. Pour les femmes enceintes, ce montant est porté à cent-cinquante euros à compter du 1er septembre 2011. Ils doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits.

Dans un avenir proche le paquet standardisé ne comportant plus aucun signe publicitaire permettra de supprimer la fonction de communication que remplit la couleur ou le logo sur un paquet de cigarettes. Il est également prévu d'instaurer des avertissements sanitaires illustrés d'images chocs (photos dissuasives) sur les paquets de cigarettes.

1.2 Synthèse des Recommandations concernant l'aide au sevrage tabagique, à l'intention des médecins généralistes

Plusieurs recommandations françaises sont parues dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique (3)(4)(5)(6)(7)(8).

L'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible. C'est l'arrêt et l'abstinence durable qui doivent être recherchés. Cependant, quel que soit l'âge, encourager et inciter à l'arrêt permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

1.2.1 Conseil minimal

Il concerne tous les médecins généralistes lors de chaque entretien avec un patient. Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer.

Un conseil rapide systématique d'arrêt du tabac donné par un médecin de famille entraîne une augmentation de 2 % de sevrages à long terme par an auprès de sa clientèle de fumeurs. Appliqué au niveau national ces 2% représentent 75000 arrêts supplémentaires par an (9). Le conseil minimal est la méthode la plus efficace en termes de coût (10). Mais son efficacité repose sur le caractère systématique de son application (11). Une meilleure identification du statut de fumeur permet également d'augmenter les taux de sevrage tabagique (12).

1.2.2 Attitude du médecin adaptée à chaque patient

1.2.2.1 Le patient n'a pas envie d'arrêter : susciter ou renforcer la motivation

Beaucoup de fumeurs sont hostiles ou au mieux ambivalents par rapport à l'arrêt. Les patients apprécient dans cette situation l'empathie du médecin, son écoute, et son absence de jugement moral. Il s'agit d'utiliser une méthode de négociation.

Indiquer au fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé de s'arrêter de fumer, le sensibiliser sur le rôle néfaste du tabac. Le risque fœtal et infantile du tabagisme des parents doit être également rappelé. Informer le patient des possibilités thérapeutiques actuelles d'aide à l'arrêt du tabac, proposer une brochure sur l'aide à l'arrêt du tabac.

1.2.2.2 *Le patient souhaite s'arrêter*

Analyser le degré réel de motivation à l'arrêt du tabac. Entreprendre un sevrage sans une motivation profonde et réelle du malade est pratiquement toujours voué à l'échec. Puis proposer un accompagnement au sevrage tabagique.

1.2.2.3 *Le patient s'est arrêté récemment*

Fournir une aide afin de prévenir la rechute.

1.2.3 *Accompagnement au sevrage tabagique*

1.2.3.1 *Évaluation initiale*

Histoire du comportement tabagique

Il faut repérer les raisons pour lesquelles le sujet a initié sa consommation tabagique et les effets bénéfiques que le patient en retire. Il est utile de faire préciser la quantité fumée, mais surtout le mode de consommation. Dans quelles circonstances le tabac est consommé ? Quels sont les éléments qui déclenchent la prise de cigarettes (réunions, amis...) ? Quels sont les facteurs qui la favorisent (alcool, émotions...) ? Il peut être utile de faire remplir au patient un " tableau de bord " sur lequel il décrit pendant quelques semaines sa consommation de tabac.

Il est utile de préciser avec le patient quels enseignements ont été tirés des tentatives précédentes et quelles ont été les causes de l'échec, quels traitements ont été utilisés dans le passé et si l'observance a été bonne, la dose et la durée de ces traitements, l'échec pouvant être lié à un sous-dosage ou à un traitement de durée trop brève.

La présence de fumeurs dans l'entourage du patient est à rechercher car c'est un facteur prédictif de la rechute. Il est utile de savoir si les fumeurs proches du sujet ont déjà fait une tentative d'arrêt et s'ils sont prêts à entreprendre une tentative conjointe avec le sujet.

Rechercher la présence de co-dépendances

Alcoolique (questionnaire « CAGE » ou « DETA » : *annexe 1*)

En cas de coaddiction tabac-alcool, il est possible d'arrêter l'alcool dans un premier temps puis, une fois le sevrage d'alcool effectué, de s'occuper du tabac. Il est aussi possible d'effectuer les deux sevrages en parallèle.

Il convient de recommander une limitation de la consommation d'alcool chez un fumeur sevré non alcoolo-dépendant, dans la mesure où la consommation d'alcool augmente l'envie de fumer et constitue une cause de rechute tabagique. Une augmentation de la consommation d'alcool peut s'observer lors du sevrage tabagique, une surveillance s'impose.

Cannabique

C'est une indication pour adresser le patient soit à un thérapeute formé à la prise en charge de ce type de pathologie, soit à un centre d'addictologie.

Médicamenteuse

Une dépendance envers des médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, analgésiques...) doit être dépistée et prise en charge de façon adaptée avant le sevrage tabagique.

Repérer l'anxiété et la dépression

Évalués par auto-questionnaire comme le H.A.D. (Hospital Anxiety Depression : *annexe 2*) et par l'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée (Beck Depression Inventory : *annexe 3*)

La recherche d'antécédents dépressifs ou de troubles anxieux doit être systématique avant toute tentative de sevrage afin d'anticiper un risque de réapparition des troubles. En cas de dépression caractérisée concomitante à la demande d'arrêt du malade, il peut être nécessaire de traiter la dépression de façon préalable au sevrage. Dans la suite du sevrage, la survenue d'un trouble anxieux et/ou dépressif sont à rechercher de façon systématique.

Statut pondéral du patient

Une augmentation de l'appétit peut survenir et s'accompagner d'une prise de poids moyenne de deux à quatre kilogrammes. Il faut relativiser l'importance de cette prise de poids. En effet, les études de population montrent que le poids moyen des fumeurs est plus faible que celui des non-fumeurs. A distance de l'arrêt, le poids moyen des fumeurs rejoint celui des non-fumeurs.

Le désir d'éviter toute prise de poids d'une personne souhaitant arrêter de fumer doit être considéré avec respect même s'il s'avère que cette prise de poids constitue un facteur de risque bien moins grave que la persistance de l'intoxication tabagique.

Des antécédents de troubles du comportement alimentaire doivent être recherchés. Le clinicien doit préparer le patient à une prise de poids modérée en précisant qu'en moyenne cette prise de poids est faible.

Les conseils diététiques classiques doivent être rappelés. Un encouragement psychologique, sans rigueur excessive, visant à valoriser l'image corporelle par l'arrêt du tabac, est important. De même la pratique du sport mérite d'être encouragée. Les substituts nicotiques sont un moyen utile pour freiner la prise de poids.

Chez certains patients un trouble du comportement alimentaire peut survenir à l'arrêt du tabac nécessitant une prise en charge spécialisée.

Réaliser un interrogatoire et un examen physique approfondis

Rechercher la présence de signes ou de symptômes évocateurs d'une pathologie liée au tabagisme.

Evaluer la dépendance

Pharmacologique

La dépendance physique se caractérise par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt.

Reconnaître la dépendance nicotinique et son intensité permet d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage et d'orienter les moyens à mettre en œuvre pour le sevrage. Le questionnaire de référence est l'auto-questionnaire de Fagerström en six points (*annexe 4*).

Psychologique et comportementale

Il s'agit de dépendances non pharmacologiques. Le fumeur continue de fumer malgré le risque reconnu de sa pratique et une pression sociale et environnementale négative. La dépendance psychique correspond au besoin ressenti de fumer.

1.2.3.2 Instaurer le sevrage

En fonction du degré de dépendance pharmacologique

Patient peu ou non dépendant

Un sevrage sans aide médicamenteuse est le plus souvent possible. Privilégier dans ce cas une relation de qualité médecin-patient, le soutien de l'entourage. L'automédication par substituts nicotiques peut s'avérer utile chez certains patients.

En cas de dépendance moyenne : l'aide de professionnels de santé ayant reçu une formation élémentaire est efficace.

Pour les fumeurs ayant une forte dépendance : une aide médicalisée est indispensable (médecins généralistes le plus souvent, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac).

L'intervention des tabacologues doit être réservée aux formes les plus sévères, avec dépendance très importante, comorbidités anxiodépressives et conduites addictives associées.

Traitements pharmacologiques (indiqués chez les patients moyennement ou fortement dépendants)

Le choix de leur utilisation est fondé sur les antécédents des patients, le risque d'effets indésirables le degré de dépendance nicotinique, l'existence de contre-indications éventuelles à ces produits, les pathologies associées, les risques éventuels de pharmacodépendance et de mésusage, les compétences du praticien et les préférences du patient.

Le traitement nicotinique de substitution (TNS)

C'est la thérapeutique la plus ancienne et la mieux évaluée, elle présente un rapport bénéfice/risque particulièrement élevé et doit donc être privilégié. L'efficacité globale des TSN toutes formes confondues en terme d'abstinence continue à 6-12 mois a été

démontrée contre placebo avec des odds ratio (OR) compris entre 1,72 (intervalle de confiance (IC) 95% [1,61- 1,84] ; n=96 (13)) et 1,77 (IC95% [1,66-1,88] (14)). L'efficacité des TNS justifie leur coût.

La posologie doit être ajustée en fonction du score de Fagerström et de l'existence de signes de surdosage (céphalées, palpitations, nausées, diarrhée, insomnie avec réveils fréquents) ou de sous-dosage (envie de fumer, troubles de l'humeur, anxiété, insomnie, irritabilité, agitation, trouble de la concentration, majoration de l'appétit). Il est possible d'associer deux substituts nicotiques chez les patients très fortement dépendants ou sous-dosés par un seul type de substitut, sur prescription médicale.

Le système transdermique (timbre ou patch) permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation. Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement. Chez les gros fumeurs, l'efficacité en pratique courante des timbres utilisés sur 16 heures et 24 heures semble similaire. L'utilisation du système transdermique au-delà de 8 semaines de traitement ne semble pas augmenter les taux de succès. Habituellement, le traitement par patch est diminué progressivement par paliers sur 8 à 12 semaines.

Les gommes à mâcher : Il faut préciser au patient que la gomme ne doit pas être utilisée comme un chewing-gum mais à l'inverse, être mâchée très lentement et que la salive ne doit pas être déglutie. Les fumeurs les plus dépendants présentent plus de succès avec la gomme dosée à 4 mg qu'avec celle à 2 mg.

Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à la nicotine.

L'inhaleur peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques.

Pour les formes orales de substituts nicotiques, la consommation de boissons acides, de café, de jus de fruit est déconseillée dans les quinze minutes précédant leur utilisation car ces boissons modifient l'absorption de nicotine au niveau buccal.

Toutes les formes galéniques de substituts nicotiques ont une efficacité similaire à posologie égale. Même si une dépendance aux traitements nicotiques de substitution se développe, il est vraisemblable que l'on obtiendra un bénéfice global pour la santé si l'individu ne fume plus. La durée d'administration recommandée des substituts nicotiques lors de la phase initiale de sevrage tabagique est de 6 semaines au minimum jusqu'à 6 mois maximum.

Le Bupropion LP (Zyban)

L'efficacité du Bupropion LP dans l'aide au sevrage tabagique a été démontrée à 6-12 mois avec des OR compris entre 2,06 (IC95% [1,77-2,40] ; n=19) (15) et 2,75 (IC95% [1,98-3,81] ; n=7) (13). Cependant les essais thérapeutiques comportaient des critères d'inclusion restrictifs. Il peut être prescrit dans le respect des contre-indications et après recherche systématique chez tous les patients de facteurs de risque de convulsions. La durée recommandée de traitement par le Bupropion LP est de 7 à 9 semaines. Des traitements pharmacologiques plus prolongés ne sont pas recommandés à ce jour. Il n'y a pas de bénéfice actuellement à associer les substituts nicotiques au Bupropion LP : cette association n'est pas recommandée.

Varénicline (Champix)

Les données disponibles ne permettent pas de mettre en évidence une supériorité de la Varénicline par rapport aux patchs nicotiques à long terme dans la population de fumeurs susceptibles d'être traités. Compte tenu d'une part de la bonne tolérance des TNS et d'autre part des effets indésirables, en particulier psychiatriques, de la varénicline, sa prescription est à réserver aux échecs des TNS. Ce traitement n'est pas indiqué en association avec les TNS et le Bupropion LP.

Accompagnement psychologique

L'association d'un soutien de toute forme aux TNS est efficace, que ce soutien additionnel soit de basse (OR=1,81 – IC95% [1,61-2,02]) ou de haute intensité (OR=1,78 – IC95% [1,64-1,93] (14). De même, l'efficacité du soutien comportemental individuel ou de groupe était augmentée lorsqu'il était associé au bupropion (OR=2,12 – IC95% [1,81-2,49] ; n=17] (15).

Il est souhaitable que l'utilisation de ces médicaments s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale comportant un soutien psychologique ou une prise en charge cognitivo-comportementale, et un accompagnement du fumeur dans son cheminement vers l'arrêt du tabac.

La réduction

La réduction des risques liés au tabac doit être considérée comme une étape possible vers la maturation à l'arrêt complet du tabac. Elle concerne les malades porteurs

d'une affection chronique aggravée par la poursuite du tabagisme et pour lesquels les tentatives d'arrêt ont échouées.

La réduction rend possible une réduction réelle de la quantité de substances toxiques apportées par le tabac, à condition de remplacer la nicotine de la fumée de tabac par celle d'un substitut nicotinique.

1.2.4 Maintenir l'abstinence : stratégies de prévention de la rechute

Il est utile d'anticiper les causes potentielles de rechute : survenu d'un syndrome dépressif, prise de poids, difficulté de gestion de la consommation d'alcool, attitude face aux proches qui fument à domicile et les réactions aux situations émotionnelles positives et négatives. Les stratégies de prévention de la rechute doivent être adaptées individuellement en fonction des échecs antérieurs.

Plusieurs techniques de prévention de la rechute peuvent être employées : les stratégies d'ajustement du comportement, la méthode de résolution de problèmes, l'apprentissage d'habiletés nouvelles et les techniques de gestion du stress. Les techniques cognitives présentent également un intérêt dans la gestion des pulsions à fumer.

Un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours. La prise en charge doit être poursuivie sur une durée d'au moins six mois (16). Il existe également une relation entre intensité de la prise en charge non pharmacologique (durée et nombre de contacts) et taux d'abstinence (12)(16).

En cas de rechute il est recommandé d'analyser les causes de la rechute afin d'adapter la stratégie de prévention des rechutes futures. Un soutien psychologique prolongé associé à une thérapie comportementale et cognitive est recommandé. Une reprise du traitement pharmacologique peut s'avérer nécessaire en cas de rechute après un sevrage réussi.

1.2.5 Populations particulières

1.2.5.1 Femmes enceintes et allaitement

L'arrêt du tabac doit intervenir de préférence avant la conception, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse. Il reste utile tout au long de la grossesse et même après l'accouchement. Le tabagisme du compagnon est également nocif. Un arrêt total est recommandé, car la diminution du tabagisme maternel n'est pas suffisante pour prévenir

l'apparition de complications maternelles, fœtales ou néonatales pendant la grossesse ou au décours de l'accouchement. Cette prise en charge est à insérer dans une prise en charge globale de la femme fumeuse, avec respect et sans jamais la culpabiliser.

L'approche par thérapie cognitivo-comportementale et la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention au cours de la grossesse.

En cas d'échec un traitement pharmacologique utilisant des substituts nicotiques peut être proposé, il peut être prescrit à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse. La dose de nicotine et sa répartition sur le nyctémère doivent être suffisantes pour obtenir et maintenir un arrêt complet du tabac. La détermination de la dose appropriée avec le timbre transdermique peut être plus difficile chez la femme enceinte compte tenu de l'augmentation de la vitesse du métabolisme de la nicotine. Il semble logique d'initier le traitement avec la dose la plus forte. L'ajustement de la dose de nicotine peut être aussi réalisé par l'association timbre transdermique et forme orale. Concernant le timbre transdermique une utilisation diurne préférentielle réduit l'exposition nicotinique et devrait théoriquement réduire les éventuels effets toxiques sur le fœtus.

Il est recommandé d'utiliser le TNS en association avec une approche psychologique et/ou comportementale. L'association des deux types d'approches permet d'obtenir de meilleurs résultats en termes d'arrêt du tabac.

Certaines données suggèrent que la réduction de consommation de tabac associée à l'utilisation de substituts nicotiques diminue les effets du tabagisme sur le retard de croissance intra-utérin. La réduction associée à l'utilisation de substituts nicotiques n'est pas actuellement recommandée dans l'attente d'études complémentaires.

L'aide à l'arrêt du tabac doit être poursuivie après l'accouchement afin d'éviter une reprise du tabagisme.

La promotion de l'allaitement maternel est recommandé dans tous les cas, y compris chez les mères fumeuses ou sous TNS. Les modalités de mise en œuvre des approches psychologiques et/ou comportementales chez la femme qui allaite ne sont pas différentes de celles de la femme enceinte, et ces approches doivent être proposées en première intention. Le TNS peut être prescrit en suites de couches et au cours de l'allaitement maternel. Il faut préférer les formes orales pour minimiser la quantité de nicotine ingérée par l'enfant en espaçant les prises de nicotine et en les éloignant de la tétée. Pour les timbres transdermiques, il faut préférer l'usage diurne et privilégier les tétées nocturnes autant que possible dans les premiers temps de l'allaitement pour minimiser le passage de la nicotine dans le lait. Pour les mères qui allaitent et qui ne

peuvent pas arrêter de fumer, il peut être conseillé de fumer le moins possible, juste après la tétée et hors de l'appartement.

L'administration de Bupropion LP est déconseillée durant la grossesse et l'allaitement.

1.2.5.2 Avant une intervention chirurgicale programmée

Tout médecin traitant dans la perspective d'une intervention chirurgicale doit :

- Questionner systématiquement le patient sur son statut tabagique, le plus longtemps possible avant l'intervention,
- Souligner au patient l'importance de l'arrêt,
- Proposer son aide pour l'arrêt ou orienter le patient vers une consultation spécialisée ou la ligne d'aide à l'arrêt (Tabac-Info-Service),
- Informer chirurgien et anesthésiste d'un éventuel tabagisme et de l'éventuel traitement entrepris. Rappeler les règles du jeûne : "ne pas manger, boire et fumer avant une intervention".
- Souligner que dans tous les cas l'arrêt total est toujours préférable, idéalement plus de 6-8 semaines avant l'intervention. Un arrêt moins de 3 semaines avant l'intervention est bénéfique car la diminution documentée des complications au niveau du site opératoire relativise le risque controversé de majoration des complications respiratoires.
- Proposer une réduction du tabagisme avec substitution nicotinique si l'arrêt ne peut être obtenu. Les bénéfices de la réduction du tabagisme avec une substitution nicotinique en préopératoire n'ont pas fait l'objet d'évaluation.
- Renforcer la motivation du patient si celle-ci est défaillante.
- S'assurer du suivi et de la prévention des rechutes (suivi à 6-12 mois).

Le Bupropion LP peut être utilisé dans les conditions ordinaires pour un arrêt programmé plus de 8 semaines avant l'intervention. Si un arrêt est en cours sous Bupropion LP lors d'une intervention, il n'y a pas lieu de modifier le traitement d'aide à l'arrêt.

1.2.5.3 Pathologies cardiovasculaires

Les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme. Ils

sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs et peuvent être prescrits dès la sortie de l'unité de soins intensifs au décours immédiat d'un infarctus du myocarde.

Au décours d'un accident vasculaire cérébral, l'utilisation des substituts nicotiques est possible si le sujet a rechuté son tabagisme.

On ne dispose pas de données sur l'utilisation du Bupropion LP chez les patients coronariens, dans le post-infarctus et après accident vasculaire cérébral.

1.2.5.4 Patients atteints de troubles psychiatriques

Pour les malades psychiatriques lourds il ne convient d'envisager le sevrage tabagique que lorsque l'état neuropsychique du patient est stabilisé.

Le Bupropion LP n'est pas recommandé chez les patients souffrant de troubles psychiatriques définis et/ou en association avec des médicaments psychotropes.

1.2.5.5 Personnes âgées

Chez les personnes de plus de 65 ans, le bénéfice de l'arrêt du tabac persiste à la fois en termes d'amélioration de l'espérance de vie et de qualité de vie. Le conseil minimal, les thérapies comportementales et cognitives et les substituts nicotiques ont montré leur efficacité chez des sujets âgés de plus de 65 ans.

Il n'existe pas d'étude qui ait évalué l'efficacité et la tolérance du Bupropion LP dans cette classe d'âge.

1.2.5.6 Adolescents

Les TNS ne sont à utiliser qu'en cas de dépendance avérée, de motivation forte du sujet à s'arrêter, et conformément à l'autorisation de mise sur le marché (AMM), à partir de 15 ans.

Le Bupropion LP n'a pas été évalué dans cette classe d'âge.

1.2.6 Autres recommandations

Consommation de café

A l'arrêt du tabac, pour un apport constant de café, la caféinémie est doublée et ceci pourrait être à l'origine d'une accentuation des symptômes de sevrage, et en particulier, de

la nervosité et des insomnies. Il est conseillé aux fumeurs en cours de sevrage de réduire leur consommation de café.

Tabac et consommation de médicaments

Le tabac interfère avec les taux plasmatiques de nombreux médicaments. L'arrêt du tabac peut produire des changements significatifs des taux de plusieurs médicaments. Des adaptations posologiques sont souvent nécessaires.

Abstinence temporaire

L'utilisation d'une forme orale de substituts nicotinique aussitôt que possible est recommandée, en prenant soin de toujours commencer par faire tester l'acceptabilité de l'une ou l'autre des formes galéniques proposées.

Le recours aux marqueurs biologiques n'est pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles. L'analyseur de monoxyde de carbone est recommandé chez les médecins tabacologues.

1.2.7 Thérapeutiques non recommandées

- Médicaments psychotropes :

La Clonidine, les antidépresseurs tricycliques, la Buspirone, les inhibiteurs de la mono-amine oxydase, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

Le recours aux produits psychotropes, anxiolytiques et/ou antidépresseurs, lors de l'arrêt du tabac a été proposé par plusieurs auteurs. Toutefois il importe de bien distinguer l'indication de ces traitements pour traiter un trouble psychiatrique patent dont l'intérêt est reconnu, d'une éventuelle indication au cours du sevrage, en dehors de toute pathologie psychiatrique. Dans ce dernier cas les données actuelles nécessitent d'être confirmées. Le Bupropion LP n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France dans l'indication de dépression.

- Autres médicaments :

Les anorexigènes, les bêta-bloquants, le Nicoprive, la caféine/Ephédrine, la Cimetidine, la lobéline, les médicaments homéopathiques, le Méprobamate, les benzodiazépines, l'Ondansétron, la vaccinothérapie, l'acétate d'argent.

- Méthodes particulières :

L'acupuncture, la mésothérapie, l'auriculothérapie, les cigarettes sans tabac, l'hypnose, le laser.

La méthode de la fumée aversive n'est pas recommandée en raison du risque d'effets indésirables potentiels chez les patients présentant des pathologies organiques.

1.3 Quelles sont les pratiques de l'aide au sevrage tabagique des médecins généralistes en France ?

Les données à ce sujet sont faiblement informatives car elles relèvent des déclarations faites par les médecins ou les patients.

Selon les résultats 2011 de l'enquête ITC (international Tobacco Control) en France, l'aide au sevrage apportée aux fumeurs par les médecins et les professionnels de santé est faible puisque moins d'un tiers des fumeurs ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé au cours des six derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter de fumer. Les fumeurs sont encore moins nombreux à avoir reçu une prescription pour un médicament d'aide à l'arrêt du tabac ou à avoir été orientés vers des services d'aide à l'arrêt du tabac (17).

Très peu de fumeurs, en France, bénéficient de l'aide de leur médecin pour le sevrage tabagique, notamment avec recours aux substituts nicotiques. Moins d'un médecin sur deux déclare avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un tel soutien au cours de la semaine écoulée, alors qu'au moins un tiers de leurs patients sont fumeurs. Un fumeur sur trois a tenté d'arrêter au cours de l'année passée, le plus souvent tout seul (18).

Bien que les médecins demandent souvent à leurs nouveaux patients leur statut tabagique, dans leur pratique, le conseil minimal est peu connu et peu utilisé (19).

1.4 Objectifs de la recherche

La volonté de réduction du tabagisme en France est forte, des recommandations sont faites aux médecins généralistes pour y parvenir. Ces recommandations s'appuient sur des méthodes validées. Les médecins sont bien conscients des dangers de la fumée de tabac et des risques encourus par les fumeurs. Ils affichent en très grande majorité leur disponibilité pour prendre en charge leurs patients fumeurs et revendiquent un rôle pivot à cet égard, et pourtant, peu le font.

Cette situation paradoxale a été étudiée sur le plan quantitatif. Des études quantitatives ont exploré les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de l'aide au sevrage tabagique. Cependant cette approche est partielle et aborde le problème sous un angle bien défini mais limité. L'existence de difficultés perçues par les médecins généralistes suffit-elle à expliquer leur pratique ? Les limites de cette méthode font privilégier une approche qualitative, qui est complémentaire.

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ». Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs, il s'agit de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (20). Une approche qualitative complémentaire, en donnant la parole aux médecins sur ce sujet, permet l'expression de leurs vécus et de leurs représentations de cette prise en charge.

Cette recherche a pour objectif d'explorer le vécu et les représentations que les médecins généralistes ont de leurs patients fumeurs et du sevrage tabagique, afin de mieux comprendre la réalité de leur pratique quotidienne et les contradictions qu'elle comporte en regard de recommandations scientifiquement établies.

Elle permettra d'approfondir la compréhension des difficultés rencontrées au quotidien dans leur relation avec les patients fumeurs, et de faire le point sur ce que peut être la place du médecin généraliste dans le sevrage tabagique à l'heure actuelle. Enfin au vu des informations collectées, des lignes de conduite seront suggérées pour encourager cette prise en charge.

2. METHODE

2.1 Choix de la méthode

Le vécu et les représentations des médecins généralistes concernant la consultation d'aide au sevrage tabagique ont été explorés au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs.

Des entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser la libre expression des médecins. Un canevas d'entretien semi-directif a été conçu. L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées, tout en s'assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés. Les entretiens ont été menés par l'enquêtrice qui a également réalisé l'analyse des résultats.

2.2 Constitution de l'échantillon

2.2.1 Pré-requis

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions, et des comportements était recherchée.

Une bibliographie sur les données préexistantes a permis une identification préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats. Chaque variable a ensuite été discréditée en sous-classes.

Les deux genres devaient être représentés : hommes et femmes.

L'âge des médecins retenus et l'année d'installation peuvent influencer les résultats dans la mesure où la formation médicale diffère selon les périodes. Ces variables ont été discréditées en classes d'âge variées (médecins de 25 ans à 40 ans, de 41 ans à 50 ans, de 51 ans et plus) et d'années d'installation (de 1970 à 1990, de 1991 à 2000, de 2001 à 2010).

L'activité des médecins estimée selon le nombre d'actes effectués par jour en moyenne, peut influencer la prise en charge du patient fumeur. Ainsi le manque de temps est fréquemment cité comme facteur limitant de l'aide au sevrage tabagique. Le nombre d'actes effectués par jour en moyenne, incluant les visites, a été estimé par les médecins eux-mêmes (moins de 20 consultations par jour, de 20 à 30 consultations par jour, plus de 30 consultations par jour).

Le statut tabagique du médecin a été identifié dans plusieurs études comme déterminant partiel du comportement du médecin vis-à-vis des patients fumeurs. Les médecins inclus dans l'étude devaient donc être de statut tabagique variés (fumeur, non-fumeur, ex-fumeur).

Pour obtenir un échantillon varié, un des critères de sélection modifiable était la localisation géographique du cabinet médical où exerce le médecin enquêté. En effet le discours des médecins peut être influencé par les caractéristiques de la population résidant dans leurs lieux d'exercice. Certaines caractéristiques de la population peuvent influencer la consommation tabagique, par exemple le niveau socio-économique : « moins les espérances des individus en matière de situation socio-économique sont élevées, plus les individus peuvent être enclin à privilégier les plaisirs immédiats par rapport à l'investissement dans leur santé future » (21), « on fume d'autant moins que le niveau de vie est élevé », « les plus diplômés sont moins souvent que les autres sujets au tabagisme » (22).

Des données de L'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) 2009 décrivent les populations des différents quartiers de Marseille en termes de distribution des revenus fiscaux mensuels déclarés des ménages par unité de consommation (en euros). Une cartographie réglementaire des différentes zones de redynamisation urbaine (ZRU) ainsi définies a permis de recruter les médecins dans des ZRU variées. Ces zones urbaines prédéfinies ont été réparties en classes socio-économiques afin de faciliter l'inclusion (classes socio-économiques basse, moyenne et élevée). Quelques médecins ont également été recrutés dans des arrondissements de Marseille dont la population n'est pas décrite par l'INSEE en 2009. Des données complémentaires de 2008 ont été utilisées.

La taille de l'échantillon a été estimée dès le début de l'enquête, puis déterminée par la saturation des données.

Pour des raisons pratiques des limites géographiques ont été retenues : les médecins sélectionnés étaient tous installés dans la ville de Marseille. Il s'agissait de médecins généralistes exerçant en libéral. Les médecins ayant une pratique exclusive autre que celle de la médecine générale (acupuncture, mésothérapie...) étaient exclus.

2.2.2 Inclusion

Les médecins susceptibles de participer à l'enquête ont été identifiés par recoupement des zones géographiques définies précédemment (ZRU) et des données de l'annuaire des pages jaunes. Ils ont été recrutés lors d'un entretien téléphonique. Un rendez-vous était convenu, l'enquêtrice proposant de se déplacer dans le lieu et aux horaires les plus pratiques pour le médecin. Certains médecins ont été recrutés dans des zones géographiques proches des ZRU, étant donné le faible effectif médical présent dans certaines zones.

L'inclusion des médecins a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de contrôler la répartition des médecins par ZRU de chaque classe socio-économique, et la représentation de chaque classe des variables prédéfinies.

Le premier médecin a été recruté par mode d'accès indirect, c'est-à-dire par l'entremise d'un tiers médecin qui l'avait désigné comme étant disponible pour participer à cette recherche.

2.3 Réalisation du canevas d'entretien

Les données de la littérature portant sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'aide au sevrage tabagique ont été recueillies et analysées (23)(24)(25)(26)(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34)(35). Ceci a permis de faire ressortir une liste de thèmes pertinents. Ces thèmes ont été regroupés en quatre grandes parties, qui constituent la trame du canevas d'entretien. Le but était d'aborder avec chaque médecin généraliste les différents aspects que pouvait impliquer sa prise en charge dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique. La liste des thèmes retenus n'a pas pour objectif d'être exhaustive, mais simplement de créer des occasions pour le médecin de s'exprimer sur le sujet.

Une première grille préétablie de questions ouvertes a été élaborée puis testée au cours d'un entretien. Les propos recueillis ont été jugés informatifs, et cette grille a été conservée pour les sept entretiens suivants.

Ce canevas d'entretien semi-directif est composé de quatre grandes parties, développées dans des questions rédigées, qui sont elles-mêmes accompagnées de relances.

Ces relances permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. La première question de l'entretien est qualifiée de « brise-glace », son but est de mettre l'interlocuteur en confiance. (*Annexe 5 : Canevas d'entretien N°1*)

Ce premier canevas a été remanié après le 7^{ième} entretien. Ce remaniement a porté essentiellement sur la forme et non sur le fond. Les thèmes importants initialement retenus ont été conservés. Certaines questions ont été reformulées afin d'obtenir un canevas de questions moins fermées, moins précises, plus brèves. Les questions devaient être le plus neutre possible, avec un souci permanent de ne pas influencer la réponse. Certaines questions de relance ont été abandonnées car non utilisées. La question portant sur les qualités et défauts du médecin a été enlevée car jugée non neutre, de même de celle portant sur le rôle du médecin généraliste. Une dernière question a été ajoutée, permettant au médecin de s'exprimer librement à la fin de l'entretien. (*Annexe 6 : Canevas d'entretien N°2*)

2.4 Collecte de l'information

Au début de chaque entretien, l'enquêtrice se présentait de la façon suivante : « Bonjour, je vous remercie de me recevoir. Je suis médecin généraliste remplaçante, je fais actuellement ma thèse à Marseille. Le but est d'essayer de comprendre les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer dans leur pratique concernant l'aide au sevrage tabagique. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme. »

L'accord des médecins participants était recueilli oralement avant de débiter chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés intégralement. Les informations complémentaires étaient notées manuellement (âge du médecin, année d'installation, nombres de consultations par jour en moyenne, visites incluses, statut tabagique du médecin). Il était enfin demandé au médecin s'il avait des remarques à faire sur le déroulement de l'entretien.

Immédiatement à l'issue de l'entretien, les aspects non verbaux étaient notés ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du médecin, difficulté particulière dans

le déroulement de l'entretien,...). La transcription en verbatim était réalisée à la suite de l'entretien, elle était fidèle à l'enregistrement, mot-à-mot.

L'inclusion de nouveaux médecins s'est interrompue à la saturation des données, tout nouvel entretien n'apportant pas de concept supplémentaire à ceux qui ont été recueillis lors des analyses précédentes.

2.5 Méthode d'analyse

Chacun des vingt-cinq entretiens est unique, comme l'est chacun des médecins qui a accepté d'y participer. Le but de cette analyse n'est donc pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque médecin généraliste vis-à-vis du sevrage tabagique. Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données. L'analyse s'est basée sur le verbatim retranscrit et sur l'enregistrement audio des entretiens.

Une analyse thématique a été réalisée à partir de cette base de données. Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thématiques qui ont ensuite été divisées en sous catégories (*Annexe 7*).

Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques. Ce qui a permis de l'étoffer.

Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

L'analyse des entretiens a également permis de créer deux typologies de médecins. Ces typologies sont présentées dans la seconde partie des résultats.

3. RESULTATS

3.1 Description de la population (Annexes 8 et 9)

L'inclusion des médecins et la réalisation des entretiens ont eu lieu de décembre 2011 à mai 2012.

Les entretiens ont été menés auprès de 25 médecins généralistes exerçants dans la ville de Marseille. Ils provenaient de zones urbaines variées, équitablement réparties entre les trois classes socio-économiques prédéfinies.

Parmi ces médecins on retrouvait 7 femmes et 18 hommes, soit 28 % de femmes.

Seize médecins étaient âgés de plus de 51 ans, six de 41 ans à 50 ans, trois de 25 ans à 40 ans. L'âge moyen des médecins était de 50 ans, avec des âges extrêmes de 32 et 69 ans.

Ils s'étaient installés entre 1970 à 1990 pour 15 d'entre eux, entre 1991 à 2000 pour 5 d'entre eux, et entre 2001 à 2010 pour 5 d'entre eux.

En ce qui concerne le statut tabagique : 9 médecins étaient fumeurs, 6 ex-fumeurs et 10 non-fumeurs, soit respectivement 36%, 24% et 40%.

Dix-neuf médecins rapportaient une activité de 20 à 30 consultations par jour en moyenne, trois médecins rapportaient moins de 20 consultations par jour et trois plus de 30 consultations par jour.

Le nombre moyen d'actes quotidiens était de 26, avec des extrêmes allant de 14 à 50 consultations par jour.

Tous les médecins participants aux entretiens exerçaient la médecine générale, deux avaient une capacité en gériatrie, un médecin exerçait également à un poste administratif, un autre pratiquait la laser-thérapie.

La durée totale de l'enregistrement audio des entretiens était de huit heures et quinze minutes, la retranscription intégrale en verbatim de cent quarante pages.

3.2 Analyse des résultats

Les opinions et représentations des médecins généralistes interviewés à propos de l'aide au sevrage tabagique sont présentées dans sept chapitres distincts. Les thèmes abordés successivement sont : le cadre de la consultation de médecine générale dans lequel le tabagisme est abordé avec le patient, le ressenti des médecins

dans le cadre de cette consultation, les représentations que les médecins se font du tabagisme, le thème de la femme enceinte et de l'entourage du patient, les opinions des médecins vis-à-vis de leur formation et les professionnels auxquels ils peuvent avoir recours.

Le dernier chapitre se distingue par son caractère uniciste. Afin d'apporter une vision plus globale de l'échantillon de médecins, ceux-ci ont été répartis en deux groupes, qui correspondent à deux positions différentes que les médecins peuvent adopter vis-à-vis du tabagisme de leurs patients.

Les propos des médecins sont cités entre guillemets, en italique. « MG1 » signifie que la citation provient de l'entretien mené auprès du premier médecin généraliste.

Le plan de l'analyse et les médecins cités sont présentés dans l'annexe 10.

3.2.1 Particularités de la prise en charge en médecine générale

Le tabagisme a sa place parmi les thèmes abordés en médecine générale (« *ça fait partie d'une consultation générale tout à fait banale* » (MG25)). Les médecins le rattachent aux autres addictions (« *c'est comme toutes les personnes qui prennent des toxiques* » (MG2), « *comme tout sevrage, que ce soit l'alcool, que ce soit les médicaments* » (MG6)), aux troubles psychiatriques (« *il faut une prise en charge plus psychologique [...] comme les dépressifs* » (MG5)), aux maladies chroniques (« *je ne suis pas sûre qu'elle soit très différente de celles des autres pathologies chroniques* » (MG23)), aux facteurs de risque cardio-vasculaires (« *comme un facteur de risque parmi d'autres* » (MG20)). Prendre en charge le tabagisme d'un patient est un acte de prévention (« *c'est pareil pour toutes les consultations où il y a une prévention* » (MG7)), et d'éducation, de la même façon que pour les patients obèses ou diabétiques (« *ça fait parti de l'éducation* » (MG4), « *comme il n'arriverait pas à faire un régime, il n'arrive pas à s'arrêter de fumer* » (MG9), « *on devrait être à égalité par rapport à quelqu'un qui a du diabète* » (MG18)).

3.2.1.1 Contexte de la consultation de médecine générale

L'initiative de la démarche de consultation est prise par le patient, qui consulte pour un ou des motif(s) qu'il a identifié. Le rôle du médecin est de répondre à la problématique

posée par le patient (« *les gens arrivent en médecine générale, ils ont un problème à résoudre généralement, donc ils vous exposent leur problème, après vous les aidez à résoudre leur problème* » (MG21)). Certains médecins estiment qu'il est de leur devoir d'apporter une réponse au patient (« *quand il y a une demande, il faut toujours donner une réponse* » (MG3), « *quoi qu'il en soit, même si je ne peux pas apporter de l'aide, il faut que je fasse semblant de pouvoir l'aider* » (MG13)). Dans la réponse que le médecin apporte au patient la prescription a un impact important. Selon le médecin elle peut faciliter la décision d'arrêt du tabac (« *s'ils ne veulent pas, je leur marque quand même : « vous y pensez, vous l'aurez* » » (MG8)), et faciliter l'observance du patient (« *il est prescrit que pour deux semaines donc ils sont un petit peu obligés de revenir* » (MG10)).

Le médecin est amené à revoir le patient par le simple fait des caractéristiques de la prise en charge en médecine générale. C'est-à-dire pour le renouvellement des ordonnances dans le cas des pathologies chroniques et à l'initiative des patients dans les autres cas (« *en général je vois mes patients tous les trois mois* » (MG24), « *ils reviennent pour une raison ou pour une autre* » (MG13)). Lorsque les médecins proposent à leurs patients des consultations de suivi, ils constatent une faible observance. Observer le suivi comme recommandé par le médecin est un effort supplémentaire pour le patient (« *ça implique de revenir, alors je vous explique même pas* » (MG8)).

Les patients ont une exigence d'efficacité vis-à-vis du médecin, et ne souhaitent pas réaliser un investissement personnel dans la démarche d'arrêt du tabac (« *ils veulent bien un résultat rapide, avec un médicament, avec un comprimé et puis c'est bon quoi* » (MG3)).

L'arrêt du tabac est seulement une des préoccupations du patient (« *ils viennent avec la liste des commissions* » (MG3)).

Un thème récurrent est celui des trop nombreuses compétences attribuées aux médecins généralistes (« *il faut parler de tout* » (MG8)). Il y a trop de sujets à aborder en médecine générale pour pouvoir faire sereinement de l'accompagnement au sevrage tabagique, qui nécessite du temps et de la disponibilité (« *c'est pas forcément abordé [...] sauf si, quand on a le temps* », « *le problème c'est que maintenant on dit que le généraliste, il est le mieux placé pour tout* » (MG10)). Ceci a plusieurs conséquences. C'est un obstacle à l'intervention systématique du médecin en faveur de l'arrêt du tabac. C'est un élément à prendre en compte pour la formation médicale continue du médecin.

3.2.1.2 Dans quelles circonstances le tabagisme du patient est-il abordé ?

La majorité des médecins interviewés ne connaissent pas le conseil minimal. Ils pensent le pratiquer, sans tenir compte du caractère systématique de ce conseil (« *je le fais sans le savoir* » (MG25), « *c'est ce qu'on fait* » (MG24)). Un médecin réagit vivement à propos du caractère systématique du dépistage (« *non, on peut pas, c'est idiot, c'est sûrement utopique* » (MG3)). Certains médecins ne sont pas convaincus de l'efficacité d'une intervention brève (« *on dit que ça sert à quelque chose. Moi je le fais, même si je ne sais pas s'il y a des répercussions* » (MG6), « *ça peut pas s'arrêter là, ça ne marchera pas* » (MG7), « *ça n'a aucun intérêt* » (MG17)).

Le concept de conseil systématique s'applique mal à la médecine générale, tout au plus peut-on chercher des moyens d'aborder le sujet plus fréquemment. Un des médecins fait la remarque que l'aide au sevrage tabagique en médecine générale ne peut être conçu autrement qu'« *une approche au coup par coup* » (MG18).

Le sujet sera abordé dans tous les cas à la demande du patient. Ce cas de figure s'intègre dans le schéma classique de consultation où l'initiative est laissée au patient qui expose sa problématique au médecin et en attend une réponse.

Tous les médecins s'accordent à dire qu'ils abordent le sujet du tabagisme avec leur patient en présence d'une pathologie possiblement liée au tabac. La présence d'une pathologie autorise, justifie le conseil d'arrêt du tabac par le médecin. Du moins le médecin estime que c'est le cas et que le patient reconnaît qu'il est dans ses prérogatives en donnant ce conseil. Cette notion de « *légitimité médicale* » (MG1) est retrouvée de façon redondante dans les entretiens. Le fait d'être le premier recours pour un patient augmente la probabilité pour le médecin d'être consulté pour un motif en lien avec le tabac. Les occasions de parler du tabac avec un même patient sont donc nombreuses (« *assez vite on sait si les gens sont fumeurs ou pas. On a toujours l'occasion d' [aborder le sujet du tabac] : s'ils sont allergiques [...], s'ils sont asthmatiques [...], s'ils sont hypertendus* » (MG21)).

En présence d'une femme enceinte fumeuse les médecins vont habituellement conseiller l'arrêt. Dans cette situation la patiente, par son comportement, met en danger la vie d'autrui. Le médecin a une responsabilité médicale et sociale à se positionner dans ce

cas de figure. Dans ce cas également, la légitimité du médecin permet son intervention (« *c'est plus facile chez une femme enceinte de relever le risque, pour elle-même et pour le bébé* » (MG20), « *la question elle va de soit quoi... Elle vient plus facilement que sur une consultation générale* » (MG6)).

Le tabagisme du patient pourra être abordée, mais moins unanimement, lors d'un premier contact avec le patient. La création d'un dossier peut être une opportunité pour identifier son statut tabagique. Dans cette situation les médecins peuvent avoir deux réactions différentes. Soit la force de l'habitude et l'attitude systématique de « remplissage » des cases d'un nouveau dossier est telle que le médecin ne la remet pas en question. Soit le fait d'aborder le sujet sans lien avec la consultation est source d'inquiétude pour le médecin : le patient ne va-t-il pas se sentir agressé ? (« *ne te fâche pas contre moi, c'est mon devoir, je suis médecin* », « [il faut avoir] *une certaine capacité psychologique à aborder ce sujet, sans heurter* » (MG22)). Dans ce cas il est indispensable d'établir d'abord une relation médecin-patient avant d'aborder le sujet, même s'il s'agit uniquement comme ici de s'informer de son statut tabagique, sans donner de conseil.

3.2.1.3 Connaissance du patient et prise en charge

Une des particularités de la médecine générale est la connaissance que le médecin peut avoir de son patient. Cette connaissance s'est établie au cours de rencontres répétées, dans la durée. Pour certains médecins connaître un patient implique implicitement de savoir quel est son statut tabagique (« *l'avantage de la médecine générale c'est que tu connais le patient. Donc tu sais qui fume* » (MG13), « *moi les patients qui fument je les connais depuis très longtemps, donc je sais qu'ils fument* » (MG24), « *en gros oui je sais, car ce sont mes patients depuis dix ans* » (MG19)).

Il arrive également que le médecin estime le statut fumeur du patient (« *souvent je m'en rends compte : le patient qui fume on le voit quand même* » (MG5)), ou estime si tel patient est prêt à s'arrêter, sans s'en enquérir (« *je le sens plus mûr* » (MG4), « *je vois des profils, ça ne sert à rien d'en parler* » (MG22), « *à un moment donné, les gens... on sent, ils veulent s'arrêter* » (MG20)). Les médecins peuvent alors catégoriser les patients afin d'adapter leur pratique dans chaque cas. Selon les circonstances les patients sont supposés avoir plus ou moins de facilité et d'intérêt à arrêter de fumer. Ainsi selon l'âge du patient

(« *tout dépend de l'âge [...] Si c'est un patient un peu plus âgé, au fils de l'année, je vais commencer à lui poser des questions, et voir le retentissement du tabagisme* » (MG15)), selon la quantité de tabac fumée par jour (« *plus facile les gros gros fumeur* » (MG4)), selon la durée de consommation (« *peu de temps de consommation [...] les gens se mettent en position de sevrage* » (MG18)), selon que le patient a déjà contracté une complication (« *s'il y a une pathologie j'insiste dessus. S'il n'y a pas de pathologie bon ben, les conseils d'hygiène* » (MG5)), le médecin adapte sa prise en charge.

3.2.2 Vécu, ressenti du médecin

3.2.2.1 Vécu pénible

La plupart des médecins témoignent d'un vécu pénible de l'aide au sevrage tabagique, parfois même d'un véritable vécu de lutte (« *c'est vraiment une lutte*», « *une bataille* » (MG25)).

Les médecins se sentent impuissants à accroître la motivation du patient pour l'amener à prendre la décision de s'engager dans le sevrage (« *on a aucune prise sur eux* » (MG3), « *c'est lassant de répéter la même chose et qu'il n'y ait pas d'effet derrière*» (MG12), « *je lui dis chaque fois, mais il s'en fout royalement* » (MG14)).

Les médecins se sentent également impuissants à accompagner le sevrage pour améliorer les chances de réussite. La plupart des médecins font ici le constat du manque de moyens ou de l'inefficacité des moyens thérapeutiques existants (« *les méthodes qui sont actuellement promulguées [...] pour moi sont totalement inefficaces* » (MG3), « *les moyens pharmacologiques qu'on a à notre disposition ne sont pas très satisfaisants* » (MG20), « *honnêtement si on avait la capacité de les aider, honnêtement, je le ferais, mais on ne l'a pas* » (MG17)). Ils considèrent parfois que cette faible efficacité est liée à leur propre pratique, trop éloignée d'une prise en charge idéale (« *je ne suis pas très efficace. Et je pense que c'est ma méthodologie qui n'est pas efficace*» (MG4), « *ça doit mieux marcher que nous j'imagine* » (à propos des centres de tabacologie) (MG8)).

La recherche d'une thérapeutique efficace à tout prix a amené deux médecins à adopter chacun une méthode en particulier. Il s'agit de la méthode Allen Carr (MG3) et du laser anti-tabac (MG9). Il est intéressant de noter qu'aucune de ces deux méthodes ne

disposent de preuves tangibles de leur efficacité. Il s'agit donc plus du sentiment d'efficacité du médecin.

Outre le manque d'efficacité des thérapeutiques les médecins font également part de leur défiance vis-à-vis de ces traitements. Ils redoutent les effets indésirables potentiels liés à certains médicaments (« *le Champix par exemple moi j'ai des gens qui sont devenus à moitié fous [...] ça peut-être dangereux* » (MG3), « *les comprimés, qui sont pour moi une calamité* » « *puisque'il y a un risque avec ces produits-là* » (MG19)).

Les médecins sont très attachés à l'idée que l'information et la logique sont de forts leviers de changement. Devant la démonstration évidente de la toxicité du tabac le médecin s'attend à ce que le patient arrête de fumer sans délais et sans trop de difficulté (« *ils ne s'arrêtent pas de fumer sauf s'ils tombent malades* » (MG13), « *c'est quand il leur arrive quelque chose, ou quelque chose dans l'entourage proche qu'ils s'arrêtent* » « *c'est sûr quand ils ont l'angine de poitrine ou l'infarct, ils arrêtent* » (MG7), « *ils vont arrêter seuls [...] parce que dans leur famille il y a eu un infarctus, le cousin avait un infarctus, donc ils ont su qu'il fallait que le cousin arrête de fumer, du coup ils ont peur* » (MG19), « *s'il arrive un accident majeur, style découverte d'un cancer, une chose comme ça, là on a effectivement la réalité qui tombe « poum », donc les gens s'arrêtent.* » (MG18), « *je crois qu'il faut qu'ils touchent vraiment in extremis le problème* » (MG15)). Il existe parfois une incompréhension du médecin vis-à-vis du patient fumeur, notamment face aux patients dont l'état de santé est gravement altéré par le tabagisme, et qui n'arrivent pas pour autant à arrêter de fumer (« *des gens qui n'arrêtent pas alors qu'ils ont vraiment des problèmes de santé*», « *les consultations difficiles c'est les gens qui continuent malgré tout* » (MG6)).

Le bénéfice de l'arrêt du tabac n'est souvent pas perceptible par le médecin (« *c'est pas une consultation très gratifiante, parce qu'il n'y a pas de progrès immédiat* » (MG21)).

Ce ressenti entraîne un découragement à entreprendre cet accompagnement et un manque de confiance du médecin dans ses capacités à aider le patient.

3.2.2.2 Vécu agréable

Bien plus rares sont les médecins qui témoignent d'un vécu agréable de l'aide au sevrage tabagique.

Ces médecins ont des objectifs réalistes (« *c'est mieux que rien* », « *je ne l'ai pas vu comme un échec, je l'ai vu comme un objectif : rester à cinq* » (MG1)). Du fait de ce niveau d'exigence moindre, les objectifs sont atteints et apportent satisfaction au médecin. L'objectif peut être une réduction du tabagisme (« *on réussi qu'ils tâchent de diminuer, on y arrive on y arrive, ouais on y arrive* » (MG2)). Les résultats sont étalés dans le temps (« *je trouve que c'est pas mal, déjà ça permet sur plusieurs années de voir beaucoup de gens évoluer vers le non tabagisme* » (MG9)). La réussite n'est pas la règle, mais appréciée malgré tout (« *des fois on y arrive quand même, quand on arrive un petit peu à arrêter c'est sympas* » (MG21)). La reconnaissance du patient contribue au vécu agréable (« *ils sont contents quand ils ont arrêté de fumer, ils viennent nous le dire [...] on les félicite, ils sont contents, c'est ça qui est bien* » (MG1)).

Pour ces médecins l'aide au sevrage tabagique se distingue des consultations habituelles (« *oui moi j'aime bien, parce ce qu'on n'est pas dans le soin direct* » (MG1), « *là on est plus des techniciens de la santé* » (MG2)). Au cours de cette prise en charge la position du médecin vis-à-vis du patient est modifiée. Il ne s'agit plus d'un patient qui a recours à un médecin pour que celui-ci apporte une réponse à sa problématique (« *on n'est pas seulement « le sachant »* » (MG1)). Le médecin et le patient, ensembles, partagent des connaissances complémentaires pour résoudre la problématique (« *c'est une consultation où on a un vrai échange [...] on a besoin d'eux pour y arriver* » (MG1)). Le médecin aide le patient à approfondir la connaissance de son tabagisme (« *c'est un temps où on peut leur parler de leurs contradictions, de leur état psychologique, de pourquoi ils fument, de ce qu'ils y mettent dedans* » (MG1), « *ce pourquoi il a fumé, ce pourquoi il veut arrêter* » (MG2), « *Les gens qui fument beaucoup, généralement ils se réfugient là dedans pour fuir quelque chose* » (MG21)).

3.2.2.3 Vécu neutre

D'autres se font une raison, et acceptent cet état des choses (« *je ne suis pas déçu, je pense que c'est notre métier, on est là pour accepter les échecs* » (MG5), « *c'est un évènement de vie, c'est une réalité* » (à propos de la rechute) (MG20)). Un autre médecin se montre réaliste et relativise les limites de sa prise en charge (« *on est jamais à vingt-quatre heures pour l'arrêt du tabac* », « *on n'est pas Dieu non plus* » (MG11)).

3.2.2.4 Gestion émotionnelle des rechutes

La fréquence des rechutes, parfois vécues comme un échec met à rude épreuve certains médecins.

La gestion émotionnelle de la rechute d'un patient pour le médecin qui a déjà un vécu pénible de cette prise en charge est défensive. Certains médecins se dédouanent de leur responsabilité dans cet échec. Soit ils renvoient la faute sur le patient : celui-ci n'était pas assez motivé (« *ça ne marche pas bien. Non, ils ne sont pas motivés* » (MG 23)). Soit le médecin fait strictement ce qu'on attend de lui : informer sur les risques et les moyens d'arrêter (« *j'ai fait mon boulot, je les ai informés de toutes les possibilités c'est tout, fini* » (MG3)).

Les médecins qui ont vécu agréable de l'aide au sevrage tabagique relativisent plus facilement (« *c'est pas grave, des fois il faut plusieurs petits échecs avant de réussir* » (MG1)). Souvent le médecin remet la reprise du tabac dans son contexte, afin d'en retirer des bénéfices pour le patient. S'il y a eu une rechute c'est que le patient s'était arrêté de fumer (« *vous avez tenu trois mois, donc c'est possible* » (MG1)). La rechute apporte de l'expérience au patient, ce qui est un atout pour le prochain arrêt (« *pour que s'ils re-arrêtent ils soient vigilant quand ils se retrouveront dans la situation* » (MG6)).

3.2.3 Représentations du tabagisme dans la société

Le tabagisme en tant que comportement est de la responsabilité de l'individu. La décision d'arrêter le tabac revient au patient, qui est l'acteur du sevrage. La plupart du temps il fait cette démarche seul (« *le tabac en fait ils connaissent, ils savent* » (MG7)). La place du médecin dans le sevrage tabagique est modeste (« *il y en a peut-être un ou deux qui ont arrêté définitivement, mais c'est pas grâce à moi* » (MG14)), « *les grosses réussites c'est pas moi qui ai incité, c'est les gens d'eux-mêmes [...] ils vont arrêter seuls, du jour au lendemain* » (MG19)).

La motivation du patient est un pré-requis au sevrage (« *déjà il y a la motivation* » (MG7), « *je lui dis « si tu n'as pas vraiment envie ne commence pas » »* (MG10)). Les médecins s'accordent sur le fait que la motivation du patient, la force de sa décision lorsqu'il s'engage dans le sevrage sont déterminantes pour sa réussite (« *s'ils ont pas envie d'arrêter de fumer, c'est même pas la peine* » (MG21), « *celui qui veut pas arrêter, la démarche elle est hyper difficile, mais elle s'arrête par définition* » (MG7), « *vous ne*

pouvez pas obliger quelqu'un à arrêter de fumer s'il ne veut pas » (MG24)). L'implication personnelle du patient dans son propre sevrage tabagique est centrale (« *c'est eux qui restent maîtres de leur destin* » (MG10)).

Les médecins témoignent d'un sentiment de culpabilité chez les patients qui ne parviennent pas à arrêter de fumer. Les patients n'osent pas avouer leur échec au médecin, d'où l'évitement des consultations de suivi (« *ils ont craqué et ils ne veulent pas nous le dire* » (MG4)). Ce sentiment de culpabilité peut en partie expliquer le fait que certains patients font de fausses assertions sur leur tabagisme (« *les réponses ne seront pas honnêtes* » (MG14), « *elle ne va pas dire la vérité hein ? Elle avoue une mais...* » (MG19), « *il me dit « oh, pas beaucoup moi ». C'est toujours faux* » (MG22)). Les médecins déplorent cette attitude et considèrent qu'elle entrave la prise en charge (« *dans la mesure où on me minimise la quantité de cigarettes [...] en fait on fait un peu un déni sur les conséquences médicales* » (MG15)).

La place du tabagisme peut être minimisée pour d'autres raisons. Les effets néfastes ne sont pas totalement niés, mais ils sont relégués au second plan derrière les difficultés du quotidien (« *c'est jamais majoré le tabac, c'est mineur, surtout avec le stress ambiant, dans les quartiers dits défavorisés* » [...] « *c'est des gens qui ont été en difficulté constamment* » [...] « *donc mourir c'est pas un problème* » [...] « *le peu de plaisir qu'on peut avoir sur cette terre on le prend* » (MG14)).

Dans ce contexte de responsabilité individuelle la prévention n'est pas une priorité, ni pour les patients (« *elles ne vont pas y aller en prévention* » (MG7)), ni pour les pouvoirs publics (« *de toute façon en France quelles que soient les pathologies et les actions, la prévention, malheureusement n'a jamais été au premier rang* » (MG18)), ni pour les médecins (« *plutôt dans le cadre thérapeutique, pas dans le cadre préventif, ça je le sens pas trop* », « *c'est pas une pathologie en tout cas ça ne nous concerne pas* » (MG17)).

Concernant la politique de santé publique les avis des médecins sont très contrastés. Aucun consensus n'émerge. On peut retenir une contradiction relevée par les médecins : des compétences trop nombreuses leur sont attribuées (« *on file tout sur le dos du généraliste* » (MG3)) et la reconnaissance n'est pas à la hauteur du travail accompli (« *en tant que médecin généraliste on se sent reconnu en rien, on n'en attend pas à ce niveau là du soutien, c'est pas génial* » (MG1), « *on est la dernière roue de la charrette* » (MG22)).

La notion de charge de travail disproportionnée en regard des revenus perçus par le médecin est récurrente (« *on travaille beaucoup, pour pas grand-chose* » (MG2)).

3.2.4 Femmes enceintes fumeuses

En consultation de médecine générale les médecins voient peu de femmes enceintes fumeuses. Pour certains médecins cet état de fait est dû à la culture dominante dans la population du quartier où ils exercent (« *les femmes que je voie enceintes ici c'est les comoriennes, elles ne fument pas* » (MG23), « *beaucoup de magrébines. Elles ne fument pas* » (MG5)), ou à l'origine ethnique des patientes (« *dans une population de musulmans, il y a des femmes qui fument mais c'est celles qui sont débarrassées de la religion* » (MG14)). Pour d'autres le choix professionnel pour le médecin de ne pas suivre les grossesses est à l'origine de cette faible représentation (« *je ne suis pas trop les femmes enceintes* » (MG10)). Une autre explication peut être un sentiment de culpabilité chez les femmes enceintes qui ne parviennent pas à arrêter de fumer. Il est possible également que les femmes enceintes fumeuses appréhendent d'obtenir une réponse plus moralisante qu'aidante de la part du médecin généraliste.

La majorité des médecins conseillent l'arrêt du tabac aux femmes enceintes fumeuses. Cette situation fait l'unanimité quand à la légitimité du médecin à intervenir. Dans l'esprit des médecins, lors d'une grossesse, l'arrêt du tabac va de soi, c'est une évidence. Certains considèrent que le sevrage tabagique dans son ensemble est plus facile pour la femme enceinte (« *pour la femme c'est le moment le plus facile* » (MG4), « *la personne qui est la plus facile pour ... c'est la jeune femme qui est enceinte. Donc là, elle a besoin de personne* » (MG7)).

Les médecins sont particulièrement attachés au concept de compréhension du risque chez la femme enceinte. Ils s'évertuent à le démontrer, et témoignent de leur incompréhension devant l'inefficacité de cette démarche (« *j'ai beau leur expliquer* » (MG19), « *elles recommencent après, c'est un peu incompréhensible* » (MG10)). Certains concluent au manque de jugement des patientes qui n'y adhèrent pas (« *il y en a beaucoup qui sont conscientes et qui arrêtent quand même. Mais il y en a d'autres, ça leur passe au-dessus* » (MG10), « *si elles fument c'est que vraiment elles sont décérébrées* » (MG24),

« elles ne sont pas assez cérébellées pour comprendre que ce n'est pas bon pour le bébé », « là contre ça vous ne pouvez rien, la stupidité » (MG21)).

Le fait qu'une femme enceinte puisse continuer à fumer est inacceptable et intolérable pour les médecins. Certains médecins sont émotionnellement impliqués et leur réactions en témoignent, allant du rejet (« éloigne-toi » (MG22)), à l'agressivité (« j'arrive presque à me fâcher avec mes clientes si elles voulaient continuer à fumer » (MG3), « je prends un peu plus souvent des réactions un peu plus... j'allais dire sauvages » (MG18), « c'est la guerre » (MG16)).

3.2.5 L'entourage du patient fumeur

Les rapports entre les fumeurs et leur entourage non-fumeur peuvent être conflictuels.

Les fumeurs sont décrits par les médecins comme des individus égoïstes, qui ne se soucient pas des conséquences de leur tabagisme sur leur entourage (« le fumeur ne se soucie pas de son entourage », « c'est très égoïste comme démarche », « « et moi docteur je fume avec lui », et lui qui dit « mais non, mais non » » (MG19), « ils s'en foutent de l'entourage » (MG14)). Parfois le fumeur peut s'engager dans un sevrage pour ne pas nuire à son entourage, mais ce n'est pas la règle (« il y en a un seul qui m'a dit « je viens d'avoir un bébé, je voudrais arrêter » » (MG19)).

L'entourage non fumeur peut être un soutien moral ce qui est plutôt favorable à la réussite de l'arrêt. Mais parfois il peut aussi exercer une pression sur le patient pour qu'il arrête de fumer, ce qui est contre-productif (« on va me dire « oui effectivement ma femme, mes enfants me font la guerre » » (MG15), « il y a des gens qui viennent plus sous la pression de l'entourage, ce qui n'est pas d'ailleurs un gage de réussite » (MG6), « généralement si on oblige les gens à s'arrêter de fumer ça ne marche pas » (MG11)).

Les proches d'un fumeur peuvent être un facteur déclencheur de l'arrêt tabagique, de plusieurs façons.

Le fait d'avoir un proche atteint d'une complication liée à son tabagisme peut être un élément déclenchant (« quand ils arrêtent c'est qu'il y a quelque chose qui a déclenché [...] ça peut être un malade grave dans la famille » (MG14), « un parent qui est décédé, ou qui a eu un cancer ... voilà il faut qu'il y ait un exemple aigu pour qu'ils se rendent compte du problème » (MG16)).

L'entourage peut montrer l'exemple en arrêtant eux-mêmes de fumer (« *il y en a beaucoup qui disent « au sein de ma famille il y en a qui se sont arrêté de fumer, donc ça m'a donné envie de m'arrêter »* » (MG9)). Il y a un effet d'entraînement favorable à la réussite du sevrage (« *ils ont arrêté à plusieurs, c'était un peu l'instant favorable pour y aller* » (MG10)).

Cet effet d'entraînement fonctionne cependant dans les deux sens. L'entourage fumeur peut donc représenter un frein à l'arrêt du tabac pour le patient, notamment en couple (« *il faut faire arrêter le couple en même temps [...] sinon ça ne marche pas, il y en a un qui continue à fumer, l'autre il refume au bout d'une semaine* » (MG24)).

Finalement fumer ou arrêter de fumer est avant tout une démarche personnelle (« *la démarche, elle est quand même perso* » (MG7)).

3.2.6 Formation

Les médecins s'accordent sur le fait qu'ils n'ont pas reçu de formation initiale, quel que soit l'âge du médecin (« *on n'en parle même pas à la faculté de médecine* » (MG16), « *dans mes études on en parlait pas* » (MG25)). Les seules informations transmises pendant les études sont celles concernant les risques du tabagisme pour la santé. Il peut s'agir d'un manque de connaissance sur le comportement addictif (« *c'est une question de volonté* » (MG12), « *c'est une volonté* » (MG18), « *c'est de la volonté* » (MG2), « *ceux qui sont déterminés à continuer... [...] on tombe sur un mur* » (MG8)), d'un manque de conviction quand à l'efficacité du suivi (« *un suivi non, je ne vois pas tellement ce que je pourrais apporter* » (MG19)). Un médecin témoigne de craintes dont on sait à l'heure actuelle qu'elles ne sont pas justifiées (« *il ne faut pas fumer avec le patch [...] parce que c'est très dangereux d'associer les deux* » (MG19)).

L'intérêt d'une formation complémentaire peut être reconnu (« *peut-être qu'on a quelques lacunes* » (MG15), « *on a toujours besoin d'apprendre* » (MG25), « *il y a un vrai déficit de formation* » (MG13)). D'autres doutent de l'intérêt d'une formation (« *on connaît les méfaits du tabac* » (MG7), « *est-ce qu'on peut parler trois quart d'heure du tabac ?* » (MG8), « *on n'a pas cinquante millions de traitements* » (MG16)).

Les sources d'information citées par les médecins sont variées. Il peut s'agir de formation médicale continue : conférences, revues, recherches personnelles du médecin notamment sur internet. Les représentants de laboratoires sont cités comme source d'information. Les médecins généralistes se réfèrent à leurs confrères spécialistes (« *les cardio* » (MG5), « *pneumologues* » (MG21). L'expérience, la pratique sur le terrain au quotidien est citée également comme source de connaissance (« *c'est dans la pratique qu'on voit exactement ce qu'il en est* » (MG3), « *tout ce que j'ai acquis c'est sur le terrain* » (MG18), « *notre pratique elle s'est faite au quotidien au cabinet médical* » (MG15)).

Les médecins identifient les limites de cette formation. Il y a beaucoup d'autres sujets sur lesquels un médecin généraliste doit se former régulièrement, il faut établir des priorités (« *il y a peut-être aussi d'autres sujets qui m'intéressent autant. On fait des choix* » (MG6)). Il faut pouvoir ensuite appliquer ces nouvelles connaissances au quotidien, sans quoi elles sont perdues (« *c'est une question de temps au cabinet, pouvoir le faire au cabinet* » (MG5), « *c'était il y a trois ans, peut-être que je me rappelle moins, faut refaire...* » (MG8)). Il y a aussi le problème des conflits d'intérêt pour certaines formations médicales continues (« *des week-ends de formation, c'est Champix qui paie [...] c'est orienté, forcément* » (MG8)). Certains médecins estiment qu'ils sont trop proches de la retraite pour que la formation ait un intérêt (« *à quelques années,... proche de ma retraite non, je ne le souhaite plus* » (MG15)).

3.2.7 Recours à d'autres professionnels

Les médecins s'accordent à dire que le recours à un autre professionnel peut avoir un intérêt dans certaines situations : faible motivation, rechutes multiples, forte dépendance, co-addictions, troubles du comportement alimentaire, troubles anxio-dépressifs.

Ce recours est justifié par les limites de leurs compétences (« *c'est bien aussi que ça passe par quelqu'un d'autre, pas seulement nous* » (MG23)), « [Les patients] *qui ont besoin d'un soutien plus important que ce que moi je peux leur apporter* » (MG6)). L'aide au sevrage tabagique requiert des compétences spécifiques (« *un suivi non parce qu'après c'est dégressif, ça c'est le pharmacien* » (MG19), « *s'il y a un accompagnement chimique* » (MG19)).

dans le cadre du sevrage tabagique, ça ne m'intéresse pas, c'est du domaine de la spécialité » (MG18), « je pense qu'eux sont mieux formés que nous pour gérer une addiction » (MG13), « la tabacologie demande à mon avis des connaissances » (MG 3)).

Les médecins sont critiques concernant les centres de tabacologie qui sont décrits comme impersonnels, donnant peu d'information sur leur fonctionnement, peu de retour lorsqu'on leur adresse un patient et étant en nombre insuffisant (« *un centre de tabacologie pour moi c'est un truc totalement déshumanisé » (MG3), « l'hôpital communique très très mal sur les centres » (MG23), « il n'y a pas de structure » (MG5)).*

Les médecins se tournent plus volontiers vers des confrères médecins (« *je vais pas les envoyer dans un centre de tabacologie, non. Il faudrait que j'ai un confrère médecin» (MG3).* Ils sont spécialistes de la prise en charge en tabacologie (« *ça m'est arrivé d'envoyer des patients chez un tabacologue » (MG20), « en particulier j'ai une amie qui est tabacologue » (MG18) ou spécialistes dans un domaine complémentaire (« j'ai beaucoup d'amis psychiatres » (MG13), « parfois à des pneumos qui sont pas loin d'ici » (MG11)) ou encore dans le domaine des médecines dites « parallèles » (« *je travaillais avec un hypno thérapeute médecin » (MG9), « j'ai un ami qui est acupuncteur » (MG17)).* Pour certains le statut de spécialiste apporte un crédit supplémentaire au conseil prodigué (« *il y aurait plus d'impact, un spécialiste quand il parle on l'écoute » (MG8)).**

Toutefois l'habitude en médecine générale est d'abord de prendre en charge le patient, avec ses propres connaissances (« *j'essaie de me dépatouiller dans mon coin » (MG21)).* On retrouve également des reviviscences de rivalités entre médecins généralistes et spécialistes (« *pourquoi vous voulez faire des spécialités ? » (MG2)).*

Le colloque singulier entre le patient et son médecin est un atout pour la prise en charge par le médecin généraliste et est difficilement transposable à une prise en charge par un autre professionnel (« *« docteur je préférerais que ce soit vous qui me suiviez » » (MG5), « c'est une démarche personnelle, entre le patient et moi » (MG7) , « ils préfèrent régler ce problème avec le médecin dont ils ont l'habitude », « le médecin qui connaît un petit peu leur vie » (MG20), « c'est déjà un peu compliqué pour venir déjà jusqu'ici, alors qu'ils me connaissent » (MG10)).* Une bonne relation médecin-patient est nécessaire : écoute de qualité, relation de confiance réciproque, bonne entente mutuelle. Elle favorise

l'adhésion et la réussite, c'est aussi un gain de temps au cours de la prise en charge (« *ça peut marcher que si c'est quelqu'un qu'on connaît bien, qui a confiance* » (MG7)).

Le patient est l'acteur de son sevrage tabagique, il fait preuve d'autonomie dans la gestion de ce sevrage. En médecine générale c'est le patient qui est à l'origine de la démarche de consultation. S'il fait le choix de consulter un autre professionnel, cela peut se faire indépendamment du médecin généraliste (« *quand ils sont vraiment motivés ils font la démarche tout seuls* » (MG23)). Le patient peut suivre ou non le conseil de son médecin généraliste pour aller vers un autre professionnel (« *c'est le patient lui-même qui bloque* » (MG7), « *même si je me suis débrouillé pour avoir des adresses, ils n'y vont pas* » (MG14)). Les filières de soins organisées par la CPAM sont en accès direct et bénéficient d'un remboursement intégral.

En dehors de ces filières et de la prise en charge en médecine générale qui règle également en grande partie le problème du coût, il existe une contrainte financière pour le patient. Une consultation de médecine générale est au moins partiellement remboursée, ce qui n'est pas le cas pour tous les autres recours (« *acupuncture, hypnose [...] ils n'iront pas. Parce que ça coûte cher* » (MG23)).

Les médecins allèguent le manque de connaissance des référents pour la prise en charge du tabagisme (« *moi je n'ai pas de réseau* » (MG7), « [la difficulté] *c'est trouver des gens qui s'en occupent* » (MG14), « *on est très mal informé* » (MG 5)).

Un médecin met en garde sur le fait qu'en cas d'échec lors du recours à un spécialiste, il existe un risque de justification pour le patient à continuer de fumer (« *« mais même pas le tabacologue il a été capable de m'arrêter* ». *Donc c'est un schéma qui les conforte dans une situation où ils voulaient être confortés* » (MG18)).

3.2.8 Emergence de deux points de vue

La conception de l'aide au sevrage tabagique semble varier entre deux positions : celle des médecins qui considèrent que fumer est un choix qui relève du libre arbitre de tout individu et celle des médecins qui considèrent que leur rôle est d'intervenir pour la santé du patient.

En réalité pour chaque médecin il existe des situations où la santé du patient prime et conduit à l'intervention du médecin. De la même façon pour chaque médecin dans certaines situations la liberté du patient de fumer prime et conduit le médecin à freiner son intervention.

On peut donc répartir les médecins en deux groupes, que nous allons décrire plus précisément. Ces groupes seront désignés arbitrairement par les noms « groupe 1 » qui correspond aux entretiens 1, 2, 3, 8, 13, 14, 17, 19, 23 et « groupe 2 » aux entretiens 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 24, 25.

3.2.8.1 Groupe 1 : Priorité à la liberté individuelle

Représentations du tabagisme

Le fait de fumer est un choix qui relève du libre arbitre de chacun : le médecin n'a pas à s'immiscer dans la vie privée du patient (« *c'est vrai que c'est une liberté qu'ils doivent avoir* » (MG8), « *c'est la vie privée* », « *on n'est pas des fascistes de la santé quand même* » (MG13)).

L'intervention du médecin est minimaliste et se limite à un conseil. Dans tous les cas c'est au patient de décider s'il veut suivre ce conseil ou non, l'initiative lui est laissée de faire le choix d'arrêter de fumer. Le médecin est passif et attend une démarche du patient (« *je ne parle pas du tabac, non. C'est le patient qui parle du tabac* » (MG17), « *c'est eux qui abordent le sujet, c'est pas moi* » (MG19)). Le patient est fortement responsabilisé (« *le sevrage tabagique ça ne concerne pas le médecin, ça concerne celui qui doit s'arrêter* » (MG17), « *ne pas se reposer sur le médecin, ne pas se reposer sur le médicament* » (MG2)).

Ces médecins conçoivent le conseil d'arrêt du tabac comme une atteinte à la liberté de l'individu. Ils critiquent le fait que le thème du tabac soit abordé par une injonction d'arrêt, ce qui semble être pour eux la façon habituelle d'aborder le sujet. Cette approche est jugée culpabilisante, agressive, moralisante. Aborder le sujet du tabac en dehors de certaines situations particulières risquerait de nuire à la relation médecin-patient. La crainte du médecin est que le fait de conseiller l'arrêt puisse être perçu comme un jugement, une stigmatisation du fumeur (« *ça peut-être vu comme une agression [...] Ça peut même venir comme un jugement aussi pour eux* » (MG1), « *s'il vient pour autre chose, je ne vais pas d'un coup lui dire « et au fait, vous fumez ? », non* » (MG19)).

Ces médecins ont plus tendance à relativiser les risques liés au tabagisme. Certains estiment ainsi que le risque est lié à la quantité de cigarettes fumées dans une journée, la réduction mettant à l'abri des complications (« *à partir du moment où le tabac est mal toléré, et quelque part, utilisé de façon excessive, bon obligatoirement ça entraîne des problèmes* » (MG17), « *quand ils me disent « cinq cigarettes », je dis « oui c'est pas beaucoup* ». » (MG19), « *des gens qui fument cinq cigarettes par jour, je réponds aucun problème* » (MG2)). Ils relativisent aussi de façon générale (« *les gens ont le droit de faire des erreurs* » (MG14), « *vivre tue aussi, si tu fume tu vas mourir quand même* » (MG2)).

Statut tabagique des médecins

Ces médecins sont majoritairement fumeurs (six médecins fumeurs sur les neuf médecins inclus dans ce groupe).

De même que le patient est libre du fumer ou non, le fait d'être fumeur pour le médecin ne concerne que lui-même (« *ils n'ont pas à le savoir* » (MG23), « *c'est notre vie privée* » (MG1)).

Certains médecins s'identifient aux patients fumeurs. Ils sont alors particulièrement sensibles à l'effet que peut produire un conseil d'arrêt chez le patient. De la même façon qu'ils ne souhaitent pas subir ce type d'interpellation, ils souhaitent également l'éviter à leurs patients (« *moi ça ne me plairait pas qu'on me dise : « t'arrête de fumer » donc je ne le fais pas* » (MG1), « *moi quelqu'un qui viens me dire [...] « tu voudrais pas arrêter de fumer ? », je lui dis « mais de quoi tu te mêles ? Je t'ai rien demandé.* » » (MG13)).

Ils estiment avoir une meilleure compréhension du patient fumeur, de par leur expérience (« *je les comprends* » (MG14)).

La connivence peut-être particulièrement forte entre le médecin et le patient fumeur (« *je me suis arrêté, euh... plusieurs fois, avec des patients* », « *la personne va dire pourquoi elle fume. Moi je lui explique aussi pourquoi je fume* » (MG2)).

Les médecins fumeurs en échec de sevrage peuvent se sentir moins convaincants (« *je n'ai pas réussi à me convaincre moi-même donc ça va être plus difficile de convaincre les autres* » (MG2)), ou avoir moins tendance à intervenir (« *probablement j'ai cette tolérance pour les autres* » (MG17)).

Attitudes des médecins

Certains médecins attendent du patient qu'il leur demande une aide au sevrage, et s'engagent alors dans un accompagnement du patient. D'autres estiment qu'ils n'ont rien à apporter au patient (« *ils ont la méthode et c'est à eux de gérer, moi j'ai rien à faire* »

(MG3). Cela peut être justifié par un défaut de formation (« *je ne suis pas formé du tout* » (MG14)), par un défaut de moyen (« *« si vous avez envie d'arrêter de fumer, eh ben arrêtez de fumer. Il n'y a pas d'autre solution* » » (MG17)), ou par manque de temps (« *je vois ce qu'ils arrivent à faire tout seul [...] moi je peux pas faire ça [...] j'ai pas le temps* » (MG14)). C'est au patient seul de mener cette démarche à son terme.

Nous avons vu que ces médecins sont très peu enclins à intervenir auprès du patient pour motiver l'arrêt du tabac. Lorsque ces mêmes médecins considèrent que la légitimité médicale l'autorise, ils peuvent cependant être amenés à faire cette démarche. C'est le cas en présence d'une pathologie avérée probablement liée au tabac chez le patient (« *On n'a pas à dire « faut pas fumer » [...] sauf s'il y a un problème de santé, auquel cas c'est notre devoir, travail de faire ça* » (MG13)) ou par exemple au cours d'une grossesse.

Les méthodes employées par ces médecins pour motiver le patient à arrêter de fumer sont en général coercitives et peu variées pour un même médecin. Fréquemment ils informent sur les risques du tabagisme (« *je leur dit que c'est toxique* » (MG2)), cela peut être présenté comme une menace (« *s'ils veulent un enfant normal ils ont intérêt, elles ont intérêt à ne plus fumer du tout* » (MG3)). Pourtant ces méthodes sont critiquées par les médecins. Elles sont inefficaces (« *dire la cigarette tue ça ne sert à rien* » (MG3), « *dire que c'est mal ils ne comprennent pas* » (MG14)). Et la contrainte a ses propres limites (« *je ne peux pas les prendre chez eux et les livrer là-bas* » (aux consultations de tabacologie) (MG14), « *je n'aime pas trop forcer les gens* » (MG8)).

3.2.8.2 Groupe 2 : Priorité à la santé

Représentations du tabagisme

Le rôle du médecin est de motiver le patient à arrêter, le médecin intervient auprès du patient en faveur du sevrage. La notion que le tabagisme appartient à la vie privée est présente dans les discours, mais avec une autre connotation. Le choix personnel libre que fait le patient de fumer est « *un privilège qu'ils s'octroient* » (MG21). C'est une réalité qui fait obstacle au sevrage (« *le côté libertaire des gens, aller contre ça, c'est pas toujours évident* » (MG25)).

Le conseil d'arrêt du tabac peut être donné dans les mêmes circonstances que pour les médecins du groupe 1 : pathologie avérée probablement liée au tabac, femme enceinte

fumeuse, demande du patient. Les médecins recherchent des opportunités pour aborder le sujet le plus fréquemment possible. Ainsi le tabagisme est également abordé lors de la création d'un dossier. Mais aussi lorsque le médecin suspecte que le patient fume à l'odeur (« *je le sens* » (MG25)). Un médecin associe le conseil avec un geste de l'examen clinique : l'auscultation (« *quand j'écoute les poumons je leur demande s'ils fument* » (MG11)). Certains médecins abordent des personnes rencontrées sur la voie publique en train de fumer, hors consultation (« *le jeune passe, il sent le tabac, « vous fumez ? »* » (MG22), « *L'adolescent de quatorze ans, que je surprends dans la rue en train de fumer* » (MG18)). Parfois le médecin déclare aborder le sujet de façon systématique. Mais ils nuancent ensuite leurs propos : il s'agit en fait de parler du tabac de façon très fréquente (« *à peu près systématique* » (MG20), « *quasiment systématique* » (MG12)).

Les risques du tabagisme pour la santé sont relatifs pour certains médecins, mais dans une moindre mesure (« *plus ceux qui fument, bon effectivement, qui ne doivent pas fumer, mais bon après on rentre dans une autre...* » (MG5), « *il faut bien avoir une petite addiction quelque part [...] c'est un peu embêtant que ça soit le tabac, mais bon il y a pire* » (MG10)).

Statut tabagique du médecin

Ces médecins sont majoritairement non-fumeurs et ex-fumeurs (huit médecins non-fumeurs, et cinq médecins ex-fumeurs sur les quatorze médecins inclus dans ce groupe).

Le tabac peut représenter un inconfort pour le médecin non-fumeur (« *j'avoue que je ne supporte plus le tabac. Moi personnellement quelqu'un qui fume c'est insupportable* » (MG5), « *je ne supporte pas l'odeur du tabac* » (MG22)).

Ils considèrent que c'est un avantage, qu'ils peuvent se placer en exemple (« *je ne fume pas [...] l'exemple est quand même bien* » (MG10)). Cela apporte de la crédibilité à leur démarche et les autorise à être moralisateur (« *je ne fume pas [...] donc je peux leur conseiller* » (MG11), « *je peux les gronder* » (MG18)).

Un médecin ex-fumeur est tenté d'appliquer aux patients les apprentissages de son expérience personnelle de sevrage (« *il y a certaines clopes qu'on ne peut pas arrêter comme ça : celle du matin, celle du café à midi... Alors je leur dis « celle là vous la gardez parce que c'est la plus dure »* » (MG16)).

L'idée est avancée que pour certains patients le fait que le médecin n'ait pas fait l'expérience de l'addiction tabagique est un défaut (« *ils pourraient penser que je ne sais pas ce que ça veut dire* » (MG10), « *peut-être que je ne vais pas comprendre réellement le*

besoin de continuer » (MG7), *« j’essaie de comprendre les difficultés du sevrage »* (MG15)).

Pour deux médecins fumeurs en échec de sevrage, leur statut serait à l’origine de leur pessimisme dans l’aide au sevrage tabagique (*« peut-être parce que moi je suis fumeuse, je n’arrive pas à m’arrêter, donc ça me semble quelque chose de difficile d’arrêter »* (MG6), *« je suis un peu plus pessimiste au départ »* (MG4)).

Attitudes des médecins

Les méthodes employées par ces médecins pour motiver le patient à arrêter de fumer sont variées. Un même médecin peut alterner une attitude tantôt empathique, et tantôt coercitive. Ceci est lié au contexte de consultation. Dans les situations jugées « critiques » (pathologies sévères aggravées par le tabagisme, grossesse), le médecin aura plus souvent une attitude directive, sans concession. Alors qu’avec un patient « tout venant » il pourra être plus ouvert à la discussion, plus attentif.

Les méthodes coercitives sont les mêmes que celles décrites précédemment. Des méthodes empathiques s’y ajoutent. Les médecins informent les patients sur les bénéfices de l’arrêt (*« [il faut] leur montrer le bon côté de la chose »* (MG9)). Ils positivent (*« il ne faut pas permettre aux gens de croire que c’est une frustration »* (MG9)). Ils encouragent les patients (*« redonner confiance », « ne jamais désespérer, toujours faire confiance et essayer d’aller de l’avant »* (MG15)). Ils se montrent disponibles (*« je suis toujours là »* (MG10)).

La répétition est fréquemment citée comme méthode pour amener le patient à l’arrêt. Elle est perçue de façon ambiguë. Elle est incontournable mais pénible pour les patients (*« je radote [...] ça doit les faire suer »* (MG25)). Elle n’est pas non plus agréable à pratiquer pour le médecin. Souvent citée avec un note de lassitude, elle est assumée par le médecin qui ressent le besoin de se justifier (*« je vais vous harceler à chaque consult, c’est mon rôle »* (MG24)).

Chaque occasion pour le médecin généraliste d'aborder le thème du tabac avec un patient est unique. Chaque intervenant a ses propres particularités : le patient, de par son parcours de fumeur, ses caractéristiques personnelles, sa motivation à l'arrêt, son entourage ; le médecin, de par sa relation particulière avec ce patient, son vécu de l'aide au sevrage tabagique, ses connaissances, ses contacts professionnels, sa position vis-à-vis du tabagisme du patient. Cette interaction se déroule dans le contexte de la consultation de médecine générale. Elle possède ses propres contraintes de temps et de thèmes de santé nombreux à aborder. Elle est régit par des habitudes de fonctionnement bien ancrées : démarche du patient, réponse attendue du médecin.

4. DISCUSSION

4.1 Validité interne

Cette enquête possède certains atouts :

-Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies.

-La saturation des données a pu être obtenue du fait de la taille de l'échantillon.

Ce qui ne doit pas occulter ses faiblesses :

4.1.1 Biais internes

Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, l'enquêtrice ne peut pas vérifier que les personnes interrogées font ce qu'elles disent.

L'échantillon, bien que diversifié, ne concerne que des médecins généralistes exerçant dans la ville de Marseille.

Lorsque les médecins ont été contactés par téléphone, certains n'ont pas souhaité participer à l'enquête (biais de recrutement). Les motifs avancés étaient : un désintérêt pour le thème de l'enquête, le sentiment de ne pas avoir d'information pertinente à apporter notamment du fait d'une faible pratique de l'aide au sevrage tabagique, le manque de disponibilité pour se prêter à l'enquête.

Le premier médecin recruté l'a été par l'entremise d'un médecin tiers. Ce mode d'accès indirect présente l'inconvénient d'ajouter à la demande de l'enquêtrice une demande amicale tierce pouvant brouiller le cadre contractuel de la communication.

4.1.2 Biais externes

Dans un souci de commodité pour les médecins, et afin de faciliter l'inclusion, le lieu de travail était le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (téléphone, secrétaire, femme de ménage). Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens. La fatigue liée à l'activité professionnelle a pu influencer certaines réponses, en particulier lorsque l'entretien était réalisé en fin de journée.

4.1.3 Biais d'investigation

Lors du recueil des données, l'enquêtrice interrogeait l'enquêté d'une manière qui peut influencer son discours. L'enquêtrice était de la même profession que les enquêtés. Ceci a pu faciliter le dialogue, la connivence, mais aussi provoquer une réticence à se confier de peur d'être jugé. L'enquêtrice était plus jeune et moins expérimentée que les enquêtés, dans certain cas le médecin interviewé a pris une position de conseil, facilitant peut-être la confiance. Lors d'un entretien le genre et l'âge de l'enquêtrice a conduit l'interviewé à se positionner en opposition.

Le canevas d'entretien a été modifié à la suite du 7^{ième} entretien (cf. chap. Méthode, réalisation du canevas d'entretien). Ceci a pu influencer les réponses des médecins interviewés.

4.1.4 Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par une seule et même enquêtrice. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

4.2 Principaux résultats

Quels enseignements peuvent être tirés des discours des médecins généralistes interviewés ? L'analyse de ces données apporte-t-elle des pistes de compréhension au sujet de l'implication des médecins généralistes dans l'aide au sevrage tabagique ? Quels aménagements sont possibles pour favoriser cette démarche ?

4.2.1 L'aide au sevrage tabagique en médecine générale

Par certains aspects, la prise en charge en médecine générale se prête mal à l'aide au sevrage tabagique.

Les consultations de médecine générale ont lieu à l'initiative du patient. Le thème du tabagisme occupe donc une place secondaire dans cette rencontre, à moins d'être le motif principal de consultation du patient. Pour certains médecins, aborder le tabagisme du patient peut être perçu comme une intrusion dans le déroulement de la consultation. Un

conflit peut apparaître entre le problème de santé pour lequel le patient vient consulter et un éventuel besoin identifié par le médecin (33). Or pour être efficace l'intervention du médecin généraliste en faveur du sevrage doit s'appliquer au plus grand nombre de patients (11). Cela implique une attitude active du médecin pour aborder le sujet du tabac.

De même le suivi en médecine générale est à l'initiative du patient. La continuité dans l'aide au sevrage tabagique a montré son efficacité (12). Elle ne peut être obtenue que si le médecin et le patient en sont persuadés.

Le rôle du médecin est d'apporter une réponse au problème soumis par le patient. Les médecins généralistes interviewés formulent à ce sujet le souhait de traitements et de conduites à tenir efficaces.

La réponse apportée par le médecin comprend généralement en France la rédaction d'une ordonnance. Une étude qualitative apporte quelques éléments de compréhension. Les médecins généralistes français exercent dans une logique de réparation de la souffrance du patient. Prescrire revient à montrer que l'on prend cette souffrance en considération. La prescription répond à une attente du patient, à laquelle le médecin est directement confronté en raison de l'accès direct aux médecins généralistes en France. C'est aussi une façon de légitimer les compétences du médecin. En raison du paiement à l'acte, le médecin peut être amené à prescrire pour fidéliser sa clientèle (36).

En ce qui concerne l'aide au sevrage tabagique, cette position est inconfortable. Les moyens thérapeutiques existent mais leur efficacité reste limitée.

L'attitude des médecins généralistes dans la prise en charge du tabagisme de leurs patients est très variée, les médecins n'ayant pas constaté l'efficacité d'une méthode plutôt qu'une autre. Cependant deux notions dominent : celle que la connaissance du risque est un fort levier de motivation, et la tentation pour le médecin d'être coercitif. Or les arguments rationnels ou scientifiques en faveur du sevrage, venant seulement du médecin en posture d'expert, ont peu de chance d'être entendus. Critiquer, culpabiliser ou blâmer sont des attitudes peu efficaces. Ces attitudes dénotent d'un manque de connaissance des médecins vis-à-vis des mécanismes de dépendance.

Certains médecins ont parfois tendance à orienter leur prise en charge sans consulter le patient. D'une part car ils estiment bien le connaître, d'autre part car catégoriser les patients leur permet d'adapter leur prise en charge. Cependant cataloguer le

patient selon ce qu'il est ou ce dont il est atteint peut conduire à ne pas l'écouter. Les méthodes d'aide au sevrage tabagique se basent essentiellement sur un accompagnement du patient, celui-ci est acteur de son sevrage, et peut être soutenu et guidé par le médecin.

Le conseil minimal d'arrêt du tabac est une des recommandations. L'efficacité de ce conseil se base sur son caractère systématique (11). D'après les médecins interviewés l'application d'un conseil systématique en médecine générale se heurte à plusieurs difficultés. Le sentiment d'intrusion et de non légitimité du médecin a déjà été abordé. Une autre difficulté est de définir, parmi les très nombreux thèmes abordés en médecine générale, lequel plutôt qu'un autre devrait être abordé systématiquement. Il faut également pouvoir ménager du temps pour réaliser ce conseil, dans une consultation qui comporte parfois plusieurs motifs de recours. Dans une étude multicentrique incluant douze pays européens, 36% des professionnels de santé rapportaient conseiller un arrêt du tabac chez les patients de façon systématique (37).

Pourtant on peut supposer que le fait d'éluder le sujet peut parfois avoir des conséquences délétères : « ne pas dire le moindre mot sur le tabac à un fumeur est un message très négatif qui va le conduire à considérer plus encore que fumer n'est pas un problème pour lui car son médecin ne lui pose même pas la question » (18).

Le caractère qualitatif de cette étude permet de dépasser les affirmations anonymes d'un questionnaire quantitatif. Au cours des entretiens il s'est avéré que la majorité des médecins ne connaissaient pas le conseil minimal d'arrêt du tabac, et qu'aucun ne le pratiquaient systématiquement au sens strict du terme. Tout au plus le médecin généraliste peut-il chercher des moyens d'aborder le sujet plus fréquemment. Ainsi le tabagisme est abordé dans deux circonstances. Lorsque le médecin s'estime légitimement autorisé à l'aborder : demande du patient, suspicion d'une pathologie liée au tabagisme, grossesse. Et lorsque les circonstances permettent au médecin de penser à aborder le tabagisme : création de dossier, odeur de tabac, auscultation anormale, patient surpris en train de fumer, association à un geste de l'examen clinique. Cette façon de faire n'a pas été évaluée quant à son efficacité.

Les médecins généralistes et leurs patients abordent la plupart du temps la consultation d'aide au sevrage tabagique avec des attentes irréalistes et une façon de faire peu adaptée. Ceci est une explication au fait que la majorité des médecins généralistes témoignent d'un vécu pénible de l'aide au sevrage tabagique.

4.3.1 Le fumeur, le médecin généraliste, la société

Le tabagisme est avant tout le comportement d'un individu. Depuis l'émergence du tabagisme en France, son image s'est progressivement modifiée. Alors qu'il pouvait être associé à l'élégance, au savoir-vivre, à la liberté d'esprit, son statut est maintenant plus nuancé. Les débats à propos du tabagisme passif ont aboutis à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, le fumeur est maintenant stigmatisé comme « gêneur ». Le comportement tabagique est identifié comme une addiction, et une activité à risque pour la santé de celui qui s'y exerce. Selon l'enquête EROPP (enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) réalisée en 2002, plus de six enquêtés sur dix jugent que le tabagisme pose davantage de problèmes à la société que l'usage de drogues interdites à la consommation (38). La tendance est de considérer que l'arrêt du tabagisme est plutôt souhaitable. Il est de la responsabilité du fumeur de mettre fin à ce comportement.

Dans la majorité des cas les fumeurs entreprennent un sevrage tabagique seul. D'après un enquête européenne 82% des fumeurs européens n'ont pas consulté de médecin ni de professionnel de la santé lors de leur dernière tentative pour arrêter de fumer (39).

Les médecins généralistes se trouvent coincés entre deux réalités. Celle du patient qui considère que c'est à lui seul de gérer son tabagisme. Celle de l'autorité de santé publique qui recommande aux médecins d'intervenir systématiquement auprès des patients en faveur de l'arrêt du tabac.

Dans ce contexte les médecins généralistes éprouvent des difficultés à définir leur rôle et à se positionner face au patient.

Certains seront plus sensibles à l'influence de l'opinion publique et auront tendance à limiter leur intervention. Ceci explique l'appréhension qu'ont certains médecins à aborder le sujet avec leurs patients, de peur d'être trop intrusif. Cette notion est déjà présente dans la littérature en 2004 : « Le tabagisme est parfois encore considéré comme faisant partie de la vie privée du patient » (33). Cette enquête indique que cette opinion est toujours présente chez les médecins généralistes.

Pour d'autres médecins le rôle professionnel est au premier plan, ceux-ci ont moins de réticences à appliquer les recommandations en matière d'aide au sevrage tabagique.

Les médecins interviewés témoignent de la relative autonomie des patients en ce qui concerne le sevrage tabagique. Certains patients se tournent parfois vers le médecin généraliste pour lui demander conseil en matière de sevrage tabagique. Les médecins perçoivent alors une certaine exigence d'efficacité dans leur demande. Une fois que le patient décide de faire appel au médecin généraliste, il se déresponsabilise de la démarche. En somme l'influence du patient sur le déroulement de l'aide au sevrage tabagique est centrale.

L'évolution de la relation entre le médecin généraliste et le patient apporte quelques éléments de réponse : « la médecine est maintenant un service », le patient « a des habitudes de clients en tout lieu », « ses attentes se sont modifiées avec les habitudes ». Ce ne serait donc pas une déviance des patients à rectifier, mais une évolution logique, à laquelle les médecins généralistes doivent s'adapter. « Les médecins vivent une perte d'image et une crise identitaire. Confrontés à un métier qui devient de plus en plus complexe et agressif, et exige un sentiment d'identité fort, les médecins sont au contraire banalisés » (40).

En majorité les médecins généralistes interviewés considèrent qu'il fait parti de leurs rôles d'aborder le sujet du tabagisme avec leurs patients. Cette notion théorique de prévention est assimilée mais ne correspond pas à la pratique de chacun de ces médecins. La prévention touche de nombreux domaines de la santé, certains liés au mode de vie des individus. Le principal frein rencontré par les acteurs de santé pour mettre en pratique les actes de prévention est le sentiment d'une intrusion illégitime dans la vie privée de l'individu.

Il est communément admis que le tabagisme est un comportement sous la responsabilité de l'individu fumeur. La tendance est de considérer que l'arrêt du tabagisme est plutôt souhaitable. De ce fait le fumeur en échec de sevrage peut ressentir de la culpabilité. En tant que patient il peut avoir un comportement qui fait obstacle à la prise en charge en médecine générale, en ne se présentant pas aux consultations de suivi, ou en faisant de fausses assertions sur son tabagisme. Il ne faut pas négliger la part de déni dans ce comportement : « les fumeurs sont capables de se doter de croyances convaincantes qui leur permettent de nier le risque induit par le tabagisme, ou du moins de le relativiser, au moins pour eux-mêmes » (41).

Concernant l'aide au sevrage tabagique, on peut estimer que certaines contre-attitudes des médecins sont communes à celles décrites en alcoologie (42)(43). Ainsi les médecins fumeurs s'identifient parfois au patient fumeur, se montrent pessimistes et découragés dans l'aide au sevrage tabagique lorsqu'ils sont eux-mêmes en échec de sevrage. La limite entre l'expérience personnelle du médecin fumeur ou ex-fumeur et sa prise en charge est parfois mal définie. La relation personnelle que le médecin a quand au mensonge, à la mauvaise fois, au déni des patients intervient également. Les médecins généralistes gagneraient à prendre conscience et analyser leurs préjugés et contre-attitudes en matière de tabagisme.

4.3.2 Perspectives

4.3.2.1 *Connaissances et formation*

Cette étude permet de mettre en évidence un besoin réel de formation des médecins généralistes dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique. Cependant les médecins ne perçoivent pas tous l'intérêt de cette formation. De plus « la question de la définition d'une formation pertinente en médecin générale dans un contexte de l'accroissement exponentiel de la masse des connaissances, à l'évidence impossible à maîtriser par un individu, n'est pas posée » (36). Il s'agit d'un problème de fond qui justifierait un effort de réflexion collectif.

La question d'une formation adéquate des médecins généralistes est centrale si l'on veut pouvoir s'appuyer sur eux pour faire une aide au sevrage tabagique satisfaisante. Il n'est pas question de formater à l'extrême cette prise en charge, ni de gommer les particularités de chaque médecin généraliste, qui sont au contraire des atouts. Mais simplement de leur donner les moyens de mieux appréhender le comportement addictif tabagique.

L'enseignement en formation initiale concernant l'aide au sevrage tabagique est aléatoire et marginal. Au vu des discours des médecins interviewés, des connaissances complémentaires leur seraient utiles concernant le processus de dépendance, les techniques motivationnelles et les traitements médicamenteux disponibles.

En ce qui concerne la formation continue, il s'agit d'une obligation professionnelle dont l'organisation et la réalisation incombe à chaque médecin généraliste. Elle est donc soumise à des contraintes de temps et de choix des thèmes abordés. Les médecins interviewés ont parfois une attitude attentiste à ce sujet : ils se considèrent mal informés, souhaiteraient être démarchés pour ces formations.

Les médecins généralistes interviewés témoignent d'efforts multiples mis en œuvre pour motiver les patients à arrêter de fumer et d'un sentiment d'impuissance à ce sujet. Une façon d'amener le patient à prendre la décision de l'arrêt du tabac est de le guider par l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel a pour objectif d'aider le patient à modifier un comportement, par exemple éviter un comportement néfaste comme c'est le cas avec le tabac. Il permet d'aider le patient à prendre la décision d'un sevrage tabagique, et à maintenir son abstinence dans la durée.

Pour les médecins généralistes, cela implique de passer du schéma classique de résolution par le médecin du problème posé par le patient, à un schéma où la résolution du problème est obtenue par les efforts réunis du médecin et du patient. Un rapport collaboratif s'instaure entre le médecin et le patient. Le médecin a un rôle de conseiller et de guide, il permet au patient d'acquérir des connaissances qui lui seront utiles dans son sevrage. Le patient est l'acteur du sevrage, son expertise en ce qui concerne son propre tabagisme est déterminante. L'autonomie et la capacité du patient à obtenir un changement de comportement sont valorisées par le médecin. Il doit conduire le patient à prendre conscience de son ambivalence, c'est-à-dire l'écart entre son comportement actuel et ses valeurs de références. Le médecin doit identifier les attitudes de résistance du patient et ne pas s'y opposer. Une attitude empathique est indiquée vis-à-vis du point de vue du patient. (45).

Les médecins pour qui l'aide au sevrage tabagique est associée à un ressenti plutôt agréable citent ce mode de communication différent. On peut supposer qu'ils sont plus enclins que d'autres médecins à apporter leur aide dans ces conditions.

Le tabagisme s'apparente à une pathologie chronique de par son évolution chronique émaillée parfois de rechutes et de complications somatiques. Le patient est

l'acteur principal du sevrage tabagique. L'éducation thérapeutique peut être considérée comme une stratégie d'aide au sevrage, qui mériterait d'être enseignée aux médecins généralistes.

Les médecins de premier recours manquent d'outils pratiques accessibles pour les aider dans la prise en charge des patients fumeurs. Les recommandations ne correspondent plus aux pratiques ni aux traitements actuels. Il n'existe pas de guide pratique auquel se référer. Ceci peut expliquer que les médecins se sentent démunis pour initier une prise en charge d'aide à l'arrêt du tabac. De nouvelles recommandations sont en cours d'élaboration et devraient voir le jour au cours du deuxième trimestre 2013 (19).

4.3.2 Recours à d'autres professionnels

Une des possibilités de soutien des médecins généralistes dans l'aide au sevrage tabagique concerne le partage de compétences. Il ressort de cette enquête que les médecins généralistes manquent de recours pour les soutenir dans la démarche d'aide à l'arrêt du tabac.

Ils ont un à priori plutôt négatif des centres de tabacologie. Cet à priori négatif sur ces « centres » se fait peut-être par analogie avec l'hôpital, en opposition avec les spécialistes de ville qui restent plus accessibles, en tant qu'individus.

Ces recours, pour être effectifs, doivent être particulièrement bien articulés avec la pratique des médecins généralistes. Or les médecins décrivent ici une prise en charge éparse et cloisonnée. La réponse se trouve peut-être dans les réseaux, qui placent le patient et son médecin généraliste au cœur de la prise en charge, tout en apportant une expertise et des facilités financières. Le médecin généraliste reste le référent, l'intervenant principal et il est soutenu par d'autres professionnels, aux compétences complémentaires. Il pourrait s'agir d'avoir recours à des tabacologues, mais également à d'autres professions de santé (par exemple diététicienne, psychologue, sage-femmes...). Cela implique une bonne communication entre les médecins généralistes, qui ont des attentes précises à ce sujet, et les recours possibles, sur lesquels les médecins ont peu d'information. A ma connaissance il n'existe pas de réseau de ce type à Marseille.

Tous les départements français disposent depuis 2004 d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Le nombre de consultations d'aide à l'arrêt du tabac a augmenté de plus de 70 % entre 2003 et 2008, passant de 400 à environ 650 actuellement à l'échelle nationale. Plus de la moitié des patients (56,5%) sont adressés par un professionnel de santé et 38,7 % consultent suite à une démarche personnelle (19).

A Marseille il y a trois centres de consultations hospitalières de tabacologie. Cela représente huit demi-journées de vacation par semaine. Les délais de rendez-vous vont de quinze jours à un mois. Il existe également deux centres privés en addictologie. Deux cabinets médicaux libéraux sont référencés en tabacologie sur Marseille. Ces informations sont parcellaires et peu accessibles. L'offre de soin dans ce domaine n'est pas importante au vu de la densité de population, pourtant les délais ne sont pas excessifs. Cette situation paraît confirmer le défaut d'information des médecins généralistes et des patients.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR Myriam SCIOLLA

TITRE : Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique

Dans la lutte contre le tabagisme, les médecins généralistes ont un rôle à jouer. De par la fréquence des contacts avec les patients au cours d'un suivi régulier, la connaissance fine du contexte et des antécédents du patient, le dialogue qui s'est établi à travers une relation privilégiée inscrite dans la durée, les médecins généralistes ont une situation privilégiée pour promouvoir l'arrêt du tabac. Cependant leur implication dans cette action de santé publique reste limitée.

La réalisation d'une enquête qualitative a permis de donner la parole aux médecins généralistes, afin de mieux comprendre l'origine de cette contradiction.

La majorité des médecins généralistes interviewés considèrent qu'aborder le sujet du tabac avec leurs patients fait parti de leur rôle de soignant. L'idée que le médecin se fait de son rôle n'est donc pas l'élément principal qui explique le défaut d'investissement des médecins dans ce domaine. Au cours de l'interaction du médecin avec son patient, lorsqu'il s'agit d'aborder le thème du tabac, de nombreux facteurs interviennent.

Avant d'être un facteur de risque pour la santé reconnu en médecine, le tabagisme est un comportement social. Fumer est un mode de vie choisi et assumé. Il revient au fumeur de décider et de mener l'arrêt de son tabagisme seul. Sa motivation est déterminante dans la réussite de cette entreprise. Le médecin généraliste, tout professionnel de santé qu'il soit, est également un individu soumis à l'influence de l'image du fumeur. Ceci explique que certains médecins considèrent que fumer est un comportement relevant d'un choix de mode de vie. Intervenir auprès du patient en faveur de l'arrêt du tabac s'apparente dans ce cas à une intrusion dans la vie privée d'un individu.

Certains facteurs relèvent de la relation médecin-patient. Les médecins généralistes sont confrontés à des patients plus autonomes, qui déterminent la problématique à aborder

en consultation et plus exigeants quant à leurs attentes vis-à-vis du médecin. Dans ce contexte le médecin éprouve le besoin d'avoir une légitimité médicale pour intervenir.

Le champ des compétences attribuées à la médecine générale est mal défini, trop étendu. En particulier dans le cadre de la dépendance tabagique, les médecins interviewés manquent de connaissances. Ceci est à l'origine d'une incompréhension du comportement tabagique et d'un sentiment d'impuissance concernant l'aide au sevrage tabagique.

La marge de progression est grande en ce qui concerne la pratique de l'aide au sevrage tabagique en médecine générale.

Entre les attentes des patients et des autorités de santé publique, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à définir leur place. Une réflexion collective paraît nécessaire pour permettre aux médecins généralistes de retrouver un statut face aux patients dans la société actuelle.

Pour soutenir l'aide au sevrage tabagique en médecine générale, des propositions pragmatiques peuvent être faites.

Le développement de la formation initiale en tabacologie pourrait permettre de motiver davantage de médecins généralistes à s'impliquer dans cette démarche. Les médecins présentant un intérêt et une disposition personnelle pour l'aide au sevrage tabagique seraient ensuite libres d'approfondir leur connaissances en formation continue.

L'élaboration de recommandations utiles dans la pratique quotidienne ambulatoire du médecin généraliste serait appréciable.

Une des possibilités de soutien des médecins généralistes concerne le partage de compétences. Il ressort de cette enquête que les médecins généralistes utilisent peu les recours existants. Ils ont des attentes précises à ce sujet, les prendre en compte améliorerait leur efficacité.

Le conseil minimal d'arrêt du tabac n'est pas réalisé de façon systématique par les médecins interviewés. Cette recommandation semble ne pas être compatible avec la

pratique de terrain de la médecine générale. Cependant ne pas donner ce conseil peut être interprété par le patient comme une autorisation à fumer. Une façon de faire intermédiaire, mais non évaluée, est de donner ce conseil le plus fréquemment possible.

Le changement de comportement est un processus long et complexe. Le fumeur pour aboutir à l'arrêt du tabac, et le médecin généraliste pour modifier sa prise en charge de l'aide au sevrage tabagique rencontrent chacun des difficultés.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 22/10/2012

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR C. BRAMBILLA

CMU de Grenoble
Pôle Cancérologie, Médecine Aiguë
& Communautaire
Pneumologie - Consultations
Pr C. BRAMBILLA
N° RPPS : 10003869384

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection de Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CES	Certificat d'Etude Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EFR	Exploration Fonctionnelle Respiratoire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPU	Enseignement Post Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
GGT	Gamma Glutamyl Transférase
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de Confiance
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
ITC	International Tobacco Control
LP	Libération prolongée
OAP	Œdème Aigu du Poumon
OGC	Organisme Gestionnaire Conventionnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PC	Poste Central
RSA	Revenu de Solidarité Active
TNS	Traitement Nicotinique de Substitution
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
ZRU	Zones de Redynamisation Urbaine

BIBLIOGRAPHIE

1. BEH, InVS. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
2. INPES. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolution récentes du tabagisme en France. 2010. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr>
3. ANAES. Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac. 1998. Disponible sur : <http://www.treatobacco.net>
4. AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. 2003. Disponible sur : <http://superieur.deboeck.com>
5. ANAES. Conférence de consensus. Grossesse et tabac. 2004. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
6. Association Française de Chirurgie, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Office Français de prévention du Tabagisme. Conférence d'experts. Tabagisme péri-opératoire. 2005. Disponible sur : <http://www.sfar.org>
7. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. 2007. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
8. HAS. Synthèse d'avis de la commission de transparence. Champix (varénicline), Intérêt clinique en seconde intention dans le sevrage tabagique après échec des traitements nicotiques de substitution. 2009. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
9. RAW M, McNEILL A, WEST R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals—A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*. 1998 déc;53(Suppl 5):S1-S18.
10. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Mólken MPMH. Cost-Effectiveness of Face-to-Face Smoking Cessation Interventions: A Dynamic Modeling Study. *Value in Health*. 2005 mai;8(3):178-90.
11. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction*. 1999 janv;94(1):125-32.
12. Mc F. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory care*. 2000 oct;45(10):1200.
13. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2002;6(16):1-245.
14. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000146.
15. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD000031.

16. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD000165.
17. International Tobacco Control. Rapport national ITC France. 2011. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr>
18. Dautzenberg B. Le tabagisme de la clinique au traitement. *MED'COM.* 2010.
19. HAS. Note de cadrage. Arrêt de la consommation de tabac: du repérage au maintien de l'abstinence. 2012. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
20. Aubin Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142.
21. Etilé F. L'analyse économique des politiques publiques du tabagisme. *Psychotropes.* 2006;12:34.
22. Lanoë JL, Dumontier F. Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids. *INSEE première.* 2005 nov;(1068):3-4.
23. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2000 mars;50(452):207-10.
24. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract.* 2009 sept;59(566):682-90.
25. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. *Scand J Public Health.* 2002;30(2):141-7.
26. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract.* 1996 févr;46(403):87-91.
27. Mowat DL, Mecredy D, Lee F, Hajela R, Wilson R. Family physicians and smoking cessation. Survey of practices, opinions, and barriers. *Can Fam Physician.* 1996 oct;42:1946-51.
28. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction.* 2005;100(10):1423-31.
29. Gokirmak M, Ozturk O, Bircan A, Akkaya A. The attitude toward tobacco dependence and barriers to discussing smoking cessation: a survey among Turkish general practitioners. *International Journal of Public Health.* 2010;55(3):177-83.
30. Goldberg RJ, Ockene IS, Ockene JK, Merriam P, Kristeller J. Physicians' attitudes and reported practices toward smoking intervention. *J Cancer Educ.* 1993;8(2):133-9.
31. Young JM, Ward JE. Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice.* 2001 janv 1;18(1):14-20.

32. Tessier JF, Rene L, Nejari C, Belougne D, Moulin J, Freour P. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. *Tob Control*. 1993 sept;2(3):226-30.
33. Martinet Y, Bohadana A. *Le tabagisme: De la prévention au sevrage*. Elsevier Masson; 2004.
34. Gautier A. *baromètre santé médecins/ pharmaciens 2003*. INPES; 2003.
35. Gautier A. *baromètre santé médecins/ pharmaciens 2009*. INPES; 2009.
36. Bloy G, Schweyer FX. *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes; 2010.
37. Puska PMJ, Barrueco M, Roussos C, Hider A, Hogue S. The participation of health professionals in a smoking-cessation programme positively influences the smoking cessation advice given to patients. *Int. J. Clin. Pract.* 2005 avr;59(4):447-52.
38. Beck F et al. Le tabagisme aujourd'hui en France : quelques données de cadrage. *Psychotropes*. 2006;12:20.
39. Eurobaromètre Spécial. L'attitude des Européens à l'égard du tabac. *TNS opinion et social*. 2007;272:16.
40. Audouin L, Orlewski, M. *Du patient au client, L'art de fidéliser la clientèle médicale*. Paris: Médical Marketing International; 1999.
41. Peretti-Watel P. Le chemin de croix de la lutte antitabac. Éléments pour éclairer les difficultés de la prévention du tabagisme. 2006. Disponible sur : <http://www.cairn.info>
42. Descombey JP. *Précis d'alcoologie clinique. Les contre-attitudes médicales*. Dunod. Paris; 1994.
43. Gache P. Prise en charge du patient alcoolodépendant : préjugés et contre-attitude. *Médecine et hygiène*. 58(2316):1943-6.
44. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. InterEditions; 2006.
45. Rollnick S, Miller WR. *Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation*. InterEditions; 2009.

REFERENCES

Recherche qualitative :

- Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale ; 2011.
- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. Editions Armand Colin Collection : 128 ; 2007.
- Kaufmann. L'entretien compréhensif. Collection : 128 ; 1996.

Tabacologie :

- La lettre du collège de France. Le tabac. Hors série ; 2010.
- Nourrisson D. Cigarette : histoire d'une allumeuse. Editions Payot : Paris ; 2010.
- Huisman JP. Comment parler du tabac avec les fumeurs ? Editions LC ; 2009.
- Dr Aubin, Dupont, Lagrue. Comment arrêter de fumer ? Editions Odile Jacob : Paris ; 2004.
- Carr A. La Méthode simple pour en finir avec la cigarette ; 2004.
- Molimard R. La fume : smoking. Editions SIDES ; 2003.
- Perriot J, Llorca PM, Libbey J. Tabacologie et sevrage tabagique. Editions Eurotext : Paris ; 2003.
- Cogneq-Soubigou D. Le tabagisme et ses paradoxes : une approche psychosomatique. Editions l'Harmattan ; 1998.
- Pr Dautzenberg B. Le tabagisme. Editions Privat ; 1996.
- Fréoul P. Le médecin le fumeur et le tabac. Editions Maloine ; 1987.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire « CAGE » ou « DETA »

Questions	Réponse	
1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	oui	non
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	oui	non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	oui	non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin	oui	non

Interprétation : une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Annexe 2 : Questionnaire anxiété-dépression (HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti des derniers. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état.

A- je me sens tendu, énervé		D- je me sens ralenti	
• la plupart du temps	3	• Pratiquement tout le temps	3
• souvent	2	• Très souvent	2
• de temps en temps	1	• Quelquefois	1
jamais	0	• jamais	0
D- j'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement		A- j'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge	
• Oui : toujours	0	• très souvent	3
• Pas autant	1	• assez souvent	2
• De plus en plus rarement	2	• parfois	1
• Presque plus du tout	3	• jamais	0
A- j'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		D- j'ai perdu l'intérêt pour mon apparence	
• oui très nettement	3	• totalement	3
• oui, mais ce n'est pas trop grave	2	• je n'y fais plus attention	2
• un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1	• je n'y fais plus assez attention	1
• pas du tout	0	• j'y fais attention comme d'habitude	0
D- je sais rire et voir le côté amusant des choses		A- j'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place	
• toujours autant	0	• oui, c'est tout à fait le cas	3
• plutôt moins	1	• un peu	2
• nettement moins	2	• pas tellement	1
• plus du tout	3	• pas du tout	0
A- je me fais du souci		D- je me réjouis à l'avance de faire certaines choses	
• très souvent	3	• comme d'habitude	0
• assez souvent	2	• plutôt moins qu'avant	1
• occasionnellement	1	• beaucoup moins qu'avant	2
• très occasionnellement	0	• pas du tout	3
D- je me sens gai, de bonne humeur		A- j'éprouve des sensations de panique	
• jamais	3	• très souvent	3
• rarement	2	• assez souvent	2
• assez souvent	1	• rarement	1
• la plupart du temps	0	• jamais	0
A- je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu		D- je peux prendre plaisir à un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision	
• jamais	3	• souvent	0
• rarement	2	• parfois	1
• oui en général	1	• rarement	2
• oui toujours	0	• pratiquement jamais	3

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'évaluer la sévérité. La note de 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété et dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.

Annexe 3 : Questionnaire de Beck (forme abrégée)

A-	je ne me sens pas triste	0
	je me sens cafardeux ou triste	1
	je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir	2
	je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	3
B-	je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir	0
	j'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1
	pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2
	je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	3
C-	je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0
	j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1
	quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2
	j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3
D-	je ne me sens pas particulièrement insatisfait	0
	je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1
	je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	2
	je suis mécontent de tout	3
E-	je ne me sens pas coupable	0
	je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps	1
	je me sens coupable	2
	je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3
F-	je ne suis pas déçu par moi-même	0
	je suis déçu par moi-même	1
	je me dégoûte moi-même	2
	je me hais	3
G-	je ne pense pas à me faire du mal	0
	je pense que la mort me libérerait	1
	j'ai des plans précis pour me suicider	2
	si je le pouvais, je me tuerais	3
H-	je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0
	maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1
	j'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens, et je peux de sentiments pour eux	2
	j'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	3
I-	je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0
	j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1
	j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2
	je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3
J-	je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant	0
	j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux	1
	j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux	2
	j'ai l'impression d'être laid et repoussant	3
K-	je travaille aussi facilement qu'auparavant	0
	il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1
	il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	2
	je suis incapable de faire le moindre travail	3
L-	je ne suis pas plus fatigué que d'habitude	0
	je suis fatigué plus facilement que d'habitude	1
	faire quoi que ce soit me fatigue	2
	je suis incapable de faire le moindre travail	3
M-	mon appétit est toujours aussi bon	0
	mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1
	mon appétit est beaucoup moins bon que maintenant	2
	je n'ai plus du tout d'appétit	3

L'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée représente la mesure la plus simple et une des plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression. Elle fournit une note globale du syndrome dépressif de 0 à 39.

C'est une échelle brève, sensible, valide, facile à remplir ; sa structure factorielle est bien documentée. Son intérêt pratique est attesté.

0 à 4 Pas de dépression.

4 à 7 Dépression légère

8 à 15 Dépression modérée

16 et plus Dépression sévère

Annexe 4 : Questionnaire de dépendance de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Score de 0 à 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

Score de 3 à 4 : le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

Score de 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant.

L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotiques va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la galénique le plus adapté à son cas.

Score de 7 à 10 : le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine.

L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (Traitement nicotinique de substitution ou bupropion L.P.). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée.

En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Annexe 5 : Canevas d'entretien N°1 (les relances sont en italique)

-D'abord une question d'ordre général qui me permettra de mieux vous connaître :
Seriez-vous d'accord pour m'expliquer ce qui vous a poussé à devenir médecin? En particulier médecin généraliste ? (*Que recherchez-vous dans ce métier ?*)
Qu'est ce qui vous plaît ? Qu'est-ce qui vous a déçu ?

-Que vous évoque le thème de la consultation d'aide au sevrage tabagique ? (*Quels mots vous viennent spontanément à l'esprit concernant une consultation de sevrage tabagique ?*)

Facteurs liés au patient

-Est-ce que certaines caractéristiques du patient peuvent influencer sur la prise en charge ? (*Quels patients peuvent être plus difficiles à prendre en charge, pourquoi ? Avez-vous le même comportement avec tous les patients ?*)

-Comment abordez-vous le sujet avec une femme enceinte ?

-Est-ce que l'entourage du patient peut influencer la prise en charge?

Facteurs liés au médecin

-Est-ce que vous identifiez chez vous des qualités qui facilitent la prise en charge ?

-Est-ce que vous identifiez chez vous des « défauts » qui pourraient freiner la prise en charge ?

-Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez faire pour améliorer votre prise en charge ?

-Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage, vous les avez acquises plus par la formation théorique ou par l'expérience au quotidien ?

-Est-ce qu'une formation complémentaire dans le domaine de la tabacologie vous paraîtrait utile ?

-Comment vous sentez-vous généralement lorsque vous abordez cette question ?

-Est-ce que cette prise en charge est valorisante pour vous ?

-Est-ce que vous avez eu des expériences difficiles qui vous font vous tenir en retrait, vous protéger ? Des patients qui vous ont déçus ?

-Est-ce votre rôle de parler de tabac ?

-Quelle est votre opinion concernant le conseil minimal d'aide au sevrage tabagique ? Est-ce que c'est ce que vous le faites spontanément ?

-Le fait que le patient connaisse le statut tabagique du médecin modifie-t-il la relation ?

Facteurs liés à la relation médecin-patient

- Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette consultation ?
- Quel est le bon moment pour aborder ce sujet ? Comment abordez-vous le sujet ? Répondez vous tout de suite à une demande ? Si ce n'est pas possible comment faites-vous ?
- Comment situez-vous cette consultation par rapport aux autres ?
- Pensez-vous que la consultation de sevrage tabagique fait peser une certaine pression sur le médecin ?
- Comment vivez-vous la rechute d'un patient ? (*ou la fin inopinée d'un suivi ?*)
- Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre démarche dès le début ?

Facteurs extérieurs à ce colloque singulier

- L'organisation pratique de ces consultations pose-t-elle des problèmes ? (*temps, disponibilité*) Considérez-vous qu'il s'agisse d'une surcharge de travail ?
- Avez-vous quelquefois recours à d'autres professionnels ? Qui, pourquoi ? (*acupuncteur, psychologue, diététicienne...*)
- Que pensez-vous de la politique de santé publique dans ce domaine ? (*message/paquet, prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, pub, vente OTC*) (*reconnaissance, implication des médecins généralistes*)
- Sur le plan financier la situation actuelle vous paraît-elle satisfaisante ? (*pour vous, pour les patients ?*)

Annexe 6 : Canevas d'entretien N°2 (les relances sont en italique)

-Pourriez-vous me dire ce qui vous a poussé à faire médecine générale ? *Est-ce que la pratique vous satisfait ?*

-Que vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

Facteurs liés au patient

-Parlez-moi des patients avec lesquels vous abordez le tabac. *Quels patients peuvent être plus difficiles à prendre en charge, pourquoi ?*

-Vous voyez des femmes enceintes fumeuses aussi ?

-Le patient vous parle de son entourage à propos du tabac ?

Facteurs liés au médecin

-Comment vous sentez- vous généralement quand vous abordez ce sujet ? *(Dans quel état d'esprit abordez-vous la consultation ?)*

-Votre pratique de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait-elle ? *(Est-ce que vous aimeriez faire quelque chose pour l'améliorer ?)*

-Comment avez-vous acquis les connaissances que vous avez sur l'aide au sevrage tabagique ? *(formation initiale, continue, expérience de terrain ? Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?)*

Facteurs liés à la relation médecin-patient

-Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette consultation ? *(Est-ce que le fait d'aborder le tabac peut-être préjudiciable à la relation médecin-patient ?)*

-Comment le tabac est-il abordé en consultation ? *(Est-ce qu'il y a un bon moment ? Faites-vous un suivi ? Que pensez-vous du conseil minimal ?)*

-Comment vous situez-vous par rapport au patient fumeur ? *(Par rapport à votre propre statut tabagique ?)*

-Comment situez-vous cette consultation par rapport aux autres consultations de médecine générale ?

-Comment gérez-vous la rechute d'un patient ?

Facteurs extérieurs à ce colloque singulier

-L'organisation pratique de cette prise en charge pose-t-elle des difficultés ?

-Avez-vous quelquefois recours à d'autres professionnels ?

Avez-vous quelque chose à me dire concernant :

-La politique de santé publique à ce sujet ?

-La prise en charge financière ? *(pour le patient, pour vous ?)*

-Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous voudriez aborder ?

Annexe 7 : Liste des thématiques et sous parties

Attitude du médecin vis-à-vis du patient

Intervenir en faveur de l'arrêt (intervention directive ou compréhensive)
Respecter le choix de fumer
Médecin passif

Ressenti du médecin

Positif
Négatif : impuissance, incompréhension
Neutre

Identification du statut tabagique et choix des patients à qui s'adresse la proposition de prise en charge

Quels patients sont identifiés ?
A quelles occasions ?
De quelles façons ?

Déterminants de la réussite du sevrage

Liés au patient : freins et éléments favorables à l'arrêt du tabac
Liés à l'entourage du patient
Facteur temporel

Comment le médecin amène-t-il le patient à se sevrer ?

Différentes phases de la prise en charge (créer une bonne relation médecin-patient, répondre à la demande du patient, déclencher un questionnement chez le patient à propos de son tabagisme, le motiver à l'arrêt, accompagner le sevrage, orienter le patient vers d'autres professionnels)

Méthodes employées (répéter, informer, responsabiliser, être disponible, avoir une attitude constante)

Femmes enceintes fumeuses

Attitude du médecin
Représentations liées à la femme enceinte

Statut tabagique du médecin

Fumeur, ex-fumeur, non-fumeur

Connaissances, formations

Besoin ressenti ou non ?
Quelles sources sont citées ?
Limites de la formation

Recours à d'autres professionnels

Intérêt d'un recours

Quel type de recours sont cités ?

Limites de ces recours

Politique de santé publique

Ce qui est fait

Ce qui ne va pas

Ce que les médecins suggèrent

Annexe 8 : Lieu d'exercice des médecins inclus

Classes socio-économiques	Zones de redynamisation urbaines	Médecins	Total
Basse	Marseille 1, Marseille 2, Marseille 3, Marseille 6 : centre nord	1, 2, 5	8
	Marseille 11, Marseille 12 : Airbel	11, 22	
	Marseille 13 : Malpassé, Saint Jérôme	12,17	
	Marseille 3, Marseille 15 : Saint Mauront, Bellevue, Cabucelle	23	
Moyenne	Marseille 12, Marseille 13 : La Rose, Frais Vallon, Petit Séminaire	14	8
	Marseille 15, Marseille 16 : nord littoral, Plan d'Aou, La Bricarde, La Castellanne, Le Vallon, Mourepiane	4, 19	
	Marseille 15 : Saint Antoine Est, La Savine, Notre Dame Limite	10	
	Marseille 14, Marseille 15 : Saint Barthélémy, Le Canet, Delorme Paternelle	13, 25	
	Marseille 4 ^{ième} arrondissement	18	
	Marseille 5 ^{ième} arrondissement	21	
Elevée	Marseille 16 : L'Estaque-Saumaty	7	9
	Marseille 10, Marseille 11 : Vallée de L'Huveaune Rouguière	3, 16	
	Marseille 9 : Les Hauts de Mazagues	6, 24	
	Marseille 15, Marseille 16 : Quinzième Sud, Consolat, Viste, Aygalades	8, 15	
	Marseille 7 ^{ième} arrondissement	9	
	Marseille 8 ^{ième} arrondissement	20	

Annexe 9 : Caractéristiques des médecins inclus

Médecin	Genres	Ages	Années d'installation	Consultations par jour	Statut tabagique
1	femme	42	2006	25	fumeuse
2	homme	61	1979	20	fumeur
3	homme	62	1977	25-30	ex-fumeur
4	femme	51	1990	14	fumeuse
5	homme	55	1985	30	non fumeur
6	femme	51	1990	20	fumeuse
7	homme	52	1989	20	non fumeur
8	homme	47	1996	30	non fumeur
9	femme	57	1983	15-20	ex- fumeuse
10	homme	60	1981	25-30	non-fumeur
11	homme	32	2008	30	non-fumeur
12	homme	37	2008	50	non fumeur
13	homme	44	1998	40	fumeur
14	homme	61	1982	20-30	fumeur
15	femme	60	1980	20-25	non-fumeuse
16	homme	37	2007	30	ex-fumeur
17	homme	65	1979	20	fumeur
18	homme	64	1978	30	ex-fumeur
19	femme	42	2000	25-30	non-fumeuse
20	homme	69	1971	25	fumeur
21	homme	53	1988	20	ex-fumeur
22	homme	54	1999	17	non-fumeur
23	femme	47	2002	20	fumeuse
24	homme	49	1991	40	ex- fumeur
25	homme	53	1987	20-30	non-fumeur

Annexe 10 : Plan de l'analyse

1. Particularités de la prise en charge en médecine générale

- Place du tabagisme parmi les thèmes abordés en médecine générale (MG 2, 4, 5, 6, 7, 9, 18, 20, 23, 25)

1.1. Contexte de la consultation de médecine générale

- Le rôle du médecin est de répondre à la problématique posée par le patient (MG 3, 13, 21), impact de la prescription (MG 8, 10)
- Le suivi en médecine générale (MG 8, 13, 24)
- Attentes et comportements des patients (MG 3)
- Champs des compétences du médecin généraliste (MG 8, 10)

1.2. Dans quelles circonstances le tabagisme du patient est-il abordé ?

- Caractère systématique du conseil d'arrêt du tabac (MG 3, 6, 7, 17, 24, 25)
- Des situations qui permettent d'aborder le sujet plus fréquemment (MG 1, 6, 18, 20, 21, 22)

1.3. Identification du statut tabagique du patient par le médecin généraliste

Connaitre un patient implique implicitement :

- de connaître son statut tabagique pour le médecin (MG 13, 19, 24)
- d'estimer quelle prise en charge lui correspond le mieux, catégories de patients (MG 4, 5, 15, 18, 20, 22)

2. Vécu, ressenti du médecin

2.1. Vécu pénible

Impuissance du médecin à :

- à déclencher la décision d'arrêt (MG 3, 12, 14, 25)
- à accompagner l'arrêt vers la réussite : moyens thérapeutiques limités (MG 3, 4, 8, 9, 17, 20), effets indésirables des traitements (MG 3, 19)

Incompréhension du médecin vis-à-vis des patients atteints d'une pathologie liée au tabac, en échec de sevrage (MG 6, 7, 13, 15, 18, 19)

Le bénéfice de l'arrêt n'est pas perceptible (MG 21)

2.2. Agréable

-objectifs réalistes, reconnaissance du patient et satisfaction du médecin (MG 1, 2, 9, 21)

-relation médecin-patient modifiée (MG 1, 2, 21)

2.3. Neutre (MG 5, 11, 20)

2.4. Gestion émotionnelle de la rechute (MG 1, 3, 6, 23)

3. Représentations du tabagisme dans la société

- Le patient est l'acteur de son sevrage (MG 7, 14, 19)
- La motivation du patient est au centre de la prise en charge (MG 7, 10, 21, 24)
- Point de vue des patients : vécu et représentation de leur tabagisme (MG 4, 14, 15, 19, 22)
- Place de la prévention (MG 7, 17, 18)
- Politique de santé publique (MG 1, 2, 3, 22)

4. Femmes enceintes fumeuses

- Peu sont vues en médecine générales (MG 5, 10, 14, 23)
- Au cours d'une grossesse le sevrage est une évidence et supposé plus facile (MG 4, 7)
- Concept de compréhension du risque (MG 10, 19, 21, 24)
- Attitude coercitive des médecins (MG 3, 16, 18, 22)

5. L'entourage du patient fumeur

Rapports conflictuels entre le fumeur et son entourage

- égoïsme du fumeur (MG 14, 19)
- pression du non-fumeur (MG 6, 11, 15)

L'entourage : facteur déclenchant de l'arrêt tabagique

- maladie ou décès d'un proche (MG 14, 16)
- statut d'exemple du proche, effet d'entraînement (MG 9, 10, 24)

Démarche personnelle (MG7)

6. Formation

Déficit de formation :

- Défaut de formation initiale (MG 16, 25)
- Manque de connaissances (MG 2, 8, 12, 18, 19)
- Avis contrasté quand à l'intérêt d'une formation (MG 7, 8, 13, 15, 16, 25)

Quelles sources d'information sont citées ? (MG 3, 5, 15, 18, 21)

Quelles sont les limites des formations dans le domaine de la tabacologie ? (MG 5, 6, 8, 15)

7. Recours à d'autres professionnels

7.1. Intérêt du recours

- Dans quels cas ?
- Limite des compétences du médecin généraliste (MG 6, 23)
- Compétences spécifiques nécessaires (MG 3, 6, 13, 18, 19, 23)

7.2. Quel recours ?

- Centres de tabacologie (MG 3, 5, 23)
- Confrères médecins (MG 3, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 20)

7.3. Limites

- De façon générale (MG 2, 21)
- La relation médecin-patient : un colloque singulier (MG 5, 7, 10, 20)
- Le patient est autonome dans la gestion du sevrage tabagique (MG 7, 14, 23)
- Coût du sevrage (MG 23)
- Défaut d'information concernant les recours existants (MG 5, 7, 14)
- Effet pervers de la prise en charge spécialisée (MG 18)

8. Emergence de deux points de vue

8.1. Groupe 1 : Priorité à la liberté individuelle

- Représentations du tabagisme
 - Libre arbitre du patient (MG 8, 13), passivité du médecin (MG 17, 19) et responsabilisation du patient (MG 2, 17)
 - Le conseil d'arrêt du tabac est une intrusion (MG 1, 19)
 - Le risque du tabagisme est relativisé (MG 2, 14, 17, 19)
- Statut tabagique du médecin
 - Ces médecins sont majoritairement fumeurs eux-mêmes
 - Libre arbitre du médecin (MG 1, 23)
 - Le médecin s'identifie au patient fumeur (MG 1, 13)
 - Meilleure compréhension et connivence forte (MG 2, 14)
 - Les médecins fumeur en échec de sevrage se sentent moins convaincants (MG 2, 17)
- Attitude des médecins
 - Accompagnement du patient ou non (MG 3, 14, 17)
 - Méthodes coercitives (MG 2, 3, 8, 13, 14)

8.2. Groupe 2 : priorité à la santé

- Représentations du tabagisme
 - Intervention active du médecin (MG 11, 12, 18, 20, 21, 22, 25)
 - Risque relatif du tabagisme (MG 5, 10)

- Statut tabagique du médecin :
 - Ces médecins sont majoritairement non-fumeurs et ex-fumeurs
 - Inconfort du médecin non-fumeur (MG 5, 22)
 - Crédibilité (MG 10, 11, 18)
 - Expérience personnelle du sevrage réutilisée (MG 16)
 - Manque d'expérience du médecin non-fumeur (MG 7, 10)
 - Les médecins fumeur en échec de sevrage se sentent découragés (MG 4, 6)

- Attitudes
 - Méthodes variées, tantôt coercitives, tantôt empathiques (MG 9, 10, 15)
 - La répétition, nécessaire et lassante (MG 24, 25)

Entretien 1

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Une question générale, pour vous connaître un peu mieux : est-ce que vous pourriez m'expliquer en deux-trois mots ce qui vous a poussé à devenir médecin ?

I : Mon père est médecin (*pause et regard entendu*). Donc voilà, j'ai baigné dedans, et en sortant de la fac je ne savais pas quoi faire, médecine ça me semblait bien, j'ai fait médecine et je suis contente.

E : Vous cherchiez quelque chose en particulier ?

I : Je cherchais le contact avec les gens, un métier de contact avec les gens.

E : En médecine générale en particulier ?

I : Médecine générale c'est plus parce que je n'ai pas eu le courage de passer l'internat, donc je suis restée médecin généraliste. Mais au final c'est bien.

E : Il y a des choses qui vous ont déçue ?

I : Qu'est ce qui me déçoit ? Notre rémunération... par rapport à la quantité de travail qu'on fait, et la paperasserie de la sécu, sinon les gens et le travail c'est bien.

E : Une petite question générale pour entrer dans le sujet : si je vous demande d'évoquer une consultation avec un patient, au cours de laquelle vous avez parlé de tabac, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous vient à l'esprit pour la décrire ?

I : Vous voulez que je vous dise comment se déroule la consultation ?

E : Ce thème-là qu'est-ce que ça vous évoque en premier ?

I : Ben je sais pas, ça peut être...Le tabac : ou ils veulent d'emblée arrêter de fumer et on fait une consultation pour arrêter de fumer ou alors ils viennent pour des problèmes respiratoires

et on va traiter une BPCO. C'est les deux axes pour le tabac.

E : Par rapport au patient : est-ce que vous sentez qu'il y a des caractéristiques du patient qui change votre façon de faire l'accompagnement, le sevrage ?

I : Ben oui, le patient dépressif ne va pas avoir le même accompagnement qu'un patient qui ne l'est pas. En fonction de leur métier aussi, par exemple ici dans ce quartier on a beaucoup de musiciens. Donc là c'est plus compliqué pour eux le sevrage tabagique, parce qu'ils travaillent chez eux, ou ils travaillent avec des amis. Donc ils sont plus entraînés à fumer, et pas que de la cigarette (*elle baisse la voix*). C'est plus le contexte dans lequel ils travaillent qui fait que c'est plus compliqué pour eux d'arrêter de fumer. Donc il y a le métier... S'ils ont des jeunes enfants aussi, des fois ils sont plus motivés.

E : Donc ça, c'est pour ce qui est autour. Et pour le patient lui-même : vous m'avez dit s'il y a des problèmes psychologiques, une dépression ?

I : Oui, si c'est un gros anxieux ou un vrai dépressif ou un dépressif léger, on va doucement pour le sevrage tabagique.

E : Quels patients peuvent être plus difficiles à prendre en charge ? Vous voyez d'autres patients qui vous posent des difficultés ?

I : Ceux qui ont d'autres addictions, par exemple quelqu'un qui est alcool-tabagique, ça va être plus compliqué. Quelqu'un qui va être accro aux médicaments, dès qu'il y a une addiction en plus c'est compliqué.

E : Et dans ce cas là comment vous gérer ?

I : Dans ce cas-là moi je ne fais pas le sevrage tabagique parce que je vais plutôt essayer de l'amener à consulter un psychiatre pour ces problèmes d'addictions. Parce...

E : C'est pas la priorité ? C'est ça ?

I : Parce que je pense que c'est une personnalité complète qui est pas bien, et que si je ne le fais que l'arrêter de fumer, je...

E : Ça ne sera pas suffisant ?

I : Oui je pense que ça ne sera pas suffisant, ou ça peut le déstabiliser ailleurs.

E : Dans vos priorités à ce moment là, ce n'est pas le tabac en premier ?

I : Non.

E : Question un peu plus sensible : comment vous aborderiez le sujet avec une femme enceinte ?

I : Ben moi c'est cash : il faut arrêter de fumer. On lui dit gentiment mais ils comprennent les gens, après ils disent oui ou non.

E : Des difficultés en particulier avec la femme enceinte ? Que vous imaginez ou que vous avez déjà rencontrés dans votre expérience ?

I : Ici la clientèle est plutôt sympathique, je suis dans une population tranquille, les femmes fumeuses qui tombent enceintes, jusqu'à présent elles se sont quand même arrêté de fumer, ou alors elles ne me l'ont pas dit, c'est possible aussi.

E : Donc ce n'est pas forcément difficile en fait ?

I : Je suis dans une population tranquille.

E : Vous leur dites d'arrêter : ils s'arrêtent ?

I : Non après je ne dis pas qu'ils disent la vérité : on leur dit d'arrêter, les trois quart me dise que oui elles ont arrêté, après je ne vais pas vérifier.

E : Vous faites les suivis de grossesse ?

I : Peu sur Marseille. Après c'est pareil, les grosses dépressives ou les psychiatriques je ne suis jamais arrivée à les faire arrêter de fumer.

E : Au niveau de l'entourage du patient ?

I : Si le conjoint fume ça va être plus compliqué, c'est mieux à ce moment là

d'essayer de voir le conjoint pour qu'ils arrêtent à deux.

E : Ça vous arrive de faire ça : de demander à voir les deux en même temps ?

I : Souvent, si je soigne les deux, s'il y en a un qui a envie, je dis que ce serait bien que l'autre ait envie aussi. Puis l'idée fait son chemin, puis je leur dit que ce serait bien que vous reveniez tous les deux ensemble. Et des fois ils reviennent tous les deux ensemble, et là du coup c'est sympas, du coup on travaille mieux. Et puis ils se motivent tous les deux, et c'est mieux.

E : Vous avez l'impression que c'est plus efficace comme ça ?

I : Oui.

E : Ça arrive au contraire que l'entourage gêne un peu ?

I : Alors ça je ne sais pas.

E : Vous ne vous en rendez pas compte ?

I : Non, par contre pour quelqu'un qui veut arrêter de fumer, si son conjoint ou sa compagne fume beaucoup, c'est sûr que ça va être un vrai problème.

E : En ce qui vous concerne qu'est-ce que vous repérez comme qualité, comme avantage que vous avez, ce que vous avez l'impression qui vous aide dans votre personnalité ou...

I : Pour qu'ils arrêtent de fumer ? Je ne sais pas.

E : Parce que ça se passe plutôt bien j'ai l'impression ?

I : Non parfois ce n'est pas facile... Ben la consultation pour moi elle n'est pas difficile, après, comme les trois quart pour arrêter de fumer c'est la motivation... Donc si les gens ne sont pas motivés je pense que je ne peux pas grand-chose pour eux. J'essaie d'avoir des liens assez sympathiques avec les patients, je leur explique beaucoup de choses, je pense que des fois je vais mettre plusieurs mois, mais au bout d'un moment ils vont arriver à dire « bon

ben finalement vous avez raison : j'ai fait trois bronchites, vous m'avez mis plein de bombe, j'en ai marre, je veux arrêter de fumer ». En redisant plusieurs fois, en discutant, des fois, au final, au bout d'un an ou même deux ou même plus, ils arrivent à me dire « ben tiens là ça y est je suis prêt, je veux m'arrêter de fumer, qu'est qu'on fait ? ». Donc à ce moment là quand le patient vient en disant « je suis prêt je veux arrêter de fumer » (*elle tape du poing sur la table*), en général on y arrive. Après il rechute peut-être, mais dans tous les cas je pense qu'on a fait le premier pas.

E : Vous, vous êtes motivée ?

I : Moi je suis plutôt motivée pour qu'ils arrêtent de fumer.

E : Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez faire pour améliorer votre prise en charge ?

I : Je pars assez du principe qu'ils sont libres, qu'ils sont grands, on leur explique les dangers du tabac, tout ce qu'ils risquent, on profite de toutes les occasions pour leur dire, après s'ils ne veulent pas ... Moi c'est ma limite.

E : Est-ce que vous avez eu des expériences difficiles qui vous font vous tenir en retrait, vous protéger un peu plus ? Des patients qui vous ont déçus ?

I : Non, là c'est pareil, ils ne nous déçoivent pas, on sait très bien que c'est difficile d'arrêter de fumer. S'il arrête trois mois et qu'il reprend, eh ben c'est pas grave. Je lui dis « vous avez tenu trois mois, donc c'est possible, donc on recommence ». Si on leur fait sentir qu'ils nous déçoivent, ils n'iront jamais. Au contraire, il faut les motiver (*elle insiste sur le mot « motiver »*).

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage, vous en avez acquis plus par votre expérience au quotidien ?

I : Oui.

E : Plus que par la formation théorique ?

I : Aucune formation théorique, on n'en a pas hein à la fac.

E : Dans quel état d'esprit vous abordez cette consultation ?

I : En général ils me disent au décours d'une consultation : « j'aimerais bien arrêter de fumer ». Je leur dis « on va pas faire ça maintenant, réfléchissez bien, essayez de regarder comment vous fumez, quand vous fumez, à quelle occasion vous fumez et puis si vous êtes toujours motivé dans un mois vous revenez me voir et on fait une consultation que sur le tabac ».

E : Pour vous est-ce que c'est plutôt agréable de faire ce type de consultation ?

I : Ah oui moi j'aime bien, parce ce qu'on n'est pas dans le soin direct, donc ça permet d'aborder d'autres thèmes de leur vie. C'est-à-dire que c'est un temps où on peut leur parler de leurs contradictions, de leur état psychologique, de pourquoi ils fument, de ce qu'ils y mettent dedans ...

E : Ça ce n'est pas difficile pour vous, naturellement vous n'avez pas de difficultés à aborder ce thème ? Ça vous intéresse aussi peut-être ?

I : Moi j'adore la psycho, donc ça ne me pose aucun problème.

E : Est-ce que c'est une prise en charge valorisante pour vous ?

I : Très, oui parce ce qu'il y a un vrai échange avec les patients. Enfin je ne vais pas dire valorisant mais c'est intéressant parce qu'il y a un vrai échange avec les patients.

E : Ça peut être valorisant dans le sens où vous sentez que vous les aidez aussi... Ou qu'eux vous soient reconnaissants de ces consultations ?

I : Je ne me sens pas valorisante. Par contre c'est une consultation agréable, parce que c'est une consultation où on a un vrai échange, où chacun donne quelque chose. On n'est pas seulement « le sachant », on a besoin d'eux pour y arriver, donc ça c'est bien. Et puis après

ils sont contents quand ils ont arrêté de fumer. Ils viennent nous le dire, ils comptent les jours : « ça fait deux mois ». On les félicite, ils sont contents, c'est ça qui est bien, ils ne viennent pas que pour se plaindre après.

E : Est-ce que vous pensez qu'une formation complémentaire serait utile pour vous ?

I : J'en ai fait, des FMC : j'ai fait un truc sur les addictions, donc il y avait le sevrage tabagique, j'ai fait un truc sur l'entretien motivationnel. C'est des journées faites par les organismes de FMC pour les médecins généralistes.

E : Vous n'avez pas eu de formation initiale mais ça vous intéressait et vous vous êtes investie là dedans ?

I : Ça c'est bien fait, on n'est plus à la fac, c'est des généralistes, on est en ville, on a un intervenant en face, c'est très interactif.

E : Qu'elle est votre opinion concernant le conseil minimal ?

I : Je ne sais pas ce que c'est.

E : C'est comme quoi il faudrait, à tous les patients qui sont fumeurs, poser la question « est-ce que vous fumez ? » et demander « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? ». Juste ces deux questions-là, qui sont censées être très brèves dans la consultation. Est-ce que vous vous le faite spontanément ?

I : J'ai des gens très jeunes en consultation, donc ils ne sont pas malades, fumer pour eux c'est pas grave. Donc je pense que si je leur dit « est-ce que tu veux arrêter de fumer ? », ils vont me dire « ben t'es folle » ? C'est comme si je leur dit « arrêtez de boire en soirée », ils vont me dire « et pourquoi ? ». Par contre dès qu'ils ont une grosse bronchite, s'ils font des sinusites tout l'hiver, s'ils viennent me voir trop souvent pour des pathologies orl, pulmonaires, essoufflés... Dès que je peux faire le lien avec le tabac je leur dit « vous voyez si vous fumiez pas ça irait mieux, vous viendriez moins souvent », et donc là j'entame.

Et quand ils vont être jeunes parents là aussi, de suite...

E : Dès que vous avez une accroche vous avez l'impression que c'est plus efficace ? Alors que quelqu'un qui ne vient pas pour ça, ça vient comme un cheveu sur la soupe...

I : Ça peut-être vu comme une agression pour lui, il y en a qui sont très accrochés à leur cigarette. Ça peut même venir comme un jugement aussi pour eux.

E : Vous pensez que juste de fait de demander ça peut être vécu comme une agression ?

I : Ben je sais pas, parce que c'est un truc que je ne fais pas. Je demande toujours s'ils sont fumeurs...

E : Vous le demandez alors quand même ?

I : Dans mes dossiers c'est toujours écrit : fumeur ou non fumeur. Parce que c'est important de le savoir. Mais après voilà s'ils sont en gel, je sais très bien que ça ne sert à rien, donc je préfère attendre un moment où je vais pouvoir légitimement leur en parler.

E : Est-ce votre rôle de parler du tabac avec le patient ?

I : Oui.

E : Est-ce que le fait que le patient connaisse le statut tabagique du médecin peut selon vous modifier la relation ?

I : Non parce qu'on ne fume pas dans le cabinet (*elle rit*). Si on fume c'est à l'extérieur, donc après c'est notre vie privée, donc je ne pense pas.

E : Vous ne pensez pas qu'ils le savent ?

I : Ah si, ils le savent parce qu'ils nous voient dans la rue. Moi je fume un petit peu, donc il y en a avec qui j'ai fais de l'arrêt au tabac qui de temps en temps me renvoie un peu la balle quand ils me croisent dans la rue. Ma réponse c'est « là je ne suis plus docteur, c'est ma vie privée. »

E : Vous ça ne vous gêne pas pour la prise en charge ?

I : Par contre dans le cabinet personne ne fume, ni moi ni personne, si dans mon cabinet ça sentait la fumée, par exemple si je fumais là, là ça ne se fait pas.

E : Concernant la relation médecin-patient : est-ce que vous trouvez qu'il y a un bon moment pour aborder le sujet ?

I : Pour moi le bon moment c'est quand j'ai une légitimité médicale à en parler, sinon... Moi ça ne me plairait pas qu'on me dise : « t'arrête de fumer » donc je ne le fais pas.

E : Quand il y a plusieurs motifs de consultation : vous m'avez dit que vous dites plutôt « vous réfléchissez et on en reparle » ?

I : Oui moi je préfère faire une consultation que pour ça. Et après en général quand je démarre, je les revoie dix jours après, j'essaie de les revoir deux fois dans le mois, pour voir si ... au début.

E : Par rapport aux autres pathologies prise en charge en médecine générale, est-ce que celle-ci est plus difficile ?

I : Ce n'est pas la plus difficile.

E : Est-ce que vous ressentez une pression ?

I : Pression de qui ?

E : Ça peut être le patient ... ou alors de la société en général ?

I : Pas pour ça.

E : Comment est-ce que vous vivez la rechute d'un patient ?

I : Encore une fois s'il vient m'en parler je suis contente, c'est mieux que pas. Et puis ben voilà, je lui dis que c'est pas grave, des fois il faut plusieurs petits échecs avant de réussir. Ça n'a pas de connotation négative, jamais, sinon ça veut dire que c'est impossible et donc ils n'essaieront jamais, plus jamais. Non, On essaye par contre de voir pourquoi il a repris, ça par contre c'est important.

E : Est-ce que vous essayer d'en parler avant pour qu'ils reviennent même s'ils ont repris ?

I : Oui, c'est pour ça que pendant le sevrage je les fais venir, et comme ça j'essaie de discuter avec eux des effets du sevrage : irritabilité, troubles du sommeil... Est-ce que la cigarette leur manque ? Quand est-ce qu'ils y pensent, quand est qu'ils ont envie de fumer ? Qu'est ce qu'ils font pour ne pas fumer ? Qu'est ce qu'ils ont mis en place ? On essaie de faire ça. Et je leur dis « si jamais vous fumez c'est pas grave mais c'est pas bien (*elle sourit*), et puis si vraiment vous craquez, revenez me voir et on recommence ».

E : Ce n'est pas facile d'en parler dès le début : on ne peut pas trop le banaliser non plus ?

I : Mais ils le savent les gens, ils ne sont pas bêtes. Ils ont tous des fumeurs d'eux. Ils connaissent tous des gens qui ont arrêté de fumer qui n'ont pas repris et des gens qui ont arrêté de fumer et qui ont repris. Y en a même des fois qui me disent « j'ai arrêté trois ans il y a dix ans », donc ils le savent.

E : La possibilité de reprise du tabagisme ne modifie pas votre prise en charge ? Le risque que le patient reprenne est tellement fort, que ça ne vaut pas la peine de s'investir là dedans ...

I : Non, ça fait parti du sevrage, de toutes les addictions aussi. On sait qu'on peut tomber mais ce n'est pas grave, on recommence, le tout c'est que le patient il est toujours en vie. J'ai un patient, je n'ai pas réussi à le faire arrêter de fumer mais il fume cinq cigarette, il fumait un paquet entier par jour. C'est mieux que rien, peut-être qu'il va rester à cinq pendant un an ou deux et puis peut-être que dans deux ans il me dira « ça y est : j'ai lâché mes cinq ». Je ne l'ai pas vu comme un échec, je l'ai vu comme un objectif : rester à cinq.

E : Est-ce que pour vous c'est une surcharge de travail ?

I : Non, parce que pour moi c'est une consultation intéressante.

E : En dehors du médecin et du patient est-ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent influencer cette consultation ? Par exemple pour l'organisation pratique ?

I : Non parce que moi je l'intègre dans les autres, je leur dis juste de reprendre un rendez-vous, un rendez-vous normal mais où ils savent qu'ils ne viendront parler que de ça.

E : Et en termes de temps ?

I : Si c'est des gens que je connais bien ça ne me prend pas plus de temps qu'une autre consultation. Si c'est des gens que je connais peu ça va être plus dur. Ou si au moment où ils me disent qu'ils veulent arrêter de fumer ils me sortent tout leur pataquès dépressif, là ça va être plus long. Mais quand c'est des gens que je connais depuis un an au moins, que je vois régulièrement, c'est bon.

E : Et au niveau de la disponibilité ? Est-ce que vous avez besoin d'être plus disponible pour ces patients ?

I : Encore une fois ça dépend de son état psychique. Mais ce n'est pas tellement la cigarette. Vous m'auriez parlé du sevrage alcoolique là je vous aurai dit oui. C'est plus compliqué un sevrage alcoolique.

E : Est-ce que vous ressentez le besoin d'être aidée ?

I : Là c'est pareil moi je leur dis aux patients : « on a à notre disposition les patchs, les gommes, qu'on utilise comme ci comme ça. On a l'acupuncteur ». Des fois ça peut donner un impact au départ, ça les motive. Voilà je leur dis ce qu'on a à disposition. Il y en a qui veulent, il y en a qui me disent « non on verra ». Le fait que je les revois dix jours après, ça me permet de dire des fois « là il faut un patch », ou « là vous ne dormez pas, peut-être que l'acupuncteur ça peut vous aider ».

E : Vous avez un réseau sinon ? D'autres personnes que l'acupuncteur ?

I : Si vous pensez aux tabacologues non.

E : Vous n'avez pas besoin de ça ?

I : C'est pas ça mais il y a des patients qui y sont allés et en fait le retour du patient c'est « si c'est pour me dire d'arrêter de fumer c'est bon ! C'est impersonnel ». Ils ne se sentent pas ... pour eux c'est impersonnel le truc.

E : Une diététicienne ?

I : Pour la prise de poids ? Ben là pareil en fait, c'est pour ça que je les revois : on se pèse, on vérifie. Et s'ils prennent trop de poids du coup, on fait un petit état nutritionnel, on regarde ce qu'ils mangent, ce qu'ils mangent en plus, après on peut s'aider...

E : Donc vous gérez bien vous-même ?

I : S'ils prennent trop de poids, s'ils ont pris dix kilos dans le mois, là je vais leur dire « il faut aller voir une diététicienne ». Le fait de les revoir ça permet, parce qu'ils y en a qui ne se pèse pas, de leur dire « putain là vous avez pris trois kilos ! Il faut faire attention, qu'est ce que vous mangez en plus ? ». Il y en a qui vont vous dire : « je ne mange que du sucre, j'ai une envie de gâteau ».

E : Vous avez du mal à trouver des gens disponibles pour vous aider ou pas ?

I : Là on a un problème avec les diététiciennes parce que ce n'est pas remboursé, et que selon les patients, ça n'est pas envisageable. C'est pour ça que je m'en occupe. L'acupuncteur ça va.

E : Les psychologues ?

I : Les psychologues c'est pareil, c'est pas remboursé. Non mais ça ça peut aider. Mais ça je le vois à la deuxième consultation ou à la troisième : si ça génère beaucoup d'anxiété, à ce moment-là je propose un autre thérapeute.

E : Au niveau de la politique de santé publique ? Des remarques concernant le tabac ?

I : Non.

E : En particulier à propos des messages sur les paquets de cigarettes ?

I : Je ne suis pas sûre que ça fasse arrêter les gens de fumer.

E : L'augmentation des prix ?

I : Ça oui ... je ne sais pas (*elle fait une moue dubitative*).

E : Et l'interdiction de fumer dans les lieux publics ?

I : Ça je pense que ça a motivé beaucoup de gens pour arrêter de fumer.

E : Par rapport à l'implication des médecins généralistes dans les campagnes ? Est-ce que vous vous sentez reconnue en tant que médecin généraliste dans cette prise en charge ?

I : En tant que médecin généraliste on se sent reconnu en rien (*elle rit*). On n'en attend pas à ce niveau-là du soutien, c'est pas génial.

E : Les spots publicitaires ?

I : C'est bien.

E : Le fait que les produits de substitution puissent être vendus directement au patient par le pharmacien ?

I : Ça ne me dérange pas. C'est ni positif ni négatif, parce qu'il y a des gens qui se sont arrêtés tout seuls de fumer, ils se sont mis des patches, ils se sont motivés et ils se sont arrêtés tout seuls. Pourquoi pas ? Du moment qu'ils y arrivent je ne suis pas contre.

E : Sur le plan financier est-ce que la situation actuelle vous paraît satisfaisante ? Pour vous et pour le patient ?

I : Le forfait de cinquante euros c'est bien. Je suis contre des niveaux de paiement en fonction des consultations. Il faudrait nous faire une consultation plus élevée, mais pas nous mettre des paiements par consultation. Pas d'augmentation pour une pathologie. Moi je trouve ça aberrant, c'est idiot de dire il y a une consultation qui vaut plus cher qu'une autre.

Entretien 2

E : Alors, une question très générale pour commencer : est-ce que vous seriez d'accord pour m'expliquer ce qui vous a poussé à faire médecine ?

I : ...La liberté... la profession libérale...le rapport avec les autres... social... et le fait d'être libéral.

E : En particulier en médecine générale ?

I : Voilà.

E : Et vous êtes content de ce que vous avez trouvé dans cette pratique ?

I : Oui pas de soucis, absolument.

E : Vous êtes déçu par certains aspects ?

I : On est toujours déçu ... on pourrait faire mieux etcetera quoi... Les honoraires sont trop faibles (*il rit*).

E : Vous n'êtes pas le premier à me le dire...

I : Mais c'est vrai, on travaille beaucoup, pour pas grand-chose. Avant, au début, il y a trente ans c'était quand même mieux que maintenant, quoi.

E : Ah oui ? Dans quel sens ?

I : Les honoraires étaient mieux, on courrait beaucoup moins après les patients, maintenant on court après hein...

E : Au niveau du niveau de vie aussi peut-être ? Qui a changé ?

I : Non c'est le prix de la consultation par rapport au travail qu'on fait. Maintenant on est obligé, depuis que les honoraires n'ont pas suivis en fait, l'augmentation... (*Je me lève pour fermer la porte*) Les médecins sont obligés de multiplier les actes, faire des biologiques, faire revenir les gens etcetera. Ça c'est une pratique désagréable.

E : Hum Hum, c'était pas le cas avant ?

I : Non, moi ça fait quarante ans que j'ai commencé...

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Rien (*il rit*). Bon il faut aider les gens, s'ils veulent se sevrer... Mais il y a tabac et tabac, il y a des gens qui fument cinq cigarettes par jour, je réponds aucun problème, les gens qui en fument trois paquets, alors là je rouspète.

E : Ça dépend de la quantité ? (*Il acquiesce*)

Plus précisément : est-ce que vous avez repéré des caractéristiques de patients qui modifient la prise en charge ? Est-ce qu'il y a des patients qui sont plus difficiles à prendre en charge que d'autres ?

I : Oui, oui bien sûr.

E : Par exemple ?

I : C'est comme toutes les personnes qui prennent des toxiques, n'importe quel toxique, que ce soit l'alcool, le tabac. C'est toujours des personnes difficiles. Parce qu'ils ont une raison, une psychologie derrière, qui fait qu'ils ont une addiction.

E : C'est l'addiction en elle-même qui fait que c'est difficile ?

I : Hum, quel que soit l'addictif.

E : Votre comportement, vous avez l'impression que c'est le même avec tous les fumeurs ? Ou vous faites des différences ?

I : C'est la motivation : une personne qui fume, pourquoi elle fume, je dirais ça me regarde peu. Moi s'ils veulent d'arrêter c'est de la volonté. Moi je leur dis : « si vous voulez vous arrêter c'est bien mais ayez de la volonté d'abord ». Après, les méthodes, après c'est pas important, que ce soit la cigarette électronique, que ce soit les patchs, que ce soit ...etcetera...

E : C'est la volonté qui compte le plus ?

I : Ouai.

E : Au niveau de l'entourage du patient est-ce que des fois vous trouvez que ça peut interférer ?

I : Oui, parce que les personnes qui fument parce qu'elles sont stressées, si l'entourage les stressent encore plus ça va pas (*il rit*), c'est encore pire.

E : Parce qu'ils leur mettent la pression ?

I : Oui ils leur mettent la pression, ça n'arrange pas les affaires.

E : Vous avez souvent ce cas-là ?

I : Ça arrive ouais.

E : C'est le conjoint ... ?

I : Ou la conjointe ! (*il rit*)

E : Qui arrive en disant : « faut qu'il arrête, débrouillez-vous » ?

I : Voilà c'est ça. Alors s'ils vous mettent la pression alors ça ne va pas du tout.

E : Parce que ça vient pas du patient ?

I : Ben voilà.

E : Et comment vous abordez le sujet avec les femmes enceintes ?

I : Bah je leur dit que c'est toxique pour l'enfant, par manque d'oxygène au niveau placentaire. Mais que s'ils n'en fument pas plus que deux ou trois cigarettes, ça a pas beaucoup d'incidence. Par contre certains gynéco, ils sont ... (*il agite les deux mains, et fait semblant de vociférer « faut pas fumer »*). C'est une attitude complètement stupide.

E : C'est variable selon les personnes non ?

I : Ça joue.

E : C'est sûr, du coup ça les stresse encore plus ?

I : Voilà c'est ça, ouais .Et ils ne le suivent pas en plus, c'est inefficace, ça les stressent, c'est inefficace etcetera.

E : Vous en avez quelque fois des femmes enceintes que vous suivez ?

I : Oui.

E : C'est pas trop difficile pour vous ? Est-ce qu'il y a des choses particulières ?

I : Si. Je leur dis que c'est mauvais, que c'est pas bon parce que ça provoque, au niveau des enfants, qui vont être un peu plus petits etcetera... Alors il y a des gens qui disent « c'est vrai ça provoque de l'asthme etcetera ». Ce qui est complètement, rigoureusement faux. On invente des choses comme ça ! Mais c'est... Je leur dis que c'est pas bon, mais s'ils fument pas beaucoup, s'ils fument une cigarette quand ils rentrent du travail pour déstresser etcetera, alors je dis « c'est pas grave, c'est pas ça qui fait... »

E : Et en pratique elles y arrivent ?

I : Oui, en les prenant comme ça elles y arrivent.

E : Il faut un peu dédramatiser ?

I : C'est ça, je dis pas « c'est pas cinq », après je dis « alors vous voyez après c'est quatre ». On réussit qu'ils tâchent de diminuer, on y arrive on y arrive, ouais on y arrive.

E : Après, vous concernant, est-ce que avez repéré des caractéristiques de votre façon de faire qui favorisent ou qui freinent un petit peu cette prise en charge ?

I : Ben qui la favorise, parce que je fume moi-même. Je fume au cabinet donc ça se sent (*il rit*).

E : C'est dans quel sens alors ?

I : Les gens me le disent, donc c'est difficile. C'est difficile parce que moi je leur dis « c'est pas parce que moi je me fais du mal que vous êtes obligés de vous faire du mal ».

E : Dans quel sens ça modifie votre pratique ça ?

I : Un peu, parce que moi je me sens... moins convainquant. Parce que je n'ai pas réussi à me convaincre moi-même donc ça va être plus difficile de convaincre les autres !

E : Vous pensez que vos patients savent que vous fumez ?

I : Oui, ça se sent, ils le savent.

E : Et pour lui vous pensez que ça change la prise en charge ?

I : Non je ne pense pas. Pas forcément non. Une personne qui vient de faire un infarctus, qui est coronarienne, ou bien artérielle et qui fume un paquet par jour, euh, (*le téléphone sonne*) c'est facile de leur dire de s'arrêter. Là il y a eu un examen, on leur a dit « là voilà vous avez ça, donc c'est mauvais, la cigarette est mauvaise, le tabac est mauvais pour vous donc vous arrêtez ».

E : Donc là par exemple s'ils savaient avant que vous fumez, ça ne changera rien ?

I : Non.

E : Et dans d'autres situations ?

I : Ben si c'est les personnes qui le demandent, ça change rien non plus.

E : Des gens motivés qui arrivent en demandant : « aidez-moi à arrêter de fumer ?

I : Non ça ne change rien.

E : Vous êtes sûr que ça ne change rien ? Parce qu'on peut le voir dans les deux sens : ça peut aussi apporter quelque chose ?

I : Moui, moi une fois je me suis arrêté, euh... plusieurs fois, avec des patients.

E : Ah d'accord : en même temps ?

I : Mouais, j'ai dit « bon ben on s'arrête de fumer ».

E : C'est une sorte de contrat avec le patient ?

I : Oui, c'est ça, donc ça peut, ... ça c'est fait, ben je les ai revu ce matin, je ne sais pas s'ils refument ou pas, je ne pense pas, moi oui (*il rit*).

E : J'avais une question concernant ce que vous pourriez faire pour améliorer votre prise en charge ...

I : La mienne ?

E : Oui.

I : Ben tant que je n'ai pas la volonté...

E : Vous pensez qu'il faudrait que vous arrêtiez de fumer, que ça serait mieux pour votre prise en charge ?

I : Oui bien sûr.

E : Les connaissances que vous avez pour l'arrêt au tabac, vous viennent plutôt de votre pratique ou de votre formation théorique ?

I : La formation théorique il y en a aucune formation théorique, j'en ai jamais eu.

E : Est-ce qu'une formation complémentaire vous paraîtrait utile ?

I : Non ... Une formation serait nécessaire dans la prise en charge psychologique des addictions. Qu'elles soient alcool, tabac etcetera... mais toutes les addictions.

E : Vous sentez qu'il vous manque quelque chose à ce niveau là ?

I : Certainement, peut-être qu'on peut encore en acquérir.

E : Que vous n'avez pas acquis par l'expérience, pas complètement ?

I : Oh si, on en a acquis, bon ce serait utile, des fois de recadrer les choses.

E : C'est dans quelle partie de la consultation que vous avez plus besoin de ça ? Dans quel cas ?

I : Quand il y a une addiction quoi, c'est assez fréquent à Marseille hein.

E : C'est par rapport à l'attachement au produit ?

I : De toutes façons les addictions c'est soit l'attachement... Les causes sont multiples hein. C'est là justement qu'il faudrait qu'on ait une formation psychologique pour pouvoir déceler le pourquoi de l'addiction et comment y remédier, quels sont les moyens, les conduites à tenir etcetera.

E : D'accord, sur le plan motivation en fait ?

I : Motivation et conduite à tenir.

E : C'est vrai qu'on n'a pas forcément trop de chose dans la formation, sur ce qui est psychologique...

I : Si, ou c'est mal fait.

E : Ben c'est vrai que des cours théoriques là-dessus...

I : Il faudrait des stages avec des psychologues, pas de psychiatres, plus de psychologues.

E : Comment vous sentez-vous en général dans ce type de consultation ?

I : A l'aise.

E : Est-ce qu'il y a eu des situations plus difficiles, qui font que vous vous protégez ?

I : Non.

E : Des patients qui vous ont déçus ?

I : Bien sûr, comme moi j'ai déçu des patients.

E : Est-ce que c'est une prise en charge qui est valorisante pour vous ?

I : Pas plus qu'autre chose, non. Il faut plus de temps, parce que les aspects, justement psychologiques prennent plus de temps. Et quant on connaît ces patients depuis plus de temps ça va. Mais c'est un travail de longue haleine. C'est pas un travail d'une consultation.

E : Quelle place vous donneriez à la relation médecin patient ?

I : Ben énorme, parce que c'est une relation de confiance, d'écoute et de confiance.

E : C'est important qu'il y ait un lien important entre le médecin et le patient ?

I : Bien sûr, là on est plus des techniciens de la santé, on est le psychologue de la personne. On était, on est le prêtre de la personne. C'est-à-dire que la personne va dire pourquoi elle fume, pourquoi ceci, pourquoi cela etcetera. Moi je lui explique aussi pourquoi je fume etcetera. Et c'est comme ça qu'il y a une relation de confiance. Et c'est comme ça qu'on

peut faire quelque chose. C'est pour ça que la volonté ... faut la volonté.

E : Elle aide à acquérir une volonté plus forte ?

I : Ou elle aide à une prise en charge. De mettre en lumière l'aspect volontaire de son arrêt de fumer : ne pas se reposer sur le médecin, ne pas se reposer sur le médicament, ne pas se reposer sur le patch.

E : Recentrer sur la volonté du patient ?

I : Voilà : ce pourquoi il a fumé, ce pourquoi il veut arrêter, et puis les démarches...

E : Est-ce que des fois vous avez un peu peur pour la relation, quand vous abordez ce sujet ?

I : Non.

E : Enfin ça, ça dépend un peu comment vous amenez le sujet : est-ce que vous en parlez au patient sans qu'eux ne le demande ?

I : C'est plus rare ça, sauf quand il y a une cause : infarctus, bronchite, insuffisance, ... Là j'en parle, autrement non. Quand je leur demande combien ils fument de cigarettes, s'ils me disent trois paquets, je leur dis : « vous ne trouvez pas que c'est beaucoup un petit peu non? », ils disent « ouais » (*il rit*). Je leur fais prendre conscience, c'est eux à faire la démarche.

E : Du coup c'est vous qui demandez quand même si vous fumez, combien, etcetera ?

I : Oui bien sûr, bien sûr, ça fait parti de mon interrogatoire normal.

E : Est-ce que vous avez entendu parler du conseil minimal ?

I : Non.

E : En gros ça dit ça : « est-ce que vous fumez ? » Bon, combien etcetera, et deuxième question : « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? ». Spontanément est-ce que vous le faites un peu comme ça ou pas du tout ?

I : Non, ben je demande, je ne demande pas s'ils veulent s'arrêter : c'est leur problème. Après, s'ils veulent s'arrêter de fumer, c'est

pas à moi de poser la question. C'est-à-dire : « comment je pourrais faire pour diminuer ? ». S'ils ont pris conscience que trois paquets c'est beaucoup, ça veut dire « comment vais-je faire pour diminuer ? », mais c'est eux à le dire, pas à moi.

E : Et c'est après à eux de vous demander ...

I : Oui.

E : Sauf s'il y a une bronchite, ou ... ?

I : Voilà, sauf si disons, il y a une raison particulière pour dire « faut arrêter ».

E : Par rapport à la relation médecin patient : quelqu'un pourrait le prendre mal, si vous lui demander s'il fume, il risque d'être sur la défensive ou...

I : Oui... Aoh non, parce que ça fait partie de mon interrogatoire : si vous mangez beaucoup d'œufs etcetera... (*Il rit*) C'est tout. En plus il y a l'informatique hein, je remplis mes cases.

E : Comme ça vous êtes sûr de ne pas le louper ?

I : Non, puis ça fait plus neutre.

E : C'est dans les questions systématiques ?

I : Voilà, et puis je connais mes patients.

E : Et vous redemandez quand même un peu où ils en sont des fois ?

I : Non, je demande et puis bon, quand il y a un excès etcetera. (*La femme de ménage entre et fait son office, le médecin soupire...*)

E : Par rapport aux autres consultations, est-ce que celle-ci est plus difficile ?

I : Non.

E : Est-ce que vous ressentez de la pression ? De la part du patient ?

I : Non.

E : Comment est-ce que vous gérez la rechute d'un patient ?

I : Je lui dirais que la volonté c'était nécessaire et qu'il faut recommencer. Je ne dramatise jamais. Faut jamais dramatiser, faut jamais. Ça

c'est particulier à la France, la France on culpabilise les gens, on adore culpabiliser les gens : « si vous achetez pas ça vous êtes un con » (*il rit*). C'est vrai !

E : Donc le but là c'est de les déculpabiliser ?

I : C'est de les déculpabiliser : bon ils fument, d'accord, ils savent très bien que c'est pas bon, pas la peine d'y mettre une autre couche dessus ! Bon si on peut les aider à dédramatiser, puis à dire : « on va essayer de diminuer un petit peu... ? ».

E : Et ça vous leur en parlez dès le début ? Comment vous gérez ?

I : Ça dépend de la consultation, des gens.

E : On sait tous que la rechute, c'est quand même fréquent.

I : Bien sûr.

E : Est-ce que ça change quelque chose dans votre prise en charge ?

I : Non.

E : Est-ce que c'est une surcharge de travail pour vous ?

I : Ben les consultations, elles sont plus longues. Si on veut être efficace on prend plus de temps ouais, alors ça dépend des périodes : quand la salle d'attente est pleine, je n'ai pas le temps.

E : Vous leur demandez de reprendre rendez-vous, de revenir ?

I : Non je leur dis : « on en reparlera la prochaine fois. On a pas le temps aujourd'hui, on en reparlera la prochaine fois ». Ils comprennent très bien que la salle d'attente est pleine et que je vais pas rester....

E : Au niveau pratique : la disponibilité ?

I : Je l'ai.

E : Il faut plus de disponibilité ?

I : Oui bien sûr, comme tout ce qui est addiction, psychologie. Dès qu'on rentre dans le sujet de la personne, c'est toujours plus long.

E : Est-ce que vous avez recours à d'autres professionnels pour ça ?

I : Non, ben non c'est pas nécessaire, pourquoi vous voulez faire des spécialités ? (*il rit*)

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire concernant la politique de santé publique à ce sujet ?

I : Elle les culpabilise, c'est très mauvais.

E : Vous pensez que c'est contre-productif ?

I : Contre-productif ... il est certain que les statistiques sur la consommation de tabac elles recommencent. Même s'ils mettent des taxes etcetera, elle va remonter.

E : Vous pensez que la consommation va ré-augmenter ?

I : C'est sûr, indépendamment de leur campagne, de leurs étiquettes etcetera.

E : Ou à cause ?

I : Presque, ils culpabilisent les gens, les gens ils sont déjà assez culpabilisés pour des tas de choses. Maintenant ils ont passé outre, maintenant c'est plus efficace. La culpabilisation ça marche plus et tant mieux dans un sens. De toutes façons marquer sur un paquet de cigarettes « fumer tue », voilà moi je rajoute « vivre tue aussi, si tu fume tu vas mourir quand même ».

E : Sur le plan financier : est-ce que vous avez des remarques là-dessus ?

I : Non parce que maintenant on peut trouver des paquets de cigarettes beaucoup moins cher à X. Oui à un euros cinquante vous avez un paquet.

Entretien 3

E : Une première question très générale : est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi vous avez choisi de faire médecine ?

I : J'en sais rien, alors franchement : je voulais faire de la recherche et puis après on m'a dit qu'il fallait faire d'abord de la médecine, d'avoir sa thèse et tout... Et puis après voilà, ben je suis devenu médecin, c'est tout. Mais initialement je n'avais pas envie de faire médecine, je voulais faire de la recherche médicale.

E : Et alors finalement ?

I : Je sais pas, c'est une orientation dans ma vie, et voilà, j'ai trouvé que c'était bien.

E : Qu'est-ce que vous en retirez : ça vous plaît plutôt ?

I : Ah, oui me plaire oui.

E : Qu'est ce qui vous plaît dans cette pratique ?

I : Ben tout : le contact, c'est essentiellement le contact, la connaissance, et tout ... C'est un métier très intéressant, et je regrette que les jeunes ne veulent pas le faire. Ça c'est mon plus grand regret.

E : Ah, vous trouvez qu'il n'y a pas assez de monde motivé ?

I : Non, y a pas la motivation, y a une incompréhension, je pense. Tous les jeunes, je vois que la médecine comme je la faisais moi, ou comme on la faisait nous, euh et comme on va la faire, c'est plus pareil quoi, c'est plus pareil.

E : Une incompréhension : c'est-à-dire ?

I : Je pense à une incompréhension dans le travail quoi. La médecine, avant c'était une médecine... Je veux dire, disponible, laborieuse, engagée, et là c'est plutôt une médecine maintenant des trente-cinq heures quoi. Et une féminisation de la profession

aussi, qui est un petit peu déplorable. Mais sans être misogyne hein bien sûr.

E : Alors, expliquez-moi ?

I : Ben c'est-à-dire que voilà, la féminisation de la profession fait qu'il y a moins d'engagement, et il y a moins de disponibilité du médecin, et puis voilà.

E : Et vous trouvez que c'est pas satisfaisant ?

I : Et je trouve que c'est un petit peu, malheureusement...

E : Parce que la pratique de la médecine s'en ressent ?

I : Ben quand on est médecin on s'engage quand même dans une certaine optique, je veux dire, on fait pas les trente cinq heures quoi c'est ça, ce que je regrette.

E : Il faut être disponible ?

I : La disponibilité, alors c'est vrai qu'après il y a une chose aussi qui est difficile, c'est qu'il y a beaucoup de suicides dans la médecine. Pourquoi ? Parce qu'il y a beaucoup de burn-out. Et c'est vrai qu'après quand on a une certaine clientèle, c'est difficile de refuser. Alors c'est vrai que l'association est une solution aussi. Mais il ne faut pas voir ça comme une profession cool, tranquille, de trente-cinq heures quoi, il faut un certain engagement.

E : Maintenant on va rentrer dans le vif du sujet : concernant les patients, est-ce que vous identifiez des patients pour qui la prise en charge pour le sevrage tabagique est particulière ?

I : Ecoutez la demande est assez faible. Moi j'ai tout essayé et je vous dirais franchement qu'il n'y a qu'une seule méthode que j'utilise. La première... Dans le refus j'accepte de prescrire des médicaments pour les personnes qui ont été informées et qui veulent un médicament.

E : Pourquoi dans le refus ?

I : Dans le refus de ce que je propose. Moi je propose la méthode Allen Carr, je suis très très favorable à cette méthode. Après, ceux qui n'ont pas les moyens, ceux qui ne veulent pas, je peux leur proposer de l'homéopathie, ou s'ils ont entendus les timbres, ou les je ne sais pas moi, n'importe quoi hein, les médicaments qu'on prescrit. Mais médicament je n'y crois pas, les timbres je n'y crois pas, les supports je n'y crois pas, voilà c'est tout, vous voyez ça va aller très vite.

E : Donc dans le refus de la méthode Allen Carr, éventuellement vous utilisez le reste, mais bon... ?

I : Enfin le refus, le refus : soit disant ça coûte cher, mais quand vous leur dite combien ça coûte un mois de traitement de cig... euh ! Un mois de cigarettes, à un paquet par jour ça fait moins cher que la méthode, donc l'argent n'est pas justifié.

E : Honnêtement je ne la connais pas trop cette méthode, ça consiste en quoi ?

I : Elle est très bien, elle est très bien, ben il faut, il faut aller voir, ils sont à la revue, ... ben vous allez sur internet hein !

E : Il me semble qu'il y a un livre qui correspond non ?

I : Il doit y avoir une revue sûrement hein oui, je crois qu'il y a un livre aussi. Moi je sais que je suis très très Allen Carr et cette méthode est sans apport, sans rien du tout, sans substitut et elle est très très bien.

E : Et du coup il y a des patients qui sont plus difficiles que d'autre à prendre en charge ou pas ? Avec cette méthode ou une autre hein ?

I : Comment la prise en charge ? Ben c'est très simple hein : ils vont faire leur truc. Ils vont suivre les conseils de cette méthode, qui est une méthode très simple. Ensuite le résultat : ben c'est à eux de voir.

E : Ce que je veux dire c'est que pour deux personnes à qui vous conseillez cette méthode, il y a peut-être une personne pour qui ça va

être plus difficile, qui va revenir vous voir, plusieurs fois ?

I : Ah non ils ne reviennent pas.

E : Donc ça marche de la même façon pour toutes les personnes ?

I : Toutes les personnes oui, c'est très intéressant, il faut le découvrir. Moi c'est un médecin de mon quartier, c'est le Docteur X à l'époque, qui m'avait fait connaître cette méthode. Et je la connaissais pas. Il était en retraite ou semi retraite, et il promouvait, il faisait la promotion de cette méthode. Je l'ai faite, je l'ai fait faire à ma femme, c'est la seule qui a marché : j'avais tout essayé, il n'y a rien qui avait marché, et cette méthode était très efficace.

E : Et dans cette méthode, vous amorcez au départ, et est-ce que vous revoyez les patients ou pas ?

I : Alors je leur demande de revenir, mais vous savez,... Les patients ils font ce qu'ils veulent. Donc c'est impossible à voir, moi je le vois après, euh, les résultats c'est à peu près ce qu'ils disent : c'est entre cinquante et soixante pour cent de réussite, ça marche très très bien.

E : Mais après ils se débrouillent en fait : ils ont la méthode et c'est à eux d'agir ?

I : Après ils se débrouillent, après ils ont la méthode et c'est à eux de gérer, moi j'ai rien à faire.

E : Du coup il aura peut-être certaines questions un peu décalées...

I : Ben faut les sauter, vous les sautez.

E : Comment vous abordez le sujet avec une femme enceinte ?

I : Ah la femme enceinte alors là je suis très très catégorique : comme le zéro alcool, zéro cigarette hein ? Et puis je leur fait comprendre que c'est très dangereux, la cigarette pour le fœtus. Alors donc s'ils veulent un enfant normal ils ont intérêt, elles ont intérêt à ne plus fumer du tout, par quelque moyen que ce soit. Moi je leur donne tous les moyens qu'elles

veulent. Mais franchement, alors là je suis intransigeant, j'arrive presque à me fâcher avec mes clientes si elles voulaient continuer à fumer. Parce que là je ne tolère pas, quand on a un enfant on est responsable. Après faut se débrouiller, faut avoir la force de caractère de se sortir de là.

E : Est-ce que l'entourage du patient joue un certain rôle dans ces cas là ?

I : Non, nous sommes toujours isolés. Sauf quand il y a des couples. C'est rare... mais c'est rare, il a des couples qui décident de s'arrêter.

E : Qui décident ensemble ?

I : Oui mais c'est très rare, très très rare.

E : Mais est-ce que l'entourage peut aider ou freiner ?

I : Non.

E : Non, c'est vraiment une décision personnelle ?

I : Hum.

E : Vous concernant est-ce que vous identifiez des caractéristiques qui aident pour la prise en charge ou au contraire qui freine un peu la prise en charge, pour le sevrage tabagique ?

Des caractéristiques personnelles ?

I : Non je ne comprends pas.

E : Les connaissances que vous avez pour le sevrage : donc vous m'avez parlé d'un ami qui vous a indiqué cette méthode, donc c'est plus au niveau de votre expérience ou au niveau de votre formation théorique ?

I : Formation : on n'en a pas eu, donc la formation on n'en a pas. Donc c'est dans la pratique qu'on voit exactement ce qu'il en ait. Donc les méthodes qui sont actuellement promulguées que ce soit à l'hôpital ou quoi, pour moi sont totalement inefficaces. Donc le sevrage du tabac, moi je n'y crois pas.

E : C'est-à-dire ?

I : Comme on le fait actuellement. Maintenant c'est tout à fait dingue de mettre quelqu'un sous antidépresseur pour arrêter de fumer quoi ! Mettre des médicaments, que vous allez juger d'ici quelques temps, comme le Médiator hyper dangereux, parce que... Le Champix par exemple moi j'ai des gens qui sont devenus à moitié fou. Alors il faut bien leur expliquer qu'avec ce sevrage là il peut y avoir des effets secondaires, que ça peut-être dangereux, qu'ils peuvent avoir un changement de comportement et tout. Enfin, j'en ai pas mal qui ont arrêtés avec le Champix et ils ont récidivé dans les mois qui ont suivis. Donc ça, le fameux qui avait au début là... c'est un antidépresseur aussi, je me rappelle plus le nom tellement je l'ai pas mis ... C'était le Zyban. Le Zyban : très très bon comme produit hein ! Médiator c'est un puceau à coté ! Et puis cher.

E : Vous pensez qu'une formation complémentaire vous paraîtrait utile ?

I : Pour le tabac ? Non, non actuellement je vois pas la solution. Qu'il y ait des médecins qui s'occupent de ça c'est très bien, comme des urgentistes. C'est comme moi si on me demandait de faire des urgences maintenant : oui mais alors je change, je ferme le cabinet et je ne fais que ça. Le tabac, la tabacologie demande à mon avis des connaissances. Et je pense que... Moi j'ai un copain qui avait fait un sevrage avec quelqu'un qui était dans l'hôpital, qui s'occupait du sevrage tabagique, il a bataillé il y est arrivé, sa femme aussi. Mais c'est à coup de Deroxat et de trucs comme ça. Et il y est arrivé parce qu'il y a eu un contact, il y a eu un contact, il y a eu un lien. Il faut une écoute, il faut une prise en charge, et c'est compliqué. Donc c'est une affaire de spécialiste et pas de généraliste. Le généraliste, moi, pour moi, je ne suis pas quelqu'un qui doit faire du sevrage tabagique.

E : C'est une prise en charge particulière ?

I : Je dois dépister. Quand il y a quelqu'un comme une femme enceinte, comme vous venez de me dire tout à l'heure, je dois

dépister : il y a un risque de bronchite chronique aggravée, de truc comme ça, faire prendre conscience à la personne qu'il faut s'arrêter. Et à la limite si on avait un bon réseau oui, ce serait bien qu'on soit informé d'un réseau qui s'occupe vraiment bien des malades.

E : Parce ce que ça c'est difficile, de trouver des gens à qui on peut avoir recours ?

I : Oui j'ai aucune adresse, je vais pas les envoyer dans un centre de tabacologie, non. Il faudrait que j'ai un confrère médecin, comme vous envoyez à un gastroentérologue, vous envoyez à un tabacologue et quelqu'un qui a une formation psychiatrique aussi, qui a une écoute psychiatrique, comme si c'était un petit peu un psychothérapeute.

E : Pourquoi pas les centres de tabacologie ?

I : Parce que je n'y crois pas.

E : Plutôt que les tabacologues ? En fait j'ai du mal à faire la différence ?

I : Moi je n'y crois pas. Non quelqu'un qui soit, ... un médecin, moi je voudrais un médecin, confrère. Un médecin spécialisé en tabacologie, qui soit à l'écoute des gens, qu'on envoie, comme un spécialiste en ORL, comme on envoie comme un truc. Un centre de tabacologie pour moi c'est un truc totalement déshumanisé, c'est de la routine quoi. Là je pense que si on veut vraiment réussir quelque chose, il faut une prise en charge. Et une fois que la personne adhère, ça ira. La deuxième chose c'est qu'il faut être un peu cérébré. Le problème c'est ça, c'est que le trois-quarts des gens ils sont un peu légers quoi, pour faire ça. Ils veulent bien un résultat rapide, avec un médicament, avec un comprimé et puis c'est bon quoi. Donc il faut quand même une certaine volonté. Il faut être un petit peu, comme je vous dis : cérébré.

E : Et quand vous parlez de réseau, vous pensez aussi aux diététiciens ?

I : Alors ça j'en sais absolument rien, les diététiciens c'est une chose, que... il faut voir si ça peut aider ou quoi.

E : Parce que vous m'avez parlé de l'aspect psychologique...

I : Non, Pour moi l'arrêt du tabac c'est une motivation psychologique. Donc cette méthode Allen Carr qui explique tout ce pourquoi on fume, comment on est conditionné, comment on peut s'arrêter... Savoir pourquoi la première cigarette c'est la plus mauvaise. Voilà, donner des conseils comme ça, ça c'est positif.

E : Effectivement ça implique que les patients assimilent bien le concept.

I : Voilà, qui veulent le faire. Moi j'en ai proposé mais sur les propositions, je vais dire pratiquement... Oui, ils ne me disent jamais non, mais je sais qui en a un sur trois qui va faire la méthode.

E : Peut-être qu'il suivra son idée de faire une autre méthode quoi c'est ça ?

I : Oui ils font ce qu'ils veulent.

E : Ces consultations elles sont plutôt agréables pour vous ?

I : Non non ça fait parti de notre travail. Aussi agréable que de faire les tests pour la coloscopie. Euh, coloscopie : dépistage du cancer rectal, ou alors des mammographies hein c'est pareil, c'est un truc d'information. C'est pas passionnant mais c'est mon travail. Faut l'assumer.

E : Est-ce que vous connaissez le conseil minimal en matière d'aide au sevrage tabagique ?

I : Non.

E : C'est comme quoi il faudrait demander au patient s'il fume ou pas et deuxième question : savoir s'il voudrait arrêter de fumer. Quelle est votre pratique par rapport à ça ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

I : Je ne pense à rien du tout, je ne sais pas, je ne le fais pas.

E : Mais vous pourriez trouver que ce n'est pas adapté ?

I : Je n'en sais rien, non là je ne peux pas vous dire, je n'en sais rien.

E : Est-ce que le fait que le patient connaisse le statut tabagique du médecin ça change quelque chose à la prise en charge ?

I : Ben écoutez soit il adhère, c'est très simple hein, soit il adhère soit il n'adhère pas. S'il n'adhère pas ben il va ailleurs, ou il va chercher ailleurs ou alors... Ben voilà, Le médecin, quand on donne une prescription, y'en a qui ont confiance, y'en a qui n'ont pas confiance. Alors s'ils viennent et qu'ils n'ont pas confiance ils viennent plus, puis c'est fini quoi, on en parle plus.

E : A la limite s'est indépendant alors le statut tabagique du médecin ?

I : C'est totalement indépendant, c'est fonction de... C'est pas de l'écouter ni rien du tout : ils demandent un conseil, on en donne un, après ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas. S'ils n'adhèrent pas je vous l'ai dit, je leur dis : « est-ce que vous avez quelque chose, vous voulez une prescription pour un truc, vous voulez essayer un truc en attendant ? ». Tout dépend de leur disponibilité, du temps qu'ils ont, faut être à l'écouter de ce qu'ils veulent : ce qu'ils veulent vraiment. Ou est-ce qu'ils viennent pour un conseil et puis ils vous font le bras donneur en partant quoi, par derrière, ça ça arrive hein ! Ils viennent tester, ils viennent tester le médecin : « alors qu'est-ce qu'il va me proposer celui-là ? ». Après c'est à nous de convaincre.

E : Quelle est la place de la relation médecin patient dans cette prise en charge ?

I : Ben c'est la confiance, c'est tout. Je pense que quand il y a la confiance et que quand quelqu'un a envie de s'arrêter, ça marche, ça marche.

E : Donc c'est important qu'il y ait un lien de confiance ?

I : Non ! Il faut qu'il soit motivé. Il faut qu'il vienne pour une motivation : « je veux m'arrêter et c'est tout ». Et si je lui propose quelque chose ils ont toujours une excuse, un faux fuyant. Voilà ils s'en vont, ils en ont rien à faire, on a aucune prise sur eux, on a aucune prise sur eux.

E : Est-ce qu'il y a un bon moment pour aborder le sujet ?

I : Non il n'y en a aucun, il n'y en a aucun, il n'y a jamais un bon moment. Il y a une opportunité, on la saisi ou on ne l'a pas saisi, il y a une volonté : ils l'ont ou ils ne l'ont pas.

E : Comment vous vous y prenez pour aborder le sujet ?

I : Pour prendre le truc ? Quand il y a une pathologie, quand il y a une pathologie. Moi je fais de l'information, hein voilà, ils payent la consultation vingt-trois euros. J'ai fait mon boulot, je les ai informés de toutes les possibilités c'est tout, fini.

E : Est-ce que vous demandez au tout venant quand vous faites l'interrogatoire un peu systématique ?

I : Non ça c'est idiot, ça c'est complètement idiot. Il faut l'oublier déjà d'emblée cette question.

E : Pourquoi ?

I : Pourquoi ? C'est tout. Parce que c'est idiot. Pourquoi je demanderais le tabac ? Pourquoi je ne demanderais pas l'alcool ? Pourquoi je ne demanderais pas s'ils sont impuissants ? S'ils veulent du Viagra ? S'ils veulent ça, s'ils veulent ça ? Est-ce qu'ils ont bien fait leur dépistage du cancer rectal ? Est-ce qu'ils ont bien fait leur mammo ? Attendez, où on va là ? C'est des consultations à combien que vous voulez là ? À deux-cent euros ? Non, on peut pas, c'est idiot, c'est sûrement utopique. Moi je peux vous répondre bien : moi je suis vachement intelligent, moi je fais systématique. C'est fou ! On ne peut pas, On

ne peut pas, on file tout sur le dos du généraliste. Ça va pas, ça va pas, ça c'est incohérent.

E : Faire du systématique c'est pas votre travail ?

I : Non c'est incohérent, ce n'est pas possible. Alors il y a un truc qui est intéressant à noter peut-être, c'est que si vous faites, si on fait des impacts publicitaires, peut-être à la télévision, ça éveillera peut-être des questions chez les gens et peut-être qu'ils viendront les poser. Et en posant une question on va pas lui dire « va te faire voir ». On va lui dire « oui au contraire on est là à votre écoute, on va vous aider ». Vous comprenez ?

E : Et ce type de campagne pour le moment ça n'existe pas vraiment alors ?

I : J'en sais rien, pour les antibiotiques ça a été très intéressant. La campagne sur les antibiotiques a été une réussite à cent pour cent. Parce qu'avant les gens s'ils n'avaient pas l'antibiotique ils allaient chez le voisin chercher l'antibiotique, alors que maintenant ils ont compris. J'ai des tests, je fais les tests, c'est très bien.

E : Donc on peut penser que ce n'est pas encore fait pour le tabac parce que vous l'auriez remarqué je pense ?

I : Non ça ne sert à rien, ça ne sert à rien, d'ailleurs vous avez vu il y a des polémiques, gaspiller de l'argent pour dire le canab...la fumée... la cigarette tue ça ne sert à rien. C'est idiot, c'est idiot. C'est des milliards qui sont engloutis dans les caisses des partis politiques. C'est tout ça sert à strictement rien, c'est de l'argent détourné et c'est nous qui payons. Mais ça ne sert strictement à rien. Plutôt dire aux gens : « vous avez un problème respiratoire ? Posez la question à votre médecin ». Voilà : « vous avez un truc, vous respirez mal, vous avez ci, vous toussiez vous cracher le matin ? Bon allez voir ». Pas allez voir, mais « parlez-en avec votre médecin ». Un truc comme ça vous voyez ? Où ça pourrait éveiller quelque chose. Dire que ça pue ils s'en

foutent les gens ! Moi j'ai des clients je leur dis : « vous allez avoir le cancer, vous allez l'avoir, c'est certain ». Ils s'en foutent. Vous vous rendez pas compte si je vous dis ça à vous, ça vous ferait bondir !

E : Comment vous gérez la rechute d'un patient ?

I : La rechute d'un patient, j'en ai pratiquement jamais parce qu'ils viennent plus.

E : Ça c'est pas posé ?

I : Non ou alors s'ils reviennent, c'est pour me demander un médicament, comme le Champix, comme... « Je vais m'y remettre là j'ai eu une mauvaise passe, je m'y suis remis »... Non mais je suis toujours à leur écoute. Je suis toujours prêt à les aider. Je trouve toujours une petite solution. Pour certain, mais les trois-quarts ils ne reviennent pas.

E : Et vous comment vous le percevez ?

I : Non je le perçois pas. J'assume. Chaque fois qu'il y a quelque chose, ben on le fait. On essaie de les aider. Quand il y a une demande, il faut toujours donner une réponse hein. Donc il faut être à l'écoute. Essayer de trouver des solutions.

E : Est-ce que c'est une surcharge de travail pour vous ça ?

I : Non c'est une consultation, c'est une consultation. Mais maintenant les gens exagèrent, quant ils viennent ils viennent avec la liste des commissions, comme s'ils allaient à Auchan ! Alors s'ils vous demandent : « déjà j'ai mal au ci, j'ai mal là, j'ai ci, j'ai le nez qui coule, j'ai un bouton au niveau des fesses, j'ai des hémorroïdes, j'ai mal au ventre ». Je vous jure c'est des consultations comme ça maintenant ! Plus « ah oui j'ai envie d'arrêter de fumer ». Quand ils arrivent là c'est fini. Puis après ils vous demandent peut-être la pilule encore. Attendez où on va là ? C'est Auchan. Je leur dis « attendez vous ne voulez pas aussi que je vous donne le chariot pour faire les commissions quoi ? ». La consultation tabagique : on ne vient jamais pour arrêter de

fumer, c'est toujours au détour d'une conversation qui fait que... voilà c'est pour ça que c'est un petit peu négligé.

E : Et comment vous faites alors : vous dites « on en reparlera la prochaine fois » ?

I : Oui à la limite je dis oui, parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas gérer totalement quoi.

E : Au niveau pratique c'est pas ça qui vous prend le plus de temps : c'est le fait qu'ils arrivent avec la liste ?

I : Oui ils arrivent avec la liste.

E : Il ne faut pas être plus disponible par rapport au tabac ?

I : Disons que personne ne viendra... Par exemple vous prenez une consultation pour la pilule : c'est pareil, neuf fois sur dix c'est à l'occasion comme ça. Rarement les seuls cas de prescription de pilule, vraiment pour une consultation, c'est une mère qui amène sa fille et qui dit « voilà ma fille maintenant je sais qu'elle a des rapports, alors j'aimerais pas qu'elle soit embêtée, donc.. ». Mais autrement la pilule, c'est... Vous avez tout fini, vous avez fini l'ordonnance, c'est après « ah vous pouvez me marquer la pilule ? ». Ça c'est une consultation pénible. Il faut être sur le terrain pour comprendre tous ces trucs.

E : Sur le plan financier ?

I : Sur le plan financier ? Moi à mon avis il n'y a aucun problème Sur le plan financier, parce que ça c'est une excuse monumentale. C'est une excuse monumentale, ça vous pouvez le noter, vraiment bien le noter. Il ne devrait pas y avoir de problème d'argent, je regrette, il faut... même les plus défavorisés. Parce que les plus défavorisés ce sont les gens qui consomment de l'alcool, qui fument un ou deux paquets par jour. Mais ça je me demande comment ils font pour trouver leur deux-cent ou trois-cent euros hein ? Y'a quand même une aide de cinquante euros par an, mais c'est ridicule, pour acheter des trucs. Quand on va chez eux il y a ça de loto ou des tiercés, un truc

comme ça (*il fait un geste*): ils les payent comment, à crédits ? Donc les trucs, les vitamines c'est cher, hein l'autre fois on m'a dit « c'est cher le paquet de vitamines ». Ah oui c'est cher ça coûte six euros oui. Et je leur dis « votre paquet de Marlboro il coûte combien ? ». Alors une boîte de vitamines ça coûte six euros, le paquet de Marlboro coûte cinq ou six, il fait un jour ! Et elle, pour se traiter pour quinze jours, trois semaines de vitamines, elle va pas regarder ? Putain j'ai bondi moi la dernière fois, je n'en pouvais plus quoi ! Et c'est tout des trucs comme ça. Alors moi mon argument il est très simple : « vous fumez le paquet ? Combien il coûte le paquet ? Multiplier par trente ? Et la méthode elle coûte combien ? ». Je ne vois pas pourquoi la sécurité sociale paierait quelque chose comme ça ! Je regrette ! Et après vous leur faites le truc multiplié par douze, ça leur fait économiser combien par an ? Sur le budget ? Je leur dis « mais comment vous faites ? Vous êtes au RSA, vous gagner six-cent euros par mois et vous arrivez à dépenser deux-cent euros de cigarettes ? ». Mais où ça va ?

E : Ça peut être une façon de les motiver aussi...

I : Ah ouais vous avez raison, mais je regrette ne me dites pas que l'argent est un moteur, est un facteur de réticences ! Mais quand c'est cent-cinquante ou deux-cent euros de méthode et j'ai pas mes cigarettes après ! Attendez ! Là on est dans une irresponsabilité totale !

Entretien 4

E : La première question, très générale : est-ce que vous pourriez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine ?

I : Hum ! C'était il y a très longtemps ! Euh... Je pense que c'était surtout le contact avec les gens. Quelque chose de terrain.

E : C'est ça qui vous a plutôt attiré ?

I : Oui.

E : Et la médecine générale en particulier ?

I : Ça c'est fait au fur à mesure, c'était aussi un choix, je préparais l'internat, mais j'ai pas... Je suis allée à une ou deux épreuves et puis j'ai arrêté. Je me suis dit que je préférais faire ça. Voilà. C'est un choix tout à fait volontaire.

E : Vous vous y retrouvez ? Ça vous convient comme pratique ?

I : Oui oui, oui.

E : Est-ce qu'il y a de choses qui vous ont un peu déçue ?

I : Oh forcément, mais bon dans la vie de tous les jours c'est pareil hein. Non non...

E : En particulier ?

I : Non non, ça va j'ai encore le moral c'est bon.

E : Oui mais il y a quand même des choses qui vous titillent un peu...

I : Non je pense que j'ai choisi un métier qui me convient.

E : Vous n'avez pas de regret sur ce choix ?

I : Pas de regret non. J'ai pas de révolution à faire non plus. Si : peut-être ce qui est plus difficile c'est de concilier l'installation en ville, médecine, et vie familiale. Pendant dix ans c'est la galère au départ. Parce ce qu'on peut pas se donner à fond dans le métier quoi. C'est l'installation qui est difficile, après ça va.

E : On est obligé d'avoir moins de vie de famille au départ ?

I : Non : moins de vie de famille et moins de cabinet. Donc le cabinet il ne pousse pas comme il faudrait, à la bonne allure au départ. Très difficile au départ. C'est un peu pour vous aussi. (*Elle rit*)

E : Oui, je note !

I : Et on culpabilise des deux côtés, quand un enfant est malade, quand on est obligé de dire non parce qu'on a envie de faire autre chose.

E : Pour rentrer dans le vif du sujet : qu'est-ce que ça vous évoque le thème de la consultation de sevrage tabagique ?

I : Quelque chose d'un peu désespérant. On a des petits moyens, on sait qu'il y a des structures, mais on les connaît pas très bien, on les utilise pas bien certainement.

E : Quand vous dites désespérant c'est parce que... ?

I : Au niveau des résultats.

E : Est-ce que vous identifiez des caractéristiques du patient qui modifient la prise en charge ?

I : J'ai pas compris, pardon ?

E : Est-ce que vous identifiez tel type de patient pour qui la prise en charge sera différente de tel autre ?

I : Oui, pour moi il y a deux grandes catégories. Il y a le grand grand fumeur qui décide d'arrêter parce que il en a raz le bol, en général ce sont plutôt les hommes d'ailleurs. Ça peut marcher, si ça repart c'est pas grave, il recommencera ça marchera. Et puis il y a la femme qui va arrêter parce que c'est raisonnable d'arrêter, et là c'est... (*Elle rit*) Voilà : il y a vraiment deux catégories, alors après c'est mixte en fait hein. Mais c'est presque plus facile les gros gros fumeurs, qui viennent pour ça, et qui du jour au lendemain vont arrêter, ça se passe quelque fois bien. L'arrêt de cigarette parce qu'on vous dit d'arrêter c'est beaucoup plus difficile.

E : En fait elles ne sont pas assez décidées quelque part ?

I : Pas assez oui, et en général c'est plutôt les femmes, mais ça peut-être les hommes aussi.

E : Et vous, votre comportement c'est le même avec tous les patients ?

I : Ben on essaye de... Parce que c'est vrai que le tabac on en parle souvent. On le propose souvent et puis on laisse murir. En plus on provoque... enfin moi je ne pousse pas trop. Par contre on en parle souvent, rarement on en vient à proposer d'aller un peu plus loin.

E : Parce que les patient le demandent ?

I : Parce que à ce moment là je le sens plus mûr.

E : Et vous diriez que les femmes sont plus difficiles à prendre en charge de ce point de vu là ?

I : C'est plus difficile de tenir pour elles, je pense.

E : D'accord, mais pour vous est-ce que ça change quelque chose ?

I : Pour moi, ben je suis un peu plus pessimiste au départ, donc je pense que ça doit jouer dans la consultation ! Et dans mes motivations, dans ce que je peux apporter comme motivation.

E : Comment est-ce que vous abordez le sujet avec une femme enceinte ?

I : C'est facile, mais en plus elle sait que c'est temporaire, ça l'aide beaucoup. Que ça peut être temporaire du moins ! Parce qu'on ne dit pas ça au départ, on en parle d'ailleurs jamais, que c'est temporaire. Mais soixante pour cent des femmes...

E : Vous pensez que c'est sous-entendu pour elles ?

I : Oui. Et c'est relativement, c'est peut-être là que c'est le plus... pour la femme c'est le moment le plus facile.

E : Et comment vous le présentez au départ ?

I : Au départ elles le savent hein, elles sont pas folles.

E : Donc elles en parlent spontanément ?

I : Elles m'en parlent spontanément et là on les aide pas mal parce qu'il n'y a pas beaucoup d'information : c'est qu'on peut quand même proposer des substituts, même enceinte, c'est mieux que de ne pas arrêter de fumer. Donc ça les rassurent et c'est beaucoup plus facile. Et je dirais que la plupart des femmes enceintes arrêtent au moment de leur grossesse actuellement.

E : Vous les suivez quelques fois pendant la grossesse ?

I : Oui oui je suis les grossesses oui.

E : Mais par contre, du coup elles reprennent fréquemment ?

I : Mais très fre... la plupart du temps elles reprennent. Mais c'est vrai que c'est vraiment, ... Je n'en parle jamais avant parce que je ne voudrais pas que ça soit une motivation derrière pour arrêter. Donc c'est toujours défini... à priori c'est pour que ce soit définitif. Et d'ailleurs elles sont de bonne fois au départ je pense.

E : Est-ce que vous pensez que l'entourage du patient peut influencer sur la prise en charge ?

I : Oui, j'en parle tout le temps aussi : d'investir au niveau professionnel, au niveau familial. Savoir si le conjoint fume, si... Souvent c'est des consultations à deux d'ailleurs. La première demande, quand ça muri et que ça devient officiel... J'en ai eu une la semaine dernière, c'était ... Ben le couple est venu, lui ne fume pas, c'est quand même plus facile, mais le couple est venu. Et c'est vrai que ça arrive relativement fréquemment.

E : Donc c'est important que l'entourage soit informé ? Parce que ça va les aider à rester motivé ?

I : Oui et au niveau professionnel aussi, j'ai oublié d'en parler.

E : Et inversement dans l'autre sens est-ce que ça peut poser des problèmes un peu ?

I : Pour qui ? Pour le patient ?

E : Pour le patient qui essaie d'arrêter de fumer oui.

I : Ben c'est-à-dire que si le conjoint fume un paquet devant elle, c'est sûr que ça va poser problème, si personne ne fait un effort.

E : Vous l'avez eu déjà ce type de situation ?

I : Oui.

E : Alors comment vous faites ?

I : Ben le balcon actuellement quand il fait froid : ça ne marche pas ! (*elle rit*) Donc c'est plus difficile, en général c'est reporté, ... au printemps (*elle rit*).

E : Est-ce que vous identifiez chez vous des qualités qui favorisent la prise en charge ?

I : Je pense pas, je ne suis pas plus forte que quelqu'un d'autre.

E : Est-ce que vous identifiez chez vous des « défauts » qui freineraient la prise en charge ?

I : Peut-être, oui, parce que comme je suis un peu pessimiste... sur la qualité, sur l'efficacité des sevrages, je pense que je le fais ressentir.

E : Vous aimeriez être plus convaincue, pour pensez que ça serait plus efficace ?

I : Oui, comme pour beaucoup d'autres pathologies en médecine hein. On leur fait faire beaucoup de choses à nos patients, si on est convaincu ! (*Elle rit*)

E : Mais quelque part ça peut aussi être fatiguant de devoir être motivé tout le temps pour le patient ?

I : Oui, ça fait parti de notre métier, mais on n'est pas Et puis il y a des jours où on sera plus motivant que d'autre, hein. Là je sors d'un rhume, bon je n'entends même pas, je comprends pas toujours toutes les questions, donc c'est dire que... (*Elle tousse*) j'étais clouée au lit ce week-end. Donc je suis pas, ... C'est pas aujourd'hui que je vais me pencher

sur les difficultés particulières, si je peux... (*Elle rit*)

E : Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez faire pour améliorer votre prise en charge ?

I : Il y a tellement des choses que je dois faire que c'est pas la priorité.

E : Oui mais justement là vous pouvez vous lâcher, on ne va pas aller vérifier !

I : C'est peut-être pas une de mes priorités. Euh, pff, je pense que le rôle du médecin généraliste est important, mais qu'il y a tellement de choses à faire, que c'est vrai que des... Qu'il y ait des structures efficaces et de prise en charge c'est bien aussi. Mais je les connais pas, très peu, j'ai quelques cartes d'allo tabac service machin, ch'ai pas quoi. M'enfin bon je sais pas du tout comment ça fonctionne, faudrait que j'appelle moi-même pour voir... (*Elle rit*)

E : Oui, vous n'êtes pas assez informée sur ce plan-là ?

I : Oui.

E : Les connaissances que vous avez actuellement pour l'aide au sevrage tabagique, vous les avez plutôt acquises au niveau de votre formation ou de votre expérience du terrain ?

I : Hum, expérience. Je pense que... je ne sais pas si on en parlait dans mes études.

E : Et après vous en avez peut-être fait aussi en FMC ?

I : Alors j'ai peut-être fait aussi au départ, quand tous ces substituts sont sortis... Je me demande si j'avais pas fait une formation, de deux jours là-dessus, en effet. Là aussi ça remonte, il y a un moment que ça existe quand même. Je me demande si j'avais pas fait une formation où j'avais pleins de papiers, de fiches, de carnet de surveillance, tout ça. Donc j'avais du faire un...

E : Oui ça ça ne devait être pas de la formation initiale.

I : Non, non, de mon temps je pense que ça n'existait pas.

E : Est-ce que vous pensez qu'une formation complémentaire vous serez utile ?

I : Oui mais je sais pas si je la ferais.

E : C'est ce que vous disiez : c'est pas forcément dans les priorités de ce que vous avez à faire ...

I : Oui.

E : Comment vous sentez vous en général pendant une consultation de sevrage tabagique ? Comment vous l'abordez ?

I : Ben je l'aborde très simplement, j'ai pas ... Quand j'essaye de construire quelque chose d'un peu constructif au niveau débat ? Euh, je me demande si le couple... Est-ce que j'ai démarré quelque chose avec eux ? Je crois. Donc j'essaie de structurer, de prévoir des consultations un peu rapprochées etcetera. Mais souvent ça marche pas. Et hier je crois que je l'ai faite, c'était la semaine dernière je crois... *(Elle regarde sur son ordinateur)*

E : Les gens ne reviennent pas vous voulez dire ?

I : Oui, donc c'est très difficile pour nous... Donc elle, elle est venue. Donc on en a parlé plusieurs fois. Elle est venue en couple. Ça y est on a avancé, je lui ai prescrit... Et donc j'ai du prévoir un temps avec une consultation, pour pas qu'elle soit... En prévenant, pour pas qu'elle soit toute seule etcetera. Je trouve que c'est plus facile que d'autres addictologies, presque plus facile. J'en ai un qui veut se sevrer du cannabis par exemple, ben je le vois : il débarque s'il va pas, s'il a une angoisse il vient, c'est... voilà c'est pas pareil, c'est plus facile.

E : Donc en fait vous pensez qu'ils ne reviennent pas parce qu'ils n'en ont pas besoin ?

I : Parce que soit ils en ont pas besoin, soit ils ont craqués et ils ne veulent pas nous le dire, ils nous le diront à la prochaine consultation. Voilà, je ne suis pas très efficace. Et je pense que c'est ma méthodologie qui n'est pas efficace.

E : Vous convenez de rendez-vous avec eux ?

I : Oui, après, une fois qu'on a démarré un sevrage, je les laisse pas...

E : Vous ne leur dite pas de rappeler pour prendre rendez-vous ?

I : Euh, ça dépend, ça dépend de ma relation avec eux.

E : C'est quelque chose que vous faites par ailleurs en médecine générale ?

I : Non très peu, en général je dis : »vous prenez rendez vous pour la semaine prochaine". Et je pense que là je ne lui ai pas donné de rendez vous, je lui ai dit je la revoie dans quinze jours. J'aime pas forcer, je suis pas...

E : C'est vrai que ce n'est pas quelque chose qu'on fait souvent en médecine générale de reconvoquer...

I : Oui, oui oui, oui oui, oui

E : Est-ce que c'est une consultation valorisante pour vous ?

I : Non, ce n'est pas une consultation que j'aime. Je pense que ça se sent aussi.

E : Parce que... ? our ce que vous m'avez dit : vous avez peur de ne pas être assez efficace ?

I : Oui, parce que je ne suis pas efficace, je pense que je ne suis pas efficace.

E : Mais vous le prenez personnellement ça ? Ou vous le prenez dans le contexte de la prise en charge du tabac ?

I : Je le prends dans le contexte de ma propre formation dans le... Je suis... J'ai été beaucoup, j'ai été formée, j'en ai fait pas mal, j'ai eu beaucoup d'échecs, c'est vrai que ça... C'est vrai que ça m'a un peu démotivée.

E : Est-ce que vous avez eu des expériences particulièrement difficiles, qui vous font plus vous mettre en retrait, vous protéger dans les mêmes situations ?

I : Non.

E : Des patients qui vous ont déçus ?

I : J'attends tellement peu je crois en fait, maintenant que je peux en parler (*elle rit*). Je ne m'en étais peut-être pas trop rendu compte, que finalement non, je suis pas ... Euh, je suis déçue quand j'ai eu des arrêts très long, assez longs, et qu'il y a une reprise donc... Ça c'est vrai que c'est décevant. Parce qu'on a fait pas mal de chemin, surtout s'il y a eu un suivi, si on s'est vu, si on en a parlé, si... Là c'est décevant. C'est décevant après une grossesse aussi, parce que souvent les risques médicaux sont... après en plus sur le bébé, ou même après la naissance. C'est pas que pendant la grossesse, donc...on... Là c'est décevant : après une grossesse, après un long arrêt c'est décevant.

E : Et comment vous gérez les rechutes alors ?

I : Ben on en reparle, et on reprend... Et on attend le bon moment pour, euh pour refaire comme au départ, en étant un peu plus optimiste parce que on se dit « vous avez réussi à le faire une fois, il n'y a pas de raison que vous n'y arriviez pas une deuxième fois, et puis à mon avis ça sera la bonne ». On leur remonte aussi un peu le moral aussi là-dessus, de pas les faire culpabiliser un maximum. Donc voilà c'est un autre problème, mais c'est décevant au départ, et puis après on avance. On se dit, « bon ben voilà, la prochaine fois ce sera plus facile : on sait exactement comment ça va se passer, les difficultés, on peut plus les anticiper ».

E : On a acquis une expérience qui sert aussi ?

I : Oui.

E : Est-ce que c'est votre rôle de parler du tabac ?

I : Oui.

E : En tant que médecin généraliste ?

I : Oui.

E : Quelle est votre opinion concernant le conseil minimal d'aide au sevrage tabagique ?

I : Qu'est-ce que c'est que le conseil minimal ?

E : c'est comme quoi il faudrait poser deux petites questions, qui prennent en théorie pas trop de temps, et qui permettent de motiver plus de gens : c'est-à-dire « est-ce que vous fumez ? » Et puis « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? »

I : Je pense que le fais souvent, parce dans... je marque systématiquement si une personne est fumeur ou pas, dans mon dossier, c'est une partie... Je ne peux pas le rater quoi, en particulier dans le dossier informatique. Alors après c'est vrai que... Bon maintenant bon j'ai le logiciel depuis pas très longtemps : depuis 2008. Donc c'est vrai que les premières fois où j'ai noté tabac je suis pas sûre d'en avoir parlé à chaque fois quand même hein. Parce que... mais s'il y a une pathologie infectieuse...s'il y a une pathologie ... fatigue, tout ça... A ce moment-là je revois tout de suite au niveau du tabac et on en reparle.

E : Donc il y a deux choses : des fois quand vous faites l'interrogatoire systématique vous en parlez un petit peu.

I : Voilà, et puis après à la longue c'est quand il y a... J'en parle pas à toutes les consultations hein, mais euh, j'essaye d'en parler, souvent, et puis à l'occasion d'un fait médical : souvent, quelque fois, ça peut...ça peut les motiver aussi.

E : Qui vous fait raccrocher le tabac quoi ?

I : Oui.

E : Est-ce que le fait que le patient connaisse le statut tabagique du médecin ça modifie la prise en charge ?

I : Peut-être, je sais pas.

E : Ça peut-être dans tous les sens hein : aussi bien un médecin non fumeur, qu'un médecin fumeur, ex-fumeur...

I : Oui oui, euh, beaucoup moins qu'avant je pense. Les gens se prennent personnellement plus en charge qu'auparavant, auparavant le médecin était un exemple, et je ne suis pas sûre que ce soit...

E : Il a perdu de son exemplarité ?

I : Oui je pense, qu'il y a moins d'importance qu'il y a trente ans quoi.

E : Qu'elle est la place de la relation médecin-patient dans ce sevrage ?

I : Très importante je pense, mais euh... oui très important. Très important, c'est d'abord la motivation personnelle principalement, après c'est la relation avec le médecin.

E : Est-ce qu'il y a un bon moment pour aborder le sujet ?

I : Oui.

E : Est-ce que c'est un peu ce que vous me disiez déjà ? S'il y a des accroches ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous répondez tout de suite à une demande ?

I : Non, en général, on en parle tout de suite, mais en général il faut plusieurs consultations avant de prescrire. D'abord parce que j'aime savoir un peu leurs habitudes, j'essaie de leur faire réfléchir un peu : quand est-ce qu'ils prennent leur première cigarette ? Dans quelles circonstances : au niveau du travail ou au moment des pauses ? S'ils sortent, ce qu'ils font ? Donc de bien réfléchir à tout ça.

E : Et tout ça vous l'abordez déjà dès qu'ils vous ... ?

I : Dès le premier, et ensuite en général. Donc ça dépend un peu de la motivation de la personne, soit ils repartent avec une ordonnance, soit on réfléchit à tout ça et on se revoie, et à ce moment je prescris, c'est moitié moitié à peut-être.

E : Parce que c'est pas toujours facile : quand il y a plusieurs motifs et que ça arrive tout à la fin...

I : Oui oui, non mais c'est pas gênant, moi j'ai pas ... Je suis toujours en retard hein, je prends vingt minutes et s'il y a autre chose et ben je continue hein (*elle rit*), même au dernier moment ! Alors je peux raccourcir un peu si je sais que ma salle d'attente est pleine comme une pêche, mais...

E : De toute façon vous savez que vous aurez envie de lui dire de revenir pour en reparler ?

I : Oui, alors c'est vrai que si je suis pressée je vais pas m'étaler, je vais lui dire : « bon c'est une bonne chose, bon on va ... voyez de votre côté, voilà ce que j'aimerais savoir : c'est quand est-ce que vous prenez des cigarettes, quels sont les... essayez de repérer les moments où c'est systématique... etcetera etcetera vous réfléchissez et vous revenez ». Ça permet de gagner du temps dans la consultation quand ça arrive au dernier moment.

E : Comment situez vous cette consultation par rapport aux autres ?

I : Identique.

E : C'est une consultation de médecine générale comme une autre ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous pensez que ça fait peser une pression sur le médecin cette consultation ?

I : Non.

E : Par rapport justement à l'efficacité ?

I : Ouais mais euh, il y a beaucoup de choses hein : y'a l'activité physique, il y a le diabète qui mange que des couscous et des machins... C'est une désespérance dans ce sens là. Mais bon ça fait parti de l'éducation.

E : Au point de vue pratique : est-ce que ça vous demande plus de temps, de disponibilité ?

I : Comme d'autres problèmes, je l'intègre tout à fait dans la consultation, il faut que je prenne

cinq minutes de plus à la fin parce que tout d'un coup ça débarque, je le prendrais, quitte je vous dis, à faire une entourloupe, pour pouvoir aller plus tard. Sinon si c'est un thème principal, je prends le temps qu'il faut.

E : Ça pourrait aussi bien être une autre demande qui arrive tout à la fin ?

I : Oui oui.

E : Donc ce n'est pas une surcharge de travail particulière ?

I : Non.

E : Est-ce que vous avez recours à d'autres professionnels ?

I : Euh j'aimerais peut-être un peu plus (*elle rit*).

E : Oui c'est ce que vous m'aviez déjà dit.

I : Oui.

E : Mais vous avez du mal à avoir les contacts en fait ?

I : Oui.

E : Aussi bien que ça soit des libéraux, qu'en centre, l'un ou l'autre ?

I : Oui.

E : Mais vous aimeriez bien l'aide de personnes un peu plus spécialisées là dedans ?

I : Oui, je pense que sur certaines personnes ça peut aider d'avoir une structure médicale, comme on en fait pour perdre du poids...

E : Quel type de personne vous enverriez ?

I : Euh je verrai bien un ensemble à la fois psycho, pneumo, faire un petit bilan vraiment orienté sur le tabac et ses complications, et le coté psychologique, et le coté pharmacologique, et le prix qui pose aussi un problème.

E : Le prix c'est-à-dire ?

I : Oui la prise en charge, même si on leur dit qu'ils économisent par jour... c'est pas la même chose.

E : Dans le sens ou dans un centre ils pourraient être mieux pris en charge ?

I : Si peut-être, je pense qu'il y a eu et qu'il y a de moins en moins de prise en charge hein. Je crois que maintenant ça commence à sauter les cinquante euros par mois.

E : Donc vous pensez que ça serait mieux que ça soit mieux pris en charge ?

I : Oui.

E : Et vous concernant, par rapport à l'aspect financier de la consultation de sevrage du tabac, est-ce que... ?

I : Ça change rien.

E : C'est une consultation comme une autre ?

I : Oui.

E : Au niveau de la politique de santé publique, est-ce que vous avez des remarques à faire là-dessus ?

I : Non, je viens d'entendre qu'ils n'augmentaient pas les taxes sociales pour le tabac, moins que pour le reste, donc c'est un peu étonnant mais bon.

E : Qu'ils augmentaient pas ?

I : Les taxes sociales qui viennent de sortir hier, qui passe de dix-neuf virgule cinq à vingt et un virgule six sauf pour le tabac.

E : Par contre ils n'arrêtent pas d'augmenter...

I : Voilà, par contre en octobre ils vont augmenter de sept pour cent, mais ils veulent pas augmenter la taxe, pour pas qu'il y ait trop encore... que ce soit encore trop cher...

E : C'est pas très logique oui.

I : C'est... voilà ! J'ai entendu ça à la radio ce matin, c'est un fouet dans les orties.

E : Est-ce que vous avez d'autres choses à me dire sur les difficultés que vous pouvez rencontrer dans le sevrage ?

I : Non.

Entretien 5

E : Une question générale pour commencer : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine ?

I : Euh, bon, j'avais toujours eu envie, depuis que j'étais adolescent. J'avais envie de soigner les gens. Et puis finalement j'ai persisté dans mon idée. J'ai un papa dentiste, et donc j'avais aucune envie de faire dentaire. Je veux dire, je l'ai vu travailler pendant longtemps, etcetera. Et donc je voulais faire médecine, voilà.

E : Et médecine générale en particulier ?

I : Et médecine générale parce que je voulais toucher... je voulais voir un petit peu de tout, donc je voulais pas toucher spécialement un domaine particulier. Et c'est vrai qu'au cours des stages, finalement... J'avoue que la chirurgie ça m'aurait tenté, mais j'étais un peu trop fainéant. Et donc j'ai fait médecine générale, pas par dépit, parce que ça me plaisait. Je trouvais que les spécialités c'était un petit peu contraint dans une... Et je trouvais que c'était bien de voir beaucoup... de voir plusieurs choses, plusieurs pathologies, plusieurs tranches d'âge. Voilà c'est très intéressant.

E : Et est-ce qu'il y a des choses qui vous ont déçu ?

I : Oh, on est toujours déçu par ... oui bien sûr dans une vie de médecin on a des déceptions, on a des succès... Voilà, sinon on ne continuerait pas je pense. Déçu, je pense que j'ai été déçu un petit peu au départ. Un petit peu comme vous avec l'ordre des médecins etcetera, avec les informations, quand on s'installe... Alors peut-être que maintenant c'est mieux. Mais quand on s'installait nous, moi je me suis installé en 1985, y'avait très peu d'info quoi, c'était vraiment... Même au niveau stat, au niveau machin... On n'avait rien, c'était au petit bonheur la chance. On se débrouillait par des relations, par des gens qu'on connaissait, y'avait pas internet, y'avait rien quoi. Je ne sais même pas s'il y avait le minitel... Si, il y avait le minitel. Donc le minitel c'était la révolution, moi je me

souviens, j'ai fait ma thèse par minitel. C'est-à-dire, j'avais recherché, pareil, j'avais fait ma thèse sur le syndrome de La croix-Bercot avec X à l'époque. Il fallait que je retrouve tous ses cas-patients depuis à peu près dix ans. Et heureusement qu'il y avait le minitel parce que j'avais retrouvé des gens... Et donc c'était le début du minitel.

E : Donc ça va mieux ça maintenant ? Avec l'informatisation ?...

I : Ah oui, ça maintenant je pense que c'est extraordinaire. Maintenant avec internet, c'est un outil quand même extraordinaire quoi ! Et puis il n'y avait pas l'ordinateur, on n'avait pas l'ordi au cabinet... On n'avait rien, c'était les fiches patients... L'ordi c'est quand même une révolution je pense. Le portable évidemment aussi, parce qu'il n'y avait pas le portable... Quand on était de garde c'était l'enfer quoi, on avait le bip, on avait l'eurosignal, c'était infernal. Sinon globalement je pense qu'on fait un beau métier. Bon je pense qu'on est un petit peu trop contraint, par des contraintes administratives. Je pense qu'on fait trop de papiers. On fait trop de paperasse en France, on est écrasé de papiers. Et je pense qu'il faudrait simplifier tout ça. Je pense que vous vous avez la chance d'exercer dans des cabinets de groupe, où vous êtes plus nombreux, où il y a une secrétaire etcetera. Donc il y a plus de facilités. Quand on est seul, même deux je vois avec des confrères, ils ne peuvent pas se payer une secrétaire, parce qu'ils ont pas les moyens, ça coûte trop cher. Si vous êtes nombreux c'est sûr que ce n'est pas pareil, ça dilue le...

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Ça m'évoque plusieurs patients, qui ont besoin de se sevrer... Moi ça m'arrive souvent de leur dire : « ben oui vous devriez arrêter le tabac etcetera ». Le problème sur Marseille c'est qu'il n'y a pas de structure. Alors maintenant, à un certain moment on avait une structure qui existait sur X qui est pas très loin là, de sevrage. Vous êtes de Marseille ?

E : Eh non.

I : Ah vous êtes pas de Marseille. Donc l'hôpital X, qui n'est pas très loin d'ici, qui fait du sevrage tabagique, ça a disparu depuis à peu près sept-huit ans. On n'a plus personne. Et puis là ils viennent de créer une structure sur X. Depuis un an je crois, dans le sevrage tabagique.

E : Donc vous êtes bien au courant de ce qu'il y a comme structure ?

I : Je connais un petit peu, mais pas très très bien. Je sais qu'il y en a une sur X, c'était X qui faisait ça, mais est-ce qu'il le fait encore ? Je ne sais pas. Je crois qu'il est à la retraite, donc maintenant ça doit être un autre médecin peut-être qui a du reprendre ça. Mais on est très mal informé quand même, je pense, au niveau du sevrage tabagique. Et puis les cardio, par exemple, qui eux sont confrontés quand même souvent à ce problème-là, quand un patient qui ont fait un infarct etcetera, bon il faut arrêter de fumer. Moi j'ai deux trois correspondants, je leur dis « tu connais un truc sevrage ? », ils me disent « connais pas ». Ils se débrouillent ! Donc là quand même je pense qu'il y a une carence importante.

E : Concernant les patients : est-ce que vous identifiez certains types de patients pour qui la prise en charge est différente ?

I : Oui certainement... Moi ce qui m'interpelle c'est toute la pathologie cardiaque, bronchique. Donc de toute façon là ça fait beaucoup de patients. Bon plus ceux qui fument, bon effectivement, qui ne doivent pas fumer, mais bon après on rentre dans une autre... Maintenant quand on est dans une pathologie qui est bien déterminée, et quand on dit aux gens « ben il faut arrêter de fumer »... Moi je dirais qu'une fois sur deux ça ne marche pas. Même plus peut-être hein ! Deux fois sur trois ça ne marche pas.

E : Donc là en fait vous identifiez les patients qui ont déjà des complications du tabac...

I : Complications cardiaque, complications bronchiques, pulmonaires, BPCO, les cardiopathies... Là où il faut qu'ils s'arrêtent de fumer, où il y a un facteur vasculaire... Donc là c'est sûr que bon, ceux là c'est impératif, mais on n'arrive pas à tous les faire arrêter quoi. Alors il y en a qui diminuent, qui fument moins, qui disent fumer moins.

E : Et parmi ceux-là, qu'est-ce qui fait qu'il y en a qui vont y arriver, et d'autres non ?

I : C'est compliqué... Maintenant qu'on a X depuis à peu près un an, moi je les adresse sur X. Mais bon, il y en a qui y vont, il y en a qui n'y vont pas aussi. Donc on leur donne l'adresse, « vous y êtes allés, vous avez pris rendez-vous ? », « oui mais je vais y aller ». Et puis je les revoie trois mois après, ils y sont pas encore allés. Ça fait parti du message du généraliste, qui doit constamment répéter la même chose.

E : Donc déjà première étape : ils suivent le conseil ou pas...

I : Voilà tout à fait, ils le suivent ou pas. Et puis ensuite, s'ils font la démarche, effectivement... Bon moi sur X c'est assez récent, j'ai pas trop de retour...

E : C'est un centre de tabacologie ?

I : Oui.

E : A priori pluridisciplinaire ?

I : Il est en relation étroite avec le service de pneumo.

E : Est-ce qu'il y a des psychologues, diététiciens... ?

I : Je ne sais pas comment ça marche. Je ne connais pas le service. Là je pense que je vais envoyer un patient donc j'aurais peut-être des retours. Je vais envoyer mon beau-frère qui a besoin de s'arrêter de fumer, parce que... Bon lui a fait un infarct hein... Donc je lui ai dit « là il faut t'arrêter absolument ». Bon après il y a les gens qui arrêtent tous seuls, qui arrêtent d'emblée. On les revoie trois quatre mois après, « ah mais j'ai tout arrêté, d'un coup, j'ai

tout arrêté ». Bon sachant qu'effectivement il y a des rechutes. En général le patient qui s'arrête trois quatre mois, six mois, il rechute en général dans les quatre-cinq mois. Il rechute, il reprend, il re-arrête, en général trois quatre fois. Mais ils y arrivent quand même, ils y arrivent.

E : Ça vous le suivez en fait, ceux qui vous ont dit « j'ai arrêté » ?

I : Oui je leur redemande. Sachant que dans la consultation c'est pas non plus peut-être la priorité non plus. Quand il y a une autre priorité devant, une autre pathologie, bon un peu comme le diabétique qu'on découvre à qui on a dit mettez vous au régime etcetera... Faut pas manger ça ça et ça, bon il vous dit « oui je vais le faire ». Bon là aussi on sait bien qu'il y en a qui vont continuer à manger un peu de sucre, ou... L'hypertendu avec le sel c'est pareil, « ah mais je sale plus », « mais bon mais vous mettez quoi ? », « mais là je sale un peu quand même, je mets un peu de sel ». Notre rôle justement c'est de les revoir tous les trois mois et de leur dire « qu'est-ce que vous avez fait, qu'est-ce que vous faites ? ». Voilà on est un peu là pour enfoncer le clou.

E : Comment vous abordez le sujet avec les femmes enceintes ?

I : Les femmes enceintes, moi j'ai la chance de ne pas en avoir beaucoup qui fument. Parce que j'ai une population quand même très mitigée, dans l'arrondissement ici, c'est le centre ville, donc beaucoup de magrébines. Elles ne fument pas, donc je n'en ai pas tellement. Alors certaines, oui, j'en ai quelques unes. En général elles savent très bien qu'il ne faut plus fumer, hein, elles le savent. Alors certaines arrêtent effectivement, d'autres continuent. Bon là je pense qu'après c'est ch... Bon moi je leur ai dit « c'est très dangereux », hein etcetera, avec les conséquences sur le fœtus. Mais j'y suis quand même peu confronté, c'est pas trop un problème quoi. Parce que souvent elles ne fument pas, de par leur religion elles ne fument pas. Donc elles pratiquent.

E : je n'y avais pas pensé.

I : Eh oui, le problème religieux c'est vrai qu'effectivement, elles ne boivent pas, elles ne fument pas.

E : Et par rapport à l'entourage en général est-ce que vous avez des expériences comme quoi ça joue ?

I : Alors est-ce que c'est mieux pour l'entourage. Le tabagisme passif ? Oui je pense que c'est beaucoup mieux. Bon moi je le vis personnellement, parce que ma femme fume toujours, elle ça fait au moins deux ans ou trois ans qu'elle doit arrêter de fumer. Moi je ne suis pas fumeur. Et donc mes enfants lui font la vie... Forcément : « tu arrêtes quand de fumer ? Tu m'as promis que tu t'arrêteras il y a un an, mais tu as pas arrêté, etcetera ». Sachant qu'elle fume moins qu'avant. Mais c'est quand même, je pense que le tabagisme passif c'est très important. Dans la mesure où elle fume plus dedans, elle fume que dehors. Donc c'est déjà beaucoup mieux... Et c'est vrai que j'avoue que je ne supporte plus le tabac. Moi personnellement quelqu'un qui fume c'est insupportable. Donc on s'habitue au fait que le conjoint ne fume plus. Quand il ne fume plus, je pense qu'on est mieux.

E : Et comment vous essayez de l'aider ?

I : Oui je pense qu'on peut l'aider. Je pense que s'il y en a deux qui fument c'est peut-être plus facile. Un couple qui s'arrête de fumer, c'est peut-être plus facile. Quand il n'y en a qu'un qui fume, à mon avis c'est plus compliqué.

E : C'est pas évident que le conjoint puisse aider ?

I : Moi je ne sais pas trop quoi lui dire, de toute façon c'est toujours pareil : soit on est coercitif et on dit « bon arrête de fumer tu m'énervé... ». Pareil pour les enfants, ou on est plus gentil et on dit « allez, fais un effort etcetera ». Bon au début ça va mais après on est un peu énervé parce qu'elle continue à fumer, et on se dit « bon quand est-ce qu'elle va arrêter ? ». Donc c'est pas forcément ... Par

exemple là je ne dis plus rien. Voilà, donc comme ça... Bon elle fume moins. Mais je pense que je vais l'envoyer sur X.

E : Alors, vous concernant : est-ce que vous identifiez chez vous des qualités qui favoriseraient cette prise en charge ?

I : La qualité d'écoute hein ? Bon je pense que de ce côté là il n'y a pas de souci. Bon après effectivement c'est une question de temps aussi. Les consultations sont... On est un peu pris par le temps. Alors bien sûr je ne dis pas que tous les patients On a des patients qu'on garde plus longtemps que d'autres hein évidemment, parce que c'est pas la même pathologie. Mais c'est vrai que le sevrage ça passe aussi par une écoute un peu plus longue, etcetera, donc il faut un peu plus de temps. Et en cabinet de ville c'est vrai qu'on est souvent un peu surbooké.

E : Et comment vous le gérez ça ?

I : Je fais un peu le point sur le patient, sur son état psychique. Ce que j'ai quand même remarqué, souvent chez les patients qui fument un paquet par jour, au moins un paquet par jour, c'est quand même des patients très dépendants. En dessous d'un paquet peut-être pas, mais je pense qu'ils le sont aussi quand même. Mais vingt cigarettes par jour, ils sont très dépendants. Bon, la cigarette du matin quand on se lève, à jeun, c'est quand même ... Donc je pense que ces patients-là... J'en ai quelques uns que je mets sous antidépresseurs, sous IRS. Ça marche pas si mal que ça. J'avais essayé à un moment donné de mettre certains patients sous...

E : Il y a le Zyban, le Champix... ?

I : Le Zyban ou le Champix. Bon j'avoue que je n'ai pas eu de grands résultats. Avec une mauvaise tolérance, avec les deux produits, donc j'ai arrêté. Donc j'avoue que je les mets sous IRS, à demi-dose souvent, et ça marche pas mal.

E : Et vous utilisez les substituts nicotiques aussi ?

I : Oui aussi, oui en patch ou en chewing-gum. C'est pas fantastique, je pense pas non plus... Je pense que le chewing-gum, oui c'est peut-être pas mal, mais bon, parce qu'on est dans un substitut, au niveau buccal, bon, au niveau du geste... Moi j'ai des patients qui ont arrêté qu'avec le patch, par exemple. Il y sont arrivé. Mais le souci pareil dans le suivi c'est de revoir le patient. C'est-à-dire voilà « je vous donne le traitement pour un mois, dans un mois je veux vous revoir ». Voilà pour le patch ce qu'on fait. Une fois sur deux on ne le revoie pas. On le revoie trois mois après ou quatre mois après.

E : Parce que vous lui dites de revenir mais sans fixer un rendez-vous ?

I : Voilà, m'enfin quand même je lui dis « revenez me voir dans un mois pour faire le point ». Bon un sur deux ne reviennent pas. C'est toujours pareil, donc ils l'ont fait eux même, ils l'ont arrêté après. Alors il y en a chez qui effectivement ça marche d'emblée, donc ils arrêtent au bout de deux mois, trois mois. Et puis il y en a qui ont refumé, qui refument. Donc ils arrêtent le patch évidemment, et puis ils refument. J'ai pas de pourcentage...

E : Ah non, mais c'est pas le but.

I : C'est vrai que, je pense que le plus difficile c'est de revoir le patient, c'est l'observance. Et à côté de ça des fois on a des patients, on est surpris, parce qu'on leur a dit « il faut arrêter de fumer », on les revoie trois mois après, ils ont arrêté tous seuls. Sans rien faire, enfin je veux dire, ils avaient décidé que, donc ils ont arrêté.

E : Donc au niveau de la gestion du temps, vous demandez au patient de revenir quelquefois ? On dit que ça prend beaucoup de temps, donc c'est une façon de faire ?

I : Disons que je n'ai pas beaucoup de patient non plus à qui je demande le vrai sevrage tabagique. J'en ai pas énormément quand même. Bon moi je prends surtout les cas où il faut vraiment arrêter, où il faut arrêter. Après

les autres je leur conseille de diminuer le tabac. Mais bon le jeune qui a trente ans, qui fume son paquet de cigarettes, qui n'a pas de problème bronchique, de problème cardiaque... Bon effectivement il sait bien qu'il ne faut pas trop fumer ! Bon après je vais pas lui dire toute la journée « vous devriez arrêter de fumer » quoi ! Parce que franchement... voilà. Bon s'il y a une pathologie j'insiste dessus. S'il n'y a pas de pathologie bon ben, les conseils d'hygiène quoi.

E : Et vous l'identifiez par contre le statut fumeur ou non fumeur du patient ?

I : Je l'identifie, c'est-à-dire, cliniquement ? (*j'acquiesce*) Je pose la question en général oui. Oui oui je pose la question. Bon souvent je m'en rends compte : le patient qui fume, on le voit quand même. Quand c'est un fumeur d'un paquet par jour, on s'en rend compte hein. Souvent quand on ausculte un patient qui vient pour une bronchite, une pneumopathie, même un jeune, en général je pose toujours la question « est-ce que tu fumes ou pas ? Est-ce que tu fumes ? ». Bon, C'est vrai que ça peut changer la donne au niveau bronchique. Souvent quand je pose la question, je pense qu'ils fument, je me trompe rarement. En général ils fument.

E : J'en profite parce que j'avais une question sur le conseil minimal, est-ce que vous voyez ce que c'est ?

I : Non.

E : C'est destiné aux médecins généralistes, et censé être court, pour pouvoir être posé au plus de patients possibles. Deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? » et si les patients disent « oui », on donne un document.

I : D'accord, on le fait pas toujours, c'est clair.

E : Vous ne faites pas toujours les deux ? Ou l'une ou l'autre ?

I : Je ne fais pas toujours les deux, voilà.

E : Vous me disiez qu'en général vous savez le statut du patient... ?

I : Oui, si c'est un patient que je connais, en général, je sais très bien qui fume ou pas, hein. Ça je le sais. Si je le connais pas, si je le vois pour la première fois, bon, je pose la question là effectivement. Fin si je le vois pour une pathologie bronchique.

E : Et la question « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? », qu'est-ce que vous en pensez ?

I : C'est pas idiot effectivement. C'est pas idiot, on peut la poser. Après c'est oui ou non, hein, après c'est fini, je veux dire, bon...

E : Mais en fait c'est le but, pour que ce soit rapide...

I : Tout à fait, non mais c'est pas... Effectivement, mais on n'y pense pas forcément.

E : Après il y a aussi le problème de se dire : il faut y penser, pour le faire très souvent il faut y penser...

I : Oui.

E : Je reviens à ma question : est-ce que vous identifiez chez vous des défauts qui freineraient le sevrage tabagique ?

I : C'est pas des défauts, je pense qu'on manque de temps. C'est un problème de temps et de consultation. Il est certain qu'un patient, il faut le garder au moins une demi heure, si on veut essayer de faire un peu le point, de faire le tour, c'est un minimum quoi. Peut-être même plus des fois. C'est comme un patient dépressif, bon qu'on prend en charge aussi, mais c'est vrai que la première fois ça va être beaucoup plus long. C'est un patient qu'on va garder plus longtemps, qu'on va revoir, qu'on va adresser au psy peut-être... C'est vrai qu'effectivement il y a un manque de temps. Après il y a l'adhésion du patient : il faut qu'il revienne. Mais je pense effectivement qu'il faut lui proposer « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? », « ben oui ». A ce moment-là je leur dis « ben vous avez tabac-

info-service sur mon truc... bon téléphonez à tel truc service »... (*Le téléphone sonne*) Bon je ne sais pas du tout ce que ça vaut, je n'en sais rien. Parce qu'on a beaucoup de publicités sur tabac-info-service en disant « voilà il faut téléphoner etcetera »... Là aussi, est-ce que ce qui est mis en place, au niveau psychologique... ? C'est quand même... Les instances...

E : Ça peut être une réponse, si vous n'avez pas de temps à lui accorder...

I : Voilà, bon moi j'ai des dépliants parfois, parce qu'on change à peu près tous les trois mois les trucs... Donc un dépliant sur le tabac, je ne sais pas là d'ailleurs si j'en ai, tiens. (*Il se lève et va voir*) Ah non je n'en ai pas.

E : Est-ce que vos connaissances au niveau du sevrage tabagique, vous viennent plutôt du terrain ou des formations ?

I : Alors, je n'ai jamais fait de formation sur le sevrage tabagique.

E : Que ce soit formation initiale ou formation continue ?

I : Initiale... En continu je n'en ai jamais fait non. Il y a un an ou deux je voulais m'inscrire à un truc sur le sevrage mais je ne l'ai pas fait. Je pense que ça peut-être intéressant effectivement. Mais après c'est toujours pareil : si on veut vraiment faire ça en prise en charge, il faut prendre le temps. Il faut prendre le temps de faire l'information, de revoir le patient, de le suivre. Sachant que, bon c'est pas inintéressant, parce qu'il n'y a pas de structure, il y a très peu de structures. Vraiment moi je pense qu'il y a une carence au niveau structure. Parce que même quand on voit X, comme hôpital...

E : Il n'y a rien là bas ?

I : Il n'y a pas de structure vraiment. Alors il y a X qui est en place, il y a X, mais qui n'existe plus. Et j'en connais pas d'autre hein. Je pense que l'information... il y a peut-être d'autre... mais l'info est très mal faite hein !

E : Comment vous sentez-vous généralement pour aborder ce sujet ?

I : Bon je ne sens pas à l'aise, parce que à la limite je n'ai pas fait de formation, j'ai peut-être pas tous les éléments etcetera. Donc c'est clair, c'est certain. Bon j'avoue que j'ai un peu l'expérience de certains patients, familiale aussi. Donc c'est vrai que bon, je me sers un petit peu de ça en disant « c'est pas évident et c'est compliqué ». Il ne faut pas dire « ben de toutes façons vous allez arrêter, vous fumez un paquet par jour, bon ben ok dans deux mois vous avez arrêté ». On sait très bien que c'est pas possible. Sauf certains patients qui arrêtent d'un coup. Mais en général c'est certain que c'est beaucoup plus complexe. Et certains patients que j'avais pris en charge, qui voulaient que je les prenne en charge, qui me disaient « docteur je préférerais que ce soit vous qui me suiviez parce que... ». Bon très bien. Alors certains que j'ai mis sous antidépresseurs, effectivement je les revoie, pendant trois, quatre mois, cinq mois, en général ça marche hein. En général je mets du Seroplex à dix milligrammes, c'est bien supporté, et ça marche pas mal. Alors un petit anxiolytique éventuellement, s'ils sont un peu anxieux ou... La phytothérapie qui peut être associée avec, pour certain qui voilà... Mais je pense que les IRS sont une bonne indication, qui n'est pas l'indication comme effectivement... qui n'a pas l'AMM hein dans le sevrage tabagique. Mais je pense qu'on est beaucoup moins... qu'il y a beaucoup moins d'effets secondaires avec ces produits-là qu'avec ceux qui existent : le Zyban et avec l'autre.

E : Mais vous le mettez plutôt chez des patients qui ont un terrain, ou des antécédents dépressifs ?

I : Des patients, pas spécialement dépressifs, mais que je connais, qui sont quand même, souvent ce sont des anxieux, qui sont nerveux. Bon je les connais bien, en général ce sont des patients que je connais, c'est pas des nouveaux patients. Bon moi je pense quand même que l'arrêt du tabac à un effet sur la satiété et donc

au niveau de la production de sérotonine, et donc je pense que ces patients là qui fument, c'est vrai que quand ils fument, ils sont... Ça a quand même un effet de satiété et de relaxation. Donc je pense que quand on arrête complètement il y a quand même une moindre production des neuromédiateurs. Je ne sais pas ce que vous en pensez ?

E : Si si ça se défend, tout à fait...

I : A mon avis il y a une chute de la sérotonine. D'ailleurs ces patients sont beaucoup plus nerveux, ils sont beaucoup plus excités. Un peu comme dans l'alcoolisme, où quand on arrête, bon on n'est peut-être pas dans le même truc, m'enfin c'est vrai que dans l'alcoolisme c'est quand même beaucoup plus marqué. Mais je pense qu'il y a une hyperexcitabilité quand on arrête le tabac. On prend du poids aussi, ça c'est important vous le savez. Mais là aussi il faut le dire, surtout chez la femme, tandis que l'homme il s'en fout un petit peu. Mais la femme prend du poids. Concomitamment il faut se mettre un peu au régime. Donc là aussi il faut dire aux gens « vous allez faire le régime, vous allez arrêter de fumer ». Voilà donc c'est ça qui est un petit peu compliqué en fait.

E : Est-ce que c'est une prise en charge qui est valorisante pour vous ?

I : Ça peut être valorisant tout à fait oui oui. Ça peut être valorisant. Bon après comme je vous dis c'est une question de temps, de pouvoir le faire. Alors moi c'est vrai que je me limite à certains patients qui ont envie de le faire avec moi. Après les autres bon... si un patient me dit « écoutez je préférerais que vous me donniez un traitement pour... enfin quelque chose pour arrêter de fumer, que je vous revoie etcetera, qu'on se revoie », très bien. S'il n'y a pas de démarche vraiment... Si le patient n'est pas très motivé, je leur dis « écoutez, appelez tabac-info-service, allez voir etcetera... ». Voilà.

E : Est-ce que vous avez eu des expériences difficiles, qui vous ont marquées, dont vous vous souvenez par rapport au sevrage ?

I : Pas spécialement difficile hein non. Je pense qu'il y a eu des échecs évidemment. On revoie des gens six mois après et puis ils ont refumé quoi, et puis ils refument...

E : Comment vous gérez ça ?

I : Par exemple le gars qui a fait un infarctus, qui a du cholestérol, qui a un pré-diabète, qui essaie d'arrêter six mois et qui revient, il refume. Bon je lui fais peur hein quand même, je lui dis « écoutez, refumer six mois après... vous savez que vous êtes diabétique, vous avez fait un infarct, vous avez un stent... vous êtes sous traitement... bon ben écoutez, vous voulez partir plus vite, c'est votre problème ». Fin je veux dire, après il faut leur faire un petit peu peur, parce que sinon... Bon après il y en a qui s'en foute complètement. On a beau leur dire ce qu'on veut... Mais j'essaie de leur faire un petit peu peur quand même, suivant l'individu.

E : Est-ce que le fait de savoir que les rechutes sont fréquentes ça modifie votre prise en charge ?

I : C'est pour ça que à ce moment-là les centres de tabacologie sont très intéressants, parce qu'il y a une prise en charge qui est quand même pluridisciplinaire.

E : Pour ceux qui ont déjà essayé ?

I : Voilà, pour ceux-là effectivement, voir qu'il a un psycho, qu'il a la psychothérapeute, qu'il a le médecin etcetera, je pense que c'est très important.

E : Est-ce qu'il y a des patients qui vous ont déçus ?

I : Oui ben ceux qui on reprit le tabac effectivement, ceux là c'est un peu dommage. Par exemple le gars qui a arrêté pendant un an et qui reprend au bout d'un an. Bon c'est un peu décevant, c'est un peu dommage quoi. Fin dommage pour lui, décevant, ... Je ne suis pas déçu, je pense que c'est notre métier, on est là pour accepter les échecs.

E : Est-ce que c'est votre rôle de parler du tabac ?

I : Oui tout à fait, bien sûr, on en parle, on écoute, toujours.

E : Est-ce que le fait que le patient connaisse le statut tabagique du médecin, ça modifie la prise en charge ?

I : Peut-être, j'en sais rien. Oui s'il le connaît, peut-être effectivement. Oui c'est possible hein, c'est sûr que si on a un médecin qui est un gros tabagique et qu'il demande le sevrage tabagique à plusieurs patients... Alors que lui devrait s'arrêter, je pense qu'il n'est pas très crédible.

E : Vous n'avez jamais eu de patient qui vous pose la question directement ?

I : Non jamais.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient ?

I : Ah ben elle est essentielle, ça fait partie de toute la relation médecin patient, de toutes façons, que ce soit cette pathologie ou une autre. C'est certain que s'il n'y a pas de relation ça ne marche pas. Sachant que ça marchera avec un patient. Comme un nouveau patient qu'on accueille, on discute, et on voit très bien qu'avec ce patient-là ça ne passera pas quoi. C'est un patient qui ne va pas revenir, parce que celui-là, ben non, il va pas adhérer. Bon ben ça m'arrive hein, d'avoir des nouveaux patients qui arrivent, et puis on discute un peu, mais on voit que c'est un patient qui ne va pas adhérer, ça ne passe pas. A l'inverse on a un autre patient qui rentre et de novo ça va tout de suite passer. Ça c'est le feeling personnel après.

E : Est-ce que vous répondez tout de suite à une demande du patient ?

I : Ben oui, on fait d'abord un petit peu le point pour voir pourquoi il veut arrêter etcetera, dans quel contexte il est, est-ce qu'il a une pathologie ou pas....

E : Par rapport aux autres consultations, comment vous situez celle du sevrage tabagique ?

I : Comme je vous l'ai dit c'est une consultation qui est quand même beaucoup plus longue, il faut plus de temps. Il faut une prise en charge plus psychologique, donc il faut plus de temps. Comme les dépressifs.

E : Est-ce que c'est une consultation qui fait peser une pression sur le médecin ?

I : Je ne pense pas non. Pas de pression particulière, pas plus que d'autres consultations.

E : Questions pratiques, pour terminer : l'organisation des ces consultations, vous m'avez dit qu'il faut plus de temps, est-ce qu'il faut être plus disponible aussi ?

I : Ça va avec je pense.

E : Est-ce qu'ils vous sollicitent plus : ils appellent, il faut les revoir ?

I : Oui il faut les revoir, ça c'est pas trop un souci. Je pense que la première consultation est quand même la plus longue, parce qu'il faut faire le point, et pour le mettre sur les rails. Après la suite est quand même plus simple. Maintenant pour un patient qui est adhérent. S'il est pas trop adhérent, s'il a pas envie, j'ai oublier de vous le dire, mais effectivement je pense qu'il faut d'abord demander au patient s'il a envie d'arrêter de fumer « est-ce que vous avez envie ? A quel moment vous avez envie d'arrêter de fumer ? Est-ce que c'est le bon moment ? ». Voilà donc il y a un tas de facteurs, par exemple si on a un patient qui est alcoolique et qui est tabagique, on va lui dire « ben arrêtez avant l'alcool, et on verra le tabac après, on va pas vous faire arrêter le tabac et l'alcool, c'est pas possible, donc on commence d'abord par » ... Disons qu'on va d'abord au plus pressé. Après c'est vrai que, un peu comme le patient qui est dépressif, qui fait une grosse dépression, qu'on traite, sous antidépresseurs, etcetera, on devrait lui dire « vous devriez arrêter de fumer, là arrêtez de fumer parce que... ». Bon là c'est pas le bon

moment : « continuez à fumer, on verra après, quand vous irez mieux ». Bon là aussi il faut choisir la bonne période, sachant que pour un fumeur c'est jamais la bonne période : « j'avais arrêté, oui mais là ça va pas trop en ce moment, là je suis stressé, donc je ne peux pas m'arrêter de fumer ». Moi je vis avec ma femme donc je connais bien le problème, on repousse.

E : Vous m'avez dit que vous souhaiteriez avoir recours à d'autres professionnels de santé, notamment en centre, est-ce que vous essayez aussi d'avoir recours à des libéraux ?

I : Le problème des libéraux en ville, par exemple psychologue, c'est que c'est pas pris en charge, c'est pas remboursé, donc les gens hésitent beaucoup. Alors certains le font. Moi dans le quartier ici on a des gens quand même très peu fortunés, donc c'est vrai que ces gens-là ne vont pas aller voir un psychologue. Peut-être qu'ils iront voir un psychiatre éventuellement, pour faire une petite psychothérapie. Mais le psychiatre c'est toujours pareil, c'est quand même le psychiatre, et le psychiatre ils ne vont pas aller le voir non plus. Donc c'est vrai que quand on parle de centre de tabacologie, je pense que c'est pris en charge. Les gens ont plus confiance. Et puis c'est pas le psychiatre, c'est pas la psy... donc on n'est pas du tout dans le...

E : Est-ce que vous avez des remarques à faire sur la politique de santé publique ?

I : Oui, ben c'est la vache à lait, d'un côté on dit il faut absolument inciter les gens à arrêter de fumer, mais on voit très bien que ça rapporte énormément à l'état au niveau des taxes... A mon avis c'est pas en augmentant le tabac à des prix faramineux qu'on fera arrêter les gens parce que vraiment, le vrai fumeur, il va acheter son paquet de clopes de toute façon. Bon alors c'est vrai qu'ils vont peut-être un petit peu baisser. Mais la plupart des gens que je vois, même s'ils n'ont pas trop d'argent, ben ils vont se restreindre pour pouvoir acheter leur paquet de clopes. Donc je ne sais pas si c'est la

bonne... Alors c'est peut-être pas mal, ça permet aussi... Moi je pense qu'on a des gros problèmes avec les jeunes, avec les jeunes générations qui commencent à fumer très tôt, beaucoup plus tôt que notre génération, que votre génération... ? Je sais pas, peut-être ? En tout cas je vois des jeunes qui fument à treize ans, à douze-treize ans, ils commencent jeune.

E : Et on a du mal à les toucher ?

I : Je pense que là il y a un gros travail à faire, parce que je pense qu'ils sont peu informés. Et puis c'est toujours pareil : il faut que l'info soit faite par des jeunes aussi, par des jeunes qui sont dans leur lycée, ou dans leur collège, si c'est fait par un adulte... Et de plus en plus de filles fument, par rapport aux garçons. Là il y a un gros problème de santé publique, par rapport au collège, par rapport au lycée. Et nous médecins, c'est vrai qu'on est pas très bien placés pour faire de la prévention. Par exemple moi j'en vois des jeunes qui viennent, ils fument probablement. Je leur pose la question de temps en temps. Une fille qui a seize-dix-sept ans, je la vois, je lui dis « tu fumes ? », « ouai je fume ». Bon, elle s'en fou, globalement, c'est comme ça, elle fume, c'est sympa, quoi c'est bien. Elle n'a pas du tout notion. On peut leur (*mot incompréhensible*) un petit peu, mais je pense qu'on n'a pas beaucoup d'impact. Je pense qu'il faut agir dans les collèges et dans les lycées.

E : Sur le plan financier, vous m'avez dit pour le remboursement pour les patients, est-ce que vous voyez d'autre chose ?

I : Je pense qu'il faut développer ces centres de tabacologie, parce qu'on en manque en France, on en n'a pas assez. Même les cardio d'ailleurs ne sont pas au courant. Moi je pensais qu'ils étaient un peu au courant. Ils me disent « ben non je sais pas où les adresser, je connais pas ». Donc ça prouve bien quand même qu'il y a pas de vraies structures, de structures qui soient faites correctement quoi.

E : Et vous concernant, sur le plan financier ?

I : Nous concernant effectivement, c'est sûr que si on prend que deux patients à l'heure, c'est sûr qu'on peut pas, voilà... C'est certain que deux patients à l'heure c'est pas viable. Après on est dans un équilibre financier, dans une rémunération. Donc c'est sûr que si on nous dit « on vous crée une consultation de tabacologie... » Pourquoi pas. Je pense que les finances actuelles de la sécu ne permettent pas de créer quoi que ce soit, puisqu'on a quand même des honoraires qui sont bloqués depuis deux ans. Bon je pense pas qu'on va augmenter cette année, l'année prochaine on verra. Mais on est quand même dans un système qui est fragile. Je crois qu'ils nous ont créé une consultation longue pour les patients déments, dans la nouvelle convention. Ils sont pris en charge dans les EHPAD, puisque ceux là sont un peu plus durs à prendre en charge. Normalement ça devrait être appliqué.

E : Est-ce que sur le tabac il y a d'autres choses que vous vouliez aborder ?

I : Je pense que je ferais sûrement une petite formation sur le tabac, une formation sur deux jours, comme je fais pour d'autres formations. C'est vrai que je voulais la faire il y a un an et demi deux ans, et puis je l'ai pas faite. Ça peut être intéressant. Mais après c'est une question de temps au cabinet, pouvoir le faire au cabinet, il faut l'appliquer quoi. Et le fait d'avoir des centres de tabacologie ça serait quand même bien qu'on ait des centres de référence.

Entretien 6

E : La première question est très générale : simplement, est ce que vous pouvez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine ?

I : Je sais pas. Je pense que c'est l'idée d'être utile aux gens, de s'occuper d'eux.

E : Et la médecine générale ?

I : Ça c'était plus pour avoir une vision plus globale des gens. Pas envie de voir qu'un petit bout de la personne quoi, voilà.

E : Et ça vous plait ?

I : Oui, tout à fait. (*Elle souri*)

E : Il y a des choses qui vous ont déçue dans cette pratique ?

I : Oui peut-être le fait qu'on soit assez isolé dans son cabinet. Et après c'est plus sur le mode de travail que sur la médecine en soi.

E : Le mode de travail c'est-à-dire ?

I : Ben c'est-à-dire qu'on est quand même pas mal débordé, de plus en plus, par des questions administratives qui sont celles qui nous ennue le plus. Et peut-être moins de temps à prendre avec les gens quoi.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Une chose difficile.

E : Difficile pour... ?

I : Peut-être parce que moi je suis fumeuse quand même, je n'arrive pas à m'arrêter, donc... Ça me semble quelque chose de difficile d'arrêter... Mais comme tout sevrage hein, que ce soit l'alcool, que ce soit les médicaments pour les gens qu'en prennent...

E : Comme toutes les addictions finalement ?

I : Toutes les addictions sont difficiles à sevrer.

E : Alors, on va parler des patients en premier : est-ce que vous voyez des caractéristiques des patients qui modifieraient la prise en charge ?

I : Non.

E : La question ça peut être aussi : est-ce qu'il y a des patients qui sont plus difficiles que d'autres à prendre en charge ?

I : Ben pas forcément sur la personnalité du patient quoi.

E : C'est-à-dire : quelle que soit la personnalité on ne peut pas prévoir... ?

I : Oui.

E : La personnalité dans quel sens ?

I : Ben pour reprendre la première question : la personnalité c'est une caractéristique.

E : Dans le sens extraverti ... ?

I : Oui s'ils sont intraverti ou extraverti, anxieux ou pas anxieux.

E : Vous vous les prenez tous en charge de la même façon ?

I : Euh non pas vraiment. Il y a des gens que je vais peut-être adresser plus chez le tabacologue.

E : Quelles personnes en particulier ?

I : Peut-être les gens qui semblent avoir besoin, Peut-être les gens qui ont déjà bien réfléchi à la question, et qui ont besoin d'un soutien plus important que ce que moi je peux leur apporter.

E : Est-ce que vous pensez que l'entourage peut influencer dans la prise en charge ?

I : Oui bien sûr oui.

E : Dans quel sens ?

I : Parce que je pense que c'est plus compliqué de s'arrêter de fumer s'il y a quelqu'un qui fume à côté de vous. Après ils peuvent influencer aussi dans le désir que le patient s'arrête de fumer. Il y a des gens qui viennent plus sous la pression de l'entourage, ce qui n'est pas d'ailleurs un gage de réussite.

E : Comment vous abordez le sujet avec les femmes enceintes ?

I : Ben ça c'est plus évident quoi, du fait de la grossesse, elles se posent déjà toutes la question, souvent quand elles arrivent elles ont déjà toutes commencé ou à arrêter ou à réduire.

E : Donc vous n'avez pas besoin d'intervenir ?

I : Après on peut les aider pour celles qui vont pas arrêter, on peut les aider. Mais c'est vrai que la question elle va de soit quoi... Elle vient plus facilement que sur une consultation générale.

E : Du coup il n'y a pas besoin pour vous d'aborder le sujet : c'est elles qui l'abordent ?

I : Oui oui souvent c'est elles qui l'abordent.

E : Il y a des difficultés particulières avec les femmes enceintes ?

I : Non, elles ont plus de facilités quoi.

E : Plus de facilités à s'arrêter ?

I : Oui, elles sont plus motivées.

E : Vous avez une méthode particulière pour les femmes enceintes ?

I : Non.

E : Est-ce que les gens qui n'arrivent pas à arrêter vous essayez de les faire réduire ou vous encouragez plus l'arrêt... ?

I : Celles qui n'arrivent pas à s'arrêter oui, on essaie au moins de les faire réduire.

E : Vous concernant : est-ce que vous identifiez des qualités qui facilitent le sevrage ?

I : Non, je n'en vois pas. (*Elle rit*)

E : Est-ce que vous identifiez chez vous des défauts qui pourraient freiner l'aide au sevrage ?

I : Non je ne crois pas non plus.

E : Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez faire pour améliorer votre prise en charge ?

I : Oui peut-être : j'ai jamais fait de formation à proprement parlé sur le sevrage tabagique.

E : C'est-à-dire : il n'y en a pas eu au niveau de la formation initiale ?

I : Non.

E : Et vous n'avez pas fait de FMC là dessus ?

I : Voilà, je n'ai pas fait de FMC là-dessus.

E : Vous auriez le souhait d'en faire une ?

I : J'aurais le souhait d'en faire une ... oui.

E : Mais... ?

I : Oui, mais c'est vrai que je ne fais pas énormément de jour de formation. Et que voilà il y a peut-être aussi d'autres sujets qui m'intéressent autant. On fait des choix quoi.

E : Donc les connaissances que vous avez pour le sevrage, c'est essentiellement de votre expérience ?

I : De mon expérience... Je n'ai pas fait de journée de formation, mais j'ai pu assister à des soirées, ou j'ai lu des trucs dans des revues... Voilà, dans ma formation professionnelle.

E : Comment vous vous sentez en général quand vous abordez ce type de thème en consultation ?

I : Euh, comment je me sens ? Pas plus ni moins que pour le reste.

E : C'est pareil que d'autres consultations ?

I : Pour l'aborder oui.

E : Est-ce que c'est une consultation qui est valorisante pour vous ?

I : Valorisante, non je ne dirais pas ça, puisque c'est quand même pas... Sur le nombre de consultations qu'on fait sur ça, il n'y a pas une majorité qui arrive au but, si vous voulez. Donc non ce n'est pas quelque chose de valorisant.

E : Est-ce que au contraire vous avez rencontré des situations particulièrement difficiles, qui vous ont fait modifier votre façon d'appréhender cette consultation ?

I : Alors des consultations difficiles, oui, parce qu'il y a quand même toujours des gens qui n'arrêtent pas alors qu'ils ont vraiment des problèmes de santé. Parce que bon, de même que les femmes enceintes elles s'arrêtent parce qu'elles ont une bonne raison, de même celui qui viens de faire un infarctus ou que l'on a opéré.... *(Elle répond au téléphone)*

Oui je disais de même que ceux qui ont une bonne motivation, les gens qui ont eu déjà un problème en rapport avec le tabac, même un cancer du poumon ou... En général la majorité d'entre eux ils arrêtent de fumer. Donc les consultations difficiles c'est les gens qui continuent malgré tout quoi.

E : C'est des patients qui vous ont déçus ? Est-ce que vous diriez ça ?

I : Non c'est pas vraiment en termes de déception.

E : Mais c'est pénible parce que vous vous êtes engagée à les aider... ?

I : Oui on se sent impuissant hein. Alors qu'on aimerait bien que ça marche pour eux quoi.

E : Comment vous gérez les rechutes ?

I : On essaie de savoir ce qui a fait que ça a rechuté. C'est souvent un peu toujours la même chose de toute façon. Voilà, d'essayer de pousser un peu plus loin, de savoir ce qui a fait qu'ils ont repris. Pour que s'ils re-arrêtent ils soient vigilant quand ils se retrouveront dans la situation de...

E : Que ça apporte quelque chose pour la fois d'après ?

I : Pour la fois d'après oui.

E : Normalement la question suivante c'est : Quelle est votre opinion concernant le conseil minimal ?

I : Pour le conseil minimal ? C'est juste « vous avez déjà essayé d'arrêter ? » c'est ça ?

E : Voilà en général la question c'est « c'est quoi le conseil minimal ? ». C'est deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous voulez arrêter ? ». Et normalement si la réponse est oui on ne va pas plus loin, on donne juste un document. Voilà, quelle est votre opinion par rapport à ça ?

I : Dans tout ce qu'on lit on dit que ça sert à quelque chose. Moi je le fais, même si je ne sais pas s'il y a des répercussions.

E : Vous essayez de le mettre en pratique ?

I : De dire... Quand je vois les gens je leur demande s'ils fument, et je leur demande toujours s'ils ont déjà essayé d'arrêter et s'ils désirent arrêter. Euh... Bon il paraît que ça sert à quelque chose de le faire... Voilà.

E : Et vous pensez que vous arrivez à le demander à un certain nombre de patients ?

I : Alors je demande toujours les... Enfin ça fait partie de l'interrogatoire, quand je vois les gens pour la première fois. Après c'est vrai que les gens que je vois depuis longtemps, c'est vrai que je pense pas toujours à remettre ça sur le tapis.

E : Pas à toutes les consultations quoi ?

I : Sans parler de toutes les consultations, une fois tous les deux ans, ou trois ans... Ch'ai pas, c'est vrai que je pense pas forcément à réitérer la question.

E : Est-ce que vous pensez que le fait que le patient sache le statut tabagique du médecin, ça modifie la prise en charge ?

I : Je ne crois pas. Parce que ça va dans les deux sens. Ça va de ceux qui disent « vous vous avez arrêté ? », je dis « non ». Et ceux qui ont arrêté qui sont vachement fier, et moi toujours pas. Donc voilà, je pense que ça peut aller dans les deux sens, selon les gens.

E : Quelle est la place de la relation médecin patient dans le sevrage tabagique ?

I : Je pense qu'elle est importante un peu comme dans tout ce qu'on fait en médecine

générale. C'est important que les gens puissent parler librement, et vice versa.

E : Vice versa c'est-à-dire ?

I : Que moi je puisse écouter ce qu'ils me disent quoi.

E : Est-ce qu'il y a un bon moment pour aborder le sujet ?

I : Chai pas.

E : Vous vous le faites un peu en systématique puisque vous le faites assez souvent ?

I : Je le fais en systématique juste quand c'est des gens que je vois pour la première fois. Comme je vous disais, après si c'est des gens que je connais depuis longtemps, je leur repose pas forcément la question. Et ça peut être plutôt eux qui abordent le sujet.

E : Vous, il n'y a pas de moment particulier où vous abordez le sujet ?

I : Oui je peux l'aborder, le re-aborder chez quelqu'un chez qui on va trouver de la tension, ou à l'occasion de la découverte d'un facteur de risque. De dire « et vous fumez toujours ? Et vous savez que vous cumulez les facteurs de risque ? ». Les gens qui se mettent à faire du sport ou des choses comme ça...

E : Est-ce que vous répondez immédiatement à la demande d'un patient, qui arrive en disant « voilà, je voudrais arrêter de fumer » ? Comment vous le prenez en charge à ce moment-là ?

I : Ben je réponds, je l'écoute immédiatement. Et après ça dépend un peu, si c'est des gens qui ont déjà réfléchi, qui sont décidés, je peux direct sur la même consultation leur prescrire des substituts, des choses comme ça. Et puis il y en a d'autre où non, ça va être « bon ben on en reparle, réfléchissez-y... »

E : Ça dépend un peu si ça arrive à la fin ? Juste à la porte ?

I : Oui y'a de ça, mais il y a aussi, les gens, où ils en sont dans leur démarche d'arrêt quoi,

s'ils en sont au stade où ils réfléchissent, ou au stade où ils ont déjà pris la décision quoi.

E : Est-ce que vous revoyez les gens pour ça ? Comment vous faites ? Un suivi ?

I : Ça c'est compliqué hein, parce qu'en général, ils ne reviennent pas tellement, même si on leur dit « je voudrais vous revoir dans quinze jours... ». Ça les branche pas tellement.

E : C'est comme ça que vous leur présentez : vous leur dite « j'aimerais vous revoir », vous donnez un délai ?

I : Mais souvent ils ne respectent pas.

E : Et pour les autres types de consultations, vous avez ce genre de problème aussi ou pas ?

I : Ben peut-être moins, par exemple des gens qu'on voit pour un régime, on leur dit « je veux vous revoir dans quinze jours ». Bon il y en a qui ne reviennent pas mais il y a plus de gens qui reviennent.

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres justement ?

I :

E : Ça peut-être comme les autres ? C'est ça ?

I : Moui.

E : Est-ce que vous pensez qu'il peut il y avoir une pression exercée sur le médecin lors de ces consultations ?

I : Une pression ? C'est-à-dire ?

E : Ben ça peut-être du patient, parce qu'il arrive en disant « ben voilà il faut que j'arrête de fumer », ce genre de chose.

I : Oui m'enfin j'ai pas l'impression que la pression il me la mette à moi, ils se la mettent tous seuls, je pense hein. Moi personnellement je la ressens pas.

E : Au niveau pratique, l'organisation de ces consultations, ça vous pose des difficultés ?

I : Non.

E : En termes de temps ?

I : Non.

E : De disponibilité ?

I : Non.

E : Pas plus qu'une autre ? Ce n'est pas une surcharge de travail pour vous ?

I : Non ça fait parti des consultations normales.

E : Est-ce qu'il vous arrive d'avoir recours à d'autres professionnels ?

I : Oui ben soit les tabacologues, soit ça peut être aussi, selon les effets de l'arrêt du tabac, les nutritionnistes. *(Elle répond au téléphone)*

E : Vous avez des difficultés à rentrer en contact avec ces personnes ?

I : Non.

E : Vous connaissez suffisamment de gens autour de vous ?

I : Oui.

E : Tabacologue, c'est en libéral ou... ?

I : Non moi j'envoie pas mal sur X.

E : C'est un centre de tabacologie ?

I : C'est un centre d'addiction, il y a un tabacologue.

E : Est-ce que vous avez des remarques à faire sur la politique de santé publique en matière de tabac ?

I : Non j'ai pas d'avis sur la question.

E : Dernière question sur le plan financier, est-ce que la situation vous paraît satisfaisante ?

I : C'est-à-dire ?

E : Ben il y a les deux versants, pour vous et pour le patient ?

I : Pour le patient : le fait que ça soit pas remboursé les substituts ?

E : Par exemple ?

I : Moi je dis toujours au patient que ça leur coûte pas plus cher que de s'acheter un paquet

de Marlboro par jour. Que s'ils peuvent s'acheter un paquet de Marlboro, ils peuvent s'acheter des patchs quoi. Donc... Bon peut-être que si c'était remboursé à plein, il y a des gens que ça aiderait un peu plus. Mais je suis pas persuadée.

E : Et pour vous ?

I : ...

E : Dans le sens où vous m'avez dit « c'est une consultation comme une autre », à priori...

I : Non, pas de ... non.

E : Vous ne voyez rien de particulier à ce niveau là ?

I : Non..._è

E : Est-ce que vous voyez d'autres choses à me dire, dans les difficultés que vous pouvez rencontrer dans le sevrage tabagique ?

I : Non pas spécialement.

Entretien 7

E : Une première question très générale pour commencer : est ce que vous pouvez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine ?

I : Houlà, ben c'est quelque chose qui me plaisait depuis que j'étais petit en fait. Parait-il que même quand j'avais sept-huit ans je disais à mes parents « j'aimerais bien faire ça ». Mais il n'y avait pas de médecin dans la famille. Donc ça me plaisait, j'avais envie de faire ça. Et puis après quand j'étais en terminale je voulais faire médecine et puis voilà.

E : Et qu'est-ce que vous cherchiez en particulier dans ce métier ?

I : Dans l'absolu, non je ne sais pas, c'est quelque chose qui me plaisait. Et puis je me suis dit « si tu peux le faire, si tu en es capable fais-le », et puis voilà. J'ai pas fait ça par défaut. Et j'avais ça en tête depuis longtemps en fait.

E : Et la médecine générale en particulier ?

I : Alors ça c'est un peu plus compliqué, parce que j'ai fait de la médecine générale... J'ai passé un CES de cardio, en fait je voulais être cardio. J'ai passé le CES de cardio. Et puis les événements ont fait que finalement j'ai remplacé ici le médecin que je connaissais, qui était malade. Puis après je suis resté, et puis j'ai eu mon CES de cardio après. Donc je me suis retrouvé avec un diplôme de cardio et un cabinet de médecin généraliste. Et puis du coup après j'ai continué comme médecin généraliste. Au départ c'est pas ce que je voulais faire, là dans l'absolu.

E : C'était plutôt cardio ?

I : C'était plutôt cardio, puisque j'ai fait les études pour ça, et puis voilà.

E : Et ça vous plaît médecine générale ?

I : Ah oui, ben oui, ça fait vingt ans hein maintenant, mine de rien, ça passe vite.

E : Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont déçu dans cette pratique ?

I : Oui parce qu'il y a beaucoup d'administratif. La relation avec les gens qui a changée. Ben les gens ils ont de moins en moins de moyens. Pour tout hein, pour aller acheter n'importe quoi et y compris pour se soigner. Et on est de plus en plus cloisonné, la sécu qui dit « il faut faire si, il faut faire ça ». On a moins de choix, moins de liberté. C'est pas vraiment une profession libérale. C'est plus une profession libérale. Bon mais vous verrez, voilà. Après il y a des contraintes qui sont devenues de plus en plus lourdes. C'est ce côté qui est un peu plus, oui on va dire un peu plus décevant.

E : Pour entrer dans le vif du sujet : qu'est-ce que ça vous évoque comme ça le thème du sevrage tabagique ?

I : De la difficulté, déjà, pour convaincre les gens. Souvent c'est eux qui en font la demande. Et souvent on sait pas trop quoi faire, enfin à part ... Peut-être que vous allez m'en parler ? ... Donner des patches... C'est compliqué parce qu'il y a une composante psychologique. Alors ils arrêtent, ils reprennent. Et puis il n'y a pas de protocole fixe. Et puis les gens ils vont aller voir un gourou, un magnétiseur... D'autres qui vont voir l'acupuncteur. Il y a tout qui marche et rien qui marche en fait.

E : C'est un peu flou ?

I : C'est hyper-flou.

E : Première partie sur les patients : est-ce qu'il y a des caractéristiques du patient qui modifie la prise en charge ?

I : Vous pouvez répéter la question ?

E : Oui en général j'ai du mal à la faire passer cette question ! C'est : en général est-ce qu'il y a des patients plus difficiles à prendre en charge que d'autres ?

I : Pour le sevrage tabagique ? Oui et non parce que la prise en charge elle apparaît quand il y a déjà une démarche, ou il y a une volonté ou

une conscience de la part du patient qui dit « oui c'est vrai il faudrait que j'arrête ». Donc celui qui veut pas arrêter, la démarche elle est hyper difficile, mais elle s'arrête par définition quoi. Parce qu'il veut pas, il veut pas hein. Donc on a beau lui dire, mais il veut pas : « vous voulez arrêter ? » « non ». Une fois qu'il a dit non, euh... la prise en charge elle est simple.

E : Elle s'arrête là ?

I : Voilà.

E : Donc ça ça fait effectivement deux grandes catégories de patients.

I : Ah ben oui : il y a celui qui veut s'arrêter, celui qui veut pas s'arrêter, celui qui veut mais pas tout de suite. Celui-là on peut encore le motiver. Mais celui qui veut vraiment pas s'arrêter on ne peut rien y faire, sauf lui dire que c'est dangereux... Et en fait lui dire que c'est dangereux ils s'en foutent un peu. C'est quand il leur arrive quelque chose, ou quelque chose dans l'entourage proche que ils s'arrêtent. Bon la personne qui est la plus facile pour... C'est la jeune femme qui est enceinte. Donc là, elle a besoin de personne. Comme quoi ça marche la motivation. Souvent une femme jeune qui est enceinte, elle s'arrête de fumer d'elle-même. En gros elle n'a besoin de personne.

E : C'était la question suivante, la femme enceinte. Donc en fait, elles se présentent, elles ne fument plus ?

I : Moi j'ai peu de patientes enceintes qui fument. Enfin pratiquement elles ne fument plus. Elles s'arrêtent. Bon elles reprennent après.

E : C'est-à-dire qu'en fait elles ont déjà commencé l'arrêt avant de vous voir ?

I : Ah ben quand elles sont enceintes, elles se disent « j'arrête de fumer ». Pour le bébé, elles savent que ce n'est pas bien, que c'est dangereux... Tant que c'est que pour elles-mêmes... A la limite elles admettent, elles conçoivent, ben tant pis... Mais quand il y a un

bébé, elles ne veulent pas le pénaliser. Enfin je pense que c'est ça la démarche.

E : Il y en a qui viennent vous voir en disant « il faut que j'arrête mais j'ai besoin d'aide ? »

I : Ah oui il y en a, oui oui oui.

E : Et vous avez une méthode particulière ?

I : Alors, bon déjà il y a la motivation. Alors après il y a deux... Il y a les patchs. Et puis il y avait, enfin il y avait, moi je sais plus, moi j'ai pas mal utilisé, ça marchait bien le Champix. Le Champix ça marche aussi. Mais en gros c'est les patchs maintenant, les gens ont peur un peu de tout. Et après il y a un peu les méthodes parallèles. Les gens qui vont voir la sorcière à Banon. Quand je dis la sorcière à Banon c'est presque ça hein. Ils vont voir quelqu'un parce que untel qui travaille avec eux, il est allé là bas, et puis il l'a fait arrêter de fumer.

E : C'est quoi ? Un magnétiseur ?

I : Une espèce de magnétiseur oui. J'ai quand même pris les coordonnées, parce que même si j'y crois pas trop, je les ai quand même notées.

E : Et acupuncteur ou... ?

I : Oui oui. Alors moi je connais pas, ce sont les gens eux-mêmes qui me disent « ah je veux aller voir... ». Alors après il y avait aussi tabac-stop, il y a un centre. Les gens ont rarement affaire au centre. Et puis je les envoie rarement, ou alors ils y vont d'eux-mêmes.

E : Vous n'avez pas trop de lien avec ce centre ?

I : Non, mais je devrais peut-être. Mais souvent... Oui c'est vrai que c'est une démarche personnelle, entre le patient et moi et puis voilà.

E : Parce que vous n'avez pas besoin d'avoir recours à d'autre personne ?

I : Ah si... Pff je sais pas. Si, je devrais parce que des fois ça ne marche pas. Déjà les gens quand ils veulent, quand ils viennent et qu'ils font la démarche, c'est que déjà ils veulent

arrêter, donc c'est déjà un peu plus simple. C'est plus difficile chez le tabagique, bronchiteux chronique ou qui a une pathologie artérielle. On lui dit « faut arrêter, faut arrêter », « ah, ouai faut arrêter ». Bon c'est sûr quand ils ont l'angine de poitrine ou l'infarct, ils arrêtent hein.

E : Mais quand c'est plus insidieux, ils ne s'arrêtent pas ?

I : Oui quand c'est plus insidieux. Quand on leur dit « ils risquent que... ». Bon ils savent qu'ils devraient arrêter hein, mais ils n'arrêtent pas.

E : Et dans ces cas-là vous n'avez pas envie de passer un peu la main à quelqu'un d'autre ?

I : Si si mais euh, mais après c'est le patient lui-même qui bloque. Parce que bon, la démarche pour les inciter à arrêter, je leur explique, je leur dis, ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire.

E : C'est-à-dire qu'ils ne seraient pas plus motivés pour aller voir quelqu'un d'autre ? Vous leur donnez l'adresse mais ils n'iront pas nécessairement ?

I : Oui c'est ça.

E : Et pour des questions précises : par exemple, ça peut être diététicien ... ? Vous n'en avez pas besoin, vous le faite vous-même ?

I : Pour ?

E : Par rapport à la prise de poids pendant le sevrage ?

I : Ah oui, c'est vrai que ça c'est plus spécifique aux femmes, qui ne veulent pas arrêter de fumer pour ne pas grossir. Alors après il y a aussi les ostéo, ça peut marcher : ils vont voir les ostéopathes. Les diététiciens, elles ne vont pas y aller en prévention, en disant « je veux m'arrêter de fumer, comment... », voilà. C'est pareil, les diététiciens faut aller les voir, c'est pas remboursé, c'est une question de coût. Donc la démarche, elle est faite après quoi, elle n'est pas faite avant.

E : Pareil pour les psychologues : ils peuvent être une aide ?

I : Alors c'est un peu comme je vous dis : ils vont voir l'ostéopathe. Ben les gens ils sont prêts à voir un peu... Enfin pas n'importe qui, mais... Mais bon après, moi je n'ai pas de réseau de psychologue, en disant « celui-là, super, vous allez le voir, vous allez arrêter de fumer ». Peut-être que ça existe, mais je ne sais pas si ça existe.

E : Mais apparemment ça ne vous manque pas plus que ça ?

I : Euh, il y a une différence entre ça me manque pas, et ça me manque et je le sais pas. Vous voyez la différence ? C'est peut-être ça aussi.

E : L'entourage du patient, est-ce que ça influence la prise en charge aussi ?

I : Ben si dans l'entourage le conjoint ne fume pas ou peut-être l'incite à arrêter, peut-être qu'il va le faire. Mais c'est souvent la démarche, elle est quand même perso. Elle est personnelle, indépendamment du conjoint.

E : Vous pensez que c'est important de prévenir l'entourage, quand un patient s'arrête, qu'il prévienne son entourage ? Ou c'est vraiment personnel, c'est pas...

I : Ben je pense que oui ça joue. Mais je pense qu'ils s'en rendent compte, ils doivent le voir. Ça fait pas partie de la prise en charge. Mais c'est plus au niveau de résultat : ils leur disent « ben voilà je vais arrêter de fumer, donc... ». Peut-être que... c'est sûr que l'entourage doit pouvoir aider, il devrait aider. C'est sûr que s'il s'arrête et que sa nana elle fume comme un pompier, ou l'inverse, ils vont avoir un peu plus de mal. Par contre c'est rare qu'il y ait un couple qui vienne, s'arrêter à deux, moi ça ne m'est jamais arrivé. Où ils viennent à deux pour s'arrêter de fumer, ça j'ai jamais eu.

E : Mais ?

I : Mais ça serait peut-être pas mal.

E : Ensuite, vous concernant : est-ce que vous identifiez chez vous des qualités qui facilitent la prise en charge du sevrage tabagique ?

I : Moi perso ? Je ne sais pas si j'ai vraiment les qualités, parce que moi je ne suis pas fumeur. Donc je n'ai peut-être pas... comme je ne suis pas passé par là. Après la qualité c'est l'écoute et puis, bon, être persuasif. Mais être persuasif comme pour tout, comme pour d'autres choses, voilà. Et puis comme je suis convaincu que c'est mauvais, donc je pense que je dois pouvoir les persuader. M'enfin, je sais qu'ils sont persuadés que c'est mauvais ? Après je sais pas si je les persuade d'arrêter.

E : Et l'autre question qui va avec : est-ce que vous identifiez chez vous des défauts qui freineraient la prise en charge ?

I : Ben les mêmes...

E : Oui c'est ce que vous me disiez : vous n'êtes pas fumeur ...

I : Oui, enfin je ne sais pas, peut-être que je ne vais pas comprendre réellement le besoin de continuer.

E : Vous avez des patients qui vous ont posé la question directement sur votre statut tabagique ?

I : Est-ce que si je fumais ou pas ? Ça arrive, alors évidemment ils disent « ah ben ouais, ben vous, vous ne fumez pas ». C'est du genre « vous ne pouvez pas comprendre ».

E : C'est curieux parce que vous imaginez bien que les médecins qui fument me disent : « ah ben oui c'est parce que je fume, c'est mon défaut » !

I : Ben oui il y a les deux parce que les médecins qui fument, les gens disent « ben voyez, vous-même vous ne vous arrêtez pas, donc je ne vois pas pourquoi je devrais m'arrêter ». Donc en fait ils trouvent toujours la parade.

E : Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez faire pour améliorer votre prise en charge ?

I : Avoir des réseaux peut-être plus précis. Justement, de dire « ah ben tiens, il y a des psychologues ou des centres ». Pour pouvoir donner une conduite pratique. Pour les aider quand eux ils ne savent pas faire la démarche de manière personnelle.

E : Les connaissances que vous avez, vous les avez acquises plus par votre formation ou par votre expérience ?

I : Ah ça c'est plus par l'expérience.

E : Dans votre formation initiale, vous ne vous souvenez pas qu'il y ait eu quelque chose là-dessus ?

I : Ah non je n'ai pas le souvenir d'avoir eu une formation sur... Bon on nous a toujours dit que le tabac c'était mauvais. Mais bon voilà.

E : Et dans la formation continue ?

I : Ben c'est pareil, c'est latent, c'est... Mais j'en fais de la formation continue, pas mal. Et euh, bon on connaît les méfaits du tabac...

E : C'était pas spécifiquement sur le tabac ?

I : Une fois j'ai eu ... On a fait une formation sur les addictions, mais il n'y avait pas que le tabac.

E : Comment vous vous sentez en général quand vous abordez ce sujet en consultation ?

I : Comment vous dire, c'est un domaine où... Il y a des domaines médicaux, si on parle d'hypertension, si on parle de diabète... les gens vont être peut-être un petit peu plus à l'écoute, ils ne connaissent pas et ils vont peut-être plus adhérer. Le tabac en fait ils connaissent, ils savent, donc ils ne se mettent pas sur le plan de... Ils vont être peut-être plus... ouai moins adhérent, moins coopératif.

E : Ils ont déjà leurs idées ?

I : Oui ils ont déjà des idées un peu plus arrêtées. Vous voyez ce que je veux dire ?

E : Est-ce que c'est une prise en charge valorisante pour vous ?

I : Ben oui, quand ça fonctionne évidemment. Voilà, si des gens... S'ils peuvent arrêter de fumer grâce à moi, je suis content pour eux.

E : Et inversement, est-ce que vous avez eu des situations particulièrement difficiles ?

I : Alors après, difficile, c'est quand il y a des pathologies graves, lourdes, où on sait que c'est lié au tabac, mais à la limite c'est déjà trop tard. Donc oui là c'est difficile parce qu'on se dit « peut-être que si on avait insisté... ». Mais bon, si on avait insisté plus... Mais il fallait le faire il y a quinze ans quoi. Non, non, je n'ai pas de sentiment de culpabilité.

E : Et vous diriez qu'il y a des patients qui vous ont déçu ?

I : Tout le temps ... Non ! (*Il rit*) A propos de ça ? Du sevrage tabagique ? Non, parce que c'est pas.... Parce qu'eux ils y croient, ils le font et puis après s'ils reprennent... Non c'est pas sur le terme de la déception. Je dis plus dommage que déception. Parce que des fois quand ils reprennent, il peut il y avoir des raisons. Des facteurs extérieurs, dans le travail, familiaux, ou quoi que ce soit, qui font qu'ils reprennent. Mais non, ça ne se manifeste pas en termes de déception, vraiment.

E : Et comment vous gérez les rechutes ?

I : Ben les rechutes, c'est souvent voilà je vous dis l'échec il est lié à une cause. Les causes après elles sont plus ou moins vraies, on peut les vérifier ou pas. Mais il y a toujours entre guillemets « une bonne raison ». Mais une rechute... On se dit « s'il s'est déjà arrêté une fois, il va pouvoir s'arrêter ». Souvent ils disent « moi je m'arrête quand je veux ». Mais bon, ils ne s'arrêtent pas quand ils veulent hein... Parce qu'ils ne peuvent pas. Mais ils sont prêts à recommencer.

E : Donc c'est positif dans le sens où c'est une expérience ?

I : Ça a marché un moment donc ça peut remarquer encore une fois.

E : Et le fait qu'on sache quand même tous que la rechute est fréquente, ça ne change rien à votre prise en charge ?

I : Ben non parce que si on se dit « c'est pas la peine, parce qu'il va rechuter », autant rien faire, et finalement on ne fait jamais rien, c'est comme dans la vie.

E : Quelle est votre opinion concernant le conseil minimal d'aide au sevrage tabagique ?

I : Ça veut dire quoi ?

E : Alors c'est deux questions : la première « est-ce que vous fumez ? », et la deuxième « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? », et si le patient dit oui on donne juste un document informant sur le sevrage. On n'est pas obligé de se lancer dans une grosse consultation tout de suite là-dessus.

I : Ah lui dire « vous voulez arrêter de fumer, tenez prenez ça lisez-le » ?

E : Voilà, c'est pour engager la conversation.

I : Je veux dire, ça peut pas s'arrêter là, fin ça ne marchera pas, ça peut juste créer une prise de conscience. Mais je ne pense pas que ce soit juste avec le conseil mini... Déjà avec le conseil maximal ils ne s'arrêtent pas. Alors avec le conseil minimal, euh...

E : Après ils peuvent aussi revenir d'eux même pour en parler...

I : Le conseil minimal ils l'ont partout : dans la rue, sur les boîtes de cigarettes.

E : En fait l'idée de ce conseil minimal c'est qu'il soit bref justement pour pouvoir le donner au plus de personnes possible.

I : Oui mais c'est juste voilà, pour que ça leur fasse tilt. Et après qu'ils reviennent. Oui ben je ne sais pas... Oui, mais ça on le dit vous savez « vous devriez arrêter de fumer hein », et eux ils font « oui oui ». Mais bon, la fois d'après ils ne me disent pas « en fait ce que vous m'avez dit la dernière fois ... ». Non ça ça ne marche pas hein.

E : Vous le demandez, en général le statut tabagique du patient, vous le savez ?

I : Oui je le sais, je le demande quand ils veulent arrêter... Et puis bon quand on surveille les pathologies, quand je leur demande combien ils fument. Oui oui je le connais.

E : Par rapport à une pathologie qu'on peut relier au tabac ?

I : Souvent oui oui.

E : Et la question « est-ce que vous voulez arrêter de fumer », est-ce que vous la poser dans la foulée ?

I : Ah oui oui oui, puis la réponse elle suit dans la foulée aussi.

E : Est-ce que le fait que le patient connaisse le statut tabagique du médecin ça change quelque chose ?

I : Euh non, enfin s'il sait qu'il fume comme un pompier il ne va pas s'arrêter c'est sûr parce que ça lui donne une espèce de légitimité. Il s'est dit « ben tiens, lui il fume, il me dit d'arrêter mais il lui fume ». Donc il va continuer.

E : Parce que vous disiez que dans votre cas ça aurait pu freiner aussi ?

I : Oui parce que moi je ne fume pas, donc ils ne peuvent pas se baser là-dessus. Mais ils trouvent d'autres arguments hein.

E : Ça ne change pas la prise en charge ?

I : Non ça ne change pas. Parce que soit « vous voyez, vous vous fumez, vous arrêtez pas, donc je ne vais pas m'arrêter », et « de toutes façon vous vous ne fumez pas, donc vous ne pouvez pas comprendre ». Voilà donc en gros ça ne change rien non plus.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette prise en charge ?

I : Ah ben c'est peut-être le plus important. C'est quelqu'un qu'on connaît bien, qui a confiance en moi. C'est quelqu'un que je vois pour la première fois, que je ne connais pas, je

lui dis « vous devriez arrêter de fumer » : pfft. Ah oui oui c'est même, c'est l'élément principal. Ça peut marcher que si c'est quelqu'un qu'on connaît bien, qui a confiance.

E : Après la question c'était le bon moment pour aborder le sujet, mais vous vous m'avez dit c'est par rapport à des pathologies...

I : Oui le bon moment c'est quand ils en parlent... Non il n'y a pas vraiment de bon moment.

E : Vous revoyez les patients quand vous engager un sevrage ?

I : Oui oui, quand on a un protocole. Bon, oui oui je les revoie, parce que souvent c'est des patients justement que je connais, des malades chroniques, donc les revoie. Pas spécifiquement pour ça, mais que je vais revoir oui oui.

E : Et s'ils vous jettent ça à la dernière minute de la consultation, comment vous... ?

I : En disant « ben tiens je voudrais arrêter de fumer » ? Généralement ils ne disent pas ça à la dernière seconde. Quand ils veulent, ils abordent le sujet, c'est pas en partant qu'ils disent « ah au fait je voudrais arrêter de fumer ».

E : Ça ne se pose pas, vous avez le temps d'en discuter ?

I : Oui oui.

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres ?

I : En fréquence ?

E : En tout, est-ce qu'elle a des choses particulières par rapport aux autres consultations ?

I : Ben elle peut être... Bon pour expliquer aux gens qu'il faut arrêter de fumer, c'est sûr que ça peut être une consultation un peu plus longue, il faut être un peu plus persuasif. C'est comme, c'est pareil pour toutes les consultations où il y a une prévention et puis une responsabilisation du patient, c'est un peu

plus long. Chez le diabétique, lui expliquer, voilà : comment il doit manger... ce qu'il doit manger, ce qu'il ne doit pas manger.

E : Donc vous le mettez dans un groupe de consultations en fait ?

I : Oui voilà.

E : C'est une surcharge de travail pour vous ?

I : Non on ne va pas dire, ce n'est pas ça qui surcharge le travail. Ça fait parti un peu du travail aussi. Voilà on ne se dit pas tiens aujourd'hui... Puis on ne le sait pas c'est aléatoire. Le fait qu'il y ait des patients qui veulent arrêter de fumer ça ne va pas surcharger ma journée.

E : Est-ce que c'est une consultation pendant laquelle il ya une pression qui s'exerce sur le médecin ?

I : Pression c'est pas le mot, mais il faut avoir une attention, et justement, il faut être efficace, pour pouvoir influencer et qu'il y ait une écoute de la part du patient.

E : Il faut être très attentif ?

I : Voilà, et puis bon, un patient hypertendu, on lui dit « je vous marque ça prenez ça », et il se dit « bon ok c'est lui qui sait ». Il n'y a pas besoin de les persuader deux heures de l'intérêt de prendre un médicament. Ils ont une angine, bon voilà. Tandis que là il faut être persuasif.

E : Ça prend de l'énergie ?

I : Ça prend plus d'énergie oui.

E : Est-ce que vous avez des remarques sur la politique de santé publique ?

I : (*Il soupire*) Je ne sais pas si elle marche vraiment. Parce que la preuve c'est qu'il y a beaucoup de gens qui fument. C'est vrai que le fait de moins fumer dans les lieux publics ça a apporté quand même beaucoup. Donc ça c'est quand même efficace. Mais bon ça n'empêche pas les gens d'aller fumer. Mais bon c'est quand même plus agréable. Ouai ça c'est pas mal.

E : Mais le reste n'est pas efficace ?

I : Maintenant le reste non.

E : Sur le plan financier, par rapport au patient...

I : Ben c'est vrai que le sevrage coûte cher, mais ils font le calcul, ça représente l'équivalent de fumer un paquet par jour. Mais le fait de payer c'est pas réellement un frein. Parce que quand ils veulent vraiment s'arrêter, c'est pas parce qu'ils doivent payer le traitement qu'ils ne le font pas, à la limite. Parce qu'il y a déjà la motivation, mais après le fait de payer, ça les incite peut-être... Je dirais le fait de payer... Vous savez les psychanalystes ils parlent comme ça, ils disent que quand ils font payer la consultation ça marche mieux. Je ne sais pas si c'est vrai, mais bon apparemment pour le tabac... Si en plus ils payent, qu'ils ont payé, et que ça marche pas, ils se disent « pétard j'ai dépensé l'argent pour rien, je vais essayer de faire en sorte que ça marche ».

E : Et pour vous ?

I : Ben ça va dans le même, non non c'est pas un frein justement. Mais je leur dis au gens « voilà ça va coûter tant ». Mais comme ils fument déjà un paquet par jour, ça va remplacer. Donc même ceux qui n'ont pas beaucoup de moyen, ça va pas faire plus cher quoi.

E : Ce que je voulais dire c'est que, comme la consultation est un peu plus longue, est-ce que vous pensez que la rémunération de la consultation est suffisante ?

I : Ben de toute façon la rémunération elle n'est pas suffisante. Donc pour plein de pathologies et tout... Mais c'est sûr que si en plus, dans l'absolu on disait, bon les gens ils viennent pour une consultation, au lieu de payer vingt-trois ils payent plus. Ça va pas marcher, c'est utopique de dire ça. Ou alors il faudrait que la consultation soit plus chère aussi chez les diabétiques à qui on va expliquer ce qu'il faut faire, chez l'hypertendu, et puis celui qui est sédentaire, il va falloir lui

expliquer. Voilà donc en fait c'est pour tout
quoi.

E : Est-ce que c'est votre rôle de parler du
tabac ?

I : Au patient ? Ben sinon qui va en parler ?

E : Est-ce qu'il y a d'autres difficultés
auxquelles vous pensez, qu'on a pas abordé ?

I : Par rapport au sevrage tabagique ? Bon,
non : on a parlé du coût, du poids, on a parlé de
la prise en charge... Non.

Entretien 8

E : Une première question pour faire connaissance : qu'est-ce qui vous a poussé à faire de la médecine générale ?

I : Oh, j'étais curieux de tout, je voulais essayer de connaître toutes les maladies si possible, pour les soigner le mieux possible.

E : Et vous êtes satisfait de la pratique ?

I : Ouais, ben ouais, on voit un peu de tout, ouais ça va. On est moyen en tout. Mais bon, ça va.

E : Des petits regrets on dirait ?

I : Non pas du tout, non. Enfin on n'est jamais content de ce qu'on fait. On a toujours peur d'avoir manqué quelque chose, de pas être assez au courant des nouvelles pratiques. Ça prend beaucoup de temps, et plus on voit de malades, moins on a de temps. C'est toujours difficile de se mettre au courant. On n'a pas trop le temps de lire, bon c'est vrai que c'est pas...

E : Il y a l'objectif théorique et puis il y a la pratique ?

I : Et oui c'est ça bien sûr.

E : Qu'est ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Moi je suis non fumeur, donc déjà ça me va bien. Il y a beaucoup de pathologies qui sont liées au tabac, ne serait-ce que les BPCO, les infarctus, l'hypertension... Enfin tout ça, toutes ces maladies qui sont liées au tabac, cancer de vessie, œsophage et tout ça... Donc c'est vrai que dès qu'on peut proposer un sevrage, moi j'essaie... Déjà j'ai vu que si on posait la question aux gens, s'ils comptent arrêter, ça aide déjà pas mal de monde... Ch'ai pas, il y a dix pour cent de réussite.

E : C'est le conseil minimal hein c'est ça ?

I : Oui.

E : Donc vous essayez de le faire ?

I : Ben déjà quand on fait un dossier on va marquer le tabac. Il y a une prise de position déjà. Après quand il y a une pathologie, bronchite ... Il y a beaucoup d'asthmatiques qui sont fumeurs. Donc c'est vrai que c'est pas terrible. Donc on essaie de conseiller une diminution pour ceux qui ne veulent pas arrêter, ou ceux qui pensent que ça va être trop dur. Ensuite il y a des moyens... ou le timbre, moi j'aime bien le timbre parce que c'est pratique, les gens connaissent. Les chewing-gums c'est un peu juste au niveau dose, ça peut être un complètement au timbre, et sinon il y a le Champix. Moi j'aimais bien le Zyban au début, mais il paraît que c'est un peu toxique. Ça marchait pas mal, on voyait pas mal d'effets secondaires. Et le Champix un petit peu aussi des fois mais c'est très rare.

E : Par rapport à ce que vous m'avez dit au début : ça vous va bien parce que vous êtes non fumeur. C'est-à-dire ?

I : C'est plus facile pour... enfin je connais moins le fumeur évidemment. Mais c'est plus facile pour moi de proposer un arrêt de tabac, n'aimant pas le tabac moi-même. Mais bon après c'est vrai que de l'autre côté ça a le défaut de ne pas avoir souffert d'avoir essayé d'arrêter.

E : C'est-à-dire que vous y penserez spontanément, et puis vous avez un peu le statut d'exemple dans le sens où vous ne fumez pas, c'est ça ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous parlez de ce sujet là ?

I : Ceux qui fument ?

E : Oui, vous m'avez déjà un peu dit : ça peut être des nouveaux patients, et ça peut être aussi des patients chez qui vous avez identifié des choses...

I : Oui, qui ont des pathologies particulières effectivement. Enfin moi j'essaie de proposer à tout le monde, parce qu'on a été bien conditionné pendant nos études pour dire qu'il

y a quand même pas mal de relations entre le tabac et beaucoup de pathologies.

E : A quel niveau : la formation initiale ?

I : A la fac.

E : Et vous avez fait des formations continues aussi ?

I : Oui.

E : Spécifiquement sur le tabac ?

I : Non sur les addictions, c'était sur l'alcool mais on parlait beaucoup de tabac aussi. Souvent c'est lié. Des week-ends de formation, c'est champix qui paie le week-end (*il rit*). Des spécialistes qui parlaient de ça. J'ai eu deux week-ends comme celui-là. Des bonnes conditions, mais c'est vrai que c'est des spécialistes qui nous en ont parlé, on peut les croire, même si c'est orienté, forcément.

E : Et par rapport aux patients, est-ce qu'il y en a qui sont plus difficiles à prendre en charge ?

I : Oui, il y a des gens qui ne veulent pas du tout. Moi j'essaie de leur dire qu'ils sont accrochés. Donc s'ils veulent avoir que le plaisir, qu'ils arrivent à baisser jusqu'à cinq cigarettes par jour. Parce qu'à l'époque on disait qu'il n'y avait pratiquement pas de risque, à part le nombre d'années en intoxication. Voilà, ceux qui ne veulent pas du tout c'est ça. Après peut-être que ça leur viendra après...

E : Donc votre stratégie pour ceux qui ne veulent pas c'est ça : leur proposer une réduction, proposer quelque chose qui les braque moins en fait ?

I : Pour que ça vienne d'eux après, qu'ils aient une idée positive, pour qu'ils soient motivés. Après s'il faut que tout aille bien dans la vie des patients qui veulent arrêter... Je ne sais pas s'il y a quelqu'un chez qui tout va bien...

E : Non effectivement, on peut se poser la question.

I : C'est rigolo de dire ça. Bon ensuite, il y a ceux... On leur redit, ils peuvent relancer le

même sujet. Et puis en plus le fait que ça soit remboursé en partie, parce que je crois qu'il y a cinquante euros par ans, avec une ordonnance à part, ça ils sont contents.

E : Ça, vous pensez que ça a plutôt un effet favorable sur l'arrêt ?

I : Ah oui c'est bien. De toute façon même s'ils ne veulent pas, je leur marque quand même : « vous y pensez, vous l'aurez ». Parce qu'il ne veut pas revenir, c'est normal.

E : Et en pratique, vous savez le conseil minimal normalement c'est deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « avez-vous envie d'arrêter de fumer ? »

I : « Est-ce que vous avez pensé arrêter de fumer ? ».

E : Est-ce que c'est ce que vous faites ?

I : Oui déjà je demande est-ce qu'il fume. Enfin je le sais, le type qui a une bronchite, qui sent le tabac... Je ne sais pas, à l'oreille il y a un petit truc qui est particulier. Alors je dis « vous fumez ? », « Oui », « est-ce que vous voulez arrêter ? ». Et bon ils me disent « ouah, c'est difficile... ». Alors j'enchaîne un peu. C'est rare que je propose la consultation de tabacologie.

E : Vous ne faites pas de consultation juste pour ça ?

I : Non, déjà ça implique de revenir, alors je vous explique même pas (*il rit*). Alors c'est vrai qu'il faut faire ça théoriquement, hein ?

E : Vous pensez qu'ils ne reviendraient pas pour ça ?

I : Je ne pense pas non.

E : Du coup vous ne le proposez pas, vous ?

I : Non, alors c'est peut-être une erreur de ma part hein ? Bon moi j'essaie de mettre le message maximum dans toutes les consultations, c'est vrai qu'il faut parler de tout, le tabac, le vaccin de la méningite...

E : Si vous leur parlez du Champix ou d'autre chose, vous les reverrez peut-être pour ça ? Même si c'est pas forcément juste pour le tabac ?

I : Oui, c'est possible. Mais chaque fois que je leur marque le Champix ou le timbre, je ne les voie qu'une fois, ils ne reviennent pas après. Une fois qu'ils n'ont plus de bronchite, de pathologies associées, trucs chroniques, cancer ou autre, je leur marque le traitement...

E : Parce qu'ils ne font pas ce que vous leur dites ou parce que vous ne leur proposez pas ?

I : Je ne sais pas. Alors après je sais un peu plus tard qu'il y en a chez qui ça marche. Moi je trouve que le Champix marche plutôt bien. Le timbre ça marche aussi. Bon le Champix je le propose quand ils ont essayé plusieurs fois le timbre, ils trouvent que ça n'a pas marché, ou que ça a marché mais pas longtemps. Alors je leur propose ça, ils le connaissent en général, donc ils ont peut-être eu une information déjà. C'est pas gagné mais c'est un peu avancé déjà.

E : Donc vous misez plus sur le fait d'en parler plus souvent plutôt que d'essayer vraiment de les faire revenir... ?

I : Oui parce que je n'aime pas trop forcer les gens. Mais il y a des fois où c'est très dangereux. Je leur dis « il faudrait quand même arrêter ». J'essaie tout : la gentillesse, la fermeté après. Mais bon, ils écouteront mon conseil, mais après ils s'en foutent, c'est normal. Comme je sais que quand ça vient de la personne c'est mieux, c'est plus durable et c'est motivé, j'essaie que la personne soit un peu plus intéressée, plus motivée, et que...

E : Vous essayer plein de stratégies possibles.

I : Voilà.

E : Vous en parlez souvent : ça veut dire que vous essayez de faire un peu... chaque fois ? Ou comment ça se passe ?

I : Oui ben si je vois, je pense à une femme que j'ai vu il y a trois jours, qui est asthmatique sévère. Et chaque fois devant moi elle tousse, et j'ai une auscultation pleine, et je lui dis

« mais vous comptez arrêter quand ? ». Et quand je vois que les antibiotiques ne marchent pas. Elle a vu le pneumologue, elle a un traitement un peu à fond. Mais je lui dis « comment on fait ? Il faut arrêter ». Bon après je ne sais pas si elle a arrêté, je ne crois pas. Ça fait un an que je dis ça, elle voit le pneumologue aussi. Alors peut-être qu'il faudrait que je l'envoie vers un addictologue ou un tabacologue, ouais c'est possible.

E : Ça vous arrive de l'aborder tôt, avec des jeunes patients aussi ?

I : Je sais que les jeunes, c'est là que c'est le plus intéressant, à un an de tabac. Les jeunes, j'essaie d'en parler mais je ne sais pas s'ils sont tellement accessibles. Bon je dis mon truc, mais après...

E : Sans trop y croire ?

I : Non j'y crois bien sûr. Mais c'est vrai que c'est une communication particulière avec les jeunes, ils me considèrent (*mot incompréhensible*). J'ai quarante-sept ans, je ne suis pas encore moisi. Mais c'est vrai que je ne sais pas si j'ai les bons mots.

E : Et vous avez des femmes enceintes aussi que vous suivez ?

I : Oui.

E : Et par rapport aux autres ça se passe comment ?

I : Alors il y a plusieurs attitudes. Avant quand je disais « vous avez arrêté le tabac évidemment ? », « Non mais je vais arrêter demain puisque vous me l'avez dit », enfin un truc comme ça. Maintenant je me défends avec « non je fume encore », « mais vous ne savez pas que c'est dangereux ? », « et ouais mais je ne peux pas... ». Alors il n'y en a pas beaucoup : deux sur dix qui continuent à fumer. En général elles arrêtent pendant la grossesse mais il y en a trois sur dix qui vont arrêter sans doute. Mais c'est vrai que c'est pas évident hein...

E : C'est-à-dire : trois sur dix après la grossesse vous voulez dire ?

I : Non, pendant la grossesse, c'est-à-dire si elles ont fait trois mois de grossesse déjà ou quatre, que je leur dit « vous devriez arrêter », normalement elles essaient d'arrêter dès le moment où on le dit, si personne ne l'avait dit avant, ou qu'elles se sont pas dit que c'était utile. Et il y en a une sur dix qui continue pendant la grossesse, qui continue quand même.

E : Pour vous c'est plus difficile de les aider ces femmes enceintes par rapport à un autre patient ?

I : Ouais, parce que ceux qui sont déterminés à continuer... C'est un peu... On tombe sur un mur. Alors c'est vrai que bon, je n'envoie pas tellement au tabacologue, j'envoie jamais d'ailleurs, plutôt le pneumologue.

E : Vous en connaissez des tabacologues ?

I : Non, je sais qu'il y a des consultations à l'hôpital X.

E : Il n'y a pas trop d'autres structures près de vous là ?

I : Je sais pas, peut-être il y a X aussi, dans les hôpitaux, dès qu'il y a un pneumologue non ?

E : Je ne me suis pas renseignée.

I : J'avais entendu à la radio... ça doit mieux marcher que nous j'imagine.

E : Mais vous envoyez au pneumologue ?

I : Oui, ah ils sont tous asthmatiques. Tous les asthmatiques sont fumeurs pratiquement. Je ne sais pas, il y a peut-être quatre-vingt-quinze pour cent. Donc il y a toujours une affaire à faire. Et pour faire le bilan. Des fois je marque une radio pulmonaire, on ne sait jamais, s'il y a une pneumopathie.

E : Et ça vous arrive d'avoir recours à d'autres professionnels ? Pas tabacologue ou pneumologue : ça peut-être psychologue ou diététicien ?

I : Oui diététicien oui.

E : Dans le cadre du sevrage tabagique ?

I : Euh non, c'est vrai qu'on parle beaucoup de la prise de poids, les femmes ont peur de grossir.

E : Ça c'est pas présenté ?

I : Non j'essaie de lui donner des conseils un peu complets quand même. Et puis après c'est vrai que si vraiment c'est leur crainte... Mais c'est pas remboursé le diététicien, donc il faut aller à l'hôpital... Ici ils ont pas beaucoup d'argent hein. Peut-être qu'ils se payent les trucs qu'ils veulent mais enfin c'est leur choix après.

E : Est-ce que les patients vous parlent de leur entourage parfois ?

I : Oui bien sûr, surtout quand je connais la famille, moi si je sais qu'ils fument tous les deux. Je dis que ça va être difficile de passer la difficulté, il faut arrêter les deux en même temps, et prendre une boîte de médicaments, enfin... Il faut arrêter, c'est difficile quand l'autre ne fume pas, de se farcir un type qui fume dans la maison. Déjà moi je leur dis de fumer dehors. Quand je vois des enfants d'asthmatiques sur le carnet de santé je marque « les fumeurs dehors ». Ça leur plaît pas en général, mais ça fait peut-être un peu décrocher, je sais pas. Et après chez les fumeurs quand je vais chez eux et que c'est le brouillard, je leur dis « mais fumez dehors ». Déjà j'aime pas bien la fumée, l'odeur de tabac froid c'est terrible. Donc c'est pas plus mal qu'ils ... ça leur fait une intoxication en moins.

E : Dans quel état d'esprit vous abordez le tabac avec les patients ?

I : J'ai beaucoup de fumeurs dans ma famille et dans mon entourage. Bon ça les nifle quand on parle de ça. Mais c'est vrai que c'est une liberté qu'ils doivent avoir, c'est leur truc, après... Le fait d'avoir interdit le tabac dans les resto et tout ça c'est pas mal, parce que ... Bon ça fait un peu des poubelles par terre, mais... ça a un peu fait prendre conscience qu'il y a quelqu'un d'autre en face, qui n'aimait pas du tout la cigarette, qui n'était pas obligé de

manger pendant que les autres fumaient. Ça a changé pas mal je trouve. Bon moi au niveau sanitaire, je vois le tabac... Pour les arrêts je me dis que c'est quand même bien. Il y a un petit doute sur le tabagisme passif quand même, je pense qu'ils ont un peu grossi les chiffres non ? Disons que c'est bien d'avoir un principe. Le tabagisme passif existe bon, c'est possible qu'il y ait des dégâts, mais je pense qu'ils ont du forcer un peu.

E : Est-ce que votre pratique de l'aide au sevrage vous satisfait ?

I : J'ai pas beaucoup de résultats positifs. Mais à la longue on a l'impression que ça marche un petit peu. Je pense que la bonne mesure c'est le remboursement d'une partie, du démarrage du sevrage, les premiers timbres, chewing-gums ou Champix. Je trouve que ça c'était une bonne mesure. Bon alors peut-être que je suis maladroit ou que je suis pas bien formé, c'est possible.

E : A la longue : c'est parce que vous le répétez ?

I : Oui que j'aurais des résultats c'est ça ?

E : Oui vous me disiez « à la longue ça marche ».

I : Oui, après c'est peut-être pas la bonne méthode, je n'en sais rien. C'est ce que je sens au niveau personnel et de formation.

E : Et au niveau des patches et tout ça, vous pensez que c'est mieux de les prescrire ou qu'ils aillent les prendre en pharmacie ?

I : C'est bien de les prescrire, parce qu'ils seront remboursé, et parce qu'ils peuvent en reparler après. Moi des fois je marque sur le dossier « arrêt aujourd'hui », et après je leur dis « alors c'est bon vous êtes toujours arrêté ? », « Ouais c'est bon ». Un sur trois a arrêté, c'est un peu un truc spectaculaire, comme si ça avait fait un impact quoi.

E : Vous faites un contrat avec les patients ?

I : Non, comme ça, je leur dis « c'est aujourd'hui qu'on arrête ? Allez, je marque la

date ». Mais c'est ceux que je vois régulièrement, les autres c'est des jeunes actifs, je les voie une fois par an pour une bronchite.

E : Mais quand même le fait que la rechute soit fréquente, c'est quelque chose qui reste en fond... qui n'est pas facile à gérer ?

I : Hum hum. Mais je trouve qu'il y a moins de fumeurs adultes et peut-être un peu plus de gens jeunes, d'après les impressions que j'ai. J'ai pas de statistique.

E : Et comment vous le gérez, s'il y a un patient qui vous dit « ben j'ai repris » ?

I : Je lui dis que bon, il faut plusieurs fois pour arrêter. C'est pas évident. Moi je mange trop, c'est vrai que s'il me dit en face « t'as baissé ta ration ? », je lui dis « ben pas encore » (*il rit*). Ça fait peut-être deux ans que je dois le faire. Je me dis que c'est pareil pour lui quoi.

E : Vous relativisez quoi ?

I : Oui.

E : Je tchèque, on a déjà vu pas mal de choses. Oui : la place de la relation médecin-patient dans cette prise en charge ?

I : Je pense que c'est important oui. Surtout quand on connaît les gens, on connaît leurs habitudes, on sait comment ils vivent, avec qui...S'ils vont au café tout le temps, la comorbidité avec l'alcool aussi, c'est très difficile d'arrêter l'un et puis l'autre.

E : Donc le fait de bien connaître le patient ?

I : Oui la famille aussi : les parents peuvent aider aussi. On peut s'appuyer... en gardant le secret professionnel bien sûr, on peut s'appuyer sur l'entourage.

E : Et par rapport aux autres thèmes abordés en consultation, comment vous le placez ?

I : C'est souvent en premier parce que si la personne a une bronchite, un truc en lien avec le tabac, on va en parler de suite, et puis on verra le reste. Mais bon je n'ai pas de problème avec ça, j'essaie de mettre à l'aise les gens. L'alcool c'est plus difficile, c'est un peu

honteux de boire trop. Et régulièrement le tabac, entre les radios et les télévisions, on sait tous que ce n'est pas bon de fumer. Donc ça ne pose pas de problème d'en parler ?

E : Et par rapport au prix de la consultation ? Est-ce qu'il devrait y avoir quelque chose de particulier pour l'aide au sevrage ?

I : C'est difficile, je ne sais pas. Moi j'ai beaucoup... enfin j'ai un tiers de CMU, un autre tiers de tiers payant. Je me vois mal leur dire « vous revenez, vous payez plein pot ». Enfin je ne sais pas, peut-être que je me trompe, il y a des types qui sont très forts, aux alentours ils arrivent à faire tout payer, à faire des rendez-vous... Moi je ne suis pas assez fort pour ça.

E : Qu'il y ait une consultation pour le tabac, vous trouvez que ça ne serait pas mieux ?

I : Moi je ne sais pas ce qu'on peut dire. Est-ce qu'on peut parler trois quart d'heure du tabac ? Moi ma consultation elle peut durer un quart d'heure ou trois quart d'heure, je vais être payé pareil. L'important c'est que je fasse passer mon message. Après des fois ça va durer une heure pour faire que parler... enfin, c'est comme ça. Ça serait super si on était payé pour faire une consultation sur le tabac, une sur l'alcool, une sur les rapports sexuels... C'est les spécialistes qui vous disent « bon, alors pour l'impuissance il faut qu'il revienne.. ». Alors il va revenir cinquante fois dans le mois ?

E : En médecine générale il y a beaucoup de thèmes.

I : Il y en a des trucs à faire.

E : On a fait le tour, est-ce qu'il y a d'autre chose qui vous viennent dans les difficultés que vous pouvez avoir dans ce domaine ?

I : Non, moi je pense, c'est le plus important, si la sécu avait des sous, elle rembourserait tout comme elle faisait avant, et il y aurait peut-être un suivi à ce moment-là je ne sais pas ? Est-ce qu'il faut laisser à des spécialistes, à l'hôpital, ce soin-là ? D'un côté, c'est un avis un peu

neutre, où il n'y a pas d'affectif entre guillemets. Peut-être qu'il y aurait plus d'impact, parce qu'un spécialiste quand il parle on l'écoute. Moi si je leur dis toujours la même chose, je vois les types tous les deux mois. Il va se dit « bon ça va, il radote un peu ».

E : Donc un spécialiste ça peut aussi avoir de l'intérêt ?

I : C'est pour ça que je disais le pneumologue, parce qu'il est quand même bien placé pour ça : prévention de BPCO, mesure du souffle, on voit l'évolution. C'est vrai que c'est bien de ce côté-là, parce qu'il fait son travail en le rappelant. Bon après c'est vrai qu'un tabacologue ça peut être bien. Alors peut-être qu'il faut nous former plus ? Je ne sais pas ce qu'ils inventent les tabacologues par rapport à nous. Faudrait peut-être que j'assiste à des consultations, ça serait bien.

E : Vous avez fait des formations...

I : Oui mais c'est pas miraculeux non plus, c'était il y a trois ans, peut-être que je me rappelle moins, faut refaire...

E : C'est un peu ce que vous disiez : s'il faut se former pour être parfait en tout, c'est pas possible...

I : On essaie de faire...

Entretien 9

E : Une première question générale : est-ce que vous pourriez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Depuis toute petite, j'avais sept ans quand j'ai eu envie de faire médecin généraliste. Parce que j'ai un médecin généraliste dans mon village dans les Alpes qui m'a sauvé la vie à cet âge-là. Et donc ça m'a attiré, et j'ai toujours aimé les sciences. J'ai toujours voulu sauver des gens, faire de la médecine.

E : Vous êtes satisfaite par la pratique que vous avez ?

I : Ah oui tout à fait.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Ben ça m'évoque bien entendu l'arrêt du tabac, ça va de soit. C'est-à-dire l'arrêt de la progression des maladies engendrées par le tabac. Donc c'est une très bonne chose. Je fais moi du laser anti-tabac qui marche très très bien puisque j'ai quatre-vingt pour cent de réussite. Et pour moi ça permet quand même aux gens de se retrouver en meilleure santé. Je regarde pas trop leur porte-monnaie, je regarde plutôt leur santé, en leur expliquant bien que de fumer ça peut apporter des pathologies à tous les niveaux, pas que pulmonaire : vasculaire, cardiaque, etcetera.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients que vous voyez pour parler de tabac ?

I : Il y a ceux qui essaient de me joindre par téléphone et qui m'ont, que pour prendre rendez-vous anti-tabac. Parce qu'ils ont entendu parler de ma méthode et qu'ils ont des amis qui se sont arrêtés grâce à cette méthode. Donc eux directement je leur donne un rendez-vous, et quand je leur fait le laser, je leur explique un petit peu tout ce que cela peut engendrer d'arrêter de fumer, en bénéfiques. Et puis il y a ceux qui rentrent dans mon cabinet, qui sentent le cendrier froid, c'est une horreur. Et c'est vrai que souvent je leur dis, je leur dis

« vous sentez extrêmement mauvais, parce que le tabac froid sent mauvais. Est-ce que vous vous en rendez compte ? Est-ce que vous avez eu envie de vous arrêter de fumer ? Est-ce que vous avez autour de vous des gens qui se sont arrêté et qui vous donnent le bon exemple ? Etcetera ». Bon on en discute, alors ils veulent, on le fait, ils veulent pas on le fait pas. Il n'y a pas d'obligation.

E : Il y a des patients avec qui s'est plus difficile d'amener le sujet ?

I : Toujours. Dans les patients il y a toujours ceux qui sont faciles et ceux qui sont plus ou moins complexes.

E : Vous identifiez des catégories ?

I : Alors, moi ça fait trente ans que je suis installée. Il y a quelques années, en arrêt tabac on voyait surtout des gens de plus de quarante-cinq ans. Actuellement on voit toutes les catégories d'âges. J'en ai même qui ont quinze ans et qui viennent me voir en me disant « vous savez j'ai commencé à fumer, je veux pas rentrer là dedans ». Et qui viennent pour s'arrêter de fumer. C'est vrai que la progression a changée. On voit toutes les catégories d'âges. Bon bien sûr à partir de l'adolescence hein ça va de soi.

E : Et c'est pas plus difficile pour une catégorie d'âge ?

I : Pas du tout.

E : Ça dépend vraiment de la personne ?

I : Oui, oui. Après il y a des personnalités un peu plus difficiles à cerner, un peu plus complexes, parce qu'elles ont des problèmes, ou familiaux, ou sociaux. Enfin des problèmes qui font que tout n'est pas facile pour eux. Et puis bien sûr il y a toujours des gens réfractaires, qui viennent mais qui sont réfractaires à tout et comme il n'arriverait pas à faire un régime, il n'arrive pas à s'arrêter de fumer. Donc on les voit plusieurs fois.

E : Qu'est-ce qu'il leur manque à votre avis pour arriver à passer le pas ?

I : Pour arrêter de fumer ? Ça dépend beaucoup d'eux-mêmes. Je croie qu'une personne qui est déterminée à arrêter de fumer, même si elle est au sein de beaucoup de problèmes, elle y arrivera. Et une patiente qui n'est pas déterminée dans son cerveau, qui n'a pas vraiment envie de s'arrêter, trouvera n'importe quel prétexte pour continuer à fumer. Donc c'est vraiment... Parce que je vois des gens précaires, chez qui je me dis « bon ils vont s'arrêter parce que ça leur revient cher à l'heure actuelle de fumer ». Ben non pas du tout, ils ne sont pas déterminés, ils n'y arriveront pas. Ils passent tout leur argent là-dedans, même s'ils ont le RSA. Et puis j'en vois d'autres chez qui je me dis « bon eux ils ne vont pas arriver à arrêter parce qu'ils bringent beaucoup, parce que... ». Et puis non : ils s'arrêtent. Donc c'est vrai que ça dépend beaucoup de la personne, de sa personnalité.

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi ?

I : J'en vois de plus en plus, compte-tenu du fait que le laser anti-tabac on peut le faire aux femmes enceintes. Donc c'est vrai que c'est le bouche-à-oreille bien entendu, puisqu'on ne peut pas faire de publicité en tant que médecin. Et j'ai de plus en plus des femmes enceintes qui viennent me voir. Qui viennent me voir dès le deuxième mois de grossesse.

E : Et dans ce cas là : est-ce qu'il y a des choses particulières ?

I : Ben c'est pareil, il y a les femmes qui vont s'arrêter très facilement, il y en a d'autres qui vont me rappeler deux mois après en me disant « vous savez, j'y arrive pas totalement, j'en fume encore deux ou trois », et qui désirerait s'arrêter sans vraiment le désirer. Parce que j'ai été enceinte deux fois, j'étais fumeuse à l'époque. Et je me suis arrêtée dès que j'ai su que j'étais enceinte, alors que je fumais pas mal quand même à l'époque. Donc c'est vrai que ça dépend de la personne. Quelqu'un qui veut vraiment le faire, il y arrivera.

E : C'est pas différent pour une femme enceinte ? C'est pareil que pour tous les patients ?

I : Pas du tout : il n'y a pas plus de facilité parce qu'on est enceinte que parce qu'on ne l'est pas.

E : Les patients vous parlent de leur entourage des fois ?

I : Au niveau des fumeurs ? (*J'acquiesce*) Alors c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui disent « au sein de ma famille il y en a qui se sont arrêtés de fumer, donc ça m'a donné envie de m'arrêter ». Il y en a qui me disent « moi je ne peux pas m'arrêter parce que chez moi c'est l'enfer ». Alors, que ce soit des enfants qui ont des problèmes relationnels avec leurs parents ou que ce soit au sein d'un couple.

E : La tension au domicile ?

I : Voilà : s'il y a beaucoup de tension, s'il y a beaucoup de problèmes. Ils ont envie, mais ils n'y arrivent pas, ils y pensent, ils m'en parlent mais ils ne s'engagent pas.

E : Dans quel état d'esprit vous abordez les consultations de sevrage tabagique ?

I : D'abord il faut que ce soit sympathique hein. C'est-à-dire qu'il ne faut pas permettre aux gens de croire que c'est une frustration. Il faut au contraire leur donner des exemples comme quoi on est nettement mieux après : on peut faire du sport, on n'est pas essoufflé, on a moins mal aux jambes, on a moins de problèmes digestifs, on a moins de reflux gastro-œsophagien, on a la peau qui change chez la femme, elle est plus jolie, on a moins de cernes, elle est moins bistre, elle est moins jaunâtre... Il faut essayer bien entendu d'attirer les gens vers l'arrêt tabac. Si on leur dit « vous vous rendez compte : vous allez faire un cancer, vous allez faire un infarctus... ». Ça ils l'entendent à longueur de journée et c'est pas pour ça qu'ils s'arrêteront. Il faut arriver à englober tout ça dans une situation plus conviviale.

E : Et pour vous ça demande plus d'énergie qu'une consultation normale ?

I : Non pas du tout.

E : Est-ce que des fois vous vous dites « bon la rechute c'est fréquent », c'est dur pour vous ?

I : Non.

E : Comment vous le gérez ça, quand il y a des patients qui ont du mal, qui reviennent et vous dise « non mais j'ai repris » ?

I : Ben il faut beaucoup discuter bien sûr, on est là aussi pour faire un peu de psycho. Il est certain qu'il faut essayer de leur montrer du doigt où il y a quelque chose qui cloche. Essayez de leur faire comprendre que ce serait un bénéfice pour eux. Parce que moi j'ai des patientes ou des patients, qui sont venus avec une BPCO très évoluée, ou un emphysème... J'ai même eu une patiente qui est venue carrément avec ses bouteilles d'oxygène. Et c'est pas pour ça qu'ils se sont arrêtés tout de suite. Il a fallu que je les voie plusieurs fois pour qu'ils s'arrêtent. Ils étaient vraiment très réfractaires. Parce que ce sont des gens extrêmement nerveux, angoissés, anxieux, et qui voyaient dans le tabac la possibilité de se détendre, tout simplement. Après à nous d'expliquer qu'on peut se détendre autrement, qu'on peut faire autre chose que de fumer quand on est anxieux, et c'est tout en psychologie quoi.

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide à l'arrêt vous les avez acquises comment ?

I : Alors pour le laser ?

E : Notamment.

I : Pour moi c'est vrai que je fais surtout du laser anti-tabac. Ben moi j'avais étudié avec un médecin à Montpellier le laser, en 1983. Et bien sûr toutes les applications du laser, dont les applications anti-tabac.

E : C'est en formation continue en fait ?

I : C'était pas une formation continue. C'était moi qui été intéressée par le laser et qui était

allée voir un médecin, qui est maintenant à la retraite d'ailleurs, et qui exerçait déjà du laser anti-tabac.

E : Et c'était pas une spécialisation dans votre formation initiale ?

I : Non surtout pas, à cette époque là c'était pas du tout dans l'air du temps, personne n'en parlait. Et moi-même quand j'ai acheté mon laser et que j'en ai parlé à des confrères, ils restaient stupéfaits en disant « non mais nous on en voit pas l'utilité ». Et trente ans après ils me disent « oui, c'était utile ».

E : Et vous avez eu d'autres formation sinon sur le tabac ?

I : Actuellement non, parce que j'en ai fait pas mal...

E : Mais entre la formation pour le laser et maintenant ?

I : Des formations sur le tabac non, parce qu'une fois qu'on en a fait le tour, c'est toujours la même chose hein.

E : Des nouvelles formations sur le laser peut-être ?

I : Ben le laser anti-tabac c'est toujours le même aussi, il n'a pas évolué. Ce n'est pas comme les lasers dermato ou chirurgicaux où il y a eu vraiment un bond en avant. Non là c'est toujours pareil, donc... C'est de la réflexo thérapie de toute façon.

E : Au niveau de votre pratique de l'aide au sevrage, vous auriez envie d'améliorer certaines choses ?

I : Non moi je suis contente de mes résultats puisque j'ai à-peu-près quatre-vingt pour cent de bons résultats. Bon c'est pas l'affluence hein. Comme on n'a pas le droit de faire de la publicité. Donc c'est sûr qu'il n'y a pas trente personnes qui viennent par jour pour arrêter de fumer. J'en ai en moyenne une à trois par semaine. Je trouve que c'est pas mal, c'est déjà... Ça permet sur plusieurs années de voir beaucoup de gens évoluer vers le non tabagisme.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette relation ?

I : Elle est primordiale parce que c'est vrai que le patient qui vient est en demande. Parce que généralement quand il vient c'est un fumeur, il n'a pas du tout envie de s'arrêter. Généralement il vient parce qu'il est obligé de s'arrêter, soit pour des raisons pécuniaires soit pour des raisons de santé soit pour des raisons d'entourage familial. Donc quand ils viennent déjà ils sont en état de frustration. Parce qu'ils se disent « pff, bon il va falloir que je m'arrête, ça m'énerve, j'aime ça.. ». Bon c'est à nous de leur montrer le bon côté de la chose, et de faire en sorte qu'ils ressortent de la consultation en se disant « ouais c'est très bien d'arrêter de fumer ».

E : Et ça ça passe par une bonne relation ?

I : Ah il faut une relation médecin-patient très importante. C'est comme un déprimé hein, quand on a un déprimé, il faut savoir le prendre, il faut savoir lui parler, l'écouter. C'est pareil pour la consultation anti-tabagique.

E : Donc les patients, ça arrivent qu'ils viennent pour ça, parce qu'ils sont motivés par différentes choses extérieures, vous vous le repérez notamment avec l'odeur de tabac froid. Est-ce que vous faites aussi quelque chose de systématique pour savoir le statut du patient ?

I : Le statut du patient ?

E : Savoir s'il est fumeur ou pas ?

I : Ça m'arrive souvent de poser la question, même si on vient me voir pour autre chose. Ça m'arrive souvent de demander « est-ce que vous êtes fumeur ? ». Je trouve que ça fait partie de l'interrogatoire. C'est à nous ensuite d'expliquer quelle sont les pathologies engendrées par le tabac. Sans trop appuyer, parce qu'après les gens ne sont pas forcément venus pour s'arrêter de fumer donc ils ne veulent pas non plus qu'on leur en dise trop sur ce terrain-là. Oui bien sûr, j'essaie de faire en sorte qu'ils ressortent de la consultation en se disant « ça serait bien si j'arrêtais de fumer ».

E : Est-ce que vous avez entendu parler de conseil minimal ?

I : Non.

E : C'est comme quoi on pourrait poser deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter ? ».

I : Mais ça ce sont deux questions qu'on pose tout le temps. Ce sont les deux questions qui sont à la base de l'interrogatoire. Moi quand je demande à quelqu'un, même s'il vient me voir pour autre chose une angine ou n'importe quoi, j'aborde le sujet je leur dis « est-ce que vous fumez ? », « est-ce que vous aimeriez vous arrêter ? ». Bien sûr ce sont deux questions primordiales. Après il faut savoir les poser.

E : C'est pas évident que ça soit accepté par le patient ?

I : Il faut savoir si on doit lui poser au début, à la fin, au milieu de l'entretien. C'est à nous de cerner le personnage, de voir un petit peu comment il est. C'est sûr que si vous avez en face de vous un psychopathe, ou un névropathe avéré, vous n'allez pas parler de la même façon. Vous allez y aller tout doucement, c'est un terrain en pente. Maintenant si vous êtes face à quelqu'un qui a l'air très carré, qui sait où il va, qui sait ce qu'il veut, on peut en parler franchement dès les premières phrases hein, c'est pas un problème.

E : Et qu'est-ce que vous pensez de l'aspect systématique ? C'est-à-dire si on voulait poser cette question à toutes les consultations ?

I : Ça dérange pas, on pourrait le faire, bien sûr qu'on peut le faire. Après il faut voir si le patient est réfractaire ou pas à cette question. On le voit tout de suite de toute façon. Quand on parle du tabac on voit les gens qui n'ont pas envie d'en parler, les gens qui ont envie d'en parler. Mais oui on pourrait poser la question à tout le monde.

E : Ça vous paraît envisageable alors ?

I : Bien sûr.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ?

I : Comme une ancienne fumeuse qui s'est arrêté. Qui donc connaît les problèmes du sevrage tabagique, qui connaît aussi les pulsions tabagiques. Puisque moi quand j'étais fumeuse, ça m'est arrivé... Bon j'étais à la fac, mais ça m'est arrivé de partir de Lumigny en pleine nuit et d'aller sur le vieux port m'acheter un paquet de cigarettes. Donc je sais l'aborder parce que je sais partager cela. Je pense qu'un non fumeur ne peut pas connaître cette envie subite qu'on peut avoir de fumer une cigarette.

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres consultations ?

I : Pour moi elles sont toutes intriquées.

E : Parce que vous ne faites pas que du laser ? Vous faites de la médecine générale classique ?

I : Non je ne fais pas que du laser, je fais aussi de la médecine générale. J'aide les gens à perdre un peu de poids, je fais un peu de sclérose des varicosités. Je fais beaucoup de petites choses qui font que je peux en parler à propos de tout et de rien.

E : Vous utilisez essentiellement le laser ?

I : Pour le tabac oui.

E : Et du coup est-ce qu'il y a un suivi ?

I : Alors, un suivi, de toute façon ils savent très bien, quand ils partent de ma consultation, je leur dis « si vous avez une envie de fumer, que vous n'avez pas refumer, vous m'appelez en urgence, je vous fais passer en urgence ». Même si je ne prends que sur rendez-vous. « Si vous avez fumé, à vous de voir : vous avez envie de nouveau de vous arrêter, vous m'appelez, on refait. Les séances, vous n'avez pas envie, ben c'est à vous de vous prendre en charge hein ». Je ne peux pas m'imposer, c'est pas possible.

E : Donc il y a une consultation de départ mais après ça dépend ? Parce que je ne connais pas

le laser, je ne sais pas s'il faut plusieurs séances ?

I : Il faut quatre séances, assez rapprochées, si on peut dans une même semaine. En sachant qu'au cours de ces quatre séances on parle beaucoup de tout ce qui est lié au tabac et à l'après tabac. Et donc ils sont avertis qu'il suffit de tirer une taffe sur une cigarette et après on rechute. Ça c'est très important, après c'est à eux de voir : est-ce qu'ils ont envie de tenter ou pas ? C'est leur avenir hein ?

E : Et au niveau du prix aussi ?

I : Au niveau du prix c'est vrai que moi je suis stupéfaite, parce que quand je fumais, les cigarettes, elles n'étaient pas chères du tout. Mais je n'ai pas l'impression que les gens s'arrêtent à cause du prix. C'est très rare des gens qui arrivent en disant « maintenant c'est trop cher, je veux arrêter de fumer ». Généralement quand ils viennent, ils ont une autre envie de s'arrêter de fumer. Mais c'est pas forcément pécuniaire. Je vous dis : j'ai des gens qui ont le RSA et qui continuent à fumer.

E : Est-ce que vous êtes amenée à faire des comparaisons entre le prix de la consultation et des cigarettes pour certains patients ?

I : Ça m'arrive mais je n'en parle pas forcément. Je vais parler du prix du paquet de cigarette, en disant « vous vous rendez compte ? Si vous regardez dans l'année ce que vous dépensez, dans le mois ce que vous dépensez ? ». Mais je ne vais pas faire la comparaison avec la consultation non.

E : L'organisation pratique vous pose des difficultés pour cette consultation ?

I : Pas du tout non.

E : Est-ce que vous avez recours à d'autres professionnels ?

I : Alors avant oui puisque je travaillais avec un hypnothérapeute médecin, qui a pris sa retraite et qui n'a pas eu de remplaçant. Donc à l'époque, il s'est arrêté il y a à-peu-près six ans. Donc avant c'était bien parce que lui prenait en hypnothérapie et moi en laser-

thérapie, on arrivait à avoir du cent pour cent. C'était fabuleux, maintenant il faut avoir vraiment confiance en un hypnothérapeute.

E : Comme vous n'avez plus de contacts personnels, du coup vous avez renoncé ?

I : Hum.

E : Est-ce que vous voyez d'autres choses à dire ... ?

I : Sur l'arrêt tabac ? Ben il n'y a que du bénéfice, il n'y a que du bon à arrêter de fumer. Après c'est à nous de persuader le patient que c'est le bon chemin à prendre, tout simplement.

Entretien 10

E : Une première question générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine ?

I : Ah oula, ça c'est un peu difficile à dire. En tout cas je dis que je vais faire médecine depuis la sixième au lycée. Est-ce que... Parce que j'avais un frère qui est décédé de ce qu'on appelait une double pneumonie. J'ai toujours pas compris ce que c'était la double pneumonie après trente ans d'exercice. M'enfin j'ai toujours voulu faire ça depuis la sixième. Et j'ai pas regretté, ça fait trente deux ans quand même. Ah non non il y a aucun souci. Ce qui commence à m'embêter un peu, bon ça je suis obligé de vous le dire, c'est un peu la paperasse. Mais bon, ça... Surtout le médecin traitant (*il insiste sur le mot « traitant »*). Je ne parle pas du médecin généraliste, parce que ce n'est pas forcément le médecin généraliste qui est le médecin traitant. Mais tout repose sur le médecin traitant, tout, absolument tout. Donc, ben forcément : les demandes d'APA, les demandes d'ALD, les demandes de ceci, les demandes de cela, les arrêts de travail, enfin tout, tout, absolument tout. Donc après ça commence à faire beaucoup. Mais c'est bon hein, on tient le choc encore. Malgré nos soixante balais et trente-deux ans d'exercice on est toujours là quoi.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Qu'est ce que ça m'évoque ? C'est difficile à dire, mais quand on connaît les dégâts et quand on voit tout ce qui se passe, et qu'on est un peu malgré tout pas très puissant... Comme beaucoup d'autres choses en médecine, hein je veux dire, c'est pas propre au sevrage tabagique. Mais là on se dit quand même qu'on devrait... c'est un peu bête quoi qu'on puisse pas aller plus loin.

E : Ça vaudrait la peine ?...

I : Ça vaudrait quand même la peine d'y aller quoi. Donc moi je propose et systématiquement (*il insiste sur le*

mot « systématiquement ») j'évoque le truc avec tous ceux qui fument, ça c'est clair, systématiquement. Donc après, des fois ça fait tilt. Là j'en ai plusieurs en ce moment, il y a un passage intéressant en ce moment. Mais bon après ça peut rester des déserts longtemps aussi.

E : Et comment vous présentez ça ?

I : Comment je le présente ? Ben je le présente en disant que c'est un truc qu'ils ont commencé un jour, et qu'ils peuvent décider d'arrêter le jour où ils en ont envie. C'est un peu comme l'alcool, qu'un jour ils ont décidé qu'ils allaient boire pour résoudre leurs problèmes d'une manière où d'une autre, et qu'ils avaient le choix de décider d'arrêter de boire et de faire autrement. Et c'est pareil pour le tabac. Sachant que le tabac c'est peut-être plus compliqué que l'alcool. Je crois que c'est le plus compliqué le tabac dans mon expérience. Même les toxicomanes, je pense qu'ils tueraient quelqu'un pour une cigarette, alors que pour une dose, c'est beaucoup moins vrai quoi.

E : C'est plus compliqué parce que les gens sont plus addict au tabac ?

I : Oui, je pense que c'est une addiction qui est plus sévère que les autres addictions. Je sais pas pourquoi hein, peut-être qu'il y a un substratum anatomique qui peut le dire. Mais en tout cas c'est ce que j'ai remarqué.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous parlez du tabac ?

I : Le tout dernier, sans dire qui c'est, c'est un jeune homme qui avait déjà essayé une fois, et après ça, c'était arrêté. Il s'était arrêté presque un an, il a recommencé, et puis là on en a reparlé encore une fois. Il a bientôt la quarantaine, donc je lui ai dit « bon écoute, c'est un peu maintenant où jamais. Je vais juste regarder son âge (*il regarde sur l'ordinateur*), trente-huit ans et sept mois. Je lui avais dit « c'est bien à quarante », parce qu'on dit qu'il faut des bases, on dit des choses quoi, un peu n'importe quoi. Alors il s'en rappelle « tu avais

dit « tient là ça serait bien ». Alors pourquoi quarante et pas trente-cinq ? Parce que.

E : Avec ce patient ce qui est difficile c'est qu'il a repris en fait ?

I : Entretemps il avait repris, pendant quelques temps alors qu'il avait arrêté presque une année. Mais je pense que là il était quand même beaucoup plus motivé. Il s'est trouvé qu'ils sont avec leurs copains, déjà ils y en a plusieurs qui avaient la même motivation à l'intérieur de ce groupe. C'est un peu le côté favorable et j'allais dire favorable tout... Donc là il y est, il est en sevrage.

E : Ils ont arrêté à plusieurs c'est ça ?

I : Voilà ils ont arrêté à plusieurs, c'était un peu l'instant favorable quoi pour y aller. Lui-même il s'est un peu pris en main, il a des petits problèmes d'asthme aussi. Parce que lui je le connais depuis qu'il est comme ça (*il montre avec sa main*). Ça fait trente-deux ans quoi, comme il en a trente-huit donc il avait cinq-six ans quand j'ai commencé avec lui. Je connais la famille, après il s'est marié avec notre secrétaire que j'ai vu grandir aussi et j'ai grandi avec ses parents. Parce que moi je suis né dans ce quartier, je vis dans ce quartier, je travaille dans ce quartier (*il marque les mots en tapant sur la table*). Ça fait soixante ans que j'habite là, mais là : c'est-à-dire j'habite là, j'ai le cabinet qui est ici, mes parents sont là, moi j'habite là. Ça se résume à un cercle, à vol d'oiseau c'est trois cent mètres de diamètre. Même l'école où je suis allé c'est là. La maternelle, la fac où je suis allé elle n'est pas très loin, un peu plus mais bon c'est la fac nord. Et l'hôpital a été ma résidence principale pendant quelques années.

E : De bien connaître les gens comme ça, ça aide ?

I : Ça peut aider parce qu'on se rend compte que les paroles qu'on dit, elles font leur chemin. Mais ça prend des fois plusieurs années. Il me dit « ouais vous m'aviez dit que... ». Moi j'ai oublié ce que j'avais dit hein... honnêtement. Mais bon voilà ça reste.

On plante des choses, c'est bien parce que dans la durée ça ressort un peu.

E : Est-ce qu'il y a des patients qui sont plus difficiles à aider sur ce plan-là ?

I : Il y en a ouais, il y a ceux qui ne l'envisagent pas du tout. Pour eux c'est même pas envisageable, donc ceux-là euh pfff... On a beau dire... Moi j'ai quelqu'un de la famille qui avait été opéré d'un cancer ORL. Avec tout ce qu'il fallait quoi, et qui en a baver, mais plus baver que ça... C'est lourd hein les cancers ORL, c'est assez abominable, dans les chirurgies, les radiothérapies... Enfin tout le reste. Il a repris le tabac après quoi. Et puis alors si lui quand il a eu ce truc-là... Je me rappelle encore, un cousin germain de ma mère c'était, et qui ne jurait que par moi, donc le courant passait bien. Mais malgré ça... On me disait « il ne fait pas attention, il continue à fumer, à manger et tout ». Il avait un mètre cinquante de balafres sur lui. On lui avait mis une prothèse en dacron aorto-bifémorale. Il était ouvert comme ça, comme ça, comme ça (*il fait des gestes avec ses mains*). Si lui quand le matin il se lève, il se voit avec tout ça devant la glace, il a pas peur, comment moi je vais lui faire peur ? Donc il y a de tout quoi, je sais pas, c'est un peu difficile à dire. Comme je dis c'est une addiction tellement compliquée que... et assez lourde... voilà. Mais on se décourage pas hein. Alors moi j'essaie de travailler un peu plus malgré tout sur les personnes plus âgées, mais surtout un peu plus sur les jeunes. Pour essayer d'éviter déjà au moins les conséquences et tout ça. Et peut-être essayer de faire ressortir une nouvelle génération qui...

E : Et alors les jeunes, il y a une méthode particulière ?

I : Euh non mais je crois qu'il faut vraiment commencer à la maternelle. Un peu comme la ceinture, un peu comme tous ces trucs là, où c'est les petits qui disent maintenant pour les antibiotiques, pour tout. Il faut commencer tôt, je pense qu'il faut inculquer les choses.

E : Quand vous dites que vous intervenez par rapport aux jeunes, c'est au niveau des consultations ?

I : Oui c'est pendant les consultations. Non malheureusement j'ai pas le temps, je fais trop de choses en dehors de la médecine, pour avoir une action comme ça, aller faire... Enfin moi je pense que ça serait quand même plus intéressant, s'il y en a qui ont des vocations et qui voudraient se lancer dans quelque chose, ça ça serait un truc...

E : Parce que ça toucherait plus de monde ?

I : Ben ça toucherait du monde... C'est plus tôt, plus tôt on prend des bonnes habitudes et mieux ça vaut. Et après ça fait moins de dégâts, parce que la génération qui est déjà dedans... C'est quand même compliqué, quoi qu'on en dise. On voit très bien, le prix du tabac il a beau augmenter, il a beau faire ci, il a beau faire là. Bon les gens y commencent à fumer de moins en moins parce que ça devient rédhibitoire, mais bon c'est pas par...

E : Pour vous c'est difficile d'intervenir avant que le tabac ne survienne, en consultation ?

I : Non je crois que c'est pas forcément difficile, mais c'est là qu'il faudrait porter les efforts. Plus que... Pour les autres il faudrait les dissuader par le prix du tabac, par des choses comme ça. On l'entend, il y en a qui disent « maintenant je ne peux plus ». Alors ils commencent à se rouler leur cigarettes. Alors c'est vrai qu'ils diminuent leur consommation. Mais le but pour eux c'est pas d'arrêter, c'est qu'ils ne peuvent plus s'en payer plus (*il rit*). Ils ne peuvent pas en fumer vingt, ils en fument plus que six. Et ils ne peuvent pas les fumer toutes faites, alors ils se les roulent eux même. Ça leur coûte moins ch... en fait leur budget est toujours le même (*il rit*). Mais avec le même budget on a plus ou moins. Ils ont pas arrêté hein...

E : Ça ne marche pas ?

I : Eh non ça ne marche pas, on se leurre pas, c'est pas une ... mais bon c'est comme ça. Bon après il faut bien avoir une petite addiction

quelque part. Je veux dire on a tous besoin d'avoir un petit quelque chose. C'est un peu embêtant que ça soit le tabac, mais bon il y a pire (*il rit*).

E : Alors du coup il faut le remplacer par autre chose ?

I : Voilà, de toute façon on ne peut pas laisser du vide, il ne faut pas se leurrer, donc il faut trouver un bon substitut (*le téléphone sonne, il répond*).

E : Est-ce qu'il vous arrive de recevoir des femmes enceintes aussi ?

I : Un petit peu, un petit peu, c'est vrai que je ne suis pas trop les femmes enceintes, la gynéco. Mais il est clair que j'en voie quelques unes et là on en parle forcément. Là c'est systématique.

E : C'est-à-dire : c'est vous qui abordez le sujet ou... ?

I : Ah oui oui, on en parle tout de suite. Les connaissant, on en parle déjà, avant. Parce que je les connais quand même, même si je les suis pas. Des fois je la passe à ma collègue là qui est un peu plus loin, qui est au bout du couloir.

E : Parce que... ?

I : Elle fait plutôt gynéco, enfin tout ça. Puis des fois les femmes elles sont plus à l'aise aussi pour certaines. Et puis moi je le fais pas donc... Il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui le fasse à ma place. Mais ça n'empêche pas d'en parler. Oui ça je l'aborde forcément, encore plus dans ce domaine.

E : Et est-ce qu'il y a des choses particulières par rapport à la femme enceinte ?

I : Non, sinon que je pense qu'il y a quand même une motivation, je pense qu'il y en a beaucoup qui ont arrêté pendant la grossesse. Et malheureusement c'était pas un tremplin pour arrêter, ce qui aurait pu être quand même tranquille parce que quand on arrête déjà neuf mois (*Le téléphone sonne, il répond*). C'est pas forcément un tremplin pour arrêter après, c'est dommage ça. Parce que là c'est vraiment

l'occase rêvée quoi. Neuf mois d'arrêt, pratiquement. Elles recommencent après, c'est un peu incompréhensible, c'est un peu dommage. Après il y en a aussi qui ont arrêté grâce à ça, mais je crois pas beaucoup, enfin en tout cas moi dans ma connaissance j'en ai pas beaucoup. J'en connais plus qui ont arrêté, qui arrêtent systématiquement pendant leur grossesse, parce des fois elles en ont deux ou trois, et qui reprennent après. Donc il y a quand même la capacité, la volonté de s'arrêter pendant une grossesse. Et puis il y a celles qui continuent hein, c'est dramatique ça. Mais bon il y a de tout. Bon il y en a beaucoup qui sont conscientes et qui arrêtent quand même. Mais il y en a d'autres, ça leur passe au dessus quoi. C'est comme ça.

E : Comment vous vous sentez en général quand vous abordez le sujet ?

I : Ah très tranquille. Autant des fois avec l'alcool c'est un peu plus compliqué, parce que ça a toujours une connotation un peu plus... voilà. Tandis que la connotation de fumeur, c'est pas... C'est pas une mauvaise connotation. Donc c'est quand même beaucoup plus simple. Il n'y a pas de problème, alors là c'est liberté totale.

E : Au début vous me disiez on peut se sentir impuissant ...

I : C'est une autre chose ça. Non, on est sans illusion voilà. On n'est pas naïf, c'est tout. Mais sans être naïf, ça n'empêche pas que systématiquement je le dis. Et puis des fois ça se ... c'est comme une graine qui est plantée et qui va germer. Même si je le vois pas moi c'est pas grave. S'ils se rappellent qu'un jour on leur a dit quelque chose et que ça a fait son chemin c'est l'essentiel. En plus quand on est suffisamment longtemps dans le même endroit, et que les gens sont là aussi. Ben comme avec ce jeune homme, on se rend compte qu'on voit les fruits de ce qu'on a planté, c'est sympas. Mais je le dis systématiquement. Même si c'est un peu... je le dis avec la conviction qu'il faut aussi, mais après ben voilà, après c'est pas moi. J'ai idée que mon travail il s'arrête un peu

là. Une fois qu'on a stimulé, qu'on a dit, qu'on a montré que c'est pas interdit, que c'est possible, qu'on culpabilise pas les gens et que ci et que là... Après c'est eux qui restent maîtres de leur destin.

E : Mais en même temps vous les accompagnez aussi s'ils ont pris la décision ...

I : Ah oui à partir du moment où ils sont là, ils sont accompagnés. Je lui dis : « je suis toujours là, le jour où tu décides, on y va il y a aucun problème ».

E : Votre pratique de l'aide au sevrage tabagique, est-ce qu'elle vous satisfait ?

I : Ouais, c'est pas mal, quand les gens sont motivés et qu'ils commencent. On arrive je dirais avec un peu n'importe quoi, ça se fait. C'est pas tant... C'est-à-dire que toutes les méthodes peuvent être bonnes, à partir du moment où il y a la motivation. Il faut qu'ils en aient vraiment envie quoi. Tant qu'ils n'ont pas déclenché l'envie moi je les décourage de commencer. Ça c'est clair. Je lui dis « si tu n'as pas vraiment envie ne commence pas ». C'est pas la peine, si c'est pour aller dans le mur il n'y a pas d'intérêt, ce sera quand même vécu comme un échec qui était déjà assuré quoi. Là il faut être assez clair, pour pas que les gens attaquent des choses en croyant que... Moi si les gens arrivent là et qu'ils sont pas décidés, moi je leur dis « écoute moi je veux bien commencer si tu veux mais... c'est comme ça, t'inquiètes pas, si tu n'y arrives pas ça sera normal » (*il rit*). Au moins ils sont avertis. Et ils ne diront pas « ... », je lui dis « écoute on l'avait dit, me raconte pas des salades ». Il faut être cohérent sinon...

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage, vous les avez acquises comment ?

I : A la longue ... Je crois que j'ai fait même dans les addictions, j'ai fait des trucs à l'époque. Bon ça c'est un peu partout pareil, bon il y a les centres anti-tabac etcetera. Là pour l'instant, autant par rapport à l'alcool, j'envoie plus dans des centres aussi. Autant

c'est vrai que les consultations de tabacologie...

E : Vous les envoyez pas trop ?

I : Moins. Fin en tout cas il n'y a pas forcément la demande, ou le truc. Je ne le propose pas non plus de manière trop systématique.

E : Vous n'en ressentez pas le besoin ?

I : Voilà, il me semble qu'on a ce qu'il faut, on en discute. Il y a des timbres, il y a des ci il y a des là, il y a rien aussi des fois. Je veux dire : on s'y met, les gens s'y mettent. Bon il y a juste la femme ou le mari qui demandent de leur donner un petit truc, un petit calmant pendant quelques temps parce que sinon ils vont tout casser à la maison. Voilà, mais à part ça, non.

E : Et vous n'envoyez pas à d'autres professionnels sinon ?

I : Non pas vraiment, non pour ça pas spécialement non.

E : Comment le tabac est abordé en consultation ? Vous me dites systématiquement, mais ...

I : Quand je dis systématiquement, c'est que je dis qu'on peut arrêter de fumer quoi. Après dire les méfaits, dire les machins, tout ça ... ?

E : Non non : qu'est ce qui vous fait penser à parler du tabac ?

I : Ah c'est parce que je les connais et je sais qui fume. C'est des gens que je connais bien. Alors maintenant c'est pas forcément abordé. Attention, c'est pas abordé de manière systématique avec des gens que je connais pas. Sauf si, quand on a le temps et qu'on fait un minimum d'interrogatoire... Parce que quelqu'un qui me vient et que je connais pas, pour une angine, bon je vais lui prescrire le traitement de l'angine et il s'en va. Mais maintenant de plus en plus je fais quand même un minimum d'interrogatoire et je ne demande pas que si il est allergique à la pénicilline. Donc des fois comme je fais un mini dossier, malgré tout, même si je ne vais peut-être

jamais le revoir. Dans la foulée, en passant je lui demande. Donc là à la limite je peux en reparler. Mais là dans ce cas-là c'est pas systématique, loin s'en faut. Non c'est plus dans le cadre des gens que je connais déjà.

E : Qu'est ce que vous pensez du conseil minimal ?

I : C'est-à-dire, c'est quoi ?

E : C'est deux questions : « est-ce que vous êtes fumeur ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter ? »

I : Moi je pense que c'est bien ça. Oui je le fais un petit peu, je le faisais comme Mr Jourdain là : la prose sans le savoir. Je pense qu'il faut l'aborder, il faut le dire. Et puis voilà, après ça fait des tilts parce que les gens des fois ils se posent même pas la question. C'est bien, je trouve que c'est une bonne chose.

E : Est-ce que vous revoiez les patients, s'il y en a un qui est motivé pour faire un sevrage ?

I : Ah oui oui.

E : Comment ça se passe le suivi ?

I : En général je dis « au bout de deux semaines on se revoit ». Surtout si on a posé un timbre à dosage fort, il faut savoir et la tolérance, et le truc, etcetera... Et si on continue encore deux semaines de plus parce que chez certains c'est peut-être un peu court, ou s'il faut changer, diminuer...

E : Et effectivement les patients reviennent ?

I : Ah oui, quand on a bien commencé... De toute façon il est prescrit que pour deux semaines donc ils sont un petit peu obligé de revenir.

E : Ils pourraient l'acheter aussi de leur côté ?

I : S'ils veulent continuer ils peuvent aussi mais bon. Non, quand on a commencé ça se passe bien. C'est pour ça que je dis qu'il faut vraiment une motivation et après ça se fait assez bien. Quand il n'y a pas tout ça c'est sûr que ça se fait moins bien.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ? Par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Moi je fume pas. Ça peut être déjà un bien, parce que dire à quelqu'un qu'il ne faut pas fumer, ou qu'on pourrait peut-être arrêter et que moi je n'ai pas arrêté... Ça paraît un peu bizarre. Moi j'ai jamais fumé, donc là-dessus, je ne sais pas si je suis bien placé ou mal placé. Mais en tout cas je ne fume pas.

E : A priori pour vous se serait plutôt un atout ? Enfin une position plus confortable ?

I : Je pense que c'est plus confortable. En même temps peut-être qu'ils pourraient penser que je ne sais pas ce que ça veut dire, et que « s'il savait comme c'est difficile ». Moi je leur dis que ça ne va pas se passer tout seul, j'en suis très conscient. Je dis que c'est plus difficile d'arrêter ça que d'arrêter de la drogue. Pour moi c'est clair, je ne minimise pas. Je lui dis « tu vas en baver mais c'est pas parce que tu vas en baver que tu vas t'arrêter. Tu en baves pour d'autres choses et tu ne te poses pas la question ». Pour ceux qui font de la musculation, des fois parce qu'ils peuvent faire les deux, et fumer quand même. Je leur dis « tu vas faire ton sport, tu ne dis pas « pourquoi j'en bave ? » », parce que voilà. Ben là c'est pareil là, c'est la même chose. Il faut essayer de rentrer dans leur vécu et dans ce qu'ils font déjà. Pour dire que ce que tu fais à côté, tu peux le faire pour ça, c'est pas interdit. C'est pour ça qu'en les connaissant c'est toujours un peu mieux, parce qu'on peut parler un peu de tout. En tout cas je ne minimise pas la chose, parce que je leur dis « attention, c'est dur, pour passer, il y a un cap, une fois que tu as passé, le cap il est passé. Mais tu resteras longtemps un fumeur qui ne fume pas ». A l'époque on avait fait un... c'était tabac et alcool, ou addiction en général, il y avait des médecins qui ne fumaient pas depuis douze ans, et qui se considéraient encore comme des fumeurs, qui ne fumaient pas. Ils ne se considéraient pas encore comme des non fumeurs. Et ils n'avaient pas refumé depuis douze ans. Donc moi quand j'ai entendu ça... Et c'était des

médecins, ils savaient de quoi ils parlaient. Donc je mesure bien ce que ça veut dire. Et en même temps je pense que l'exemple est quand même bien, parce que si jamais je fume, je pense qu'il va se dire « lui c'est un rigolo ». Mon collègue est allé chez un dermato pour ses cheveux, il était chauve, ou il le devenait. Il a attendu deux heures dans la salle d'attente, et quand il est rentré le dermato était chauve. Je peux vous dire qu'il n'a plus rien écouté. L'autre il a parlé, il lui a demandé je ne sais pas combien, il a mis les sous sur la table, il est parti.

I : Ça compte quand même.

I : Ma fois, il s'est dit « je pense que s'il connaissait une bonne combine, il serait peut-être pas comme ça ». Bien que le dermato pouvait s'en foutre d'être chauve, et qu'il est pas obligé. Mais au bout de deux heures quand il a vu la tête du bonhomme... Il s'est dit « ça va s'est bon j'ai perdu mon temps, c'est pas grave, je vais encore l'écouter, je vais le payer, et puis c'est bon ». Il s'est arrêté là. Quand même... C'est pas forcément comme ça toujours. Mais bon un petit peu quand même je crois que ça sert.

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres ?

I : Alors en ce moment je suis en train de faire un truc sur l'insomnie et on nous a engagés à faire une consultation dédiée à l'insomnie. Ce que je ne faisais pas non plus. Mais on en parlait, je commençais à en parler un peu différemment. Mais c'est vrai que c'est déjà mieux une consultation dédiée à ça. Peut-être que ça serait bien pour le tabac aussi, mais là je suis en plein dedans, j'ai aucun recul là-dessus.

E : On peut le dire autrement : on peut dire comment vous le situez par rapport aux autres thèmes abordés dans la consultation ?

I : Pareil, mais c'est vrai que parfois c'est dit juste comme ça, en fin de consultation, un peu comme l'insomnie et le somnifère, où le patient il s'en va et il dit « n'oublie pas de me marquer ça ». Donc en fait on en parle sans en

parler, on le remet sur l'ordonnance, mais on ne recommence pas une consultation à la fin de la consultation, parce qu'il y en a qui attendent derrière, on ne peut pas le faire. Mais là, ce qui est conseillé par la HAS et tout ça, c'est quand même de faire une consultation dédiée à ça...

E : Et vous ne pouvez pas leur dire : « on en reparle » ?

I : Oui justement, je crois que ça peut être une bonne chose. Et où on parle que de ça, pas que c'est mélangé dans le reste, que c'est juste en plus ou avec...

E : Mais ils reviennent effectivement pour en parler ?

I : Alors pour l'instant j'ai pas encore fait ça. (*La secrétaire rentre pour lui faire signer des papiers*). Je viens d'y réfléchir maintenant, je l'ai encore jamais fait ça. Mais comme j'ai commencé à le faire pour les somnifères, pourquoi pas, peut-être que ça serait un bon truc, mais je ne sais pas si après ils reviendront. Parce que pour les somnifères ils sont obligés de revenir.

E : Et oui : c'est la prescription.

I : C'est la prescription, c'est maximum un truc, et là par exemple pour la première à qui j'ai redis de ... était venue pour autre chose, je lui ai dit « écoutez là c'est bien... ». On en a déjà parlé comme ça. Mais c'est pas la même chose s'ils viennent et qu'on parle que de ça, et où on peut en parler plus, on peut faire les tests... Bon j'ai pas parlé du test de Fagerström là, ça je l'ai fait avec une collègue. Mais c'est encore un truc très très particulier : elle fumait que six cigarettes par jour, mais que six hein. Elle en fumait pas sept, elle était toujours à six, mais elle se sentait pas bien. Je lui ai dit « écoute on va faire le test ». Ça fait des années, maintenant elle habite aux Etats-Unis, et puis elle a arrêté d'ailleurs, mais bon il y a eu peut-être un autre contexte favorable. Quand on a fait le test elle était hautement accro, elle avait tout pour être accro, sauf la quantité. Mais c'est pas que la quantité qui fait

qu'on est accro. Et quand elle a vu ça, ça l'a encore plus choquée. Ça l'a interpellée quoi.

E : Et en pratique ça serait possible de faire des consultations dédiées ?

I : Ah oui, je pense que oui, c'est juste que moi je m'y suis pas mis. Ben ce truc ça vient de me donner l'idée, parce que justement on a déjà fait un pré... pour l'insomnie, on nous a dit « les dix premiers patients qui arrivent et à qui vous prescrivez quelque chose ». Donc ils ont dépouillé ce truc, on est retourné, on nous a dit voilà où vous en êtes par rapport à la moyenne, voilà ce qu'on a fait, voilà ce qu'on a pas fait, voilà ce qui est recommandé. Et dans les recommandations, il y avait entre autre de faire quand même une consultation dédiée. Alors on pourrait faire des consultations dédiées pour... Ce que je fais par exemple pour le diabète. Pour le diabète c'est lourd, c'est le truc massue. J'ai même fait ça pour un collègue, j'ai travaillé pour lui, parce que c'était son patient qui est arrivé avec une prise de sang, c'était tout récent, et après je l'ai renvoyé à mon collègue naturellement. Mais pour autant, comme j'y étais, j'étais lancé, ça m'a pris un tout petit peu de temps, mais il avait aussi besoin d'entendre des ci et des là... Et bon, je ne pouvais pas juste le renvoyer à mon collègue. Il a eu droit à la totale quoi, le truc bien carré tout ce qu'il fallait. Alors voilà c'est vrai que ce genre de chose, bon on le fait mais c'est vrai que notre temps est court aussi. Mais ça empêche pas.

E : Parce qu'il n'y a pas que le tabac à aborder ?

I : Et je pense que non. Mais le problème c'est que maintenant on dit que le généraliste, il est le mieux placé pour tout quoi. Mais au bout d'un moment, le mieux placé pour tout... On en est déjà à soixante-dix heures par semaines depuis trente ans. Je veux dire on est loin des trente-cinq heures, parce que là j'ai toujours rigolé avec les trente-cinq heures, c'est toujours rigolo. Voilà, mais en même temps c'est pas une raison pour pas faire quoi (*il rit*). Voilà, non mais on peut, ponctuellement

pourquoi pas, on ne verra pas tous les tabagiques comme ça, mais si on peut en avoir quelques uns un peu motivés, en consultation dédiée. Si ça peut faire du bien à quelques uns, on va pas sauver le monde hein.

E : Au niveau de la prise en charge financière, vous avez des choses à me dire à ce sujet ?

I : Ben au niveau de la prise en charge financière, la sécu fait cinquante euros pour la première consultation. Donc ça je leur dis, ils le font. On fait une ordonnance à part quand on fait plusieurs ordonnances. Et là je viens d'apprendre que pour le tabac, parce que j'ai la sécu qui m'a appelé pour la BPCO, donc tabac machin, et pour les femmes enceintes c'est cent cinquante euros au lieu de cinquante euros. Je viens de l'apprendre, je l'ai appris mardi. Voilà donc on le propose aussi quoi. Si ça peut... ça peut être un petit plus, ça peut être un petit facteur déclenchant. En tout cas je leur dis systématiquement. Ça en revanche il y a longtemps que je leur dis, c'est que après on partage les bénéfices de l'arrêt du tabac. Parce que franchement là ils gagneraient des ronds. Je lui dis « tu me donnes que dix pour cent, moi ça me suffira, de tes bénéfices ». Il y a un jeune il y a longtemps, il disait « plus tard je voudrais me payer une moto », je lui ai dit « avec tout l'argent qui part en fumée », parce là c'est vraiment le cas de le dire, je lui ai dit « la moto tu te la paye dix fois ». Et il a réalisé que c'était vrai, alors est-ce que c'est mieux je sais pas, parce que s'il se tue en moto, c'est pas mieux (*il rit*). Mais bon après on peut pas non plus... Mais en tout cas l'aspect financier n'est pas négligeable. Et le petit coup de pouce de la sécu, c'est rien mais ça peut être un petit truc intéressant. Ben c'est les petites choses, mis bout à bout, qui peuvent faire... c'est toujours mieux que rien hein.

E : Et pour vous, pour la rémunération des médecins ?

I : Ah c'est-à-dire le fait... Ben on est payé par la consult normale. Pour l'instant c'est comme ça, après bientôt on va être au forfait, mais je pense que je serais plus là.

E : Ça vous convient comme système ?

I : Oui oui, oui c'est bon, l'un dans l'autre, ça se complète.

E : Il y a une chose qu'on n'a pas abordé c'est l'entourage des patients. Je ne sais pas s'il y a des patients qui vous parlent de leur entourage ? Si vous disiez que l'épouse ou l'époux pouvait demander un petit quelque chose...

I : Oui ça ça joue beaucoup, parce que quand ils arrêtent ils peuvent avoir une humeur, un peu, plus ou moins exécration, plus ou moins, il y a de tout. Mais ça il y en a qui disent « tu lui donne quelque chose parce que... »

E : C'est plus pour l'époux ...

I : Un peu l'entourage. Et lui aussi des fois, lui aussi il le demande, il dit « là j'en peux plus, je vais tuer quelqu'un, donne moi quelque chose avant que ça se passe mal ».

E : Est-ce que vous voyez d'autres choses ? Des choses difficiles pour vous dans le sevrage tabagique ?

I : Non mais c'est vrai que si on s'y mettait un peu à fond le temps serait... pourrait être limitant, ça c'est sûr. Mais du coup peut-être qu'on pourrait les envoyer un peu plus à des consultations de tabacologie. Mais des fois c'est vrai que c'est déjà un peu compliqué pour venir déjà jusqu'ici, alors qu'ils me connaissent et tout... D'aller faire une consultation comme ça... Mais peut-être aussi, je ne sais pas, je ne peux rien dire j'ai aucune expérience.

Entretien 11

E : La première question, très générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Euh on va dire pour aider les gens. On va dire ça : pour aider les gens et par envie.

E : Qu'est ce qui vous plaît ?

I : Aider les gens.

E : Et ça vous satisfait comme pratique ?

I : Oui.

E : Il y a des choses qui vous posent des difficultés ?

I : Les papiers. C'est pas des difficultés, c'est juste que c'est long.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Ça m'évoque qu'il ne faut pas lâcher les patients dès qu'ils veulent faire un sevrage tabagique. Ça m'évoque ça : il faut de la ténacité. Après ça m'évoque pas grand-chose d'autre.

E : Comment faire pour ne pas les lâcher alors ?

I : Moi je les reconvoque, systématiquement. Déjà la consultation on fait en sorte qu'elle fasse une demi-heure sur rendez-vous, pour faire le point sur les différentes choses. Et après je les reconvoque systématiquement à quinze jours, puis à un mois.

E : Avec un rendez-vous fixé à l'avance ?

I : Oui, avec un rendez-vous fixé à l'avance, à quinze jours, à un mois...

E : Et ils viennent effectivement ?

I : Euh, un sur deux vient. Généralement celui qui ne vient pas c'est celui où il y a l'échec et celui qui vient c'est là où ça marche (*il rit*).

E : Mais avant ça il faut que le patient soit décidé ?

I : Oh, j'en parle systématiquement à chaque personne qui fume. Mais la question que je pose systématiquement c'est « est-ce que c'est vous qui voulez vous arrêter de fumer ? Est-ce qu'il y a une pression familiale et est-ce qu'on vous oblige à arrêter de fumer ? ». En sachant que généralement si on oblige les gens à s'arrêter de fumer ça ne marche pas, donc bon.

E : Est-ce que vous identifiez différentes catégories de patients ? Plus ou moins difficiles à aider ?

I : On s'aide du test de Fagerström. Après avec l'expérience, non je n'identifie pas forcément de différence, à part faible dépendance, dépendance moyenne et grande dépendance. Je n'identifie pas de patient...

E : Donc pour vous il n'y a pas de patient plus difficile à accompagner que d'autre ?

I : Si, mais après c'est au niveau du profil psychologique, au niveau de la motivation. C'est au niveau de la motivation que je ressens chez le patient. Mais après, moi j'ai une pratique... ça fait quatre ans que je suis installé, donc je suis encore utopiste. On veut arrêter de fumer, on va essayer, et si ça ne marche pas on retente, et si ça ne marche pas on retente, et si ça ne marche pas on retente, et puis si ça ne marche pas on retente. Et puis à un moment donné s'ils ne veulent pas retenter, ben ... on n'est pas dieu non plus.

E : Et du coup vous essayez d'identifier quel patient fume ou pas ?

I : Oui systématiquement.

E : Ça se fait à quel moment ?

I : Au niveau de la création du dossier.

E : Et après vous essayez de redemander au fumeur régulièrement ? Qu'est ce que vous leur posez comme question en fait ?

I : « Est-ce que vous fumez toujours ? », « oui », « quand est-ce que vous allez arrêter ? ».

E : Et à partir de là comment vous... ?

I : Si la réponse est « pas tout de suite » ou « non », je leur dis généralement « si vous avez la motivation pour arrêter de fumer, si vous avez l'envie d'arrêter de fumer, vous m'appellez et je vous donne un rendez-vous. Et n'attendez pas deux mois pour m'appeler en oubliant la motivation. »

E : Vous avez des brochures aussi à leur donner ?

I : Non.

E : Est-ce que vous connaissez le conseil minimal ?

I : Non.

E : C'est deux questions « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? »

I : D'accord, je ne savais pas que ça s'appelait le conseil minimal en fait.

E : C'est un peu ce que vous faites ? C'est ça ?

I : Hum.

E : Est-ce que vous voyez des femmes enceintes aussi pour ça ?

I : Oui, euh j'ai pas eu de difficulté sur... j'ai pas eu dans ma patientèle des femmes qui... enfin j'ai pas identifié de femme enceinte qui s'était pas arrêtée de fumer en fait. Après c'est au niveau du recrutement hein.

E : Elles ont déjà arrêté de fumer quand elles viennent ?

I : Oui, ben c'est soit découverte de grossesse, il faut s'arrêter de fumer maintenant, et puis elles se sont arrêtées de fumer. Mais j'ai pas identifié de femme qui était enceinte et qui continuait à fumer.

E : Comment vous vous sentez pour aborder ce thème là ?

I : Bien.

E : Votre pratique de l'aide au sevrage, est-ce qu'elle vous satisfait ?

I : Ma pratique oui elle me satisfait. Après on en fait pas assez, mais parce que les gens ne sont pas demandeurs, et parce que la plupart n'ont pas envie de s'arrêter.

E : Est-ce qu'on peut agir là-dessus ?

I : J'en sais rien du tout si on peut agir là-dessus. A part essayer de les motiver, leur demander, et pour certain profil de patient, leur montrer qu'au niveau du calcul du risque cardio-vasculaire, pour leur faire peur. En leur montrant que les facteurs sur lesquels on peut agir c'est le cholestérol, c'est le tabac, et que l'âge on ne peut pas agir, et que le sexe on ne peut pas agir, et voilà. En leur montrant, qu'en diminuant de quatre points, on passait de vingt pour cent de risque à dix pour cent...

E : Ça vous l'utilisez effectivement ?

I : Oui (*il me montre une fiche de calcul du risque cardio-vasculaire*).

E : Les connaissances que vous avez pour le sevrage tabagique, d'où elles vous viennent ?

I : D'une recherche personnelle, pas de cours à la fac (*il frappe sur la table de ses deux mains*). En gros.

E : C'est-à-dire ?

I : Euh c'est-à-dire, regarder un peu, rester au courant des différents dispositifs qui existent. Et sur... rester au courant des habitudes de durée de prescription, habituel de ça.

E : Au niveau des traitements surtout ?

I : Au niveau des traitements. Et après j'essai rapidement d'identifier et de donner des conseils hors médicament pour l'aide au sevrage : s'occuper les mains, trouver une activité, la reprise du sport... Ça c'est dans le cadre de la consultation des trente minutes que je fais pour ça.

E : C'est une recherche personnelle sur informatique ? Dans des revues ?

I : Oui, non pas dans des revues spéciales. Mais on va dire une fois tous les ans je prends une demi heure, quarante-cinq minutes pour

lire ce qui vient de sortir. Ou je fais faire à mon externe, qui est présent en ce moment, une petite recherche.

E : Vous avez recours à d'autres professionnels des fois ?

I : Parfois à des pneumos qui sont pas loin d'ici, mais c'est rare. Ou vraiment quand ils sont... j'ai rarement eu besoin de tabacologue. Parfois je donne le numéro d'info-tabac-service, ou je donne un numéro d'un tabacologue, si vraiment on est entre les deux : on est motivé, on n'est pas motivé : « je sais pas si je vais revenir vous voir, mais je sais pas si je veux voir quelqu'un d'autre ».

E : Il n'y a pas de manque de ce côté-là ? C'est juste que vous n'en avez pas le besoin ?

I : Non j'ai pas le besoin de...

E : Quelle est la place de la relation médecin patient dans cette consultation ?

I : Décisive ? Ça vous va comme terme ? (*Il rit*)

E : Dans quel sens ?

I : Dans le sens que les gens, ils arrivent, ils sont anxieux : « je vais prendre vingt-cinq kilos, je vais être énervé pendant deux semaines, comment je vais faire ? ». Donc du coup il faut les rassurer, après... Il faut pas leur mentir, il faut les rassurer, et puis généralement ça se passe bien. Moi je fais pas... Le but du jeu c'est que je leur propose ce qui existe d'accord ? Avec la volonté tout seul : on pose la cigarette on s'arrête. Et puis ensuite les différents dispositifs, avec les avantages et les inconvénients de chaque dispositif. On choisi ensemble ce que... (*le téléphone sonne, il répond*). Donc je fais en sorte que ce soit eux qui décident et pas moi qui impose. Et après une fois qu'on a décidé ça, je fais une phase, ou j'explique qu'il risque d'y avoir une petite prise de poids, comment faire pour lutter contre la prise de poids. Est-ce que c'est le moment ou pas de reprendre une activité physique, en sachant que ça peut être un dérivatif à la cigarette. Et ça peut être une

entrée dans une nouvelle vie où tout devient sain. Et des conseils pour éviter la gestuelle du tabac : les deux doigts toujours avec la clope, et qu'est-ce qu'on peut faire pour essayer de s'occuper les mains ? Et trouver une occupation en dehors de la télévision, qui n'est pas une occupation pour s'arrêter de fumer. C'est généralement comme ça que je déroule ma consultation tabac.

E : Et le rendez-vous pour le suivi...

I : Et le rendez-vous pour le suivi à la fin où je dis... Il y en a qui ne veulent pas généralement, mais je dis « je marque le rendez-vous quand même ». Et on marque le rendez-vous quand même.

E : On a parlé tout à l'heure de ce qui vous faisait aborder le sujet. Mais par exemple pour un patient fumeur, qu'est ce qui va vous faire penser à aborder le tabac ?

I : Rien, j'aborde le tabac, point.

E : Ça apparaît sur le dossier ?

I : Euh non, sur mon dossier je fais apparaître qu'ils fument. De temps en temps on réadapte combien ils fument, et si on fait un sevrage : s'il a réussi ou s'il a échoué. Et s'il a arrêté, après les avoir félicité, je marque qu'ils arrêtent. Mais comme systématiquement quand j'écoute les poumons je leur demande s'ils fument, et je redemande s'ils ont décidé de s'arrêter de fumer, je ne note pas systématiquement. Fin c'est ... je ne vais pas noter à chaque fois tabac ... fume encore, fume encore, fume encore... Tant que j'ai pas marqué qu'il s'est arrêté de fumer, c'est qu'il fume encore.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ? Par rapport à votre statut tabagique ?

I : Ah moi je ne fume pas, donc après... Comment je me situe ? Je ne sais pas comment je me situe... Déjà je fume pas, donc je peux leur conseiller d'arrêter de fumer avec ... (*il tape sur la table*). Parce que généralement la plupart c'est « ah vous dites

d'arrêter de fumer, mais vous fumez vous ? »
« Non je ne fume pas, donc je peux vous conseiller en connaissance de cause d'arrêter de fumer ».

E : C'est une position plus confortable ?

I : Oui, c'est mieux, s'il y a le cendrier qui traîne sur le bureau, c'est pas formidable hein.

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres ? Ou ce thème ?

I : Je fais uniquement ça, je ne fais pas la consultation tabac en deux minutes à la fin d'une consultation. C'est si on me dit qu'on veut arrêter de fumer, je trouve dans la semaine, un rendez-vous d'une demi-heure pour faire l'arrêt du tabac. Pour faire ressentir aux gens que c'est important et que on va pas prendre trois secondes pour l'évoquer et marquer deux patch sur le coin d'un bureau.

E : Donc c'est une particularité par rapport aux autres thèmes abordés en médecine générale ?

I : Ah oui, moi je fais une consultation, je ne pense pas qu'on puisse faire ça en deux minutes. Donc il y a une consultation, généralement une demi-heure, sauf si c'est vraiment l'enfer au niveau du planning, mais normalement une demi heure pour parler du sevrage tabagique. Si on leur en ... Enfin c'est pas deux Doliprane à la fin d'une consultation.

E : Vous, si on vous en parle à la fin d'une consultation ça sera « on prévoit un rendez-vous » ?

I : Oui.

E : Au niveau pratique ça vous pose des difficultés d'organisation ?

I : Non, ben non, c'est juste que... Normalement j'arrive assez bien à trouver deux rendez-vous d'affilé, sauf si c'est le jour même pour le jour même. Généralement on n'est jamais à quarante-huit... On n'est jamais à vingt-quatre heures pour l'arrêt du tabac.

E : Des choses à me dire sur la politique de santé publique en matière de tabac ?

I : Un peu plus molle qu'avant ? J'ai l'impression... il y a un peu moins de campagnes je trouve. Après il y a plus de jeunes filles qui commencent à fumer. Donc ce serait bien qu'il y ait des campagnes un peu plus costauds sur les filles et le tabac. Après il n'y a pas assez d'information sur le remboursement, le forfait, les cinquante euros annuels pour les dispositifs anti-tabac. Si les gens savaient ça de façon un peu plus explicite, peut-être qu'ils viendraient un peu plus.

E : Et au niveau de la prise en charge financière, pour vous ça change quelque chose ? Est-ce qu'il faudrait une consultation spécifique ?

I : Alors moi je fais donc l'équivalent du temps de deux consultations, mais payé qu'une, donc après est-ce que ça change... Ça prend une demi-heure, donc après c'est sûr que si vous nous mettez une consultation spéciale anti-tabac qui serait payée un peu mieux pourquoi pas. Mais après demander aux gens un C2 par exemple « ça fera quarante-six euros », je suis pas sûr que ça les motive à faire la consultation. C'est-à-dire que finir le truc par « et au fait docteur je voudrais qu'on revoye pour s'arrêter de fumer » « ok je vous prévois un rendez vous pour la semaine prochaine, ça sera quarante-six euros ». Je suis pas forcément... Bon pourquoi pas hein ?

E : Est-ce que vous voyez d'autres difficultés par rapport à l'aide au sevrage ?

I : Non, c'est, après ce serait bien qu'il y en ait plus qui veulent s'arrêter de fumer. Mais après, j'en fais souvent.

Entretien 12

E : La première question est très générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Alors de façon générale, qu'est-ce qui m'a poussé à faire médecine générale ? Déjà le contact avec les personnes, pouvoir discuter, pouvoir les suivre au long court. Donc c'est plus ça qui m'a poussé que... on va dire la discipline entre parenthèses.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Un thème très difficile, très difficile à aborder avec les patients, parce qu'ils sont tous conscients qu'il faut arrêter, que c'est nocif etcetera. Mais que c'est difficile aussi bien parce qu'il y a plusieurs facteurs qui rentrent en ligne de jeu, donc c'est très difficile voilà. Pour moi c'est une difficulté, une grosse difficulté. Aborder le problème c'est pas un souci, mais c'est la réalisation qui est assez difficile.

E : La difficulté vient... ?

I : Du patient.

E : Est-ce que vous pouvez me parler un peu des patients que vous voyez pour le sevrage tabagique ?

I : Ben nous c'est souvent des patients... Enfin la plupart que je vois, ou ce sont des patients qui ont des facteurs de risques, donc j'essaie de leur faire venir que bon, rajouter à ça avec le tabac, avec le diabète, avec l'hypertension artérielle... Donc c'est déjà un facteur beaucoup plus important de maladie des jeunes, que je reçois, et qui en général ont commencé depuis deux ans, trois ans. Et qui peuvent être très jeunes hein, parce que je peux avoir des jeunes de quatorze ans, de seize ans, de dix-sept ans, de dix-huit ans. Et j'essaie de leur dire que pour leur facteur, ou pour leur hygiène de vie, pour leur santé, pour leur bien être entre parenthèse, qu'il faudrait qu'ils arrêtent et qu'ils arrêtent assez rapidement.

Des patients qui sont malades, asthmatiques ou BPCO et qui... on sait qu'entre parenthèses la cigarette est un facteur aggravant.

E : Ceux que vous me décrivez-là, c'est des patients pour qui c'est plus difficile de les faire arrêter ?

I : Quasiment tous, on leur propose, fin moi je propose à tout le monde. Après c'est vrai que c'est difficile déjà pour ces patients-là. C'est difficile du fait que les facteurs qui sont adjuvants, qui sont là et qui je vais dire entre parenthèses... Enfin pour les malades c'est difficile de leur faire comprendre... Enfin comprendre, ils ont compris mais de leur faire arrêter. Voilà, c'est difficile.

E : C'est ça qui est difficile : de leur faire prendre la décision d'arrêter ?

I : Oui.

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi ?

I : Oui.

E : C'est particulier ou ça ne change rien ?

I : La plupart des femmes enceintes, la grosse majorité des femmes enceintes on va dire, arrêtent de fumer pendant la grossesse, ce qui est bien. Mais reprennent après. Donc c'est vrai qu'elles arrivent, elles disent « je vais arrêter ou j'arrête pendant la grossesse », mais après quand on les revoit après elles refument.

E : Donc là pas de difficulté pour les aider à arrêter, mais plutôt sur la suite ?

I : Oui plutôt sur la suite, oui. C'est-à-dire que du fait qu'elles portent le bébé en elles entre parenthèses, elles se disent « c'est nocif, donc c'est nocif pour le bébé, il faut que j'arrête ». Mais après, une fois qu'elles ont accouché, souvent elles reprennent, même si on leur dit que c'est aussi nocif...

E : Comment vous faites pour essayer d'empêcher ça ?

I : Ben on essaie plus ou moins... Déjà moi je leur parle de leur santé à eux. Mais c'est surtout par rapport aux effets qu'il peut y avoir

sur les enfants, sur les bébés, sur les petits bébés. Les risques plus importants d'infection pulmonaire, le risque de tout ce qui est asthme etcetera qui est beaucoup plus corrélé. Et aussi le fait que même quand ils fument, parce que souvent ils disent « nous on fume à l'extérieur et puis après on rentre », je leur dis « mais c'est imprégné au niveau des habits, donc le bébé le sent, et le bébé peut être gêné par rapport à ça ».

E : D'accord, plus de l'information.

I : Voilà.

E : Comment vous vous sentez quand vous abordez ce thème en consultation ?

I : Je suis à l'aise, oui, ça pour ça je n'ai pas de souci là-dessus.

E : Vous êtes satisfait de votre pratique de l'aide au sevrage ?

I : De l'aide au sevrage... Non puisque bon on y arrive pas... Enfin moi j'ai quelques patients où j'aimerais vraiment qu'ils arrêtent pour la survie... C'est même pas pour leur état de vie entre parenthèses. Et que j'y arrive pas, et ça... C'est comme entre parenthèses pour le sevrage alcoolique ou pour d'autre... C'est-à-dire qu'on a beaucoup d'informations, on leur donne beaucoup de chose, et au final, on va dire le pourcentage de succès est très peu, et donc c'est un peu...

E : Et qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer ça ?

I : Oula, interdire le tabac dans le territoire tout simplement (*il rit*). Je pense que voilà, malheureusement, même s'il y aurait de la contrebande et tout ça... Mais à l'heure actuelle on a beau augmenter les prix, ça stagne, ça stagne toujours.

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage, elles vous viennent d'où ?

I : Alors littérature, parce qu'on lit pas mal, on a lu des... On va dire par rapport à nos études, mais c'est assez archaïque et après on a un centre à X où on envoyait par rapport au

sevrage et surtout les laboratoires aussi qui passent.

E : Vous travaillez avec un centre de tabacologie ?

I : Non, pas particulièrement, mais on envoyait souvent.

E : Ça n'existe plus ?

I : Euh je crois qu'il existe toujours, mais c'est les patients qui...

E : Ils ne veulent plus y aller ?

I : Voilà, en fait la première réunion, ils se retrouvent en groupe, ils devaient discuter du tabac etcetera. Ça ça leur déplait. Il y en a pas mal à qui ça déplait, le fait de se retrouver en groupe. « On a un problème ... etcetera », le fait de s'exprimer c'était difficile.

E : Et vous travaillez avec d'autres professionnels sinon ?

I : Non.

E : Parce que vous n'en avez pas le besoin ?

I : Non pas qu'on a pas le besoin expressément, mais on en connaît pas sur le secteur, sur notre secteur il n'y en a pas vraiment.

E : Quelle est la place de la relation médecin-malade dans cette prise en charge ?

I : Alors la place du médecin-malade... Nous on voit les conséquences du tabac, on essaie de les éviter en leur donnant des conseils. Mais c'est vrai que nous sommes juste acteur, on peut les informer. On soigne entre parenthèses les maladies qui sont afférentes ou qui arrivent. Mais on n'a pas vraiment d'élément répressif entre parenthèses. ce qui n'est pas possible, c'est-à-dire que c'est ... On n'est pas comme des parents, on n'est pas comme des... On peut que les informer sur les risques on va dire entre parenthèses, sur ce que ça entraîne le tabac. Essayer de conseiller surtout par rapport à leur vie, essayer de leur dire d'autre... Parce qu'il y a des choses qu'ils savent, tout ce qui est cancer, tout ce qui est BPCO ils savent. Mais il

y a d'autres maladies qu'ils ne connaissent pas. Et on essaie de leur dire « attention ce n'est pas que ça, et que peut-être ce que vous avez, tous les symptômes que vous avez sont peut-être liés au tabac ou sont aggravés par le tabac ».

E : Donc ça c'est une façon d'aborder le sujet ? Quand on voit un symptôme qui se rattache au tabac ?

I : Oui.

E : Et sinon comment vous faites : vous faites un peu systématique ou... ?

I : En systématique oui quasiment. En systématique parce que bon déjà quand ils arrivent, déjà je sens donc je leur dis. S'ils me disent pas qu'ils fument etcetera, je leur dis « est-ce que vous fumez ? ». En général ils disent oui, et je dis « alors, quand est-ce qu'on arrête ? » (*Il rit*). Et puis voilà. Bon après la discussion se passe. Après tout dépend des fois, sur le temps que j'ai, je peux leur expliquer de façon beaucoup plus ample. Et puis après il y a certains patients qui reviennent chaque année pour une bronchite (*mot incompréhensible*).

E : Est-ce que vous connaissez le conseil minimal ?

I : Non.

E : C'est deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? ». Normalement ça doit être bref : passer les deux questions, éventuellement donner un document ou dire « revenez me voir ». Quel est votre avis là-dessus ?

I : C'est bien parce que ça permet... Moi pour moi je l'aborde facilement. Mais peut-être que pour d'autres... Il y en a, ils voient un fumeur, ils s'attachent à la maladie, ils voient la personne, ils l'examinent et puis ils repartent. Bon après peut-être que pour les médecins traitant ou les médecins de famille qui suivent leur patients, peut-être qu'ils leur demandent, ou peut-être qu'ils leur disent. Après je peux comprendre autres personnes que c'est lassant

de répéter la même chose et qu'il n'y ait pas d'effet derrière, voilà. Mais c'est bien.

E : Ça vous arrive de revoir les patients pour une consultation juste pour ça ?

I : Oui.

E : C'est vous qui le motivez ça ou pas ? Le suivi ? Ou c'est le patient qui... ?

I : Non c'est eux-mêmes après. Comme je leur dis toujours : « c'est une question de volonté, donc si vraiment vous avez envie d'arrêter on peut y arriver. Ça va être difficile mais on peut y arriver ». Et après ils reviennent régulièrement, il n'y a pas de problème.

E : Comment vous vous situez par rapport au fumeur ? C'est-à-dire par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Ah je fume pas, donc... je fume pas. Je suis né d'une famille où, moi je ne fume pas particulièrement. J'ai des cousins qui fument, dont un qui a fait un infarctus lié au tabac, enfin lié au tabac, on va dire qu'on a pas trouvé d'autre facteur de risque. Il était assez jeune, il avait trente-cinq ans, sportif, pas d'autre facteur de risque, et qui a fait un infarctus avec arrêt cardiaque. Et le seul facteur qu'on a trouvé c'était le tabac. Donc bon.

E : Sensibilisé ?

I : sensibilisé par rapport à ça.

E : Comment vous situez ce thème par rapport aux autres thèmes abordés en consultation ?

I : Alors par rapport aux autres thèmes, ça revêt une importance parce que c'est quelque chose qui je pense est important pour eux déjà, pour eux et pour le futur après. Parce que c'est vrai, comme je leur dis « c'est pas maintenant que vous allez ressentir les... ». Pour les jeunes que je vois qui ont dix-sept, dix-huit, dix-neuf ans, vingt ans, vingt-cinq ans et qui continuent à fumer. Je leur dis que souvent les risques ou la maladie survient beaucoup plus tard. Et on a travaillé avec un pneumologue qui nous disait que le fait d'arrêter ne va pas

reconstituer, on va dire l'état pulmonaire, mais permet de stabiliser ou de diminuer la dégradation des poumons. Donc on essaie de mettre ça en avant pour qu'ils puissent s'arrêter.

E : En pratique ça vous pose des difficultés de parler du tabac en consultation ?

I : Non.

E : Plus de temps ?

I : Ça prend un peu plus de temps, mais non, c'est pas plus difficile.

E : Et sur le plan financier ?

I : Je l'aborde aussi, je l'aborde. Je leur fais un calcul tout simple, en leur calculant ce que leur revient, selon ce qu'ils me disent, s'ils me disent qu'ils fument un paquet ou deux paquets, ce que leur revient le tabac à l'année, le tabac à la semaine, et le tabac sur les dix ans, onze ans quand ils me disent. Donc je leur dis « voilà, ce que vous perdez ». Et je mets aussi en avant le fait de dire que souvent on se plaint de payer des impôts, je leur dis « vous payez des impôts tous les jours et vous êtes content de les payer ». Voilà, donc des fois ça fait clic, et des fois ça fait pas plus.

E : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voyez par rapport au tabac ? À votre pratique ?

I : Ben nous on a le tabac, on a quelques-uns qui fument du hachich, d'autres choses, bon pas de façon énorme ici au niveau du cabinet. Mais on en voit et on essaie de les mettre en garde, en leur disant que c'est la même chose.

E : C'est plus difficile dans ces cas-là ?

I : Non, fin oui c'est plus difficile mais là on obtient un peu plus de résultats. Parce que là dans ce cas là ils se disent « c'est une drogue ». Là ils conçoivent que c'est une drogue, alors que le tabac c'est accepté de tout le monde. Voilà l'autre c'est banalisé, alors que le hachich ils sont obligés de se cacher, ils peuvent pas faire ça devant tout le monde.

Entretien 13

E : La première question est très générale : qu'est-ce qui vous a poussé à choisir médecine générale ?

I : (*Il rit*) J'ai pas choisi !

E : Ça c'est passé comment ?

I : Ben j'ai pas préparé l'internat, à l'époque il y avait l'internat tu sais ? Je l'ai pas préparé, voilà, je m'en foutais. J'avais pas d'envie particulière. Donc j'ai fait... Quand tu fais médecine, au minimum t'es médecin généraliste.

E : Et ça vous plaît ? Comme vous dites que vous ne l'avez pas particulièrement choisi, est-ce que ça vous convient comme pratique ?

I : Ouais, ça va, moi j'ai pas de... Ça ne me dérange pas d'être généraliste. Oui, quand même, ça reste de la médecine.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Ben tiens, en en parlant, je vais m'en griller une (*il jette son paquet sur la table puis allume une cigarette*).

E : Et sinon, qu'est-ce que ça vous évoque, l'aide au sevrage tabagique ?

I : Comme ça ? A brûlé pourpoint ? Pas grand-chose, franchement, parce que si tu veux j'envisage le sevrage tabagique dans le cadre des addictions de manière plus générale. On est pas tous égaux face au domaine des addictions. Le sevrage tabagique, oui... j'en pense rien.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez ce thème ?

I : C'est eux qui l'abordent, c'est pas moi. C'est les patients qui te demandent : « qu'est-ce qu'il faut faire pour arrêter de fumer ? ». Alors tu les envoies... soit ils ont un niveau socioculturel suffisant pour les envoyer dans une consultation de tabacologie. Soit tu leur mets des patches, tu évalue un peu leur

motivation. Voilà, des choses comme ça, mais ça reste très...

E : C'est quel type de patient qui vous demande ?

I : C'est les tabagiques, mais genre « je fume depuis cinq ans, je fume un demi-paquet de cigarettes par jour ». Les vrais tabagiques ne s'arrêtent pas de fumer. Enfin les vrais...

E : Ceux qui fument beaucoup ?

I : Ouais, ceux qui fument beaucoup, ils ne s'arrêtent pas de fumer sauf s'ils tombent malades quoi.

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi ?

I : Non.

E : Vous ne faites pas de suivi en général de femmes enceintes ?

I : Non, l'essentiel en médecine générale c'est de faire ce qu'on sait faire. Tu vois t'es pas là pour faire apprenti sorcier, ou de l'amateurisme. Donc moi j'oriente très vite, très facilement, très simplement. J'envisage plus la médecine générale comme un truc de prévention, de détection et d'orientation, qu'un truc véritablement thérapeutique.

E : Donc c'est les patients qui viennent vous demander, ils viennent avec leur entourage des fois ?

I : Non pas nécessairement, c'est des patients qui viennent qui disent « j'en ai marre j'ai plus envie de fumer, qu'est-ce je peux faire pour arrêter de fumer ? ». Alors au début tu les crois pas trop, tu leur dis « ben arrête ». (*La secrétaire amène du café*). Non mais c'est toujours pareil, le type qui vient, il vient seul en général, c'est pas un gros fumeur, ou une grosse fumeuse, il a envie d'arrêter de fumer, tu sais pas trop pourquoi. C'est difficile pour nous en termes de formation, d'évaluer la motivation de quelqu'un qui veut arrêter de fumer, tu n'as aucun outils.

E : De comprendre pourquoi il y a un moment où ils décident que... ?

I : Voilà, tu sais pas. Parce que soit c'est trop cher, il en a marre, sa femme ne supporte plus la cigarette... Des trucs aussi banal que ça quoi.

E : Vous leur demandez en général au patients s'ils fument ou pas ?

I : Non, oh ben oui, ça dépend un petit peu. Mais je les connais tous tu vois, l'avantage de la médecine générale c'est que tu connais le patient. Donc tu sais qui fume, qui ne fume pas, qui a fumé, qui s'est arrêté, qui a repris. C'est une sorte de microcosme dans lequel on est.

E : Et vous leur demandez s'ils veulent arrêter de fumer ?

I : Non je leur demande pas s'ils veulent arrêter de fumer. J'ai pas cette démarche active de proposer un sevrage tabagique à quelqu'un qui n'en demande pas. Je pense même que c'est complètement fou de demander à quelqu'un « tu veux pas arrêter de fumer ? ». Je veux dire...

E : Dans quel sens ?

I : Ben je sais pas. Moi quelqu'un qui viens me dire, un ami médecin qui me dit « tu voudrais pas arrêter de fumer ? », je lui dis « mais de quoi tu te mêle ? Je t'ai rien demandé. »

E : C'est la vie privée ?

I : Ouai, c'est la vie privée. Après évidemment ça dépend de l'accession au discours, en termes de culture, de ... Qu'est-ce que tu peux proposer à quelqu'un, comment tu va aborder la question. Et puis si tu vois quelqu'un qui tousse comme un dératé, qui a une BPCO, qui fume, tu lui dis, oui effectivement là peut-être qu'il faut faire quelque chose.

E : Donc là éventuellement vous en parlez ?

I : Oui, mais dès que ça a une connotation pathologique. Pas quelqu'un qui fume parce qu'il fume, qui me demande rien.

E : Comment vous vous sentez quand vous abordez la consultation sur le thème du tabac ?

I : Bien, très bien, mais vraiment ! Je me sens, c'est-à-dire moi personnellement ?

E : Oui.

I : C'est une question assez bizarre non ? Je comprends pas le sens de la question.

E : Il y a des gens qui trouvent ça difficile et du coup qui appréhende un peu ce thème...

I : Ah non non, moi j'appréhende aucune question. J'ai aucun souci à ce niveau-là. Je peux aborder... Si j'ai envie d'aborder la question du sevrage tabagique avec un patient, je le fait, mais alors de la manière la plus simple qui soit quoi. La plus naturelle.

E : Alors, votre pratique de l'aide au sevrage tabagique, elle vous satisfait ?

I : Je pense que non, parce qu'on n'a pas la formation, les outils d'un sevrage efficace, les tenants et les aboutissants du sevrage. C'est quelque chose... Quand nous on a fait les études ça n'existait pas. On n'a pas eu de formation, de cours sur le tabagisme, enfin les conséquences... Je veux dire sur le sevrage tabagique on n'a jamais rien eu. Donc il y a un vrai déficit de formation chez nous.

E : Vous avez fait de la formation continue sinon ?

I : Non, personne ne les fait, c'est du pipeau, personne ne fait ça.

E : Mais vous trouvez que ça vous manque un peu ?

I : La formation médicale continue ? Non je ne crois pas. Mais sur des thèmes particuliers, oui effectivement.

E : Ça aurait dû être fait initialement ?

I : Oui, ou bien être proposé aux médecins qui sont installés depuis longtemps. Moi ça fait quinze ans que je suis installé. Donc qu'est-ce que tu veux que je sache à part les patches, les dosages, en regardant le Vidal... Je le sais d'autant plus : j'ai une sœur qui est psychiatre,

et qui elle, fait du sevrage tabagique à ces patients, qui propose et qui fait des entretiens et compagnie, du soutien psychothérapeutique. Elle les met même sous Seroplex... pour l'anxiété liée au sevrage et compagnie.

E : Vous travaillez avec d'autres personnes alors ?

I : Ah oui, moi j'envoie en consultation en tabacologie, à X.

E : Et là vous m'avez parlé d'une psychiatre, vous travaillez aussi avec d'autres... ?

I : Ah oui, mais c'est parce que j'ai beaucoup d'amis psychiatres.

E : Et ça vous arrive d'adresser...

I : Ah je peux envoyer, ah oui bien sûr, très volontiers... Très facilement, c'est quelque chose que ... je ne fais pas de rétention quoi. Mais je pense qu'eux sont mieux formés que nous pour gérer une addiction. Parce que à la base ça reste d'abord et avant tout une addiction quoi.

E : Vous n'avez pas de mal à connaître des gens qui peuvent vous aider là-dessus ?

I : C'est pas un problème ça.

E : Quelle est la place de la relation médecin patient dans cette consultation ?

I : Très sincèrement, ta question est beaucoup trop générale. Je vais te faire la réponse traditionnelle : c'est une relation asymétrique entre le médecin et le patient...

E : Asymétrique ?

I : Asymétrique ça veut dire que le patient et moi on n'est pas sur le même... On n'a pas le même statut, je suis son médecin, ou son thérapeute entre guillemets. Donc il a un regard... Il vient chercher chez moi de l'aide, que je peux éventuellement apporter ou pas. Mais quoi qu'il en soit, même si je ne peux pas apporter de l'aide, il faut que je fasse semblant de pouvoir l'aider. Ben si le référent institutionnel médical, qui est le premier dans notre parcours, et qui est moi, ne peut rien, le type il est complètement dégouté. Donc il faut

lui faire croire qu'on peut toujours quelque chose.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ? Par rapport à votre statut tabagique ?

I : Ben moi je ne suis pas en psychothérapie non plus tu vois. Comment je me situe par rapport à un patient non fumeur, fumeur ? Naturellement, c'est-à-dire que je garde ma fonction et il garde son statut de patient, qu'il soit fumeur ou non, c'est pas...

E : Ça n'intervient pas ?

I : Ben je ne vois pas en quoi ça pourrait intervenir. Tu pourrais me dire la même chose s'il était blond quoi, ou brun. Ça ne doit pas intervenir, on n'est pas des fascistes de la santé quand même. On n'a pas à dire « faut pas fumer », « faut pas faire ci, faut pas faire ça ». Sauf s'il y a un problème de santé, auquel cas c'est notre devoir, travail de faire ça. Comment tu veux te situer ? Il fume, il fume hein !

E : Comment vous situez cette consultation, ou ce thème, en médecine générale, par rapport aux autres ?

I : Comme... de la même manière qu'une autre consultation. Pour moi elle est complètement anodine, si une consultation est anodine. Ce qui est anodin, c'est ce sur quoi on ne s'appesanti pas.

E : Et sur quoi on s'appesanti ?

I : En médecine générale ? Je dirais malheureusement sur rien. Tout est anodin. A partir du moment où tu as un peu d'expérience dans ta pratique, tu n'a quasiment même plus besoin, quasiment, d'examiner un patient, l'interrogatoire suffit déjà très largement.

E : Pourquoi malheureusement ?

I : Parce que tu t'es tapé sept-huit ans d'études et que tu as appris des trucs qui ne servent strictement à rien. Tu sais ce que c'est un cytochrome P450 ? Voilà, donc je me suis coltiné un tas de trucs dont je me fou

éperdument et qui ne me servent à rien dans ma vie d'aujourd'hui quoi.

E : Donc des fois, des patients vous demandent, vous faites plus ou moins la consultation là-dessus du coup ? En lui parlant de ça ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous revoyez les patients des fois ?

I : C'est-à-dire ? Est-ce que je le revoie ? Oui, alors ils viennent souvent très fiers d'eux en disant « j'ai arrêté 1 mois, 2 mois... »

E : Donc c'est eux qui viennent spontanément en fait ?

I : Oui, mais c'est toujours pareil, en fait ils ne viennent pas spontanément. Quand tu es médecin généraliste, tu as une patientèle. Donc c'est des familles, des gens, des adultes, des enfants, des grands-parents... Donc tu es toujours amené à revoir ces patients-là. Tu prends un relevé d'un praticien de médecine générale, tu as le nombre de fois où tu revoies le même patient en moyenne par an. Moi c'est trois virgule cinq, un truc comme ça.

E : De toute façon ils reviennent ?

I : Ils reviennent pour une raison ou pour un autre, pour celle-ci ou pour une autre.

E : Au niveau pratique, ça vous pose des difficultés particulières l'aide au sevrage tabagique ?

I : Ah non aucun.

E : Quelque chose à me dire sur la politique de santé publique ?

I : Oh putain ! Je ne sais pas ce que ça veut dire... La politique de santé publique ? Je vais te faire le laïus des généralistes libéraux de droite, c'est bien ça : « on est de moins en moins libres de nos prescriptions, on se bat contre de l'administratif de plus en plus pesant ». Mais moi je suis pas de droite, je suis désolé.

E : Donc ça c'est pas de vous, et votre version c'est quoi alors ?

I : J'en pense rien, je pense qu'on est des médecins libéraux, c'est-à-dire qu'on travaille en toute liberté, et qu'on a pas d'employeur, mais qu'on a un payeur. Et que le payeur s'appelle la sécurité sociale, et si tu préfère, on va plus loin : c'est la collectivité nationale. Donc si on va planter la sécu, on plante la collectivité nationale. A force de revendiquer une liberté exacerbée, en termes de pratique au quotidien, on peut en arriver à scier la branche sur laquelle on est assis.

E : Mais par rapport au tabac, là, du coup ?

I : Le tabac c'est remboursé cinquante euros par ans pour les dispositifs transdermiques. C'est minable non ? Voilà ben je trouve que c'est minable ouai. C'est minable cinquante euros pour des gens qui sont motivés pour arrêter de fumer, qui n'ont pas de sous et qui sont prêt à ne pas bouffer pour acheter un paquet de cigarettes. Tu vois où je travaille ? Donc c'est minable ouai, cinquante euros c'est nul. Donc c'est pas... Si tu vois les conséquences financières économiques du tabagisme en France, ben c'est largement au dessous de ... On pourrait faire beaucoup plus, ce serait même politique... économiquement très judicieux de faire plus.

E : Mais là vous m'avez dit qu'il ne faut pas scier la branche où on est assis... ?

I : Oui mais attention, tu prends un arbre, ça n'a pas qu'une branche. Je veux dire : il y a plein de choses où on pourrait faire des économies, et on n'en fait pas, et on les fait sur des trucs... sur le tabac. Globalement il faut faire attention, mais sur ce cas précis... Il me semble quand même que cinquante euros par mois, euh par an par personne pardon, pour arrêter de fumer, c'est peu, voilà.

E : Vous voyez d'autres choses ?

I : Non.

Entretien 14

E : L'objectif de la thèse est de voir les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans l'aide au sevrage tabagique.

I : Oui, ben c'est trouver des gens qui s'en occupent. Parce que nous en ville... Bon même, j'ai eu affaire à la drogue, donc ça on ne peut rien, l'alcool... difficile, et le tabac, comme c'est pratiquement pas considéré comme une maladie, sauf quand il y a un copain qui est mort d'un cancer... C'est jamais majoré le tabac, c'est mineur. Surtout avec le stress ambiant, dans les quartiers dits défavorisés, le stress est encore plus ressenti. L'importance du tabac on le connaît dans les classes assez basses. Donc ici c'est pas particulièrement l'alcool puisque c'est une majorité musulmane. Et la tabac c'est pas un problème, c'est... on fume. Quand c'est que du tabac non mélangé, avec des produits, résine... assez courant aussi, même chez les pères de famille.

E : La première question est très générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Parce que j'ai été beaucoup malade quand j'étais petit (*il rit*). Et puis bon j'aime bien le rapport avec les gens. Avant de m'installer j'ai fait d'autres boulots aussi : je travaillais sur les quais, je travaillais vendeur de journaux, je travaillais dans les trains, enfin je... Surtout avec le contact de gens.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Un grand mystère, parce que souvent, les gens arrêtent, enfin souvent... quand ils arrêtent, c'est qu'il y a quelque chose qui a déclenché, mais on le sait pas trop à posteriori, parce qu'ils oublient après. Ça peut être un malade grave dans la famille, ça peut être une situation dans laquelle il ne supporte plus l'odeur du tabac, mais volontairement c'est rare, c'est rare...

E : Ça se déclenche un peu tout seul, sans qu'on sache... ?

I : Oui, enfin c'est l'impression que j'ai. Alors il y a eu de bons résultats avec de l'acupuncture m'a-t-on dit. Enfin j'ai vu des gens qui avaient arrêté, mais d'autres personnes qui ont suivies les mêmes traitements n'ont pas du tout arrêté.

E : C'est ça qui est mystérieux ?

I : Hum hum, ça c'est mystérieux oui. Bon j'ai essayé l'homéopathie. Je ne suis pas homéopathe, m'enfin ça c'est pas dangereux. C'est d'un accès facile pour nous, ça marche une fois sur dix, donc comme j'ai pas trop le temps de faire... Je fais de la psychologie courante, mais au niveau des dépendances, je ne fais pas de psychologie, j'ai pas le temps.

E : Parce qu'au niveau du tabac ça a une place importante la psychologie ?

I : Ah oui, mais ça n'a pas un effet immédiat, donc c'est de longue haleine. Et puis il ne faut pas interdire. Interdire à quelqu'un un produit de dépendance, c'est pas bon pour qu'il s'en sépare.

E : Ça vous arrive de revoir les gens pour l'aide à l'arrêt du tabac ?

I : Non.

E : Comment ça se passe pour vous ?

I : Je l'évoque, s'ils prennent la balle au bond ça va, sinon... Moi je leur dis tout le bien que je pense du tabac, avec tous les cancers possibles. Je dis que c'est très bien pour les toubibs qu'il y ait des tabagiques, qu'il y ait du tabac. Comme toute autre dépendance d'ailleurs. J'évoque tous les cancers possibles, de la gorge, le cancer de la langue pour le fumeur de pipe, le cancer du rein, le cancer de la vessie, les problèmes bronchiques, cardiaques, tout ça. Ça les surprend un peu que je parle du tabac en bien comme ça. Mais sinon, dire que c'est mal ils ne comprennent pas, ça n'intègre pas, le cerveau n'intègre pas. Il y a trop de soucis quotidiens pour que le tabac fasse... Moi j'ai un type là qui est à

cheval entre l'illégalité et la psychiatrie, il s'est retrouvé polyartériel à cinquante ans, c'est ou les secteurs psy ou les secteurs... La prison, les trucs comme ça. Bon lui le tabac c'est pas un problème. Il a arrêté l'alcool, et encore que... mais le tabac non, il arrive pas. Pourtant là il a fait deux ou trois angor massifs, hospitalisé tout ça. Il est sous traitement, il est sous anticoagulant...

E : Comment vous les identifiez les patients qui fument ?

I : Ça se sent (*il renifle*). Moi je fumais un petit peu à une époque, je fume un petit cigarillo par jour, mais ça se sent. Et puis il y en a qui... J'ai un type il a fait trois AVC en deux mois. Il s'en ait tiré, sauf qu'il est un peu ramolli maintenant. Il n'a pas de déficit moteur franc. Mais il fume encore, il fume encore, et puis il sent le tabac. Il fume beaucoup mais il s'en fou. De toute façon il y a une philosophie : c'est des gens qui ont été en difficulté constamment, au niveau physique, au niveau moral, au niveau psychologique, idéologique si on peut dire. Donc mourir c'est pas un problème, la souffrance ça n'existe pas, c'est la mort... et la mort c'est pas un problème donc on s'en fou. On se fait plaisir, le peu de plaisir qu'on peut avoir sur cette terre on le prend.

E : Donc vous voyez si le patient fume, vous leur dite ce que vous en pensez...

I : Il y en a un, celui qui a fait trois AVC en deux mois, ça me fait mal au cœur de le voir fumé, parce qu'il s'en ait pas mal tiré. Eh bien je lui dis chaque fois, mais il s'en fou royalement.

E : Et pour les gens qui accrochent comment ça se passent ?

I : Pour les gens qui accrochent je vois ce qu'ils arrivent à faire tout seul. Et après je vous dis, il me manque des zones qui puissent les recevoir. Parce que moi je peux pas faire ça.

E : Pour réorienter après. Vous ne faites pas d'aide sur plusieurs consultations ?

I : Non j'ai pas le temps.

E : Qu'est-ce que vous pensez de ces deux questions « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? » ?

I : C'est basique, mais les réponses ne seront pas honnêtes. Oui, tout le monde veut arrêter de fumer, pas personne ne le fait. C'est comme l'amaigrissement ça, tout le monde veut maigrir mais... Par contre l'amaigrissement, il y a des structures, pour les recevoir.

E : Pour le tabac il n'y en a pas assez ?

I : Y a pas, même l'alcool il n'y a pas, puisque les psys ne veulent pas se charger trop de l'alcool.

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi qui fument ?

I : Moins, moins parce que dans une population de musulmans, il y a des femmes qui fument mais c'est celles qui sont débarrassées de la religion.

E : Donc elles ne vous ont pas posé de difficultés ?

I : Non.

E : Les patients vous parlent de leur entourage quand ils vous parlent de tabac ?

I : Ils s'en foutent de l'entourage. C'est l'entourage qui me parle de la personne. Il y en a qui fument dehors parce que personne ne supporte qu'ils fument dedans, mais ils fument dehors quand même hein.

E : Comment vous vous sentez pour aborder ce thème en consultation ?

I : Parce que je les connais bien, donc j'en parle si j'ai envie d'en parler. Et je les fais parler si j'ai envie qu'ils m'en parlent. Je les connais bien.

E : Votre pratique de l'aide au sevrage, elle vous satisfait ?

I : Ah non non pas du tout. Je ne suis pas formé du tout pour. Comme pour l'alcool aussi, comme pour la drogue, la drogue je

m'en suis désintéressé complètement parce qu'au bout d'un moment on sent très bien que le médecin généraliste en dehors des structures particulières, il est là pour distribuer, donc ça ne sert à rien. Distribuer les médicaments ça ne me sert à rien moi. C'est pas productif.

E : Et donc il vous faudrait plus de formation ?

I : Il faudrait surtout que l'on ait... Oui des formations déjà, et des structures qui puissent s'en occuper, ou avec lesquelles on puisse avoir des échanges, parce qu'avoir des échanges c'est bon. Mais être isolé ça sert à rien.

E : Vous pensez à des centres de tabacologie ?

I : Oui mais j'en ai pas... C'est comme les centres antidouleur ça j'en ai pas vu un qui est un effet favorable. Les centres antidouleur ils sortent certains produits qu'on a pas utilisés mais... Peut-être que pour le sevrage des médicaments oui, ça marche, mais....

E : Mais quel retour vous avez eu sur les centres de tabacologie ?

I : Aucun, parce que même si je me suis débrouillé pour avoir des adresses, ils n'y vont pas. Comme moi je ne peux pas les prendre chez eux et les livrer là bas...

E : Vous voudriez travailler avec d'autres professionnels ? Pas forcément un centre ?

I : Ah oui, quelqu'un qui sache.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette consultation ?

I : Il faut que j'aie confiance dans le patient. On parle souvent de la confiance du patient dans son médecin, mais moi il faut que j'aie confiance dans le patient, sinon je ne suis pas à l'aise pour les soigner. Mais bon c'est des gens que je connais, ça fait trente ans que je suis là donc...

E : Vous avez confiance en eux la plupart du temps ?

I : Oui.

E : Comment vous situez vous par rapport au patient fumeur ?

I : C'est une bonne question, je suis heureux que vous me l'ayez posée (*il rit*). Je fais comme les hommes politiques. Mais je sais pas ce que je vais vous répondre... Je les comprends, je les comprends, par rapport à tous ceux que j'ai vu mourir du sida, et par injection et tout ça... C'est plus mineur quoi.

E : Parce que vous avez l'expérience d'avoir fumé ?

I : C'est vrai que je me suis jamais drogué, à l'époque les étudiants on avait rien pour fumer enfin fumer du hach et tout ça... Oui j'ai fumé mais je ne suis pas un passionné de la cigarette. Je pourrais être très anti-cigarettes. Mais je pense que les gens ont le droit de faire des erreurs. Après on pourrait prendre la politique anglaise, où on soigne pas... enfin on soigne moins bien un cancer du poumon quand on sait que le gars il a fumé et qu'il a été mis en garde contre ça, mais bon...

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres consultations de médecine générale ?

I : C'est inclus dedans, c'est pas séparé.

E : C'est comme le reste... mais ça peut vous prendre plus de temps ?

I : Moi j'aime bien passer du temps avec les gens. C'est souvent en franchissant la porte après avoir discuté un bon moment pour rien, qu'ils me disent un truc qui est important donc... Non ça fait partie d'une consultation normale.

E : On n'a pas parlé de la rechute par rapport à l'arrêt du tabac ?

I : La rechute, ben comme j'en ai pas beaucoup qui ont arrêté définitivement, j'ai pas eu beaucoup de rechute non plus.

E : Vous ne gérez pas forcément ça puisque vous essayez d'adresser ?

I : Oui, il y en a peut-être un ou deux qui ont arrêté définitivement, mais c'est pas grâce à moi (*il rit*).

E : Quelque chose à me dire sur la politique de santé publique en la matière ?

I : Ah, il y a une politique ? En dehors des annonces télé je ne vois rien moi.

E : Il n'y a pas grand-chose quoi ?

I : Ah non.

E : Et sur le plan financier ?

I : Je pense que si c'est pour le malade lui-même, pour le patient lui-même. C'est un choix qu'il fait : il ne mettra pas ailleurs l'argent qu'il met dans le tabac. (*Le téléphone sonne, il ne répond pas*)

E : C'est un choix que fait le patient ?

I : Oui. Après le fait que ça revienne cher à la société, je pense qu'ils s'en foutent.

E : Dans quel sens ?

I : Au niveau des pathologies, des prises en charge des pathologies. Mais on peut parler comme ça aussi bien de la contamination des nappes phréatiques, de l'irradiation de Tchernobyl, du manque de réactivité à l'époque de nos dirigeants...

E : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voudriez me dire sur le sevrage tabagique ?

I : Le prix du tabac je ne pense pas que ça influence. C'est comme le prix du pétrole ça. Si on a besoin de la voiture on roulera quand même.

Entretien 15

E : Première question générale : est-ce que vous pouvez me dire pourquoi vous avez choisi médecine générale ?

I : Alors j'ai choisi médecine générale... déjà au départ je voulais faire de la médecine polyvalente. Mais aussi par rapport aux années d'études, cela voulait dire que ça impliquait l'internat à l'époque, et moi je n'ai pas été interne. Donc déjà, d'office je ne pouvais pas. J'aurais pu faire une spécialisation après, mais la médecine générale me plaisait beaucoup. Voilà je crois que c'est un choix purement délibéré.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Que m'évoque le thème du sevrage tabagique... Un parcours disons délicat, difficile, qui implique une bonne relation avec le patient. Qui implique surtout la volonté et le désir du patient, déjà de venir consulter.

E : Dans la relation médecin patient, qu'est ce qui est important en particulier ?

I : Ce qui est important ? Je pense que c'est surtout d'être convainquant vis-à-vis du patient qu'on peut arriver à des résultats, et ne pas partir défaitiste dès le départ. Dans ce problème-là du sevrage tabagique hein attention, oui ça c'est très important aussi. De redonner confiance et de faire en sorte que le patient puisse déjà commencer, et après s'accrocher quoi, hein parce que c'est pas évident.

E : Il y a deux cas de figure : soit c'est vous qui essayez de montrer au patient que c'est possible, soit c'est un patient qui vient pour vous demander de l'aider...

I : Oui mais quand on connaît le patient et qu'on sait déjà qu'il a intérêt à s'arrêter de fumer, dans la conversation dans la consultation on va déjà plusieurs fois reprendre le thème, d'accord ? Mais si lui par contre ne déclenche rien, on ne peut pas... Voilà on ne

peut rien faire. Et puis deuxième figure : soit le patient au bout d'un certain temps décide de revenir pour cela, ou alors spontanément, j'ai des patients qui spontanément, sans même avoir discuté de quoi que ce soit, sont venus demander une aide.

E : Est-ce que vous identifiez chez tous les patients leur statut fumeur ou non fumeur ?

I : Oui dans l'interrogatoire systématiquement, au début, quand on fait la connaissance du patient et que j'établi son dossier, je demande les antécédents, je demande toujours s'il y a du tabagisme ou pas.

E : Et à quel moment vous en reparlez ensuite ?

I : Alors je vais en reparler, pas... tout dépend de la fréquence de la consultation, tout dépend de l'âge. Donc si c'est un patient que je vois très rarement, ben je vais commencer tou... fin je vais demander effectivement s'il continue à fumer. Si c'est un patient un peu plus âgé, au fils de l'année, je vais commencer à lui poser des questions, et voir le retentissement du tabagisme. Donc ça veut dire est-ce qu'il y a un essoufflement, est-ce qu'il y a une expectoration, une gêne ? Est-ce que c'est toujours la même consommation ?

E : Et vous l'abordez à chaque fois que vous voyez un fumeur ?

I : Oh oui souvent oui oui.

E : Il y a quelque chose qui vous y fait penser ?

I : Ben ça devient très systématique. Ce qui me fait penser c'est aussi les années d'expérience, qui font qu'après on n'oublie pas de le demander (*elle rit*). Le dépistage hein, le dépistage de la BPCO, voilà il y a beaucoup de conséquences, les maladies cardiovasculaires...

E : Qu'est ce que vous pensez de l'association des questions « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? » ?

I : C'est bien, c'est bien de pouvoir leur poser la question « est-ce que vous avez envie ? » ? Ce que je fais d'ailleurs, je leur demande.

E : Et comment vous vous y prenez pour essayer de motiver les patients ?

I : (*Elle rit*) Alors soit on arrive à les motiver, ce qui n'est pas toujours évident, devant une aggravation clinique de quelque chose. Parfois c'est spontanément. Mais parfois malheureusement, l'addiction au tabac est terrible, parce que ça déclenche des comportements justement, qui font que même s'ils ont une maladie grave, ils peuvent continuer à fumer. Ou s'ils savent qu'ils vont avoir quelque chose de grave, je crois qu'il faut qu'ils touchent vraiment in extremis le problème pour ne pas s'arrêter quoi. Et puis sinon il y a des gens comme ça, de façon magnifique... (*On sonne à la porte d'entrée, elle ouvre à distance*)... ont pu arrêter bien avant, mais bon chaque cas est un cas de figure en médecine, on ne peut pas généraliser là-dessus.

E : Vous voyez des femmes enceintes fumeuses aussi ?

I : Oui alors en général quand elles sont enceintes elles ont déjà fait leur premier pas. Elles ont déjà fait une démarche d'arrêter, ou déjà de diminuer jusqu'à arrêter quand même en général. L'avenir du bébé leur fait peur, alors à ce moment là souvent elles s'arrêtent, ou alors elles s'arrêtent parce qu'elles ont le dégoût, elles ont la nausée, elles ne supportent plus le tabac aussi (*elle rit*).

E : Donc il n'y a pas particulièrement de point difficile avec les femmes enceintes ?

I : C'est rare, moi je n'en ai pratiquement pas eu.

E : Les patients vous parlent aussi de leur entourage à propos du tabac ?

I : Rarement. Alors à l'occasion, quand on leur dit par exemple « ben si vous avez envie d'arrêter, vous savez il faut absolument que vous arriviez à vous arrêter parce qu'il y a ceci, il y a cela... ». Alors peut être on va me dire « oui effectivement ma femme, mes enfants me font la guerre », mais sans plus. Mais d'eux-mêmes ils ne vont pas m'en parler.

E : Comment vous vous sentez, vous, en abordant le thème du sevrage tabagique avec les patients ?

I : Dans quel sens ?

E : Ben imaginons que vous abordez le thème avec un patient en consultation...

I : Ben je suis à l'aise, oui oui je suis à l'aise.

E : Est-ce que votre pratique de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait ?

I : Peut-être qu'on a quelques lacunes, parce que notre pratique elle s'est faite au quotidien au cabinet médical. Il n'y a pas eu de formation. Mais à force oui ça va, on arrive à... Mais ce que je voulais aussi vous dire c'est que le patient souvent ne dit pas la vérité concernant la consommation tabagique. Ça aussi il faut le savoir. Il va me dire « dix cigarettes », mais je le soupçonne de fumer d'avantage (*elle rit*), pour certains.

E : Ça gêne la prise en charge ça ?

I : Ça peut gêner la prise en charge, parce que dans la mesure où on me minimise la quantité de cigarettes... je veux dire, en fait on fait un peu un déni sur les conséquences médicales. Donc c'est plus difficile après de leur dire... Si, moi je leur dis mais c'est difficile pour eux d'être convaincu qu'il faut absolument arrêter.

E : Et pour revenir sur les connaissances : vous aimeriez faire d'autres formations là-dessus ?

I : Aujourd'hui, disons, à quelques années... proche de ma retraite non, je ne le souhaite plus. Mais c'est vrai que peut-être plus jeune, je l'aurais souhaité.

E : Comment le tabac est abordé en consultation ? Vous m'avez dit soit lors de la première consultation, soit vous y pensez de façon un peu systématique... (*Le téléphone sonne, elle répond*). Concrètement, quand les patients sont motivés, est-ce que vous faites une consultation exprès pour ça ?

I : Oui oui parce que bien souvent le motif et le souhait qu'on discute de ce sevrage tabagique va se faire en fin de consultation, au moment du règlement : « ah oui mais docteur vous comprenez je voudrais aussi que vous me donniez quelque chose pour m'arrêter de fumer ». Voilà, c'est la phrase classique, et là je dis « écoutez ça demande du temps... ». Et puis ça permet que la personne, si elle est vraiment motivée, elle va revenir. Donc en général comme ils n'ont pas envie d'attendre dans les jours libres de consultation, je leur donne un rendez-vous. Comme ça déjà ça les oblige à revenir, quelque part. Et là on fait une consultation uniquement pour cela.

E : Et effectivement c'est des gens qui viennent aux consultations ?

I : En général ils viennent, ce sont des patients que je connais aussi, donc ils reviennent.

E : Et après vous les revoiez ou pas ?

I : Alors oui je les revoie. Mais c'est vrai que parfois c'est pas évident pour eux de revenir dix jours après. Donc suivant le produit utilisé je leur demande impérativement de m'appeler la première semaine, en général ils le font. Et après je les revoie, au bout de quinze jours-trois semaines, ça dépend.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ? Par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Ah je suis non fumeuse (*elle sourit*).

E : Est-ce que ça change quelque chose dans votre relation avec le patient fumeur ?

I : Non, enfin je ne pense pas que ça changerait quelque chose si j'étais fumeuse hein. J'essaie de comprendre les difficultés du sevrage... Certainement je ne suis pas dans

l'intolérance de dire « c'est facile de s'arrêter ». Je sais très bien que c'est difficile, d'autant plus qu'au niveau familial il y a eu des gros tabagiques, donc je comprends ce que c'est.

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres consultations de médecine générale ?

I : Pour moi c'est une consultation de médecine, je ne la situe pas de façon marginale. Parce qu'après on aborde aussi tous les problèmes psychologiques autour, donc après ça permet aussi, peut-être autant, pour le patient de dévoiler certains problèmes, certains soucis, soit professionnels, soit familiaux... Vous voyez ce que je veux dire ? Pour moi ça fait partie de...

E : C'est intriqué avec la prise en charge... ?

I : Oui, c'est intriqué. Mais comme ça prend du temps je ne fais que ça. Mais on arrive à mieux connaître le patient aussi parfois dans certains problèmes qui n'étaient peut-être jamais été dévoilés s'il était venu pour un autre motif.

E : Ça vous arrive souvent de revoir des patients pour des rechutes ?

I : Alors il y a des rechutes, oui, ils me le disent. Alors c'est souvent parce qu'il y a eu un coup de stress, il y a eu des ennuis, ils ont craqués, et puis ils reviennent un peu plus tard en disant « pour l'instant voilà j'en suis à cette... mais je n'ai pas atteint ma consommation primaire, je suis à quatre, dix cigarettes », ça les rassure. Et là je leur dis « il y a un travail à faire certainement pour reprendre ».

E : C'est par rapport à ça au début que vous disiez « c'est délicat, difficile... » ?

I : Oui aussi, aussi.

E : Au niveau pratique ça peut prendre plus de temps d'après ce que vous m'avez dit ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous faites appel à d'autres professionnels ?

I : Rarement.

E : Vous n'adrez pas les patients pour le problème du tabac ?

I : Que pour le tabac non. Alors par contre (*elle rit*) ce n'est pas moi qui les adresse, ce sont eux qui font des démarches. Si ça peut les aider pourquoi pas hein ? Donc en fait ils vont voir des personnes un petit peu marginales je dirais. J'ai un patient récemment ils sont partis le week-end en X, pour voir un médecin qui c'était installé là bas, un psy, et qui a posé des ... je sais pas trop quoi dans les oreilles, un genre de petite ficelle qu'ils ont gardé pendant une semaine.

E : Ça c'est l'initiative des patients alors ?

I : Voilà ça c'est vraiment l'initiative des patients. Moi en général je n'envoie pas chez un psychiatre, sauf s'il y a des addictions multiples. (*Le téléphone sonne elle répond*)

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire concernant la politique de santé publique ?

I : Je pense qu'on parle beaucoup mais après c'est difficile d'agir. Alors bien sûr il y a les interdictions au niveau des lieux public, mais il y a beaucoup de détournement, je pense. Je ne sais pas si ça a gêné beaucoup les fumeurs à ce niveau-là.

E : Et sur le point de vue financier ?

I : Je ne sais pas, je ne connais pas du tout l'aspect économique au niveau gouvernemental, s'ils ont vraiment mis la somme, le paquet qu'il fallait pour vraiment aboutir à des résultats. Puisque c'est vraiment un marché économique extraordinaire. Malheureusement je ne sais pas s'il n'y a pas une hypocrisie en dessous. On dit, on dit, mais après finalement... Ce ne sont pas ces interdictions, si on ne délivre pas le tabac aux mineurs, on ne fume pas dans les restaurants... je ne pense pas que ça change beaucoup de chose. L'augmentation du prix de la cigarette peut-être un peu oui, pour certains ménages.

Mais après j'ai pas l'impression qu'il y ait une volonté vraiment de faire arrêter le tabac en France et dans les autres pays. Ce sont trop de grands trusts, et trop d'argent en jeu.

E : Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur le thème du sevrage tabagique ?

I : Non, surtout ne jamais désespérer, toujours faire confiance et essayer d'aller de l'avant, parce que c'est pas évident. J'ai eu des réussites formidables, et puis après j'ai beaucoup de rechutes aussi. Et d'autant plus que les alternatives au niveau traitement ne sont pas... formidables hein, il faut voir les choses en face, ça peut aider mais bon.

E : On n'a pas la méthode efficace quoi ?

I : Ben s'il y a la volonté oui, mais la volonté ne suffit pas. Après, moi j'ai un patient qui s'est arrêté net et il m'a dit « ah mais je suis pas fou docteur, si je l'avais pas fait je serais mort aujourd'hui ». Donc là en général quand on arrive à ce stade-là on arrête (*elle rit*). Et on n'a plus l'envie en plus de refumer, hein c'est ça... Après vous avez ceux qui ont été sevré, parce qu'ils ont voulu, mais qui me disent encore, comme un patient cette semaine : « ça fait deux ans, j'ai toujours envie de fumer ».

Entretien 16

E : Première question très générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : En fait je voulais faire dentiste, je voulais faire orthodontiste. Et j'ai doublé la première année, et la deuxième première année, ça m'a plu la médecine en fait, et j'ai choisi médecine comme ça. J'étais pas..., j'avais pas la passion, j'avais pas la vocation, j'ai jamais rêvé de faire ça tout petit, j'ai aucun parent qui est médecin ou... C'est parce que ça m'a plu, et après les études m'ont plu et... En fait moi je suis urgentiste de base, et après j'ai fait de la médecine générale, plus pour me calmer un petit peu sur les horaires. Parce que bon, urgentiste c'est bien, mais la vie de famille est un peu difficile. Voilà je me suis un peu rangé, mais ça me plait énormément.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Recrudescence énorme, demande importante, en augmentation au moins de trente-trente-cinq pour cent depuis l'année dernière. J'ai eu beaucoup de demandes de sevrage. Je pense que les campagnes publicitaires ont un peu joué le jeu quand même, et puis le prix du tabac à augmenter aussi. Mais on est quand même un petit peu limité. On a les solutions médicamenteuses, bon avec plus ou moins les contre-indications, les effets secondaires qui peuvent poser un souci. Après on a tout ce qui est patch et gomme. Et après il n'y a plus grand-chose à côté. Mais on arrive à faire un bon travail quand même, moi j'ai quelques patients qui ont bien réussi.

E : Vous êtes content... ?

I : Ouai, ouai, ouai, on a essayé plusieurs choses. Après des fois je suis bloqué, parce que j'ai des gens qui sont... qui ont des terrains dépressifs, donc je ne peux pas leur donner de médicament, et qui avec les patches et les gommes, ne marchent pas.

E : Pourquoi vous dites terrain dépressif donc pas de médicament ?

I : Parce que on a eu deux-trois soucis avec le Champix ou avec le Zyban, surtout le Zyban. Et c'est vrai que le Champix on nous a déconseillé de le donner aux gens qui avaient des problèmes de dépression, sous antidépresseur.

E : J'avais compris que vous ne vouliez pas leur donner d'antidépresseur...

I : Non non, en fait le médicament du sevrage tabagique... En fait si vous voulez moi je le différencie en trois catégories. La catégorie médicamenteuse pure, c'est-à-dire le Zyban ou le Champix. La catégorie un peu plus cool c'est-à-dire les patches, les gommes. Et après tout ce qui est homéopathie, acupuncture, méso... qui est quand même plus léger. Voilà donc c'est vrai que quand on ne peut pas donner la classe médicamenteuse, que les patches ne marchent pas... Après on est un petit peu embêté quoi.

E : Donc vous m'avez parlé des patients qui vous demandent d'eux-mêmes. Il n'y a que ce cas de figure ou il y a d'autre... ?

I : Je leur demande, c'est-à-dire je leur dis « voilà vous avez les poumons pourris, encrassés... ». Je leur demande d'essayer, après je ne vais pas les obliger hein.

E : Quelles questions vous leur posez ?

I : Je leur demande combien ils fument, déjà, depuis combien de temps, quel type de cigarette ça c'est important, et après ben... Ce qu'ils peuvent... Je leur explique par rapport à leurs poumons, ce qui va arriver, outre les cancers, l'insuffisance respiratoire, les problèmes de dents, les problèmes de vessie... Je vais un peu les sensibiliser. Après il y en a qui s'en foute complètement. Il y en a un peu moins, on fait un peu peur. Donc on y arrive un peu, mais tant qu'ils n'ont pas dans l'esprit le fait de s'arrêter, on n'y arrivera pas. Ça tant qu'ils n'ont pas déclenché là (*il montre sa tête*), ça ne marchera jamais.

E : Donc globalement vous savez le statut tabagique de vos patients... parce que vous l'avez repéré à quel moment ?

I : Au moment où... Quand je fais leur dossier médical, je leur demande leur problème de santé : « vous fumez ? » « Oui » « combien ? ». Donc je les classe. Soit parce que je ne le connais pas, le mec qui a fait une bronchite, qui a fait une radio, qui vient, je leur dis « ben voilà, il va peut-être falloir se calmer un petit peu ». Ou des gens qui viennent pour une dyspnée, une insuffisance respiratoire, il monte deux étages il est complètement essoufflé, ou il fait du sport et il a du mal... On travaille là-dessus, on demande combien, on calcule à-peu-près... voilà.

E : Et les gens dont vous savez qu'ils fument, après vous leur en reparlez à quel moment ?

I : Ben ça dép... Les gens qui fument, ça dépend pourquoi ils viennent, s'ils viennent pour une otite on leur dit « faut pas fumer, vous voulez arrêter ? ». A ce moment-là ils disent « ouai on verra plus tard ». Après c'est vrai qu'on prend souvent, on se base sur un exemple aigu. C'est-à-dire le mec il vient il a une bronchite, il est pas bien et tout, on lui dit « voyez, vous arrêtez de fumer, ça ça va s'arrêter ». Donc là on peut travailler. Ou il y a un parent qui est décédé, ou qui a eu un cancer ... Voilà il faut qu'il y ait un exemple aigu, pour qu'ils se rendent compte du problème, voilà. Ou vous avez l'enfant en bas âge qui est asthmatique. Voilà, enfin il faut arriver toujours à prendre un exemple qui... (*il tape sur la table*). Pas le mec il vient pour une otite, on lui dit « vous fumez, c'est pas bien », « ouai, c'est bien, ouai d'accord ».

E : Qu'est-ce que vous pensez des deux questions « est-ce que vous fumez ? », et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? ». L'association des deux questions.

I : Ben tout dépend du contexte dans lequel vous le posez. Si vous le posez dans le cadre d'un questionnaire, ou si vous le posez dans le cadre d'un problème, d'une maladie quoi. Si le mec il arrive avec une radio pourrie, on lui dit

« est-ce que vous fumez », « oui », « ben faudrait peut-être arrêter ».

E : Ça a plus de chance d'accrocher ?

I : Ah oui. Moi je pense que tant qu'il n'a pas touché du doigt le souci, ils n'arrivent pas à comprendre. Et même il y en a, même en touchant du doigt... Moi j'en ai un : cancer des cordes vocales, il a la trachéo, il fume avec la trachéo. Qu'est-ce que vous voulez faire là ? (*Il frappe ses cuisses de ses mains*) C'est inarrêtable, voilà.

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi ?

I : Oui, j'en ai deux ou trois qui fument pendant la grossesse, c'est la guerre, mais... le gynéco fait la guerre aussi, mais... après...

E : C'est-à-dire que vous y revenez à chaque fois que vous la voyez... ?

I : Ah tout le temps, tout le temps, mais elle me dit « j'ai descendu, je fume... ». Alors c'est pas des grosses fumeuses, parce que là généralement les grosses fumeuses elles fument encore quatre-cinq par jour. Mais elles le savent, elles savent le risque qu'elles prennent. Comment faire ? Tu ne peux pas les attacher hein. Si elle ne prend pas... Alors après on leur montre des photos, on montre des trucs. M'enfin bon, les risques... Je suis allé sur internet, je leur montre les pourcentages, le risque de malformation, le risque de problème respiratoire, de... (*Le téléphone sonne, il répond*).

E : Les patients vous parlent de leur entourage aussi, quand ils viennent à propos du tabac ?

I : Pas tout le temps, un petit peu, pas tout le temps.

E : Dans quel sens ?

I : Par rapport aux enfants, un petit qui est asthmatique, un petit qui fait rhino sur rhino, un petit qui a des problèmes respiratoires...

E : Ça les motivent ?

I : Oui ça les motivent.

E : Comment vous vous sentez généralement quand vous abordez le sujet avec un patient ? Quel est votre état d'esprit quand vous parlez du tabac avec les patients ?

I : Ben je parle de façon... Moi j'ai de la chance, je suis un ancien fumeur, alors je me base un peu là-dessus, pour expliquer un peu, voilà, les différences. J'essaie d'être convaincant, j'essaie d'y croire, sinon ça ne marche pas.

E : Pour vous c'est un atout d'être un ancien fumeur ?

I : Oui, ça y joue. Comme c'est un atout d'avoir eu un problème aigu, quand ils ont eu une belle bronchite, qu'ils ont du avoir la Ventoline parce que tellement ils sont pas bien... ça y joue.

E : Dans quel sens ça aide ?

I : Ben ça aide parce qu'il touche le problème, ils voient que là il y a un souci et que c'est du à la clope.

E : Pa rapport à votre statut tabagique ?

I : Ah ben moi j'arrive à leur faire comprendre, devant le fait accompli, je leur dis « vous voyez ça ? Ben ça c'est dû à ça. Donc il faut arrêter ». Alors après ça dépend, le mec il fume deux paquets par jour, tu ne peux pas l'arrêter comme ça hein, on le fait diminuer, et puis après on commence, mais il faut qu'il déclenche. Tant qu'il ne déclenche pas, c'est pas possible. Vous pouvez mettre tous les médicaments que vous voulez, ça ne marche pas.

E : Vous utilisez votre expérience d'ancien fumeur ?

I : Oui parce qu'il y a certaine clope qu'on ne peut pas arrêter comme ça : celle du matin, celle du café à midi... Alors je leur dis « celle là vous la gardez parce que c'est la plus dure ». Ah ben oui, ça aide.

E : Votre pratique de l'aide au sevrage, elle vous satisfait ?

I : Euh oui, oui oui dans l'ensemble ça va, oui.

E : Les connaissances que vous avez, vous les avez acquies comment ?

I : Sur le tas, aucunement à la fac, marquez le bien : (*il hausse le ton*) jamais à la fac. On n'en parle même pas à la faculté de médecine. C'est que sur le tas. Donc moi je suis sur le terrain en médecine générale, pas depuis très longtemps, ça fait cinq ans. Après il y a des labos, qui viennent qui expliquent les médicaments, internet...

E : Vous avez l'impression de manquer encore de connaissances là-dessus ?

I : Pas trop, mais c'est-à-dire que c'est assez restreint : on n'a pas cinquante millions de traitements. Mais c'est vrai qu'il faudrait qu'on soit... que les jeunes médecins aient une petite formation en plus, ce serait pas mal.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette prise en charge ?

I : C'est-à-dire ?

E : C'est-à-dire est-ce qu'il faut une relation particulière avec le patient pour faire de l'aide au sevrage ?

I : Faut le connaître un petit peu, vous allez voir un médecin pour la première fois, il va vous dire « il faut vous arrêter de fumer », ça ne passera pas. Il faut établir une petite relation, une petite relation de confiance, on l'a déjà traité... Il faut que le patient soit détendu et ça passera mieux, ça c'est sûr, oui certain.

E : Quand un patient vous demande, vous faites une consultation exprès là-dessus ou pas ?

I : C'est rare, c'est toujours avec quelque chose. Ils viennent rarement pour ça. Ça a dû arriver une ou deux fois, mais c'est rarement que pour ça.

E : Et vous les revoyez ou pas ?

I : Ouai je les suis, je les suis parce que... quand on met un traitement en place je les suis oui.

E : Vous reprenez un rendez-vous ?

I : Moi c'est pas sur rendez-vous ici, donc... Je leur dis « vous faites ça pendant un mois et vous venez au bout d'un mois ». Et voilà, on les suit comme ça.

E : Et ils reviennent effectivement ?

I : Ils reviennent sauf s'ils ont arrêté au milieu. Y'en a ils commencent, au bout de quinze jours pfiout.

E : Ils ont repris ?

I : Oui ils ont repris la clope.

E : Et ça la rechute c'est une difficulté à gérer ?

I : c'est un sur deux, à-peu-près.

E : Ça change quelque chose dans votre façon de faire ?

I : Non, il a essayé, peut-être qu'on ré-essaiera plus tard.

E : Comment vous situez ce thème par rapport aux autres thèmes de médecine générale ?

I : Je le mets dans la classe des préventions, comme la prévention du cancer de la prostate, la prévention du cancer du col de l'utérus, du sein, colorectal ... Je le classe plutôt dans la prévention.

E : Est-ce qu'au niveau pratique ça pose plus de difficultés à gérer ?

I : Non du tout, non pas plus de temps.

E : Est-ce que vous avez recours à d'autres professionnels des fois ?

I : Pour tout ce qui est médecines parallèles, médecines douces, tout ce qui est acupuncture, méso, sophro, hypno... Ça je ne sais pas faire, donc...

E : Le reste c'est vous qui faites ?

I : Ah oui, ben les médicaments oui, les patches aussi, je suis aussi oui.

E : Des choses à me dire sur la politique de santé publique ? Sur la prise en charge financière ?

I : Ben là ils ont fait des efforts puisqu'il y a une partie du traitement qui est pris en charge.

E : Vous me disiez que le prix du tabac, peut-être, motivait plus de gens ?

I : Je pense que ça y joue oui, comme financièrement en ce moment c'est un peu chaud. Les gens ils calculent quand même que tous les jours ça leur coûte cher.

E : Est-ce que vous voyez d'autre chose que vous voulez aborder sur les difficultés que vous pouvez rencontrer ?

I : Non on a tout dit.

Entretien 17

E : La première question est très générale: qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Parce que c'est une science où il n'y a pas de limite en fait, on peut aussi bien... Enfin vous devez le savoir parce que vous avez fait ça aussi j'imagine ? On fait de la biologie, et puis en même temps on fait des mathématiques, et en même temps on fait de la physique, en même temps on fait de la biochimie, on fait de l'histologie, on fait des sciences humaines... Enfin voilà, c'est surtout qu'il n'y a pas de limites.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Comme ça à priori je dirais le sevrage tabagique ça ne concerne pas le médecin, ça concerne celui qui doit s'arrêter. Et puis l'implication du médecin dans le sevrage tabagique... J'imagine que c'est ça la question ? Ou c'est le sevrage tout court ? Bon la nocivité du tabac on ne va pas en parler, ça ça paraît évident qu'à partir du moment où le tabac est mal toléré, et quelque part, utilisé de façon excessive, bon obligatoirement ça entraîne des problèmes, on va dire respiratoires mais peut-être aussi autres.

E : Avec quels types de patients vous parlez du tabac ?

I : Je ne parle pas du tabac, non. C'est le patient qui parle du tabac. Maintenant quand je vois effectivement un patient qui arrive avec un problème respiratoire, qui est encombré etcetera, c'est vrai que je lui dis « bon vous fumez combien ? ». « Vous fumez ? » déjà tout court, « vous fumez combien de cigarettes ? ». Et puis après ça évidemment mon devoir c'est de dire « ben vous devez arrêter de fumer quoi ». Parce que quelque part, à partir du moment où le problème respiratoire est là, il est certain que le problème du tabac est abordé. Mais c'est pas systématique non, non.

E : Et quel patient vous en parlent spontanément ?

I : Tous ceux qui viennent, qui toussent, qui mouchent, qui ont des broncho pneumopathies chroniques etcetera. Bon j'oublie évidemment tous ceux qui des problèmes cardiovasculaires hein (*Le téléphone sonne, il répond*). La plupart du temps c'est le cardiologue qui va jouer ce rôle. Ils vont arriver là en disant « bon on m'a dit qu'il fallait arrêter de fumer ». Bon je leur dis tout autant s'ils ont des problèmes artériels.

E : Est-ce que vous voyez aussi des femmes enceintes ?

I : Elles s'arrêtent automatiquement actuellement, ouai, le problème ne se pose pratiquement plus. Moi je me rappelle quand ma femme était enceinte, elle prenait ses cigarettes et elle les coupait. Elle en prenait cinq et elle les coupait en trois, ça lui en faisait quinze. Et qu'elle en fumait plus souvent dans la journée, parce que son gynéco lui avait dit de ne pas fumer, mais que malgré tout elle avait quand même envie de fumer un peu. Voilà, mais aujourd'hui, ce cas de figure on ne le voit pas. Les femmes enceintes elles arrêtent de fumer de but en blanc. Comme pour le ramadan, ils s'arrêtent de fumer, c'est pareil. C'est aussi violent et aussi inattendu.

E : Est-ce que vous identifiez le statut tabagique du patient ? Vous savez quel patient fume ou non ?

I : Honnêtement ça ne me passionne pas, c'est vrai que je vois souvent des lettres, avec marqué « fume quarante cigarettes, fume vingt cigarettes, ou tabagisme annuel... ». On a plus l'impression que c'est un travail administratif que médical quoi. Moi le problème c'est pas de relevé le nombre de cigarette que fume le patient. S'il a envie de s'arrêter, il s'arrête. S'il doit s'arrêter, je lui dis qu'il doit s'arrêter. Après c'est vrai que ce n'est pas facile hein, à partir de là. Mais bon je crois que je les responsabilise en leur disant « vous êtes des adultes, si vous voulez arrêter de fumer, vous arrêtez de fumer ». Mais le statut lui-même,

pour... Je ne sais pas quel intérêt ça peut avoir. Qu'est ce que vous entendez par statut ?

E : C'est juste pour savoir si tel patient fume ou non.

I : Oui je leur pose des fois la question, ça m'arrive quand je décèle un état qui évoque effectivement un tabagisme. Déjà si quand on les voit on imagine que quelque part le tabac est là et qu'il entraîne une nuisance, on se dit « attendez », mais autrement non. Je ne mets pas obligatoirement une étiquette sur tous les patients.

E : Qu'est-ce que vous pensez de l'association de deux questions : « est-ce que vous fumez ? », « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? » ?

I : Comme ça de but en blanc je pense que ça n'a aucun intérêt quoi. Aucun intérêt. Je veux dire s'il n'y a rien qui motive cette notion-là, c'est-à-dire de dire le fait de dire « est-ce que vous fumez ? », « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? ». C'est-à-dire que le patient il vient il est en pleine forme, il fume quelques cigarettes, quelque part je veux dire il ne présente aucun trouble lié au tabac... Je veux dire ça n'a aucun intérêt quoi. Il continue à vivre comme il a envie de vivre.

E : Il faut qu'il y ait une accroche, quelque chose qui justifie... ?

I : Absolument ouai, autrement on peut tout arrêter hein, on va pas mettre les gens dans une cloche à fromages pour pas que... (*Il rit*), pour pas qu'ils vieillissent ni qu'ils s'abiment. Voilà, moi je vois ça comme ça. Moi je crois qu'il faut cibler les patients qui ont une pathologie liée au tabac, ou qui peut s'aggraver par le tabac. Voilà moi je vais plutôt dans ce sens-là. Plutôt dans le cadre thérapeutique, pas dans le cadre préventif, ça je le sens pas trop.

E : Et quand les patients sont partant pour faire quelque chose, est-ce que vous prenez une consultation exprès pour parler de ça avec eux ou pas forcément ?

I : Non, c'est toujours mélangé, c'est toujours mêlé à la consultation normale.

E : Et vous les revoyez après ou pas ?

I : En général on les revoie, surtout ceux qui sont atteint de pathologie lourde hein.

E : Mais pas forcément pour suivre où ils en sont avec la cigarette ?

I : Non, je ne m'occupe pas de ça à vrai dire. Je ne m'occupe pas du sevrage tabagique, c'est pas mon truc.

E : Comment vous vous sentez généralement quand vous abordez le sujet avec un patient ?

I : Comment je me sens moi ? Non, c'est pas quelque chose qui me gêne du tout, ni qui me ... Comment dire ? C'est pas une passion non plus, honnêtement c'est pas une passion. Non moi je pense, enfin mon intime conviction c'est que... Souvent il y a des patients qui disent « docteur je fume trop j'ai envie d'arrêter ». C'est une question très intéressante. D'abord je n'ai pas de réponse, mais la seule réponse que j'ai c'est « ben vous avez envie d'arrêter de fumer, arrêtez de fumer ». Voilà c'est comme ça. Parce qu'en fin de compte on a l'impression qu'il y a une période de sevrage difficile, que quelque part s'il arrête de fumer il va avoir des malaises etcetera. C'est pas vrai, c'est faux, on sait très bien que c'est faux. Donc tout ce qui concerne les patches, tout ce qui concerne les consultations de taba-co-lo-gie ?... Peut-être je ne sais pas. Mais ça me paraît tellement loufoque ce genre de consultation, que je préfère ne pas en parler. Si vous voulez, tout ce type d'exercice, c'est tellement aléatoire que... Je pense que la seule réponse possible c'est que « si vous avez envie d'arrêter de fumer, eh ben arrêtez de fumer ». Il n'y a pas d'autre solution.

E : C'est le patient qui est le seul maître à bord ?

I : C'est le patient, absolument. Après je sais qu'il existe trois-quatre médicaments pour essayer de faire arrêter de fumer, ça m'est

arrivé à une certaine époque d'essayer. Et puis honnêtement c'est vrai que c'est assez décevant. Donc je ne veux pas entrer dans cette démarche.

E : Vous n'avez pas envie de faire d'autre formation sur ce sujet-là ?

I : Non pas du tout non non, ça ne m'intéresse pas du tout, c'est clair. (*Il rit*) Non, je ne me sens pas concerné, je trouve que ce n'est pas le problème du généraliste, voilà. Peut-être qu'après, s'il y a des spécialistes qui veulent gérer ça...

E : Dans le sens où c'est vraiment au patient de s'occuper de ça lui-même ?

I : La sensation et l'envie qu'il a d'arrêter de fumer, ça ne concerne que lui quoi. Nous on peut donner un conseil, en disant « voilà il faut que vous arrêtiez de fumer ». Certain je leur dis « ça va non ne vous affolez pas, si vous fumez trois cigarettes, restez tranquille ». Ça m'arrive de dire ça. Et d'autre je leur dis « non il faut que vous arrêtiez de fumer ». Et puis il y a celui qui vient et qui dit « j'ai envie d'arrêter de fumer », voilà, il vient demander une aide. Honnêtement si on avait la capacité de les aider honnêtement, je le ferais, mais on ne l'a pas. Il n'y a pas de possibilité. S'il a envie d'arrêter de fumer, c'est vraiment lui qui est le seul maître à bord comme vous dites.

E : La relation médecin-patient par rapport à ça, est-ce que ça change quelque chose ?

I : Non, c'est exactement comme pour une pathologie. La relation est la même, si ce n'est que c'est pas une pathologie. Est-ce que les addictions sont des pathologies ? Je ne sais pas. On a la même chose pour ceux qui veulent jouer dans les casinos. On a du mal pareil. On ne peut pas les tenir par la main, leur dire « non n'y allez pas », c'est pareil. A un moment donné... Je crois qu'on ne peut pas vivre à la place du patient, on ne peut pas vivre sa vie. On peut lui donner des conseils, on peut lui donner des traitements, mais on ne peut pas prendre sa place.

E : Donc c'est un peu à part par rapport aux autres thèmes abordés en médecine générale ?

I : La relation malade-médecin, c'est que en général celui qui vient s'asseoir là il est malade, et nous on dit « oui je sais vous traiter, je peux vous traiter », ou « non je ne sais pas vous traiter et je ne peux pas vous traiter ». Ça s'arrête là. On ne peut pas prendre un thème, on ne peut pas développer une pathologie qu'on a apprise pour lui expliquer... Je veux dire c'est pas ça, l'honnêteté, c'est de dire « je sais le faire, on peut le faire, ou untel peut le faire ». On peut aussi orienter sur quelqu'un qui sait faire. Et puis des fois on ne sait pas. On ne sait pas, on ne peut pas, ou il n'y a pas, des fois il n'y a pas, dans ce domaine-là. Après c'est vrai qu'on peut faire tourner le malade, il peut faire le tour d'un tas de spécialistes et revenir. Malheureusement, on sait que au bout de quelques temps... il se lasse et nous aussi. Parce qu'il n'y a pas vraiment de solution.

E : Ça vous arrive d'avoir recours à d'autres professionnels ?

I : Pour le tabac ? J'ai un ami qui est acupuncteur. Ça m'arrive de temps en temps une ou deux fois par an d'envoyer quelqu'un en disant « il va essayer de mettre 4 aiguilles pour essayer de... ». Voilà pourquoi pas, ça peut être psychologiquement une aide, mais bon...

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur, par rapport à votre propre statut tabagique ? Est-ce que votre statut tabagique change quelque chose à votre façon... ?

I : Peut-être, peut-être, je ne suis pas totalement contre le fait de fumer une ou deux cigarettes, donc probablement j'ai cette tolérance pour les autres, ça c'est clair. Mais ceci dit quand il faut arrêter de fumer, j'arrête de fumer, quand... Alors c'est vrai que le tabac aujourd'hui c'est un élément très particulier, depuis que tout le monde sort pour fumer dehors. C'est le côté convivialité, moi je me suis aperçu dans des soirées : si vous ne fumez pas, vous n'allez pas avec le clan de ceux qui fument. Parce que bon on peut y aller,

maintenant j'y vais sans fumer, ça ne me gêne pas (*il rit*), mais c'est vrai qu'il y a un clan qui se forme. De gens qui sont aussi intéressants que ceux qui sont dedans et qui ne fument pas, ça c'est important. Et pour participer à ce qui se passe dans le camp de ceux qui fument, soit vous sortez en même temps en disant « je vais fumer une cigarette avec eux », soit même si vous ne fumez pas, moi ça me gêne moins de faire ça, vous pouvez y aller. Mais c'est vrai qu'on a l'impression qu'il y a une séparation complète. Voilà il y a ça qui se produit, et vous êtes obligé effectivement quelque part quand même dans une soirée de dire « bon je sors un peu », même si vous ne fumez pas. C'est pas un clivage mais c'est que quelque part vous n'êtes pas dans l'ensemble du groupe de gens qui sont là. Il y en a la moitié qui sont partis, qui sont dehors, qui font vraiment un aparté quoi, un club là, et puis les autres. Ça ça joue. Voilà pour vous dire la relation que j'ai avec le tabac et la vie en groupe. Ceci dit, parce que ça m'arrive de voir des jeunes comme vous, qui viennent là et qui bon des fois sont psychologiquement complètement traumatisés parce qu'ils fument deux-trois cigarettes, ou parce que les parents viennent en disant « oui mais mon enfant il fume », en général ça ne s'arrête pas à la cigarette. Bon mais le fait est que quelque part il faut arriver à les intégrer, il faut qu'ils s'intègrent dans le groupe avec lequel ils sont, que ça soit pour la cigarette ou que ça soit pour les joints quoi. Donc vous ne pouvez pas non plus dire « non il faut qu'il abandonne ses copains, ceci, cela, qu'il reste seul dans son coin », c'est ingérable. Il y a le côté convivialité qui est très très important. Ça serait aussi mauvais d'interrompre le côté convivial pour arrêter le tabac. S'il n'y a pas nuisance, à mon avis il ne faut pas trop s'attarder, c'est pas une pathologie en tout cas ça ne nous concerne pas.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire sur la politique de santé publique ?

I : Je ne sais pas ce que c'est (*il rit*). Je ne sais pas ce que vous mettez dedans en tous cas. Est-ce que la société doit s'occuper de la santé de

tout un chacun, je ne sais pas, honnêtement je pense que non. Non moi je suis vraiment pour l'individualité, c'est-à-dire la liberté individuelle, pas pour la liberté collective. Moi je fais partie de la génération soixante-huit (*il rit*). Pour nous la liberté individuelle elle est aussi importante sinon plus importante que la liberté collective. Donc quelque part je pense que l'individu doit se prendre en charge, s'il a besoin d'aide, il va voir quelqu'un effectivement, c'est la relation qui existe entre le malade et le médecin. Mais que pour une raison de liberté collective, en disant « ça coûte cher à la sécu, ou la ceinture pour les accidents... coûte cher pour les uns et pour les autres etcetera ». J'ai du mal à le comprendre. Je l'admets puisque c'est un état démocratique, effectivement la loi du grand nombre compte, mais c'est pas évident. Donc en pratique je pense... C'est comme les vaccinations, tout ça. Bon on vaccine, pourquoi pas ? C'est bien. Mais on crée autant de grippe avec le vaccin que ce qu'on en maîtrise. Et encore c'est même pas sûr. Probablement on dissémine l'épidémie en même temps qu'on vaccine alors bon (*il rit*). Ça commence comme ça, l'épidémie de grippe commence toujours la semaine de la vaccination. Mais ceci dit vous ne pouvez pas dire « non je ne me vaccine pas », parce que celui qui ne s'est pas fait vacciné, malheureusement il risque de l'attraper. Celui qui s'est fait vacciné, il fait la grippe tout de suite, il ne la fera pas plus tard. Ça dépend, voilà c'est comme ça. Alors je pense que l'enfer est pavé de bonnes intentions. C'est comme ça, il y a plein de bonnes intentions, on en prend un peu on fait avec, après on essaie de faire en fonction de son âme et conscience. Le préventif, entre guillemets, soi-disant il est apparu pour faire des économies au départ, en disant « on va faire du préventif pour faire des économies ». Mais si on veut vraiment faire du préventif, ça coûte encore plus cher que de traiter au coup par coup le patient qui demande à être traité.

E : Et sur le plan financier ?

I : Ça coûte cher la cigarette. Vous savez que quelqu'un qui a le RSA, il dépense tout son RSA pour la cigarette, c'est fou quand même : l'état donne le RSA, et le récupère complètement (*il rit*), le même mois ! C'est assez extraordinaire quand même ! Est-ce qu'il y a des bronchopneumopathies plus importantes ? Est-ce que effectivement ça coûte à la collectivité ? J'y crois pas. Je n'y crois pas.

E : Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez me dire, sur le sevrage tabagique ?

I : On a dit beaucoup de choses déjà.

Entretien 18

E : La première question est très générale : qu'est-ce qui vous a poussé à choisir médecine générale ?

I : Je pense que c'est d'une part la volonté d'être au contact des gens... Je pense que c'est ça, c'est le contact avec les gens qui m'a poussé là-dedans. Et puis si je vous dis vraiment comment je suis entré en médecine, c'est encore plus intéressant. C'est grâce à deux situations. La première elle est toujours très personnelle : c'est en voyant un jour, en arrivant, j'avais douze ans et demi, je suis arrivé à la maison en sortant du collège, j'ai vu une ambulance devant la porte, je monte les escaliers de la villa où j'habitais. Et je vois mon médecin de famille d'abord, j'ai toujours cette image, discutant avec ma mère et disant « je pense qu'il devrait s'en tirer, je pense qu'il devrait s'en tirer », et je vois mon père partir sur un brancard, avec une hémorragie digestive. Il s'est fait hospitaliser à l'époque à l'X, ici puisque c'était à l'époque un grand hôpital. Et donc j'ai passé quinze jours d'angoisse, parce qu'on n'avait pas les moyens techniques d'aujourd'hui, et à l'époque une hémorragie digestive c'était quand même quelque chose d'important, surtout qu'elle était due à une perforation d'ulcère et que quelquefois ça se traduisait de façon cataclysmique. Et puis dans la foulée, j'avais déjà un sentiment... Et puis dans la foulée c'était un film, un film qui s'appelait « le grand patron » avec Pierre Fresnay et Georges Marchal. Et ce film m'a définitivement orienté vers la médecine avec je pense à l'époque des émissions qui étaient des émissions médicales, fait par Igor Barrère sur la médecine. C'était les premières, à-peu-près une fois tous les quinze jours il y avait une grande émission médicale. Donc c'est ça qui m'a incité à faire médecine. Et puis après pourquoi j'ai choisi médecine générale, en fait je l'ai choisi... Je voulais faire gynéco au départ, gynéco-obstétrique. Et puis j'ai échoué à l'internat qui à l'époque était très important pour faire ce

genre de chose, parce que à l'époque on avait quand même ce qu'on appelait des CES mais à l'époque il y avait beaucoup de patrons qui ne toléraient pas cette... comme ils appelaient cette sous action de la médecine. Donc pour eux un spécialiste c'était un type qui était passé par l'internat et pas un mec qui était passé par le CES. Et j'avais la chance et la malchance d'être très ami avec... Parce que j'ai fait quand même un an et demi de gynéco. Je pense que dans ma promotion à la maternité de X, je suis le seul à avoir fait peut-être quatre-cent quatre-vingt cinq accouchements en tant qu'externe, ça compte pas mal. Je suis resté un an et demi à la maternité de X. Et le professeur X qui ne professe plus aujourd'hui mais qui exerce dans le privé m'avait dit le jour où je passais le CES « de toute façon je te ferais échouer. Je ne veux pas que tu sois... », comme il appelait ça, lui « un gynéco raté ». Voilà donc j'ai échoué mon entrée au CES et donc partant de là je me suis dit « aucune autre tentative, ce qui te botte c'est le contact avec les gens donc il n'y a qu'un truc à faire c'est la médecine générale ». Et donc je suis resté, je me suis engagé dans cette voie-là. En ayant auparavant pris deux années d'enseignement en endocrino. En même temps que je me suis installé. Et puis après l'activité médicale étant tellement importante, je n'ai pas pu continuer mon truc d'endocrino, que je voulais avoir juste simplement comme un plus sur quelque chose qui m'intéressait beaucoup. Voilà comment je suis entré en médecine générale depuis trente-deux ans.

E : Que vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Alors ça m'évoque effectivement toutes les actions de prévention qu'on peut développer quand on est un acteur de terrain au quotidien. Et je pense que cette action que nous essayons de développer au quotidien que ce soit dans le cadre du tabac ou que ce soit dans d'autres situations de conduites addictives, c'est une action qui est une action fondamentale et pertinente pour les médecins généralistes, qui sont les premiers au contact. Sauf qu'elle est...

C'est une prêche dans le désert, voilà c'est une prêche dans le désert. Parce que c'est tellement là aussi une approche au coup par coup, à l'incident-incident, au problème familial qui est différent chez les uns et chez les autres, au problème professionnel qui est différent chez les uns et chez les autres. Que c'est toute la dimension de comment on prend en compte les addictions, qu'elles soient licites ou illicites. Moi dans ma délégation voilà ici je m'occupe des actions illicites puisque je suis adjoint au sida et à la toxicomanie. Donc la toxicomanie fait partie de ces addictions illicites. Mais pour moi aussi toxicomanie c'est toxicomanie au tabac. Et pour moi il n'y a pas d'addiction licite ou illicite, on est dans une addiction. Qu'elle soit légalement tolérée ou non légalement tolérée, c'est une addiction quand même hein, du point de vue médical, on est d'accord tous les deux ? C'est pas le côté réglementaire qui fait que c'est une addiction ou s'en est pas une. C'est surtout qu'il n'y a pas de cohérence si vous voulez. C'est une prêche dans le vide parce qu'il n'y a pas de cohérence à la fois dans l'organisation de la prise en charge de ces addictions, une vraie cohérence, à la fois intellectuelle, et technique. Et en plus c'est tellement une situation au coup par coup, je répète, que c'est vraiment une relation singulière entre le patient et son médecin.

E : Mais pour vous, vous pouvez avoir une démarche cohérente de votre point de vue, dans votre pratique ?

I : Oui la démarche cohérente on peut l'avoir nous, mais la société autour de nous elle ne l'a pas, la démarche cohérente.

E : Oui mais moi je m'adresse au médecin généraliste en particulier.

I : Oui mais le médecin généraliste fait partie de cette... La cohérence oui on l'a. La cohérence elle consiste à dire aux gens ce que vous savez, c'est ... « vous avez un produit qui entraîne des pathologies, ces pathologies on peut les éviter si vous ne prenez pas ce produit. Ne le prenez pas ». Mais on est pareil, dans la

même conduite que lorsque vous dites à un héroïnomane... Ou allons vers le thème plus général : quelqu'un qui fume du cannabis, vous lui dites « ne fume pas du cannabis parce que tu vas avoir ça ça ça... ». Il va fumer quand même du cannabis. Même si on est dans le rapport... Pourquoi ? Ben parce que finalement, la société si dans le cannabis elle n'incite pas les gens à consommer, quand même dans le reste elle incite les gens à consommer.

E : Dans le reste ?

I : Dans le tabagisme, dans l'alcoolisme, elle incite les gens à consommer. Moi j'ai des amis qui ont des bars-tabac, et j'ai été stupéfait d'apprendre il n'y a pas si longtemps que ça, un de mes amis m'a avoué que l'année dernière il avait fait trente-trois pour cent de plus de chiffre en termes de tabac. Trente-trois pour cent ! Un tiers de tabac en plus ! Là-dessus il m'a dit qu'il avait à-peu-près la moitié de ce chiffre qui pouvait être fait parce qu'il avait un peu gratté à droite, à gauche sur ces confrères, des clients, entre guillemets. Mais quand même il reste la moitié qui est vraiment une surconsommation par rapport aux années précédentes. Voilà, et que quand on se lance dans une campagne de santé publique, comme on le fait pour la prévention routière, je crois qu'on ne le fait pas assez pour la question du tabagisme. On ne montre pas assez quelque part, les mecs avec leur trachéo, avec des cancers du larynx. On ne montre pas suffisamment des types en train de mourir de cancer à petites cellules, maigre comme ça (*il montre son petit doigt*) sur un fauteuil, en réanimation avec des tubes partout. Je crois qu'on ne montre pas assez ces enfants veufs... euh orphelins parce que leur père, à quarante-cinq ans est parti d'un cancer. Voilà et ça on ne le montre pas, pourquoi ? Parce que... Bon il y a une ambiguïté aussi je veux dire, quelque part on dit que la sécurité sociale est perdante, mais quelque part quand même les rentrées de taxe de tabac sont éminemment importantes, en contribution indirecte, c'est éminemment important. Alors on prétend...on n'a jamais su

exactement où était le cursus du chiffre : qu'est-ce qui rapporte plus que ce qui coûte ? Voilà c'est pour ça que je dis « il y a une incohérence » dans la lutte contre le tabac, parce qu'il n'y a pas la même dimension qu'on apporte aujourd'hui à, par exemple, la sécurité routière.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez ce thème ?

(La secrétaire l'interrompt pour lui faire signer des papiers)

I : Alors, les patients avec qui on aborde ce thème... Ben écoutez il n'y a pas de profil type. On va depuis l'adolescent de quatorze ans, que je surprends dans la rue en train de fumer, qui est un de mes jeunes patients que j'ai vu tout petit et à qui je fais une remarque un peu humoristique. Et quand je le revoie la fois d'après je lui dis « mais dis moi tu fume combien ? Etcetera ... ». Je lance un peu le truc. Jusque ... à toutes les catégories de gens qui sont mes patients. En particulier les femmes aujourd'hui qui fument plus que les hommes. C'est un constat. Les femmes aujourd'hui consomment plus de tabac que les hommes. Et c'est extraordinaire de voir aujourd'hui devant toutes les grandes administrations, on a des attroupements maintenant, parce qu'on ne peut plus fumer à l'intérieur, on voit tous les gens fumer dehors. Et on voit par terre sur les trottoirs le soir, plein de mégots partout parce qu'on a tous ces gens qui fument en bas de leurs bureaux. Moi à côté de mon cabinet j'ai une banque, ils sont sept ou huit, ils sont au moins un dehors toutes les deux heures. Ça c'est clair.

E : Vous m'avez parlé des femmes, vous voyez des femmes enceintes aussi pour le tabac ?

I : Alors là quand je vois des femmes enceintes qui se mettent à fumer, ça devient un peu plus intolérant pour moi. Et à ce moment-là je prends un peu plus souvent des réactions un peu plus... j'allais dire sauvages. Mais il y en a très peu. Il y en a très peu. Moi parmi mes patientes, j'ai toujours prévenu, j'ai toujours tenté de faire une prévention à ce niveau.

Quand je vois des jeunes que j'ai depuis longtemps parmi mes patientes, et qui fument, qu'elles disent « ah mais je ne peux pas m'arrêter... » et tout ça, je leur dis « tu verras le moment où tu pourras t'arrêter c'est le moment où tu vas tomber enceinte, parce que là si tu fais quelque chose c'est même pas la peine que tu envisage une grossesse, tu vas avoir un minot avec un placenta qui va faire cinq cent grammes et un minot qui va te naître à deux kilos et demi ». Ce qui n'est plus le cas d'ailleurs aujourd'hui, je ne sais pas pourquoi, mais avant ça faisait des minots tout petits, hypotrophiques. Je ne sais pas pourquoi maintenant les minots, même avec le tabac, ils sont... Ils ont du s'adapter quoi (*il rit*). Voilà donc pour moi c'est hyper important. Je vais vous dire une anecdote : quand j'étais étudiant hospitalier, j'étais à l'institut X, dans les années soixante-quinze, soixante-seize, j'ai vu des gens fumer par la trachéo. C'est impressionnant hein ? Dehors, dans le parc du PC, sur le parking, ils fumaient par la trachéo. Quand vous en êtes là, qu'est-ce que vous voulez lui dire au mec ? Le mec il a un cancer du larynx, il est trachéotomisé, il se tape des rayons toutes la journée et... C'est vrai qu'à partir d'un moment on peut lui dire « continue, au point où tu en es, c'est fini, c'est pas ça qui va te sauver ».

E : Pour le jeune vous m'avez dit que vous le voyez dans la rue qui fume, mais sinon comment vous savez quel patient fume ou non ?

I : Alors d'abord parce que j'interroge toujours les gens sur leurs capacités à fumer, toujours. Et puis la plupart... (*Il tousse*) Pardon, pourtant je ne fume pas, vous auriez pu commencer par cette question ! Mais je n'ai jamais fumé, de ma vie. La plupart sont des gens que je connais, que je suis depuis très longtemps, donc je pratique avec eux au fil des consultations.

E : Qu'est-ce qui vous fait penser à amener le sujet dans la conversation ?

I : Quelque fois quand j'ai des gens qui ont des pathologies pulmonaires, je commence à interroger pour savoir, si l'intensité du tabac est plus forte ou moins forte. Quand je vois des gorges enflammées comme tout sans aucun reflux gastro-oesophagien décelé, ou sans aucune pathologie quelconque, je leur demande à quel niveau ils en sont de leur consommation de cigarettes. Quand on est sur des gens avec des pathologies cardiaques, des coronaropathies, on essaie de savoir un peu chaque fois où ils en sont de la régulation par rapport au tabac. C'est là aussi du coup par coup. C'est soit on y vient par l'angle de la pathologie aigue, soit on y vient par l'angle de la pathologie chronique, soit on y vient dans un interrogatoire général, sur une première fiche d'établissement.

E : Qu'est-ce que vous leur posez comme question ?

I : Questions classiques : « fumez-vous ? », « combien ? », « pourquoi ? », « avez-vous tenté d'arrêter ? ». Généralement c'est le dicton « s'arrêter de fumer, je ne connais rien de plus facile, je me suis arrêté au moins cent fois ». Donc « pourquoi vous fumez ? », « pourquoi vous n'êtes pas arrivé à vous arrêter ? ». Et puis après on essaie de voir s'il a derrière un passé très très important de fumeur. A ce moment-là bon, on sait que ça va être très difficile d'engager un processus de sevrage. Sauf s'il arrive un accident majeur, style découverte d'un cancer, une chose comme ça. Là on a effectivement la réalité qui tombe « poum », donc les gens s'arrêtent. Si on est sur des gens qui ont un passé qui remonte à peu de temps de consommation, on arrive à avoir des situations où les gens se mettent en position de sevrage. Maintenant je ne suis pas partisan non plus d'utiliser les méthodes chimiques. Remplacer par les patches, par les machins, par les trucs, le Zyban à l'époque qui rendait les gens un peu fada... Non je pense que c'est une volonté. Alors certain dans le cadre de cette volonté vont se faire aider par des méthodes, je dirais, de gourou, l'auriculothérapie, l'acupuncture... Il n'y a pas

de mal, et puis si ça peut les aider à franchir le pas tant mieux quoi.

E : Vous faites des consultations dédiées à ça ?

I : Non pas du tout. Quand j'ai des malades vraiment très costaux, qui me disent « il faut que je voie un tabacologue, il faut que je voie un truc comme ça ... ». Bon j'oriente vers des services compétents.

E : Ça vous arrive de travailler avec d'autres professionnels ?

I : Ah oui, oui. En particulier j'ai une amie qui est tabacologue, en plus de ces fonctions au travers du VIH, qui fait des consultations, donc j'envoie généralement des gens qui sont... qui ont vraiment envie de passer par là quoi.

E : C'est la demande du patient plutôt ?

I : Ouai plus, c'est pas la peine d'encombrer des consultations pour le plaisir de ressentir que le type il dit « je... ». Vous savez, sûrement aussi bien que moi, que vous avez des patients qui vous apportent un problème, pour vous confronter au problème et pour se dire « si je fais ça, j'ai raison parce que la médecine n'est pas capable de résoudre mon problème ». C'est pas eux qui n'arrivent pas à le résoudre, c'est la médecine qui n'est pas capable. Donc ceux-là ils viennent vous demander la consultation chez le tabacologue. Ils vont chez le tabacologue, c'est négatif. Et quand on le repose la question, ils disent « mais même pas le tabacologue il a été capable de m'arrêter ». Donc c'est un schéma qui les conforte dans une situation où ils voulaient être confortés. Il ne faut pas envoyer des gens qui sont dans des considérations qui sont à l'opposé de ce qu'on recherche.

E : Est-ce que ça vous arrive de revoir les gens pour ça, de leur proposer de les revoir, fixer un autre rendez-vous ?

I : Simplement pour le tabac ? Non, non c'est dans le cadre des consultations traditionnelles. Quand ils viennent, on les revoie, pour la pathologie chronique qu'ils ont, ou un truc aigu, on en parle.

E : Comment vous vous sentez quand vous abordez ce sujet avec les patients ?

I : Ah tout à fait à l'aise parce que moi je ne fume pas. Je peux dire aux gens... Je peux les gronder entre guillemets. Je peux les appréhender de ce côté puisque pour moi le tabac c'est...

E : Il y a des patients qui vous posent la question ?

I : Si je fume ? Oui bien sûr, je leur dis « je n'ai jamais fumé de ma vie ». Jamais... je dis jamais, j'ai du fumer la pipe dans les deux-trois premières années de médecine pour faire bien. C'était l'époque où ça faisait un peu bien quoi. Et puis la nuit tous les copains fumaient quand on travaillait, donc pour ne pas sentir cette odeur de cigarette qui m'a toujours un peu dégouté, je me tapais un peu d'Amsterdamer ou de Clan, ça me dégageait un peu une odeur différente de leur tabac pourri.

E : Votre pratique de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait-elle ?

I : Jamais, on ne peut pas. On ne peut pas être satisfait quand encore le genre de chiffre que je vous disais tout à l'heure là : trente trois pour cent de plus de consommation de tabac. Ça veut dire quelque part que comme on est acteur de cette situation-là, on n'est pas bon, même si ce n'est pas que de notre faute, c'est quand même aussi de notre faute parce que... En plus je suis un politique, je devrais pouvoir avoir une action quelque part. Ce que je vous dis, que la société ne joue pas bien son rôle à ce niveau, je dois m'en sentir responsable, parce que c'est à moi aussi à appuyer à ce niveau. De toute façon en France quelque soit les pathologies et les actions, la prévention, malheureusement n'a jamais été au premier rang de l'action thérapeutique, jamais. On est toujours sur la résolution des problèmes, et jamais sur la prévention.

E : Les connaissances que vous avez dans ce domaine, vous les avez acquies comment ?

I : Sur le terrain, toujours sur le terrain. A mon époque, en fac, on n'avait pas de cours de tabacologie hein. Tout ce que j'ai acquis c'est sur le terrain.

E : Et vous auriez envie d'avoir plus de formation là-dessus ?

I : Aujourd'hui non. Je pense moi personnellement, que je sais suffisamment de chose pour aller jusqu'où je peux accompagner quelqu'un. Maintenant c'est vrai qu'après, s'il y a un accompagnement chimique dans le cadre du sevrage tabagique, ça ne m'intéresse pas, c'est du domaine de la spécialité. Moi tout ce que je peux faire dans la position du généraliste c'est effectivement de gagner la confiance de quelqu'un, lui faire admettre qu'il faut qu'il arrête cette addiction. Ce n'est pas de remplacer son addiction par un autre produit. A ce moment-là ce n'est plus de mon ressort, c'est du ressort de quelqu'un d'autre. C'est un peu comme quand on accompagne quelqu'un qui fait une dépression. On l'accompagne pendant un moment, si au bout d'un mois, un mois et demi, on n'a pas réussi, par la relation qu'on a établi avec lui, à travers un petit médicament de rien du tout, à lui faire infléchir sa courbe d'angoisse, je crois que c'est plus de notre domaine, après il faut passer la main.

E : Comment vous situez ce thème par rapport aux autres thèmes de médecine générale ?

I : C'est difficile à vous dire parce qu'on est dans un thème à la fois... On est dans un thème de santé publique. Donc si on regarde tout ce qui, derrière, accompagne la consommation de tabac, c'est vrai qu'on est sur un plus grand cas de mortalité par cancer, on est sur une réelle situation de santé publique. Maintenant, quel thème apporté par rapport à la consommation de cholestérol, par rapport à la consommation de sucre... Je pense qu'on est, qu'on devrait être à égalité par rapport à quelqu'un qui a du diabète, à qui on dit « il ne faut plus consommer de sucre ». Je pense que c'est mieux perçu d'ailleurs par le diabétique que par le tabagique quand on dit ça.

E : Ça devrait être à égalité mais ce n'est pas le cas ?

I : Ce n'est pas le cas, on devrait être à égalité. C'est un facteur de risque cardiovasculaire, au même titre l'un que l'autre. Mais par contre on va prendre en compte le fait d'avoir des triglycérides et du cholestérol et des glycémies élevées, mais on ne prendra pas en compte le fait qu'on fume un paquet par jour.

E : Et pourquoi ?

I : Parce que les gens ne voient pas le risque, ils ne le comprennent pas, ils n'appréhendent pas le risque, ils ne le conceptualisent pas. Le sucre ouai, ça se dépose sur les artères. On leur montre : « vous voyez les plaques là, c'est les triglycérides, ils sont là » « oh pétard, oui !... ». Le cholestérol : « regardez le foie... ». C'est conceptualisable. Qu'est-ce que vous voulez leur montrer ? On leur dit une radio des poumons ? On ne peut plus les faire d'ailleurs. C'est interdit maintenant, on ne peut plus faire de radio des poumons, vous le savez ça ?

E : C'est pas indiqué pour le dépistage...

I : Non je ne parle pas pour le dépistage, on ne peut plus aujourd'hui faire systématiquement une radio des poumons et une radio du crâne. C'est sorti il n'y a pas longtemps. Donc quelquefois, les radios systématiques... Simplement à l'occasion, justement pour montrer, à l'occasion d'une toux importante, trainante etcetera... Un cliché permet quelquefois de voir toutes ces opacités. On leur dit « vous fumez ? », « oui, comment vous l'avez vu ? », « ben regardez tout ça c'est important quand même », « ah bon ? », et là ça marque.

E : On n'a pas trop parlé de la rechute. Vous voulez m'en dire un mot ?

I : Ben la rechute pour moi ça n'existe pas, dans ce cadre-là, c'est qu'il n'y a pas eu de sortie. S'il y a rechute c'est qu'il n'y a pas eu de sortie. C'est-à-dire une sortie c'est on

s'arrête, on s'arrête hein. A l'occasion du fait que je vous racontais tout à l'heure, de l'épisode de mon père, qui donc s'en est sorti puisqu'il est toujours vivant Dieu merci, qu'il a quatre-vingt huit ans, il fumait... Ben je ne sais même pas combien il fumait, puisqu'il n'avait pas ni d'allumette ni de briquet.

E : Ah d'accord, il enchainait...

I : Il enchainait une sur l'autre. Et quand il est parti, mon père naviguait dans une compagnie au long cours qui faisait des long voyages, et à l'époque on avait la définition du dictionnaire pour les marins : « qui se nourrit d'alcool et de tabac ». Et donc l'alcool c'était pas son truc et le tabac oui. Les médecins lui ont dit : « c'est un ulcère de stress qui s'est perforé, c'est parce que vous fumez beaucoup, c'est ça qui vous a perforé l'ulcère, il faut ralentir ». C'est pour ça aussi que moi j'ai entendu ça à ce moment-là. Finalement mon père a dit « ralentir ? Quand on fume comme je fume moi ? Pas possible, donc j'arrête ». Il a arrêté à ce moment-là, il y a cinquante ans de ça, et ça fait cinquante ans qu'il ne fume plus. Mais c'est vrai que c'est une situation où on met les gens devant un cap majeur, et là ils s'arrêtent. Et lui il s'est vraiment arrêté, il n'a jamais plus mis une cigarette à la bouche.

E : Au niveau pratique ça vous pose des difficultés de s'occuper du tabac en consultation ?

I : Non.

E : Sur le plan financier, est-ce que vous avez des remarques à me faire ? Ça peut être aussi bien du point de vue du médecin, du point de vue des patients ?

I : Ben je trouve que le paquet de cigarettes n'est pas assez cher. Le paquet de cigarettes il devrait être à vingt euros. Le premier paquet de cigarettes, après on devrait avoir des paquets plus cher, mais celui-là il devrait être à vingt euros déjà. Après vous voulez dire par rapport à la sécurité sociale, la prévention c'est ça ? Je crois que là c'est difficile, c'est un problème, c'est un truc difficile, parce que le tout est de

savoir est-ce qu'on doit donner la gratuité des soins, enfin des préventions, pour faire derrière des économies importantes en terme de santé publique ? Sur cette réponse-là je vous dis oui. Est-ce qu'on doit donner un satisfecit à celui qui a fumé, en lui disant « c'est bien, tu as fumé, maintenant on va te donner la gratuité de la prise en charge de l'acte que tu as fait », je dis non. Voilà, donc c'est difficile de répondre à cette question. Si on se place sur le plan éthique je dirais qu'il ne faut pas qu'il y ait de gratuité. Si on se place sur le plan santé publique, effectivement c'est plus intéressant d'accompagner une prévention gratuite plutôt que d'avoir derrière toute la pathologie qu'on a, lourde de conséquence en termes de réanimation, d'opération, d'intervention, de jours d'hospitalisation etcetera.

E : Vous voyez d'autres choses à me dire sur le sevrage tabagique ?

I : Oui, je pense que comme on est dans un domaine de la santé publique, je pense deux trucs. Une qui est un peu humoristique, mais qui quand même reflète un peu ma pensée. Je vous l'ai dit, je suis donc chargé de l'addiction en général à la mairie de Marseille. Donc aujourd'hui il y a des sujets importants qui sont traités sur le plan national et international qui consiste à savoir ce qu'on doit faire de la dépénalisation ou pas du cannabis. Je pense qu'il faut mettre les addictions sur le même plan. Ou on déjudiciarise le cannabis, c'est-à-dire qu'on dépénalise le cannabis. Ou on pénalise le tabagisme. Et là je suis sérieux quand je vous dis ça. Ou on met le tabac au même rang que le cannabis. Ou on met le cannabis au même rang que le tabac.

E : Vous avez une préférence entre les deux ?

I : Si je sors de toute idéologie, que je reste sur le pragmatisme, je pense qu'il faut sortir de son côté pénal la consommation de cannabis. La consommation étant une contravention tout simplement, comme on met ça sur le plan illégal, quand on vous prend en train de fumer du cannabis, on vous fait payer un truc, il faut faire pareil pour le tabac. Or la loi sur le tabac

consiste à ne pas fumer à l'intérieur, qui normalement derrière devrait avoir une pénalité, ne l'a pas, elle n'est jamais exécutée. Jamais, donc respectons ces lois d'abord, et ensuite essayons d'égaliser les addictions, parce que pour moi le tabac, le cannabis, l'héroïne, l'alcool, la consommation de substances psycho actives, c'est tout pareil.

Entretien 19

E : Première question générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : La question porte sur le général ou la médecine ?

E : Les deux ?

I : Alors qu'est-ce qui m'a poussé ? Je ne peux pas trop dire puisse que c'est une vocation on va dire, depuis l'enfance. Peut-être ai-je été influencée par un grand cousin, qui a vingt ans d'écart. Il était déjà médecin quand moi j'étais enfant. Est-ce que c'est ça ? Et donc petite, je n'ai pas changé d'avis. Après médecine générale parce que tout simplement mon papa est décédé pendant l'internat, donc démotivée, il fallait clôturer, et puis voilà.

E : Que vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Peu de succès, peu de succès... Oui peu de succès, parce que même s'ils sont motivés, j'ai pas eu de grande réussite, on va dire que... Ils replongent, ça m'évoque ça surtout. Après le rapport que j'ai moi avec les méthodes ? Si la question est là-dedans... sevrage tabagique me dit... Ouai, on va dire cinquante pour cent de réussite. Voilà c'est ça, sevrage tabagique, il y a cinquante pour cent de réussite. C'est tout ce que je peux vous dire (*elle rit*).

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez le sujet ?

I : Alors c'est eux qui abordent le sujet, c'est pas moi. Sauf pour ceux qui vont faire un infarctus (*elle rit*). Mais là c'est évident, ils arrêtent catégoriquement, ils ont tellement peur. Mais sinon la demande vient d'eux-mêmes : « Voilà, je voudrais arrêter ». Certains ont réussi sans patches ni quoi que ce soit hein, avec la seule motivation de l'esprit. Et donc c'est eux qui l'abordent : « docteur qu'est-ce que vous me conseillez : patches, chewing-gum, etcetera ? ». On leur dit « bon vous avez droit à cinquante euros pour l'année avec la sécu, voyez avec votre mutuelle si elle

rembourse ». Et c'est tout. C'est surtout une demande de leur part.

E : Il y a différents types de patients qui vous demandent ?

I : Des hommes surtout, même s'ils n'ont pas de facteur de risque hein. Ils ont envie d'arrêter, voilà. Mais je n'évoque pas ça pendant mes consultations. Sauf si, comme je vous dis, j'ai un angoreux etcetera. Sinon j'aborderais pas la question de ... Si quelqu'un vient pour une bronchite, oui je vais toujours demander s'il fume, parce que si ça siffle, ça m'intéresse. Mais s'il vient pour autre chose, je ne vais pas d'un coup lui dire « et au fait, vous fumez ? », non.

E : Et pour un patient donné, vous savez lequel fume, lequel ne fume pas ?

I : En général oui, oui parce que mes patients je les suis depuis longtemps. Donc je ne pose pas systématiquement la question à chaque fois quand quelqu'un consulte, mais en gros je le sais oui. Mais pour un patient nouveau, s'il ne vient pas dans un contexte qui m'oriente vers la question, un nouveau patient, je ne vais peut-être pas poser la question. S'il vient pour une gastroentérite, qu'il est nouveau patient, je ne vais pas d'un coup dire « est-ce que vous fumez ? ». Parce ce que ça n'a rien à voir avec la gastro. Il fume ou il ne fume pas, ça ne change rien. Maintenant je répète, un nouveau patient qui vient pour une grosse infection ORL, oui j'ai envie de savoir : est-il allergique ? Est-il en imprégnation tabagique chronique ? Mais en gros oui je sais, car ce sont mes patients depuis dix ans.

E : Qu'est-ce que vous pensez de l'association des deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? » ?

I : Oui, oui c'est intéressant, je la pose parfois, quand ils me disent qu'ils fument beaucoup. Quand je dis « vous fumez ? », alors d'autres vont vous dire « oui mais pas beaucoup ». Derrière je dis « combien ? ». Quand ils me disent « cinq cigarettes », je dis « oui c'est pas

beaucoup ». Si on me dit « oh je fume un paquet, un paquet et demi », je lui dis « vous n'avez pas envie d'arrêter ? ». Bon ils vont répondre certainement « oui j'ai essayé, ça n'a pas marché », ou « pas pour l'instant, je suis trop angoissé » etcetera. Mais oui, l'association des deux questions est presque automatique. *(Elle déverrouille son ordinateur)*

E : Et pour les patients qui sont motivés, vous faites une consultation pour ça ?

I : Euh, je ne fais pas une consultation exprès pour ça. S'ils me disent « j'ai envie d'arrêter », je leur demande combien de cigarettes par jour ils fument, je regarde dans mon Vidal, environ la consommation, pour choisir le degré de nicotine, par exemple patch vingt, trente etcetera... Et sinon pour ceux qui sont de très très gros fumeurs, j'envoie à la consultation de tabac à l'hôpital X. Je suis d'emblée réticente à tout ce qui est comprimé, je vous le dis. Champix j'en ai jamais prescrit.

E : Vous parliez de nicotine par contre ?

I : Oui plutôt des patches. J'ai jamais été prescriptrice du champix, avant qu'il y ait la polémique. J'ai jamais prescrit, et même l'autre hein.

E : Et ça vous arrive de travailler avec d'autres professionnels alors ?

I : Oui mais c'est rare hein, c'est rare. Les gens ils ne sont pas motivés. Moi je vous dis j'ai pas l'impression que... oui sinon j'envoie.

E : Vous avez l'impression qu'ils n'ont pas envie d'y aller les patients ?

I : Non non, ils ont pas envie d'y aller et ils n'ont pas tellement non plus envie d'arrêter. Les grosses réussites c'est pas moi qui ai incité. C'est les gens d'eux-mêmes, ils vont... ni sans patch ni rien, ils vont arrêter seul, du jour au lendemain. Bon parce que dans leur famille il y a eu un infarctus, le cousin avait un infarctus. Donc ils ont su qu'il fallait que le cousin arrête de fumer, du coup ils ont peur. Il y a quand même... c'est pas d'un coup pour rien qu'ils arrêtent, sincèrement non.

E : Et quand vous prescrivez de la nicotine en patch ou autre, est-ce que vous leur demandez de revenir ?

I : Moi personnellement ? Je leur dis « vous allez voir avec le pharmacien, ce qui vous convient ». Je leur dis « attention au grand jamais... ». J'explique qu'il ne faut pas fumer avec le patch, et que si le cerveau dit « j'ai envie d'une cigarette », il faut simplement arracher le patch, parce que c'est très dangereux d'associer les deux. Mais un suivi, non je ne vois pas tellement ce que je pourrais apporter. Non j'insiste sur ne pas fumer avec le patch, parce que ça pour moi c'est trop grave. Simplement, il faut que je leur fasse comprendre que c'est pas anodin. Mais un suivi non parce qu'après c'est dégressif, ça c'est le pharmacien. Je passe la main plutôt. Sauf si bien sûr, la dame de tabacologie après elle les revoie. En général c'est des gens qui ont fumé deux paquets et demi de cigarettes par jour. Des gens... les gros gros tabagiques oui.

E : Est-ce que vous voyez des femmes enceintes fumeuses aussi ?

I : Oui, alors là, j'ai beau leur expliquer que c'est une catastrophe etcetera... Elle avoue fumer une cigarette dans la journée, je leur dis « c'est de trop ». « Oui mais je ne peux pas m'en passer... ». Donc quand elle me dit un j'imagine cinq, parce qu'elle ne va pas dire la vérité hein ? Elle avoue une mais... C'est rare mais il y en a. Combien de pourcentage ? Je ne pourrais pas vous dire, parce que toutes les femmes qui viennent chez moi ne sont pas toutes des fumeuses hein. On va dire que j'ai... ma clientèle doit avoir trente-cinq, quarante pour cent de fumeuses chez les femmes, et les femmes enceintes peut-être il va y en avoir, celles qui avouent en tout cas, je vais dire vingt-cinq pour cent de fumeuses.

E : Ça vous pose des difficultés de les accompagner ces patientes ?

I : Non, par rapport à quoi ?

E : Par rapport à l'arrêt du tabac ?

I : Mais là on n'est pas dans un... j'ai pas besoin de prescrire de patch là pour arrêter. Je leur dis « il faut arrêter ». Et puis c'est tout, « vous intoxiquer votre enfant ».

E : Mais comme ça ne marche pas à tous les coups...

I : Oui mais on ne va pas mettre de patch pendant qu'elle est enceinte de toute manière.

E : Ça ne vous met pas particulièrement en difficulté cette situation ?

I : Non, je leur tire les oreilles, je n'ai aucune gêne à leur dire, je répète. Après elles disent « non mais je compte arrêter en cours de grossesse ». Mais je ne les voie plus souvent après. Je les voie en général au premier trimestre, parce que je fais l'écho du premier trimestre, le bilan sanguin, la déclaration de... Après je ne les voie plus, c'est la gynéco. Je les voie épisodiquement s'il y a une infection urinaire. Mais je les voie pas beaucoup, donc même si je leur répète mon discours, j'espère que la sage femme fait plus que moi... Mais ils le font pas, c'est du travail à la chaîne.

E : Les patients vous parlent de leur entourage quand ils viennent parler de tabac ?

I : Dans quel sens ? Qu'ils intoxiquent leur entourage ? Le fumeur ne se soucie pas de son entourage, non non. Il y en a un seul qui m'a dit « je viens d'avoir un bébé je voudrais arrêter ». Un seul, j'ai en tête un homme jeune, une trentaine d'années. Sinon les autres non. C'est très égoïste comme démarche, c'est pour eux-mêmes. Et comme je vous dis, ceux qui ont arrêté spontanément, c'est parce que dans la famille il y a eu des problèmes de santé gravissimes. Je pense qu'ils ont eu peur voilà. Mais c'est pas pour dire « mon entourage est un fumeur passif... ». J'ai des femmes qui se plaignent quand des fois j'aborde la question de dire « ça serait bien que vous arrétiez de fumer parce que vous avez de l'hypertension, vous êtes en surcharge pondérale. Bon là les poumons vont bien mais franchement ça serait bien d'arrêter, parce que tout ça ça ne fait pas

bon ménage ». La femme à côté s'empresse de dire « oui, et moi docteur je fume avec lui », et lui qui dit « mais non mais non ». Il ne reconnait pas (*elle rit*), « je fume sur le balcon docteur ». Ils ne reconnaissent pas du tout non.

E : Comment vous vous sentez quand vous abordez ce thème avec les patients ?

I : A l'aise ouai, très à l'aise. Je n'ai pas le sentiment de faire la morale, j'ai le sentiment de faire un travail de médecin. Parce que quand je dis « il ne faut pas manger gras pour ne pas avoir de cholestérol », c'est la même chose : « ne fumer pas pour ne pas avoir de problème de santé ». C'est pas être moralisatrice. Mais comme moi je ne suis pas fumeuse, je peux je pense avoir plus de poids. Honte aux médecins qui quand même, qui fument et qui disent « mais c'est pas bien de fumer ». Enfin ça passe mal. Après il vous voit dehors, vous arrivez : « eh ben elle me dit qu'il ne faut pas fumer et elle fume » (*elle rit*). Je pense qu'il n'y a pas de cohérence. Comme le médecin en surcharge pondérale qui n'arrête pas de faire du baratin à son patient, de lui dire « vous mangez trop, vous avez du diabète, vous avez du cholestérol » et le médecin y déborde. Je trouve que ça ne va pas. Donc moi je suis à l'aise parce que je ne fume pas.

E : Le médecin doit être l'exemple ?

I : Ben en tout cas il devrait s'abstenir de donner des conseils si lui ne les suit pas. J'ai pas dit qu'il doit faire l'exemple. S'il veut se laisser aller il n'a qu'à se laisser aller, s'il veut grossir il n'a qu'à grossir. Quand il suit un diabète il devrait dire « voilà je vous conseille de faire ça ». Mais sans être trop insistant parce que lui-même n'a pas pu. Donc ça voudrait dire « ah le médecin il voit bien que c'est difficile de se contrôler, lui-même n'est pas capable », « alors comment il peut me dire que c'est mal de fumer alors que lui il se prend dix cigarettes, on le voie tout le temps ». Voilà faut pas... Moi je peux insister.

E : Votre pratique de l'aide au sevrage tabagique, elle vous satisfait ?

I : Pas tellement parce qu'on n'est pas tellement formés en même temps. La connaissance qu'il y a... oui les patchs etcetera, les comprimés hein, qui sont pour moi une calamité. Non parce que je n'ai pas le sentiment d'aider à cent pour cent.

E : Vous aimeriez avoir de meilleurs résultats ?

I : Oui, exactement.

E : Les connaissances que vous avez, vous les avez acquies comment ?

I : On va dire toute seule, parce que les patchs on les a toujours connu. Après par la visite médicale, les comprimés c'est la visite médicale. Le reste par nous-mêmes.

E : C'est-à-dire en formation continue ?

I : Non non les revues plutôt.

E : Vous avez l'impression qu'il vous faudrait plus de formation ?

I : Y a pas grand-chose sur le marché en même temps. Moi je pense que le succès ça vient de là (*elle montre sa tête*). Quatre-vingt-dix pour cent du succès ça vient de là, les patchs c'est dix pour cent. Mais si je voulais vraiment les suivre totalement, peut-être oui, que je devrais avoir une petite formation. Pas sur cinq journées, mais une demi journée. Peut-être qu'on me dirait un peu plus de choses : comment aborder la question, comment avoir le bon mot pour les motiver etcetera... Après sur le marché il n'y a pas grand-chose. Et si on me parle du Champix ça ne sert à rien, je ne donne pas, la Zyban non plus. Donc non, je n'ai pas envie de donner un médicament et de rendre mon malade anxieux, insomniaque... Je ne vois pas l'intérêt, puisqu'il y a un risque avec ces produits-là. Voilà oui une petite formation d'une demi-heure peut-être.

E : Vous aimeriez faire l'accompagnement complet du sevrage ?

I : Est-ce que j'aimerais ? Oui, si j'ai en face de moi quelqu'un de motivé, mais je les voie je

vous dis, ils ne sont pas... Oui bien sûr que j'aimerais, c'est pas gênant ça prend pas trois heures non plus hein. C'est comme une consultation quel... ouai n'importe laquelle. Après je vous dis j'ai pas des gens tellement, ... Ils prennent le patch pendant un mois, ils vous disent « j'ai arrêté », et six mois après « non mais j'ai recommencé ». En tout cas dans mon expérience... peut-être que sur une grande échelle on verrait plus de réussite... Mais chez moi non, je vais dire que peut-être que celui qui prend le patch... Sur dix malades qui ont tentés le patch, peut-être trois virgule cinq, quatre ne fument plus jamais jamais. Voilà : je dirais trente-cinq-quarante pour cent.

E : La relation médecin patient, elle a une place importante dans cette consultation ?

I : Comme dans n'importe quelle autre... Avec moi tout est important, tout à une place importante, donc oui, mais pas plus qu'autre chose.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire sur la politique de santé publique ?

I : Ben déjà d'avoir interdit de fumer dans les lieux public c'est très bien. Est-ce qu'ils peuvent faire plus...je ne pense pas. Là vous abordez un sujet qui est délicat : santé publique égale politique, politique égale hypocrisie... (*Elle rit*) Ils essaient de faire, après l'individu est libre. Je pense qu'ils fument moins certains, parce qu'ils ne peuvent plus fumer dans les bars etcetera. Mais qu'est-ce que peut faire de plus la santé publique ? Après on est dans la sphère privée. Ils ont agit au niveau public, des lieux publics. Des matraquages publicitaires pour dire « le tabac ça tue » ? Rouler à deux cent sur l'autoroute ça tue et ils continuent à rouler à deux cent sur l'autoroute hein. Buvez de l'alcool et conduisez ça tue, les gens continuent à boire de l'alcool. Alors la santé publique, pour faire encore de la publicité qui montre les méfaits du tabac... ça change rien. Vous avez vu les photos qu'ils mettent ... ? Ça change rien, les gens le savent hein. Donc je ne pense pas qu'on puisse faire plus sincèrement.

Je réfléchis...non, non, ou alors interdire le tabac (*elle laisse retomber ses bras*). Et alors ça deviendrait comme le cannabis, une filière illégale, parallèle, et donc on ne résout pas le problème. Non je pense que la santé publique a fait ce qu'elle a pu. Et je ne pense pas qu'elle peut faire plus sincèrement.

E : Et sur le plan financier ?

I : Est-ce que augmenter le prix ça va les empêcher de fumer ? Moi je pense que oui, mais c'est compliqué augmenter le prix hein. Parce qu'après ceux qui détiennent justement... C'est pour ça que je vous disais c'est beaucoup d'hypocrisie, c'est politique. Ceux qui vendent le tabac ils vont jamais... « Vous augmentez les prix, on va plus rien vendre ! On va aller à la faillite ! ». C'est pour ça que c'est hypocrite. Ils essaient de faire quelque chose mais en même temps pas tant que ça, parce qu'ils veulent préserver... C'est pour ça que j'ai utilisé le mot d'hypocrisie, c'est comme l'alcool, c'est hypocrite. Il y a les lobbies des gens qui détiennent l'alcool, ils font pression sur les politiques, et donc voilà. Ils peuvent augmenter les taxes hein, ils peuvent dire « ben voilà : un paquet de cigarette, dix euros ». Oui les gens vont se dire « c'est un luxe », ils n'achèteront plus. Sûr et certain, mais ils ne le feront jamais, donc pourquoi en parler puisse que ça ne sera jamais fait (*elle rit*).

E : Est-ce qu'il y a d'autre chose que vous voudriez me dire sur l'aide au sevrage tabagique ?

I : Moi je dirais qu'il faudrait plus une aide psychologique, pour moi c'est une psychothérapie, c'est un drogue. Donc la consultation de tabacologie de X, moi j'ai eu des déceptions, parce qu'elle a insisté justement à prescrire le Champix. Alors que je pense que c'est comme l'alcool, il faut que la consultation soit longue, prolongée. Quand on me dit « est-ce que j'aimerais »... oui mais ils ont plus besoin d'un soutien psychologique puisque ça vient de là. Donc je ne vais pas dire que c'est une psychothérapie qu'il faudrait,

non j'exagère. Mais peut-être qu'il faudrait une autre façon d'aborder le problème. Et non pas juste prescrire le comprimé. Parce que souvent les gens quand ils arrêtent de fumer ils sont anxieux, ils fument pour se détendre, ils sont stressés. Beaucoup vous disent « non c'est pas le moment ». Un étudiant qui passe des examens vous dira « non je ne vais pas arrêter de fumer ». Quelqu'un qui cherche du boulot, il ne va pas arrêter de fumer à ce moment-là. Comme chacun a un souci, ils vous disent « ça tombe mal, pas à cette période ».

E : C'est jamais le bon moment ?

I : C'est jamais le bon moment voilà, jamais. Donc ils sont là-dedans. Je ne sais pas quoi dire de plus (*elle rit*).

Entretien 20

E : Première question générale : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : C'était par vocation je crois oui.

E : La médecine générale en particulier ?

I : Oui.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Une nécessité, une difficulté.

E : Difficulté dans quel sens ?

I : Parce que c'est pas facile !

E : Qu'est-ce qui n'est pas facile ?

I : Ben de mener à terme un sevrage quoi.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez le thème du tabac ?

I : Ben je l'aborde à-peu-près systématiquement, en tout cas au niveau de la recherche des facteurs de risque, pour tous ceux dont je sais que le tabagisme est un problème. Enfin une réalité et un problème. Donc je le fais de façon un peu insistante. Un peu comme j'ai l'habitude de le faire dans toutes les conduites addictives : chaque fois rappeler le problème, même brièvement.

E : Et initialement comment vous l'avez identifié ?

I : Je demande systématiquement. Quand c'est un nouveau patient, je demande systématiquement : « est-ce que vous avez une activité physique ? Est-ce que vous avez telle maladie ? Est-ce que vous fumez ? ».

E : Et du coup vous savez qui fume ou non et vous le rappelez... ?

I : Oui tout à fait, c'est au niveau du logiciel, du dossier patient, c'est systématiquement inscrit.

E : Qu'est-ce que vous pensez de l'association de deux questions « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? » ?

I : Bonnes questions au pluriel.

E : C'est un peu ce que vous faites ?

I : Oui oui.

E : Comment vous amenez le sujet chez les patients qui sont fumeur ?

I : Très simplement, je formule une question. Je sais qu'ils sont fumeur, je pose la question.

E : Et après vous développez ou pas forcément ?

I : Ben je développe si les gens veulent bien qu'on développe. Ce qui n'est pas toujours le cas hein, il y a des gens qui nous disent, fumeur, « j'ai pas l'intention de fumer », euh « de m'arrêter ».

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi ?

I : Oui.

E : Est-ce que ça présente des particularités par rapport aux autres fumeurs ?

I : Oh, c'est plus facile chez une femme enceinte de relever le risque, pour elle-même et pour le bébé.

E : Elles sont plus à l'écoute ?

I : Elles sont en principe plus à l'écoute.

E : Il y a des difficultés particulières avec les femmes enceintes ?

I : Non, non.

E : Est-ce que les patients vous parlent de l'entourage aussi à propos du tabac ?

I : Quelques fois oui. De façon incidente un petit peu, en disant « je vais fumer sur le balcon ».

E : Comment vous vous sentez généralement quand vous abordez ce thème ?

I : Je me sens bien (*il rit*).

E : Parce que vous me dites c'est difficile... ?

I : Je ne l'appréhende pas d'une façon difficile. Je la présente comme, la difficulté c'est une réalité, c'est un facteur comme d'autres. M'enfin en médecine il y a d'autres circonstances qui sont difficiles.

E : Par rapport aux autres thèmes de médecine générale, le sevrage tabagique comment vous le situez ?

I : Comme un facteur de risque parmi d'autres. Mais la difficulté elle vient de la difficulté à traiter un peu toutes les addictions hein.

E : Qu'est-ce qui est commun à toutes les addictions ?

I : Le rôle relativement limité de la volonté. Et quelqu'un qui a une addiction éthylique c'est largement aussi difficile. C'est probablement plus difficile que le sevrage tabagique, ou une addiction à autre chose...

E : La volonté ne suffit pas ?

I : Ah sûrement pas. Comme c'est quand même un mélange de facteurs psychiques et de facteurs... Je dirais neurobiologiques. Voilà donc la marge de manœuvre est à la fois plus large et plus étroite.

E : Plus large dans quel sens ?

I : Plus large parce qu'on peut jouer sur différents éléments, et plus étroite parce qu'il y a quand même l'addiction à la nicotine qui est une réalité neurobiologique.

E : Sur quels éléments vous jouez par exemple ?

I : Sur la petite faille, à un moment donné, les gens on sent, ils veulent s'arrêter. Ceux qui arrivent à s'arrêter c'est qu'à un moment donné ils en ont marre. C'est une espèce de dégoût, il vous dit « j'en ai marre de me voir le soir, sortir à 9 heures du soir pour acheter un paquet de cigarettes, traverser la ville », ou « moi j'en ai marre de sentir que ma voiture sent le tabac ». Voilà il y a un moment, c'est comme pour tout en médecine hein, il y a un moment où on peut dire les choses, et il y a

d'autres moments où on peut dire tout ce qu'on veut, ça ne marche pas.

E : Et quand vous sentez que les patients sont prêts, vous les accompagnez comment ? Vous faites une consultation dédiée au sevrage ?

I : Quelquefois oui, pas forcément. On peut repérer le problème et leur dire « venez pour en parler plus tranquillement, on peut mettre en route quelque chose », voilà oui.

E : Vous les revoyez aussi ?

I : Oui oui.

E : Vous leur demandez de revenir ?

I : Oui, parce qu'en général, je me suis rendu compte que tout ce qui est... Finalement ce qui ne marche pas tellement c'est les consultations, enfin de ma modeste expérience, c'est les consultations dédiées auprès des tabacologues, ça ne marche pas trop ça.

E : Vous ne travaillez pas en relation avec d'autres professionnels là-dessus ?

I : Ça m'est arrivé d'envoyer des patients chez un tabacologue, m'enfin la réponse qu'ils... L'efficacité n'est pas très bonne je trouve. Je pense que quand même ils préfèrent régler ce problème avec le médecin dont ils ont l'habitude.

E : Les patients n'accrochent pas trop avec un médecin extérieur ?

I : Les patients n'accrochent pas trop avec un médecin extérieur parce que c'est quelque chose qui... qui fait partie de leur vie quand même hein, le tabac. Donc ils préfèrent quelque fois en parler avec le médecin qui connaît un petit peu leur vie, ou leurs difficultés à un moment donné. Encore une fois comme il y a une intrication fréquente avec des facteurs psychologiques, on sait qu'à un moment donné c'est quelque chose qui peut les faire avancer.

E : C'est important de bien connaître les patients ?

I : Voilà oui.

E : Du coup on a un peu parlé de la relation médecin patient : il faut que le médecin connaisse bien son patient ?

I : Il faut que le médecin connaisse bien son patient, et qu'il soit à même de l'écouter hein quand même.

E : Est-ce que votre pratique de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait ?

I : Oui, j'essaie de l'améliorer, mais enfin elle me satisfait. J'essaie de lire, il y a une grosse monographie de la revue du praticien là qui est sortie le mois dernier ou il y a deux mois, très complète. Bon comme je lis systématiquement quand même les trucs, j'essaie d'en savoir un peu plus.

E : Les connaissances que vous avez sur le sevrage, elles vous viennent de vos lectures essentiellement ?

I : Oui.

E : En formation initiale... je ne sais pas si vous avez eu... ?

I : C'est un peu loin maintenant (*il rit*).

E : Et puis à l'époque c'était pas trop...

I : Non non il n'y avait rien. Il n'y avait rien, tous les médecins fumaient comme des sapeurs.

E : Vous faites de la formation médicale continue là-dessus ?

I : Non c'est la lecture.

E : Peut-être l'expérience des consultations aussi ?

I : L'expérience des consultations... Enfin ma formation médicale continue, elle est essentiellement... enfin les choses auxquelles je m'intéresse, c'est essentiellement le versant un peu psychologique de l'addiction. Et ces relations un petit peu avec les autres difficultés des gens. Enfin c'est quelque chose qui est très lié avec la relation médecin-patient.

E : comment vous situez par rapport au patient fumeur ?

I : Comme un témoin qui peut proposer de l'aide.

E : Et par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Mon statut tabagique... Je suis un petit fumeur... Je suis très marginal hein... Je suis un petit fumeur de pipe, mais sans addiction, puisque quand je m'arrête c'est pas ...

E : Est-ce que vous pensez que ça change quelque chose dans votre prise en charge ?

I : Non parce que vraiment, ça ne correspond pas du tout... Bon j'arrive à repérer là où ça passe à l'addiction. Enfin ça ne correspond pas... Je ne suis pas un grand fumeur... Donc l'addiction personnellement je ne l'ai jamais eu, voilà donc je ne peux pas...

E : Ça ne vous aide pas et ça ne vous gêne pas non plus ?

I : Non.

E : Une chose que je ne vous ai pas demandé tout à l'heure : est-ce qu'il y a quelque chose qui vous fait penser à aborder le thème en consultation en particulier ?

I : Au niveau des facteurs de risque... Quand très clairement le tabagisme est un facteur de risque majeur, comme dans la prévention cardiovasculaire, essentiellement, ou respiratoire.

E : Selon le terrain du patient, ces antécédents ?

I : Voilà.

E : On n'a pas trop parlé de la rechute, est-ce que c'est pour ça que vous dites que c'est difficile d'arriver au bout du sevrage ?

I : Ben la rechute, oui, elle est quand même assez fréquente, la rechute, donc... Enfin je la place vraiment au niveau des addictions, pour moi c'est une addiction comme les autres.

E : Et la rechute, par rapport aux autres addictions quelle est sa place ?

I : Ben c'est un évènement de vie, c'est une réalité.

E : C'est pas particulièrement un obstacle ?

I : Non.

E : Est-ce que ça vous pose des problèmes en pratique d'aborder le thème du sevrage tabagique en consultation, du point de vue de l'organisation ?

I : C'est peut-être une question de temps.

E : Un peu plus de temps ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire concernant la politique de santé publique à ce sujet ?

I : Qu'elle est d'une extrême hypocrisie. Parce que l'état est quand même le grand pourvoyeur de drogues en la matière. Comme c'est également un grand pourvoyeur de taxes, visiblement ils ne veulent pas que ça s'arrête hein. La loi Evin elle est un peu restée dans les cartons.

E : Et du point de vue financier ?

I : Ben il y a des gens qui... pff c'est pas tellement une limite. On voit quelque fois des gens qui un beau jour arrêtent en disant « c'est trop cher ». Mais même ceux qui n'ont pas trop d'argent ils se débrouillent toujours pour trouver l'argent de leur cigarettes hein.

E : Est-ce que vous voyez autre chose à me dire sur le sevrage tabagique ?

I : Que c'est... que quand même les moyens... En particulier les moyens pharmacologiques qu'on a à notre disposition ne sont pas très satisfaisants (*Le téléphone sonne, il répond*). Le champix est mal supporté quand même, comme c'est souvent le cas chez les personnes qui ont des problèmes psychologiques, efficace mais mal supporté. Les timbres, oui les gens passent tous par les timbres, mais finalement les gens qui veulent vraiment s'en sortir

finalment ils s'en sortent seuls, ou alors ils trouvent une solution un peu marginale, ils vont faire de l'acupuncture, ils vont voir le guérisseur ou je ne sais pas quoi.

E : Il n'y a pas une méthode qui apporte vraiment d'efficacité ?

I : Je ne crois pas, de mon expérience non.

Entretien 21

E : Première question : est-ce que vous pouvez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Euh j'ai échoué à l'internat en chirurgie ? C'est vrai en plus, j'ai échoué à l'internat en chir. Et donc c'était ou chir ou médecine générale, donc j'ai pris médecine générale parce que je ne me voyais pas faire une spécialité cantonnée toujours à la gastro, la pneumo... Donc il fallait qu'il y ait un petit peu des nouveautés, du changement, et puis un contact avec le patient, voilà pourquoi j'ai fait médecin généraliste.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème du sevrage tabagique ?

I : Ben débarrasser les gens de leur maladie du tabac, un problème de santé, et après des difficultés relationnelles.

E : Des difficultés relationnelles ?

I : Ben c'est-à-dire que les gens qui fument beaucoup, généralement ils se réfugient là-dedans pour fuir quelque chose. Donc il ne suffit pas dire « bon ben on arrête le tabac, je vous donne du champix, des patches ou des trucs à sucer ». C'est « pourquoi je fume ? ». Les grands fumeurs hein, pas ceux qui fument cinq cigarettes comme ça. Comme les alcoolos, enfin pas à un degré aussi important, mais quand même, il faut toujours gratter un petit peu pour savoir pourquoi ils fument beaucoup.

E : Parlez-moi des patients avec qui vous abordez le thème du sevrage tabagique ?

I : Tous. Tous les fumeurs je leur dis « écoutez, il faut ou arrêter ou diminuer ». Et après ou ils ont envie, ou ils sont motivés, ou ils ont pas envie, ben voilà ça s'arrête là quoi.

E : Vous leur en parlez à quel moment ?

I : Dans la consultation ou dans la vie ? Dans la vie c'est pas tout de suite. Les gens qui arrivent en fumant, c'est pas lors de la première consultation qu'on va pas dire « faut

arrêter de fumer ». Après une fois qu'on se connaît un petit peu je leur dis « vous savez la cigarette c'est un facteur de risque, comme le cholestérol, le sucre... Ben la cigarette soit vous arrêtez soit vous diminuez ». (*Le téléphone sonne, il répond*)

E : A quel moment vous identifiez le statut fumeur ou non fumeur du patient ?

I : Je leur demande « vous fumez ? » point.

E : A toutes les consultations ?

I : Ben si ça a un intérêt. Par exemple s'il y a un problème infectieux, une angine, une bronchite... On demande s'ils sont fumeur ou pas. S'il y a une thérapeutique particulière à ne pas donner ou à donner, on demande s'ils sont fumeur ou pas. Non pas à toutes les consultations. M'enfin, assez vite on sait si les gens sont fumeurs ou pas hein. On a toujours l'occasion de... S'ils sont allergiques, bon voilà : « Est-ce que vous fumez ? » « Oui » « Bon ça aggrave l'allergie ». S'ils sont asthmatiques : « Est-ce que vous fumez ? » « Oui » « Bon ça aggrave l'asthme ». S'ils sont hypertendus : oui, non, ça aggrave. Donc pas à toutes les consultations : un étudiant en médecine qui vient et qui... je ne sais pas moi, qui a besoin d'un certificat pour le sport... Et encore même pas, parce que pour le sport on est censé demander aussi s'il fume. Donc vous voyez, même pas. Enfin je ne sais pas, ouai, souvent on demande. (*Le téléphone sonne, il répond*)

E : Et un patient qui vous répond « oui je fume », comment vous enchaînez après ?

I : Ben « est-ce que vous avez envie d'arrêter ? » : oui, non. Première question : « vous fumez ? » « Oui ». (*Il répond au téléphone*). Ben oui parce que s'ils ont pas envie d'arrêter de fumer, c'est même pas la peine. Après on leur dit « bon vous savez il faut arrêter, parce que c'est bien pour votre santé, parce que ci parce que là ». Mais c'est même pas la peine de dire « bon on passe à l'étape suivante : qu'est-ce qu'on fait ? », parce que c'est fini, c'est perdu là.

E : Qu'est-ce que vous pensez du conseil minimal ?

I : C'est quoi le conseil minimal ?

E : Le conseil minimal c'est deux questions, c'est « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? ».

I : Ah ben j'en pense que du bien : c'est ce que je fais. Je le savais pas mais enfin bon.

E : Vous voyez des femmes enceintes fumeuses aussi ?

I : Ça arrive. Alors ou elles arrêtent avant, ou elles n'arrêtent pas. C'est-à-dire dès qu'elles sont susceptibles d'être enceinte, elles vous disent « dès que ...hop j'arrête ». Ou alors elles continuent de fumer pendant la grossesse. Il y en a, il y en a encore qui continue de fumer pendant la grossesse hein. Elles diminuent mais elles continuent à fumer.

E : Ça ça peut poser des difficultés ?

I : Ben de toute façon si une femme enceinte elle est pas capable d'arrêter de fumer, c'est même pas la peine quoi, elle, jamais vous ne l'arrêterez de fumer. Soit parce qu'elles ne sont pas assez cérébellées pour comprendre que ce n'est pas bon pour le bébé, soit parce que bon... Mais là vous y pouvez rien. Là contre ça vous ne pouvez rien, la stupidité, c'est fini quoi.

E : Est-ce que ça arrive que les patients vous parlent de leur entourage à propos du tabac ?

I : Alors dans un deuxième temps c'est vrai qu'il faut aborder l'entourage, parce que si le conjoint fume et qu'il n'y en a qu'un seul qui s'arrête de fumer... Je vais vous dire « bon, faites-le, mais ça va être dur, parce que si votre conjoint fume à la maison ça va être difficile ». Donc c'est à ce moment-là qu'il faut embrayer sur « est-ce que tous les deux arrêtent ou tous les deux n'arrêtent pas ? ». Mais c'est dans un deuxième temps.

E : Comment vous vous sentez quand vous abordez le thème du tabac avec le patient ?

I : A l'aise parce que je ne leur mets pas de pression, je ne suis pas revendicatif, c'est pas « il faut arrêter ». (*Le téléphone sonne il répond*). Pour que ça marche il faut que ce soit dans un climat sympa, de confiance où on parle... Si j'arrive en disant « ouai il faut arrêter de fumer, c'est pas bon pour vous, vous êtes un con ». C'est même pas la peine que les gens ils s'arrêtent quoi, en gros. Il faut leur dire « bon écoutez, le tabac c'est pas bon pour vous », « oui je le sais », « bon alors vous le savez, vous avez envie de continuer ou pas ? Vous savez que vous risquez l'insuffisance respiratoire, la bouteille d'oxygène accrochée au dos quand vous aurez soixante-quinze ans », « ah ouai, mais vous comprenez pff... ». Bon ça va stop. Et la consult d'après je dis « bon alors et la cigarette ? ». Non mais c'est vrai il faut s'y remettre. Au bout d'un an des fois ils vous disent « ah ouai, bon on va essayer ». Faut pas de décourager, mais ça sert à rien d'attaquer bille en tête, si vous les prenez à rebrousse poils, jamais ça ne marchera.

E : La relation médecin patient, ça a quelle place dans cette prise en charge ?

I : C'est ce qu'il y a au début. Je veux dire, s'il n'y a pas une bonne motivation... A moins que le type soit très motivé. Moi j'ai eu le cas d'une personne très motivée, qu'on avait jamais vu qui dit « moi je suis fumeur, je veux arrêter de fumer, je viens vous voir ». D'accord, là bon, vous lui donnez son truc, vous lui dites « voilà ce qu'il faut faire, vous m'appellez s'il y a un souci ». Mais à part ça sinon elle est au premier plan, si vous voulez aider les gens à arrêter de fumer, il faut qu'il ait déjà un peu confiance en vous. Et qu'ils croient ce que vous leur dites, les effets secondaires...

E : Pour amener la motivation, il faut qu'il y ait une bonne relation médecin-patient ?

I : Pas tous, mais il y en a beaucoup, mais pas tous. Il y en a qui arrivent en disant « moi j'ai envie d'arrêter de fumer ». Après quand ils vous connaissent au bout d'un moment ils vous disent « qu'est-ce qu'on peut faire pour arrêter

de fumer ? », « Ben d'abord il faut avoir envie, vous avez envie ? », « Ouai euh... », « Bon alors non c'est que vous avez pas envie. Vous avez vraiment envie ? », « Ah ouai non vraiment là j'en ai marre, c'est trop cher, les enfants, tout ça... », « Bon maintenant on peut envisager le sevrage tabagique, vous allez voir ça va être dur, mais bon il faut faire ci il faut faire ça, il faut essayer... ».

E : Est-ce que votre pratique de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait ?

I : Mouai parce que des fois on y arrive quand même, quand on arrive un petit peu à arrêter c'est sympas. Après il y en a qui rechutent. Il y en a pas mal quand ils ont vraiment envie, qui arrêtent définitivement, ouai c'est sympas quand même.

E : Les rechutes c'est fréquent quand même ?

I : Ça arrive ouai. Mais après c'est toujours pareil, quand ça marche bien on oublie, et quand ça rechute on se dit « ah ouai c'est vrai ça ». Il y a plus de succès que d'échec, mais il y a quand même des échecs.

E : Comment vous gérez les rechutes ?

I : Ah ben on remotive hein. Si c'est dans l'immédiat : ils ont arrêté pendant un mois mais ils y arrivent pas, c'est que peut-être qu'il y a du stress au boulot, peut-être qu'il y a quelque chose qui ne va pas, donc bon, il faut laisser passer un peu de temps et s'y remettre. Si une rechute est tardive à deux trois quatre cinq ans, il faut les remotiver, leur dire « écoutez vous êtes capable d'arrêter, bon vous avez repris parce que... ». Souvent il y a eu quelque chose « il s'est passé ça mais bon, ça va vous continuez à fumer un petit peu, on va essayer de diminuer jusqu'à cinq et après on va essayer d'arrêter, comme on avait réussi il y a deux trois quatre ans ».

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage tabagique vous viennent d'où ?

I : Oh ça doit être des EPU, des pneumologues ...

E : Vous voudriez avoir plus de formation là-dessus ?

I : Non, pour l'instant ça va.

E : Quand le patient est motivé, vous faites une consultation dédiée à l'aide au sevrage ?

I : Ah s'ils viennent pour ça bien sûr. S'ils viennent pour ça. Sinon non, ça fait partie d'une consultation pour un autre sujet, et généralement il y a toujours pour un autre sujet. Après si c'est un accompagnement, je leur dis « bon écoutez, si ça va pas dans un mois vous venez me voir ». Mais voilà, la première, soit ils sont très motivés, oui, soit c'est moi qui l'aborde et à ce moment-là ils disent « oui bon d'accord ». Mais par contre après le suivi, oui, c'est un suivi de sevrage.

E : C'est-à-dire ?

I : C'est-à-dire en gros si tout va bien je les revoie à un mois, pour qu'ils me disent où ils en sont. Et puis après c'est bon, si ça va bien à un mois ça va, mais il faut les revoir à un mois quoi, ne pas les laisser tout seuls.

E : Vous leur dites de revenir ?

I : Oui je leur dis « au bout d'un mois vous voyez : si vous avez arrêté et que tout va bien oui, si vous sentez que... venez ».

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ?

I : Comme un médecin, donc je suis là pour l'aider, pas pour lui faire la guerre ou pour lui imposer des trucs, ou pour être contre sa volonté. Je suis là pour l'éclairer sur les points négatifs du tabac et donc l'aider à s'en sortir s'il a le désir de s'en sortir. Mais non je ne suis pas un arbitre, je ne suis pas un juge.

E : Et par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Bon je fumais quand j'étais étudiant, comme tout le monde quoi. Je fumais un peu de cigarettes, après je suis passé à la pipe. Mais bon j'en fumais un peu aussi. Et j'ai arrêté spontanément avant de m'installer, donc non je

n'ai jamais été un grand fumeur. Ça m'a jamais posé de problème quoi.

E : Ça ne change pas votre prise en charge du patient fumeur ?

I : Non, je ne serais pas crédible si j'étais un grand fumeur. Si vous voulez interviewer un grand fumeur, moi j'en connais un qui fume trois paquets par jour. Donc vous allez le voir et vous verrez un peu comment il va vous causer. Mais c'est vrai que lui il est pas très crédible. Quoi je veux dire son bureau c'est la (*mot incompréhensible*) de la Seita, il y a de la fumée partout, je pense que pour le sevrage il ne doit pas être très fort.

E : Donc ça joue : il vaut mieux être non fumeur pour pouvoir aider les patients fumeurs ?

I : Je pense, parce que vous n'êtes pas crédible. La première chose que les patients vous disent : « ouai le docteur machin, le cardiologue, il fume comme un pompier ! ». C'est pas sérieux.

E : Par rapport aux autres thèmes abordés en médecine générale, est-ce que ça a une place particulière ?

I : Ça a une place particulière dans le cadre de la cardio et de la pneumo, parce que c'est de l'épidémiologie et de la prévention pour les atteintes cardiovasculaire et pneumologique. Après non, c'est pas...

E : Est-ce que ça vous pose plus de difficultés que d'autres thèmes abordés en médecine générale ?

I : Non ça ne me pose aucune difficulté. Je veux dire : ou les gens ont envie et on les aide, par un moyen ou par un autre, mais on se débrouille pour les aider, ou ils ont pas envie vraiment et pff ça na marchera pas. Non, ça ne pose pas de problème.

E : Et d'ailleurs pour les aider est-ce que vous avez recours à d'autres professionnels ?

I : Alors moi j'essaie de me dépatouiller dans mon coin. Mais si nécessaire il y a des

consultations anti-tabac, y a le psychologue, y a l'acupuncture, y a le psychothérapeute, y a l'auriculothérapeute, y a tout ce que vous voulez. Après quand les gens ont envie... Même l'hypnose, ça m'est arrivé d'envoyer à l'hypnose à X une fois ou deux. Je veux dire, après quand les gens ont vraiment envie, et qu'ils n'y arrivent pas, il faut les aider par tous les moyens possibles quoi.

E : Vous avez-vous-même des coordonnées de personnes à qui adresser ?

I : Ah ben il y a les consult anti tabac en face, et puis il y a l'hypnothérapeute qui était à X qui faisait ça et puis un auriculothérapeute à X oui j'ai deux trois personnes.

E : Au niveau pratique ça vous pose des difficultés d'organisation ?

I : Non, c'est une consult comme une autre hein. Les gens arrivent en médecine générale, ils ont un problème à résoudre généralement, donc ils vous exposent leur problème, après vous les aidez à résoudre leur problème, si c'est le tabac ben voilà.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire concernant la politique de santé publique en la matière ?

I : Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? La politique de santé publique... On est dans un système où l'argent de la cigarette rapporte plus que... alors y a pas... Je veux dire il faudrait l'interdire, tant qu'on l'autorise... Mais après vous ruinez le débit de tabac, vous ruinez le cigarettiez. Il y a la publicité, il y a tout ça. Mais si c'était pas ce contexte économique qui fait qu'on est obligé de maintenir la cigarette, faudrait l'interdire, c'est un poison hein. C'est un poison, ça n'apporte rien. Alors après les gens vont vous dire c'est comme l'alcool. Ouai, sauf que l'alcool, les gens ils ne boivent pas trois litres de whisky par jour sauf les alcoolos. Si les gens étaient capables de fumer que deux cigarettes par jour comme boire deux verres de vin, ça serait parfait. Donc oui ça pose problème. Moi ça ne me pose pas de problème

en tant que médecin. En tant que citoyen, ça me pose un gros problème, c'est qu'on ne fait pas ce qui faut quoi. Mais c'est le contexte économique qui veut ça je pense. Mais je le déplore.

E : Et sur le plan financier ?

I : Financier pour qui ? Pour les gens ou pour moi ?

E : Les deux ?

I : Sur le plan financier pour moi c'est une consultation, bon ça ne change rien, je ne prends pas plus cher ni moins cher. Pour les gens c'est vrai que ça coûte cher le tabac, mais bon après, si c'est un privilège qu'ils s'octroient, tant pis pour eux, c'est mauvais pour leur santé et ça leur coûte de l'argent, une fois que vous leur avez dit...

E : Est-ce que vous voyez d'autres choses à me dire sur le sevrage tabagique ?

I : Non, c'est pas... en médecine générale c'est pas une consultation très gratifiante, parce qu'il n'y a pas de progrès immédiat. Les gens ils fument ou ils ne fument pas. Bon un mois après ils ont arrêté, vous êtes content pour eux. Ils ont pris deux kilos, peut-être qu'ils se sont remis un peu au sport, vous êtes content. Après c'est sur l'avenir, vous vous dites « lui quand même je l'ai fait arrêter il y a dix ans, c'est grâce à moi qu'il est bien maintenant. Mais c'est pas très gratifiant quoi je veux dire. Mais bon c'est notre boulot hein. C'est de l'épidémio, c'est essayer de les faire vieillir le mieux possible, et de prévoir les choses à l'avance.

Entretien 22

E : Qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : (*Le téléphone sonne, il répond*) Bon, parce que... Pourquoi ? Parce que j'aimais bien les sciences nat', la biologie. J'étais en matière D, et c'était l'objectif. Et puis j'étais premier là-bas, au collège de religieux, donc en sciences nat', jusqu'en terminale, ça me passionnait. Voilà, c'est tout. Et aussi un oncle qui est pharmacien, qui nous incitait toujours à faire... Et puis c'était au Sénégal, la plupart de la communauté libanaise du Sénégal, le Liban c'est beaucoup la médecine en général. Voilà.

E : Que vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Le motif ? Le thème, oui parce que, hein pourquoi je suis antitabac. Ça a commencé, parce que nous on est une famille nombreuse, personne ne fume sauf les parents. Donc j'ai toujours bataillé contre cela, jusqu'à ce jour. Donc quand le patient, que je découvre ici, assez jeune, à quinze ans déjà, se met au tabac, ça me révolte vu les conséquences des BPCO que je vois par la suite, ou autres pathologies plus graves. Donc c'est surtout ça l'objectif, de batailler puisque je n'ai pas réussi avec mes propres parents, et qui est mort déjà mon père, d'un cancer pulmonaire. Donc je pense que ça influence un peu.

E : Vous pouvez me parler des patients avec qui vous discutez de l'arrêt du tabac ?

I : Oh, tous les patients tabagiques, tous sans exception, je leur parle de cela. Je sens déjà, je ne supporte pas l'odeur du tabac. Dès que la personne rentre, je sens. Les jeunes que je découvre dans une famille, je viens faire une consultation, et le jeune passe, il sent le tabac, « vous fumez ? », quatorze ans. Alors j'ai toujours... c'est plus fort que moi, c'est un devoir même. Je leur dis hein « docteur nous on ne fumait pas, notre fille elle a quatorze ans elle fume sans arrêt », « mais qui te donne de l'argent pour acheter ce tabac ? Où tu prends

cette somme ? Mais Madame, Monsieur, c'est votre faute ! Pourquoi vous lui donnez de l'argent de poche ? Soit disant mensuel, c'est son argent de poche, c'est pas pour mettre dans son scooter et aller au collège. La plupart du temps elle va vous dire « plus d'essence », mais c'est parce qu'elle a bouffé beaucoup de cigarettes ». Mais je me sens un devoir, chaque fois, d'en parler. Quelque soit l'individu tabagique. Maintenant imaginez les asthmatiques qui fument beaucoup, les BPCO qui arrivent ici, qui ne respirent pas, dont un cas grave où il a fallu faire une lobectomie. Il venait se plaindre du pneumologue qui l'a insulté parce que devant le pneumologue, voilà (*il fait mine de jeter quelque chose sur la table*), en parlant il a mis la boîte de cigarettes devant le pneumologue. Le pneumologue l'a insulté « vous venez ici, vous relevez de la chirurgie thoracique, vous me montrez votre boîte de cigarettes ? ». Et le patient vient me dire « écoutez je ne vais plus chez votre pneumologue ». Je lui ai dit « monsieur, on va vous opérer, vous sortez, non je ne vous conseillerais pas de le donner au clodo parce que vous allez le tuer ». Beaucoup d'anecdotes dans le cabinet médical, où le patient vient, agité, dans la salle... Là il n'y a pas longtemps, qui voulait passer devant tout le monde. Quand je suis tombé sur son courrier il y avait déjà cancer bronchique, adénocarcinome, métastases hépatiques et cérébrales. Il rentre il comprend rien, et quand je lui dis « c'est qui votre médecin ? », il me répond « c'est vous ». Il a du passer juste une fois, signer le papier. Là en ce moment il tient encore le coup, mais il va mourir quoi. Et il me donne aussi, pareil son boîtier là, métallique, très joli, pour ranger les petits cigares. « Je ne veux plus », je lui dis « mais moi non plus hein ! ». Je suis passionné pour ça, pour le sevrage tabagique. Malheureusement c'est le Champix que j'ai tendance à conseiller. Parce qu'il n'y a pas grand-chose bien sûr, sauf si le patient cherche. Je pense que certains patients qui cherchent à arrêter, finissent par avoir un déclic. Dont une personne qui est venue récemment là, une femme, qui me dit « docteur, j'ai fait un

cauchemar ». je ne me rappelle plus de son cauchemar, mais elle me l'a décrit son cauchemar. Et ça lui a fait un déclic, le lendemain, parce qu'elle a cherché aussi, elle, à arrêter, elle me dit « ça ne me gêne même plus de voir les autres fumer à côté de moi ». Elle a eu ce déclic après un cauchemar.

E : Les patients cherchent aussi des méthodes particulières ?

I : Il y en a qui cherchent. Qui viennent te demander « je veux arrêter parce que à un moment, ça ne respire plus », et puis peut-être qu'ils sont tombés sur tel voisin qui a quelque chose de grave. Il faut qu'ils entendent quelque chose de grave. D'autres le terme « il faut bien mourir de quelque chose ». Donc j'essaie de leur dire voilà, qu'est-ce que je fais de mes doigts, des trucs comme ça. Voilà, mais il faut qu'il y ait quelque chose de grave dans la famille proche, pour qu'ils arrêtent une toute petite période. Et d'autres ont essayé, en tout cas des cas de succès j'en ai peut-être une dizaine, c'est avec le Champix. Qu'ils ne prennent pas tout le temps, parce qu'ils veulent aussi être remboursés. Je sais qu'il y a une somme de cinquante euros par année, mais qu'ils ne tiennent pas jusqu'au bout, parce qu'ils veulent être pris en charge aussi pour l'arrêt du tabac.

E : Donc les patients, vous les identifiez avec l'odeur du tabac... Pour chaque patient vous savez s'il fume ou s'il ne fume pas ?

I : Non, je leur pose la question quand je fais le dossier « vos antécédents ? Est-ce que vous fumez ? », je pose la question.

E : Et après quelle question vous posez quand une personne vous dit « oui je fume » ?

I : Je demande le nombre de cigarette qu'il prend, il me dit « oh, pas beaucoup moi ». C'est toujours faux, comme pour l'alcool, surtout certains qui sont ici, c'est X, c'est un bar à côté, il y a des alcoolo-tabagiques. Ce même gars à qui on a fait une lobectomie, il est revenu, pourquoi ? Parce qu'il veut être à la Cotorep, soit disant il est en invalidité. Il

refume comme avant et il boit en plus parce qu'il sentait l'alcool. Ça c'est un patient, il est jeune, mais à quarante-cinq ans, c'est certain il va faire un cancer. Mais d'autres c'est dans l'interrogatoire, et c'est lors d'une bronchite, s'il y a une pathologie pulmonaire : « est-ce que vous fumez ? », ça va ensemble, dans le contexte de l'examen clinique.

E : Qu'est-ce que vous pensez du conseil minimal ?

I : Du conseil minimal ? Ça veut dire quoi conseil minimal ?

E : Le conseil minimal c'est deux questions : « est-ce que vous fumez ? », et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? »

I : Oui, alors je leur demande pas « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? ». Je leur demande... oui mais moi je suis un peu direct peut-être.

E : Quelle question vous posez, vous ?

I : Oui, « est-ce que vous fumez ? », « mais attention, je vous donne seulement ça, plus tard... vous commencez comme ça... ». Quand je rentre dans un immeuble pour faire une visite par exemple, je vois des gamins, des gamins, douze ans : c'est le joint. Je lui dis « tu as vu tu es en train de fumer un joint, mais ça c'est comme si tu aspirais sept cigarettes d'un coup, tu veux devenir fou ? Vous avez entendu parlez de démence, Alzheimer ? », « Oui ». Des gosses. J'ai dit « tu vas l'avoir à trente ans, pas quand tu auras quatre-vingt ans, mais à trente ans si tu y arrives ». Il y a des jeunes plus âgés : « merci, vous êtes docteur ? » « Oui » « mais on nous a jamais parlé, on ne s'occupe même pas de nous ». C'est beau hein ? Mais les plus jeunes ils s'en fichent, ils continuent à fumer leur joint. Conseil minimal... toujours moi c'est plus sévère. Attention... je leur parle des risques, sans leur dire... en leur parlant du risque minimal, de BPCO, d'insuffisance respiratoire, voilà c'est tout. Le reste je n'en parle pas, les choses plus graves.

E : Est-ce que vous faites des consultations dédiées à l'aide au sevrage ?

I : Non je ne fais pas trop. On me dit « docteur donnez moi un traitement ». Je suis content, quand le gars est venu me dire « merci pour les conseils que vous avez donnés pour mon fils : il ne fume plus ». Exceptionnel. Mais c'est rare. C'est un pianiste, quand j'ai vu son fils il sentait le tabac, c'est parti de là quoi, ou bien il avait une bronchite, je ne sais plus. Son père ne fume pas, sa mère ne fume pas, sauf lui. Je lui ai dit « fais attention, tu as vu ton papa, il fumait lui aussi, il ne fume plus, tu as vu les infections pulmonaires, les broncho pneumopathies difficiles qu'il a eu ? Et il est très fatigué ton papa. Toi tu es jeune, ça sera pire. » Et après il a arrêté ! C'est fou hein. Il m'a appelé le père, pour me dire merci.

E : Et des fois vous revoyez les patients pour ça ?

I : Non, non, je n'ai pas de réel suivi dans ce domaine-là. C'est lors d'une consultation pulmonaire, la découverte d'un asthme, les choses comme ça.

E : Et pour les patients qui fument, vous leur en parlez régulièrement ?

I : Ça dépend, oui, oui. Mais des fois je vois des profils, ça ne sert à rien d'en parler. Comme le gars que je t'ai dit, qui a sombré dans l'alcool. Parce que quand il m'a dit, je lui ai dit « mais pourquoi vous vous mettez à boire ? », « ma femme m'a quittée ». Je lui ai dit « d'accord, mais peut-être qu'il y avait une raison, est-ce qu'elle fume ? ». Il m'a dit « non », « vous avez vu, vous vous mettez à boire. Qu'est-ce qu'elle a besoin d'un type qui ne travaille pas, qui se met à boire et fumer ? C'est dans l'ordre des choses. Montre lui en arrêtant tout ça, et c'est pour vous-même ».

E : Vous voyez des femmes enceintes qui fument aussi ?

I : Non, j'en connais une seule (*il rit*), une visiteuse médicale. On était en congrès, elle fumait sans arrêt, sans arrêt, je m'éloignais d'elle, je lui ai dit « tu es gentille, tu as tout,

mais là... (*Il rit*), éloigne-toi ». J'ai un copain médecin, qui est là, lui : artériopathie... Ils étaient ensemble. Je le voyais emporté par ça, si on se faisait une relève il était verdâtre, cyanosé. J'ai appris qu'il a un triple pontage coronarien, artériopathie, pour un médecin.

E : Les patients vous parlent de leur entourage aussi à propos du tabac ?

I : Une patiente qui fume qui est BPCO maintenant, que j'ai trouvé comme un poison hors de l'eau. Le mari est diabétique, obèse. Ils ne sont pas vraiment très observant. Elle a même une lésion pulmonaire. Elle ne veut plus qu'on en parle. Tous les enfants, elle a quatre fils, tous fument. Ils ne veulent pas aborder... avec aussi des problèmes d'études. Mais voilà, mais ce qui leur fait un peu peur aux garçons, c'est quand je leur dis « voilà, la nicotine, ça augmente la viscosité du sang, et que à trente ans vous n'aurez plus d'érection ». Alors là, ça ça marche un peu oui : « Ah bon ah bon ? » « Oui oui, tu te rends compte, tu vas commencer à prendre du viagra bientôt bientôt là ». Ça marche bien pour les garçons.

E : Comment vous vous sentez en général quand vous abordez le sujet avec un patient ?

I : Comment je me sens ? Je me sens toujours bien parce que c'est mon devoir. Sans vouloir les vexer, parce que des fois tu peux heurter ceux-là : c'est « je ne suis pas venu pour ça ». Mais comme je dis lors d'une consultation voilà, j'ai donné le conseil. Je dis « ne te fâche pas contre moi, c'est mon devoir, je suis médecin, il fallait que je te parle un peu des méfaits du tabac ». Et que l'état investi, « vous avez la chance d'être en France et que l'état fait tout pour que vous arrêtiez de fumer, de penser à vous et de vous mettre ces traitements qui coûtent chers ».

E : Votre pratique de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait ?

I : Oui, on ne peut pas dire que je pratique, mais je donne des conseils. Je n'en fais pas une spécialité. Oui, ça me satisfait, parce que j'en parle sans... Voilà comme je dis lors de

pneumopathie, bronchite... j'en parlerais toujours.

E : Les connaissances que vous avez dans ce domaine, vous les avez acquies comment ?

I : Lors de congrès... lors de congrès de pneumologie... voilà c'est tout.

E : En formation continue ?

I : Des fois. Mais bon maintenant il y en a moins. Il y a toujours quelque chose qui reste.

E : Vous auriez envie d'avoir plus de formation là-dessus ?

I : Ça serait bien oui pour le sevrage tabagique. Ça serait bien que ce soit pluridisciplinaire. C'est-à-dire que le médecin généraliste sache en parler, et sache orienter. Orienter chez le pneumo, chez le psy. Chez le pneumo parce que je dis à tous les tabagiques entre guillemets « vous êtes comme des asthmatiques, vous vous adaptez à votre capacité respiratoire. Il se trouve que vous devez... mon devoir même », je leur dis, « c'est de vous envoyer chez un pneumologue pour vous faire souffler un peu, pour voir où vous en êtes sur le plan pulmonaire ». Quand ils viennent pour une bronchite quelconque, je leur dis toujours « je vous traite comme un asthmatique, parce que vous fumez ».

E : Vous aimeriez pouvoir communiquer avec d'autres professionnels ?

I : Oui pourquoi pas, c'est toujours intéressant oui.

E : Vous manquez de contact ?

I : Non pas du tout, je ne manque pas de contact. Mais ce serait... certaines pathologies, je pense, comme le sevrage tabagique, c'est pas toujours abordé. On va parler de la pneumologie, de l'insuffisance respiratoire, pour lancer un produit plutôt. C'est souvent ça.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette prise en charge ?

I : Bien, ça se passe bien.

E : Oui mais la place, le rôle de la relation médecin-patient ?

I : Ah c'est très im... Avoir un bon relationnel, une certaine philosophie, une certaine capacité psychologique à aborder ce sujet, sans heurter, savoir doser les choses, à chaque fois, ne pas toujours répéter non plus. Des fois c'est « bon docteur il est temps, vous m'aviez parlé de... et c'est remboursé ». Je lui dis « il est temps, vous tombez bien, on est en décembre, vous avez cinquante euros maintenant, cinquante euros l'année prochaine ». Voilà.

E : Comment vous vous situez par rapport à un patient fumeur ? C'est-à-dire par rapport à votre statut tabagique personnel ?

I : Je suis anti-tabac, donc c'est tout à fait normal que j'en parle.

E : Le fait d'être non fumeur, pour vous c'est...

I : Oui peut-être bien, comme je dis... je ne supporte pas de voir cela. Je ne supporte pas de voir, surtout les trop jeunes, ça me surprend, ça me heurte de voir des gamins fumer quoi. Des moins de quinze ans quoi. C'est... ah, je suis surpris. Eux ils n'en ont rien à foutre, ça c'est une mauvaise éducation aussi de la famille. Ils disent « nous on ne peut rien dire parce que nous on fume ».

E : Comment vous situez cette consultation par rapport aux autres consultations de médecine générale ?

I : Je n'en fais pas une consultation comme je t'ai dit.

E : Ou un thème ?

I : Oui, c'est important, c'est une place assez importante. Il faut que j'en parle dès que j'ai une pathologie pulmonaire. Comme je dis ça fait pas comme si c'était un dada, mais non, c'est un devoir. Je ne peux pas m'empêcher de parler du tabac, dès que je vois quelqu'un fumer il faut que je m'approche. Tu vois avec ces jeunes, voyous pourtant, je leur en ai parlé. Je pouvais passer incognito.

E : La rechute on en a parlé ? Je ne me souviens plus ?

I : Non on n'a pas parlé de rechute, mais bon. Qu'est-ce que j'ai comme rechute ? C'est les personnes qui prennent, qui ont fait plusieurs fois... Oui comme je dis, cette personne qui a rechuté à plusieurs reprises, qui a pris du Champix comme traitement, qui a rechuté, qui m'a dit « c'est lors d'un cauchemar... ». Ils cherchent à arrêter, ce sont des personnes qui vraiment, ça se... Leur voix même a changé, c'est... (*il imite une voix rauque*).

E : Comment vous appréhendez quelqu'un qui arrive en disant « moi je rechute à chaque fois » ?

I : Je n'ai pas de consultation vraiment. Quand ils rechutent je leur conseille, je leur dis « écoutez, si vous cherchez à arrêter. Vous avez rechuté, il arrivera un moment... ». Moi je dis « il arrivera un moment » sans connaître réellement hein, parce que peut-être l'expérience d'autres personnes qui vont avoir le déclic et ça va être fini complètement. « Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui fume ? », aussi il faut que l'arrêt de tabac soit dans le couple, parce que si vous avez arrêté et que l'autre vous fume tout le temps à côté... ». D'autre après arrêt : « docteur je ne fume que par plaisir, c'est-à-dire quand on est invité quelque part, une fois dans le mois peut-être, pour accompagner ma copine, une cigarette après le dessert. J'en suis là et ça ne bouge plus ». C'est difficile de conseiller les rechutes. Pour moi ça a rechuté parce qu'il y a eu des événements là-dedans, parce qu'on les a poussé : « allez laissez tomber ». Tout dépend de l'interrogatoire : pourquoi, pour quelles raisons cette personne a rechuté ? Et l'encourager à réessayer.

E : En pratique ça vous pose des difficultés de parler du tabac en consultation ?

I : Non pas du tout.

E : Ça vous prend plus de temps ?

I : Non, je consacre quand même cinq-dix minutes sur ça. Alors qu'il n'est même pas venu pour ça. J'en parle.

E : Vous m'avez parlé déjà de la politique de santé publique. En France vous trouvez que c'est bien fait ?

I : C'est les gens qui sont pourris, je leur dis toujours... mais quelque soit la médecine. Comme j'ai fait mes trois premières années à Dakar au Sénégal, et que sur le plan de la pratique médicale même, quand j'étais aux urgences, je ne faisais que les gestes de suture. Le sénégalais m'amenaient les compresses, le sérum anti-tétanique et tout. J'arrive en France, je vois qu'on est pourri ici, on a tout. Et avec l'agressivité maintenant ça devient du problème médico-légal. « Vous n'avez pas traité ma mère de façon préventive, elle a refait un OAP », « écoutez si je dois faire de la prévention chez tout le monde, que je peux détecter à l'avance que telle personne va faire telle pathologie cardiaque, je suis à Hollywood, ou au lieu de pèlerinage... et donc je serais là bas, faire des miracles ». Je dis « la prévention monsieur, il y a le vaccin de la grippe, le cancer colorectal et la mammographie, et puis on fait des vaccins pour les filles aussi, mais je suis désolé, si je dois faire de la prévention chez tout le monde, je serais un médecin miraculeux ».

E : Les gens ont des exigences qui sont excessives ?

I : Alors donc, un ils sont comme ça, deuxième chose c'est ça, c'est la pression de la sécu et le burn-out. Parce qu'on a la pression des patients : « ah vous ne passez pas ? ». Là je dois partir faire des visites parce que la patiente m'a dit « à quelle heure vous venez ? ». Parce qu'à treize heures il y a le kiné, à quinze heures il y a l'infirmière, nous on est la dernière roue de la charrette quoi. « Venez après la femme de ménage », « je ne préfère pas le jeudi parce qu'il y a la femme de ménage ». Pourquoi ? Il n'y a pas de raison que je sache, que la femme de ménage se mêle de ma thérapeutique ! Jusqu'au jour où je l'ai

dégommé quoi, je lui ai dit « vous connaissez le nouveau monsieur propre ? ». Elle me regarde, je lui dis « renseignez-vous sur le nouveau chiffon imbibé de monsieur propre, avant de t'occuper de médecine, parce que c'est grâce à moi que vous travaillez ici », en faisant la demande d'aide à domicile. Et on est pourri en médecine, enfin dans la... En plus avec internet qui arrive... Donc ils regardent tout : « pourquoi vous avez écrit GGT ? Pour ne pas que je sache que c'est gamma GT ? Pour ne pas que je cherche sur internet ? ». Ils veulent que je marque gamma glutamyl transférase. Mais je trouve qu'en France, il y a des émissions qui en parlent. Mais au lieu de comprendre la réalité des choses, pour leur enseigner, ils le prennent pour venir tester leur médecin. Il y a des investissements de l'état, des médicaments qui coûtent énormément cher, pour le traitement de la BPCO... Le prix d'un Seretide, ou d'un Symbicort c'est une fortune, les thérapeutiques anti-néoplasiques coûtent excessivement cher et c'est payé. Ailleurs ils n'ont rien, ils meurent hein. Moi j'ai travaillé en dialyse, quelqu'un qui a une insuffisance rénale, à l'époque il y a vingt ans ou vingt-cinq ans, même ici en France, on ne prenait qu'à partir de soixante ans, mais aujourd'hui c'est les quatre-vingt quinze ans qui sont dialysés. On dit « laissez les partir » entre guillemets, bon qui décide ? Tout ça c'est des coûts de l'état. L'état je pense, investi beaucoup sur la prévention et on critique en plus. Et ce système, à l'échelle Européenne, interdit de fumer dans les lieux publics, ce qui n'est pas toujours respecté, ça boude toujours. Mais on peut toujours en discuter, parce que dans les hôpitaux, qu'est-ce qu'ils font ? Quelque soit l'endroit, « où tu vas ? » « Ben je sors prendre... » « Attend je t'accompagne », et c'est un moment de convivialité. « Je t'accompagne, on se paye une clope ensemble », à peine tu retourne « où tu étais ? » « Je suis allé fumer une clope », « s'il te plaît viens m'accompagner ». Donc celui qui retourne à nouveau se tape deux cigarettes, parce qu'il a accompagné les deux personnes.

Voilà ce qui se passe, je le vois avec les infirmiers. Je lui dis « mais tu es sorti, tu retourne avec... ? ». Parce que les gens ne se parlent pas, on vit dans un monde égoïste, et les gens attendent une occasion pour communiquer. Et la clope c'est un moment de communication en dehors du travail.

E : L'interdiction ça a des limites ?

I : Voilà, c'est ça aussi, mais je pense que c'est bien parce que pour les autres qui ne fument pas... Moi je ne fume pas, j'ai horreur du tabac, et j'ai la chance que mes deux enfants ne fument pas non plus. Mais leurs copains fument, mais ils savent tellement qu'ils se cachent pour le faire (*il rit*).

E : Est-ce que vous vouliez me dire d'autres choses sur le sevrage tabagique ?

I : Ouais, la chose, le message... C'est-à-dire que c'est à prendre vraiment au sérieux. Que ce soit une prise en charge pas seulement au cabinet du médecin. Qu'il y ait un système pluridisciplinaire, un cercle de prise en charge, se serait bien, de créer quelque chose...

E : Vous ne m'avez pas parlé de centre de tabacologie par exemple ?

I : J'ignore, je ne connais pas. Ce serait bien, mais essayer de faire accepter que le patient aille dans un centre. Mais je pense que j'avais un numéro là, parce que j'avais entendu de la méthode Allen, où c'était une thérapie de groupe, je connaissais un petit peu ça. En tout cas le recul que j'ai c'est sur le Champix, en les prévenant « attention, vous allez avoir des films, pas forcément des cauchemars, mais des rêves très riches, que vous pouvez raconter après ».

Entretien 23

E : La première question c'est : qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : (*elle rit*) Ça ce n'est pas le sevrage tabagique ! Moi j'ai toujours voulu faire ça : entrer en médecine pour faire médecine générale.

E : En particulier, il y a des choses qui vous attirent dans cette pratique ?

I : Je suis gériatre, j'ai une capacité en géronto, donc je fais médecine générale et gérontologie. Voilà, je ne sais pas ce qui m'a poussé à faire médecine générale... Ben de ne pas faire toujours la même chose. Omnipraticien. Il n'y a pas une spécialité qui me passionnait autant que la médecine générale. C'est pas un choix par défaut non plus, c'est un vrai choix.

E : Pour rentrer dans le vif du sujet : que vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

I : La dépendance, le problème de la dépendance. Voilà ce que ça m'évoque. La dépendance comme l'alcool, la dépendance aux médicaments...

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez le sujet ?

I : Ben les patients qui sont des gros fumeurs, ou qui en font la demande tout seuls.

E : Comment vous savez quel patient fume ou non ?

I : Ben je leur demande (*le téléphone sonne, elle répond*).

E : Vous leur demandez à quel moment ?

I : Je leur demande en consultation. Mais bon après quand c'est des gens que je connais, je le sais bien quoi, je ne leur demande pas à chaque fois si je les connais. Mais quand je ne les connais pas je leur demande au début de la prise en charge.

E : Et à quel moment vous revenez sur le sujet avec les patients que vous connaissez ?

I : (*D'un air entendu*) Le plus souvent possible. Le plus souvent possible, et surtout s'ils ont d'autres facteurs de risque.

E : Il n'y a pas forcément une chose qui vous y fera penser ?

I : Non, une chose non. Je vais profiter s'ils font une bronchite l'hiver, s'ils développent des maladies, je vais revenir à la charge quoi, c'est comme d'autres facteurs de risque.

E : Quelle est votre opinion à propos du conseil minimal ?

I : Je ne sais pas ce que c'est.

E : C'est deux questions : « est-ce que vous fumez ? », « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? ».

I : Ben c'est ce qu'on fait. Vous voyez je ne savais pas que c'était ça, mais c'est vrai que c'est les questions qu'on pose ouais.

E : Ok donc à priori vous êtes plutôt favorable à ces questions ?

I : Ah oui.

E : Vous voyez des femmes enceintes aussi fumeuses ?

I : Non.

E : Parce que vous ne suivez pas de femmes enceintes ?

I : Parce que je les suis pas beaucoup, mais aussi parce que les femmes que je vois enceintes ici c'est les comoriennes, elles ne fument pas.

E : Et est-ce que le patient fumeur vous parle de son entourage à propos du tabac ?

I : Non, pas ici non, non effectivement (*elle rit*). Vous me posez la question hein, c'est vrai que pas du tout.

E : Comment vous vous sentez quand vous abordez le thème du sevrage tabagique avec un patient ?

I : Comment ?

E : Dans quel état d'esprit vous abordez le thème ?

I : Bien, fin je veux dire, je n'ai pas de réticence particulière.

E : Est-ce que votre prise en charge de l'aide au sevrage tabagique vous satisfait ?

I : Non, non non, pas du tout, ils ne sont pas motivés.

E : C'est ça la difficulté : ils ne sont pas motivés ?

I : Oui.

E : Comment vous les accompagnez concrètement ?

I : Souvent on essaie avec soit les patchs soit les comprimés quoi, mais ça ne marche pas bien. Non, ils ne sont pas motivés. J'en ai quelques-uns, ils ont arrêté, ils ont repris après, des gros fumeurs hein je parle.

E : La chose la plus importante, qui détermine l'arrêt, c'est la motivation du patient ?

I : Hum.

E : Et quand un patient vient vous voir en vous demandant un accompagnement, est-ce que vous faite une consultation pour ça, ou est-ce que c'est un thème abordé au milieu des autres dans la consultation ?

I : Souvent c'est un thème abordé au milieu des autres.

E : Et est-ce que vous revoyez les patients pour ça ou pas ?

I : Hum, s'ils le demandent ouai, enfin s'ils sont d'accord ouais.

E : Les connaissances que vous avez pour le sevrage tabagique, elles vous viennent d'où ?

I : De trucs que je peux lire dans la presse, à droite, à gauche, je n'ai pas fait de formation là-dessus.

E : En formation initiale ?

I : Ah mais ça fait longtemps moi la formation initiale. On n'a jamais rien eu je pense, je n'ai aucun souvenir de ça en formation initiale.

E : Et vous voudriez avoir plus de formation là-dessus ?

I : Oui, ce serait bien.

E : Qu'est-ce qui vous manquerait ?

I : Peut-être un canevas, peut-être un canevas à suivre au niveau de la prise en charge, faire des propositions de consultations, des choses comme ça. Quelque chose d'un peu plus cadré quoi.

E : Une démarche à suivre ?

I : Hum.

E : Et est-ce que vous avez recours à d'autres professionnels aussi pour vous aider ?

I : Oui des consultations anti-tabac à l'hôpital, mais euh... En règle générale, quand ils sont vraiment motivés ils font la démarche tout seul à la limite.

E : Il y a d'autres professionnels en dehors de la consultation anti-tabac ?

I : Non.

E : Dans quelles situations vous adressez à la consultation anti-tabac ?

I : Quand ils veulent vraiment s'arrêter.

E : Quand ils veulent vraiment s'arrêter. Parce que vous ne vous sentez pas capable de les accompagner pour l'arrêt ?

I : Ben moi je n'ai pas une grosse formation là-dessus, tout ce qui est pathologie addictive, donc c'est bien aussi que ça passe par quelqu'un d'autre, pas seulement nous quoi.

E : Quel est votre rôle en tant que médecin généraliste ?

I : (*elle rit*) Continuer à les motiver, tout le temps, tout le temps, tout le temps.

E : Et ça passe par quoi ?

I : Leur rappeler, quasiment pas à chaque consultation mais régulièrement que voilà quoi... Quand ils... Je fais des EFR aussi, pas pour tous les patients, mais j'en fais, et là aussi c'est un argument quoi. Quand ils ont des spirométries qui ne sont pas... qui sont... qui commencent à être pas terribles...

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette prise en charge ?

I : Je ne suis pas sûre qu'elle soit très différente de celles des autres pathologies chroniques hein.

E : C'est une autre de mes questions : comment vous situez le thème de l'aide au sevrage tabagique par rapport aux autres thèmes de médecine générale ?

I : Ça fait partie de la prise en charge de prévention... même pas de prévention, de prise en charge globale quoi.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ?

I : Comment ça comment je me situe ?

E : Par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Moi je ne leur dis jamais si je fume ou si je ne fume pas, s'ils me posent la question je dis non.

E : « Non je ne fume pas », ou « non je ne vous réponds pas ? »

I : « Non je ne fume pas » (*elle rit*). Je les écoute, je les écoute, tout est dans... On ne va pas chercher à les culpabiliser ça sert à rien quoi. Sûr que quand ils ont envie... Mais ça ne dépend pas de la volonté ça. Si ça dépendait de la volonté ça serait vraiment simple quoi. Donc après il peut y avoir recours à des médecines différentes : acupuncture, hypnose. Mais ici vu la clientèle que j'ai de toute façon ils n'iront pas. Parce que ça coûte cher. Donc... je leur en parle, notamment de l'hypnose, je leur en

parle, mais j'ai une clientèle qui est trop paupérisée pour ça.

E : Vous ne voulez pas leur dire votre statut tabagique parce que vous avez l'impression que ça influencerait la prise en charge ?

I : Oui et puis ils n'ont pas à le savoir ça.

E : Et vous me disiez, par rapport à la prise en charge financière du sevrage tabagique, pour le patient c'est un frein ?

I : Ah oui, forcément parce qu'il y a cinquante euros qui sont remboursés par la sécurité sociale, donc c'est pas suffisant. Et oui, c'est un frein, le tabac vraiment ça coûte cher, c'est un frein aussi. Ceux qui sont motivés pour arrêter généralement ça compte aussi.

E : Donc ça peut aider aussi à avoir de plus nombreux arrêts ?

I : Hum, oui mais les recours à l'acupuncture, les recours à l'hypnose non, ça tout ça ici c'est pas possible.

E : Vous pensez qu'il pourrait y avoir de meilleurs résultats s'ils pouvaient y avoir accès ?

I : Oui.

E : Et pour vous, la prise en charge financière ?

I : C'est-à-dire ?

E : Est-ce que du point de vue du médecin généraliste, la prise en charge financière du sevrage tabagique est correcte ou... ?

I : Non je ne pense pas, je pense qu'il devrait y avoir des centres qui proposent plus de thérapies, genre hypnose.

E : Est-ce que vous voulez me dire quelque chose au sujet de la politique de santé publique ?

I : C'est en prévention, ils ont augmenté le prix, concrètement ça marche, concrètement ça marche parce que c'est quand même un frein. Moi je le vois ici dans les quartiers où on n'a pas beaucoup d'argent c'est un frein. Ils en parlent quand même pas mal, notamment à

travers les bronchites chroniques, enfin les médecins plus que les pouvoirs publics.

E : Vous pensez à des confrères quand vous dites ça ?

I : Oui enfin les pneumologues. On est quand même très sensibilisés à la BPCO, à tout ça. Je pense ces dernières années plus qu'avant pour ce qui est du sevrage tabagique. Maintenant quand même ça a été interdit dans les restaurants, tout ça c'est pas mal, enfin c'est bien quoi. Les gens ne s'en plaignent pas d'ailleurs. *(Le téléphone sonne, elle ne répond pas)*. Je ne sais pas ce qu'on pourrait envisager de plus. Là ici ils fument tous du cannabis aussi. Enfin moi dans ma pratique, si vous voulez, il y a le sevrage tabagique mais il y a aussi le problème du cannabis. C'est-à-dire qu'ici dans ce quartier moi je vais être plus confrontée, dans ma pratique je suis plus confrontée au problème du cannabis, qu'au problème du tabac en fait. Je suis plus sensible à ça, et peut-être que je m'en préoccupe finalement... on va dire davantage que le sevrage tabagique. C'est plus un problème ici le cannabis, parce qu'en plus ils fument, et ils fument aussi du cannabis. Il y a des gens qui fument énormément hein ! C'est-à-dire qu'ils ne fument pas de cigarettes, ils fument cigarettes et cannabis, mais ça peut être jusqu'à dix par jour hein. *(Le téléphone sonne, elle ne répond pas)*.

E : Et c'est plus difficile ?

I : Parce que vous me parliez de santé publique là, le problème c'est surtout le cannabis hein, c'est surtout ça.

E : C'est plus difficile pour vous de les aider sur le cannabis que sur le tabac ?

I : Ah oui, ah oui oui c'est difficile ça, parce qu'ils sont vraiment accro, les sevrages sont difficiles et euh pff... Voilà ils n'ont pas envie quoi. Ou alors ils ont lâché prise, ils se disent « je n'y arriverai jamais ». Le cannabis c'est un problème hein. Donc maintenant moi... ouais je ne peux pas trop dissocier les deux quoi.

Parce que quand ils fument des cigarettes ils fument du cannabis généralement.

E : Du coup il faut tout arrêter alors ?

I : Ouais, mais il faudrait, et ça c'est un problème. *(Le téléphone vibre)*

E : Et sur le sevrage tabagique en particulier, vous auriez d'autres choses à ajouter ?

I : Non à part que pour moi dans ma pratique c'est complètement lié au sevrage du cannabis. Et ça c'est un problème de santé publique, qui n'est pas bien traité quoi, même pas du tout, je pense. Pas du tout, donc il n'y aura pas trop de solution.

Entretien 24

E : Est-ce que vous pourriez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : La nécessité de travailler rapidement, il y avait mes parents qui étaient en difficulté, et il fallait vite que j'assume le rôle de chef de famille. Voilà, donc je voulais faire chirurgien moi au départ, et j'avais calculé qu'il me faudrait douze ans pour m'installer... Donc je me suis dit qu'avec huit ans de petites spécialités tout en travaillant... je pourrais travailler plus vite, gagner ma vie plus vite.

E : Que vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Qu'est-ce qu'il m'évoque ? Rien, il ne m'évoque rien du tout. Qu'est-ce que vous entendez par « qu'est-ce qu'il m'évoque » ?

E : Ce qui vous vient à l'esprit quand on évoque ce sujet.

I : ...Rien de particulier, non...

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez le sujet ?

I : Avec tous les patients fumeurs systématiquement.

E : A chaque consultation où vous voyez un patient fumeur ?

I : A chaque fois que je vois un patient fumeur, je lui demande d'arrêter et s'il a besoin d'aide.

E : Et au départ comment vous identifiez quel patient est fumeur ou non ?

I : Ben je leur demande tout simplement.

E : Quelle question vous posez ?

I : Est-ce que vous fumez ?

E : Et après il y a quelque chose qui vous fait penser à aborder de nouveau le sujet ?

I : Systématiquement, honnêtement, les patients fumeurs, à chaque consult ils y ont droit.

E : Il n'y a pas un bon moment en particulier pour aborder le sujet ?

I : Début d'été, c'est plus facile. Mais bon malheureusement à chaque rappel, chaque fois qu'il y a un patient qui décède : néo du poumon, néo de la vessie... à chaque fois que j'ai eu un drame, et bon, il y en a de plus en plus, ça incite à sans arrêt les harceler. Moi je leur dis hein « moi je vais vous harceler à chaque consult, c'est mon rôle hein. Après c'est vous qui décidez si vous voulez arrêter ou pas. Moi je vous propose ».

E : Vous avez dit que vous leur demandez « est-ce que vous voulez arrêter » ?

I : Non, je les incite en leur disant « voilà, il faut arrêter de fumer. Vous n'y arrivez pas : je peux vous aider, il y a des traitements pour ça... Mais il faut que vous preniez la décision ». Et en général ils arrêtent soit après un malheur dans leur entourage, soit après une première alerte : infarctus, angine de poitrine, soit avec les interdictions de fumer partout, en début d'été ils sont sensibles à ça.

E : Soit parce que vous leur avez demandé ?

I : Non parce que je leur demande depuis des années. Les obèses je leur demande de maigrir, et les fumeurs d'arrêter de fumer.

E : Et si un patient vous demande de l'aider, comment vous le prenez en charge ?

I : Pour moi la méthode la plus simple c'est champix et timbre, donc s'il n'a aucun antécédent psy, pas d'état dépressif, un état psy stable, je propose plutôt du Champix. Je trouve que c'est plus efficace que les timbres, il y a plus de résultats avec le Champix que les timbres. J'ai plus de résultats.

E : Et vous les revoyez après ?

I : Oui.

E : C'est vous qui fixez les rendez-vous ?

I : Je les revoie systématiquement tous les mois.

E : Et effectivement les patients viennent aux consultations de suivi ?

I : Oui, moi ils ne peuvent pas me poser des lapins : deux fois et ils sont rayés des listes. Ils le savent : ils ont droit à deux lapins, au-dessus il n'y a plus de rendez-vous.

E : Qu'est-ce que vous pensez du conseil minimal ?

I : C'est-à-dire ?

E : Le conseil minimal c'est l'association de deux questions : « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? », ça prend moins de trois minutes normalement.

I : Je pense que c'est du pipi de chat, ça veut rien dire.

E : C'est-à-dire ?

I : Ben je ne comprends même pas la question.

E : Ces questions-là, est-ce que vous les posez ? Est-ce que vous les critiquez ? Est-ce que vous trouvez que ce n'est pas pertinent ?

I : Ces questions-là ? Ben c'est très simple, moi les patients qui fument je les connais depuis très longtemps, donc je sais qu'ils fument, donc je les incite à chaque fois à arrêter de fumer, c'est tout. Il n'y a même pas de question à leur poser. Ceux que je ne connais pas : « est-ce que vous fumez ? » « Oui », « combien vous fumez ? » « Voulez-vous arrêter de fumer ? » « Oui ou non » « quand vous voudrez vous me le direz ». Donc je marque dans leur dossier : tabac. Quand ils reviennent : « vous fumez toujours ? » « Oui » « alors vous ne voulez toujours pas arrêter ? » « Non » « attention, c'est dangereux etcetera », « attention la pilule à trente ans... ». Maintenant, ça c'est un bon élément, à partir de trente ans vous savez qu'on ne peut plus leur prescrire d'œstrogènes. Donc à trente ans moi je leur dis « vous vous débrouillez, mais ou vous arrêtez de fumer, ou je ne vous prescris plus ce type de pilule ».

E : Est-ce que les patients vous parlent de leur entourage à ce sujet ?

I : Ben en général en couple ils ont du mal à arrêter seul. Souvent il faut faire arrêter le couple en même temps, donc attendre que les deux soient d'accord. Sinon ça ne marche pas, il y en a un qui continue à fumer, l'autre il refume au bout d'une semaine.

E : Vous voyez des femmes enceintes fumeuses aussi ?

I : Ça arrive oui, mais en général elles ont déjà été briefées à l'hôpital, ou par leur gynéco... en général... C'est très rare que je voie des femmes enceintes qui continuent à fumer, ça arrive mais c'est pas fréquent.

E : Ça ne vous pose pas de difficulté particulière ?

I : Ah si, je leur dis d'arrêter de fumer, ça donne des bébés plus petits, un risque pulmonaire... Non si elles fument c'est que vraiment elles sont décérébrées, alors vous pouvez rien faire, ou vraiment elles y arrivent pas quoi.

E : Et dans ces cas-là, quelle est votre technique ?

I : Alors les femmes enceintes je les oriente plutôt vers une consultation hospitalière. Il y en avait une à X, je crois qu'elle a disparu. A X, il y a quelqu'un qui fait ça.

E : C'est un tabacologue qui est tout seul ?

I : Oui, je crois.

E : Ça vous arrive d'avoir recours à d'autres professionnels ?

I : Pour arrêter de fumer ? Que dans ce cas là. Certainement pas au pneumologue : plus de la moitié fument !

E : Ça pourrait être aussi psychologue, ou diététicien...

I : J'avais essayé à un moment donné l'hypnose, honnêtement ça ne donne rien. C'est des histoires de chasse, il y en a qui vont vous dire « ouais, ça marche ! ». Allez, vous

envoyez dix patients au même, il y en a neuf qui reviennent avec un échec. J'ai essayé aussi Docteur X qui est psychiatre-hypnotiseur, en pratique ça n'a rien donné.

E : Et par rapport aux tabacologues, ça donne quelque chose ? Qu'est-ce que vous avez comme retour ?

I : Ben disons qu'ils ont plus de temps. Ça ne marche pas plus. Ils s'entretiennent un peu avec eux, ils leur proposent les mêmes traitements que nous. Simplement c'est le fait qu'ils soient dans un cadre hospitalier ou pas hospitalier. Ça a un peu plus de poids psychologique sur leur suivi. Pour moi hein, je peux me tromper.

E : Ça peut être une équipe des fois dans les centres de tabacologie ?

I : Oui mais comme vous n'avez pas de retour... Quand vous envoyez par exemple à X, il n'y a aucun retour, ils n'ont pas compris comment ça marche quoi. Comme les hospitaliers, la plupart du temps vous avez peu de retour, ils n'ont pas compris, ils ont l'impression que vous les envoyez parce que c'est les meilleurs du monde, voilà.

E : Dans quel état d'esprit vous abordez le sujet avec le patient ?

I : C'est-à-dire ?

E : Comment vous vous sentez généralement quand vous abordez le sujet ?

I : Comment moi je me sens ? Je me sens bien, comme d'habitude.

E : Ça ne vous pose pas de difficulté particulière d'aborder le sujet avec les patients ?

I : Non, c'est un peu plus délicat avec l'alcool, mais pas avec la cigarette.

E : C'est moins tabou ?

I : C'est moins honteux pour eux la cigarette, l'alcool ça reste un petit peu honteux.

E : Est-ce que vous êtes satisfait de votre pratique de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Il y a cinquante pour cent de résultats, pas plus. Alors je suis satisfait à cinquante pour cent. Jusqu'à ce qu'ils trouvent le médicament miracle.

E : Oui, c'est-à-dire que ce n'est pas dépendant de vous en fait ?

I : Non. Le Champix marche quand même un peu mieux.

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage tabagique, vous les avez acquises à quel moment ? Comment ?

I : Les timbres nicotiques, ça remonte à mes études de médecine. Le Champix c'est avec les laboratoires quand il est sorti, les revues...

E : Vous voudriez avoir plus de formation ou pas ?

I : Oui mais j'ai pas le temps, hier j'ai fini à vingt et une heure.

E : Vous pouvez peut-être considérer que vous avez déjà les connaissances aussi ?

I : Non il y a certainement toujours des nouveautés, des nouvelles techniques...Mais il faut avoir le temps.

E : Ça vous prend plus de temps ces consultations, par rapport aux autres ?

I : Non, ils ne viennent jamais que pour ça hein. C'est très rare, ça m'arrive en début d'été « ouai, on vient pour arrêter de fumer ». Mais bon la plupart du temps c'est au cours d'une consultation basique. Et c'est surtout chez les patients à facteurs de risque, hypertendus, diabétiques, antécédent de cancer dans la famille.

E : Donc quand vous l'abordez ça peut être mêlé à d'autres sujets...

I : C'est toujours mêlé à d'autres sujets, c'est très rare que les patients ne viennent que pour ça, c'est très rare.

E : Et dans le suivi vous leur demandez de revenir pour ça ?

I : Quand ils sont sous timbres ou Champix oui. Mais sinon en général je vois mes patients tous les trois mois. Hypertendus, diabétiques... c'est obligatoire, tous les trois mois.

E : Donc c'est abordé en même temps que le suivi ?

I : Hum.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette consultation ?

I : Qu'est-ce que vous entendez par là ?

E : Est-ce que le fait d'aborder ce thème ça peut porter atteinte à la relation médecin-patient ?

I : Non, pas la cigarette, l'alcool oui. J'ai vu un patient qui s'est levé, il était avec sa femme, je le suivais depuis des années, et quand j'ai vu sur son bilan, je lui ai dit « mais, vous buvez ? ». Il a pas trop répondu, j'ai vu sa femme qui rougissait, je lui ai dit « mais il faut me le dire, il faut que je le sache, si vous buvez il faut me le dire ». Il s'est levé, il est parti, je ne l'ai plus jamais revu. Sa femme me dit « il ne faut surtout pas aborder ce thème avec lui ». C'est son problème, attendez, moi je fais mon travail, s'il est susceptible, qu'il ne veuille pas me le dire, qu'il aille voir ailleurs.

E : Mais vous n'avez pas eu le cas avec le tabac ?

I : Non, jamais. Enfin je ne sais pas mes confrères ce qu'ils ont comme rapport, mais il n'y a aucun tabou là-dessus.

E : Comment vous vous situez par rapport au patient fumeur ? Par rapport à votre propre statut tabagique ?

I : Je ne fume pas moi.

E : Est-ce que ça change quelque chose dans votre prise en charge ?

I : Non.

E : Comment vous gérez la rechute des patients ?

I : Comment je gère ? Ben je leur propose à nouveau d'arrêter. En général d'attendre une meilleure saison, les beaux jours, à partir du printemps c'est plus facile.

E : Comment ça se fait que ce soit plus facile ?

I : Ben l'hiver il fait nuit très tôt, ils sont enfermés, on est souvent à la maison. L'été on est dehors, on s'aère, on s'oxygène, ils font du sport, ils font des ballades, ils sont essoufflés en faisant des ballades, c'est plus facile aux beaux jours. Je ne sais pas pourquoi exactement mais l'hiver c'est plus difficile.

E : Du coup vous leur proposez d'essayer un peu plus tard alors ?

I : Oui, de recommencer aux beaux jours, d'être motivé, et surtout faire correspondre cela avec la reprise d'une activité sportive, s'inscrire dans une salle, faire du sport... Pour qu'ils puissent sécréter des endorphines et que ça les apaise. Avec le sport c'est beaucoup plus facile. Souvent c'est lié aux beaux jours, souvent ils reprennent le vélo, la course à pied, la natation en mer... Donc c'est plus facile.

E : Donc en pratique vous m'avez dit ça ne vous pose pas particulièrement de difficulté d'organiser ces consultations ?

I : Aucune, non en plus je viens de vous dire, ils ne viennent pas pour ça quoi.

E : Ça peut-être abordé à la dernière minute ?

I : Au milieu, en début...

E : Si j'ai bien compris ce que vous m'avez dit, il faut quand même qu'au départ le patient prenne la décision lui-même d'arrêter de fumer ?

I : Oui, oui, vous ne pouvez pas obliger quelqu'un à arrêter de fumer s'il ne veut pas. En plus les produits ne sont remboursés qu'à cinquante euros par an, donc ça a un certain coût. Donc c'est impossible, ça ne peut pas marcher s'il ne veut pas arrêter. Je les pousse, en leur disant toujours « quand vous prendrez

la décision, dites-le-moi, je vous aiderez ». Mais s'il n'a pas envie ça ne sert à rien de lui prescrire.

E : Et pour les amener à cette décision...

I : Je leur fais peur. Et puis bon, je n'ai pas tellement besoin d'insister, autour d'eux il y a forcément quelqu'un qui est décédé d'un infarctus, d'un cancer du poumon, vessie, bouche, langue...

E : vous avez quelque chose à me dire sur la politique de santé publique à ce sujet ?

I : Ils pourraient prendre en charge le sevrage tabagique, franchement, vu ce que ça coûte à la société. Qu'est-ce que c'est cinquante euros par an ? C'est trois boîtes d'antibiotiques, c'est rien.

E : Alors du coup il faudrait repasser par la prescription médicale pour les substituts ?

I : Non, il y en a qui ne veulent pas aller chez le médecin, ils n'ont pas de temps à prendre, ou ils n'ont pas envie... Mais que ça soit remboursé, que ça soit sur prescription ou pas, que ça soit remboursé. Ça coûterait honnêtement pas grand-chose à la société par rapport au coût que ça engendre.

E : Et ça permettrait de faire plus d'arrêts réussis ?

I : Oui, parce qu'il y a des pauvres gens, ils ne peuvent plus rien acheter. (*Il répond au téléphone*).

E : Est-ce que vous voyez d'autres difficultés à aborder ?

I : Sur la cigarette non. Peut-être avoir un peu plus d'information sur les gommes. On n'en a aucune, je ne vois jamais de... on ne reçoit aucune doc sur les substituts non... nicotiques, en dehors des timbres. Les timbres on a souvent des pubs dans les journaux médicaux etcetera. Mais jamais les substituts, les gommes, les bonbons, les... Ils me le demande parfois, je leur dis « écoutez, si vous ne vous sentez pas bien, c'est que vous êtes en manque. Allez à la pharmacie ». Parce

que bon, moi il y a au moins quinze ans, vingt ans que je n'ai pas eu... entendu parler des gommes etcetera. Je ne sais même plus ce qui se fait, les noms, le... aucune information. Même les labos ne communiquent pas là-dessus. Le labo qui vend les gommes, on n'a aucune doc là-dessus.

E : Vous êtes en contact avec le pharmacien ?

I : Non, il est dans sa boutique et moi dans la mienne.

E : Du coup vous adressez les patients au pharmacien ?

I : Pour les gommes oui : « allez voir avec le pharmacien ». Avoir un peu plus d'information sur les centres, parce que l'hôpital communique très très mal, sur les centres (*il répond au téléphone*). Savoir où sont les centres de tabacologie, téléphone etcetera. Pas de communication là-dessus. Dans le privé peut-être qu'à l'hôpital, entre eux ils communiquent, mais nous ont à rien quoi ! X ferme, la plupart ... on n'a pas eu... on ne sait pas où ils sont partis, on a pas un courrier. On a eu un courrier de ceux qui sont restés : ils ont eu peur qu'on croit que tout avait fermé. Le service de radio, d'orthopédie a beaucoup communiqué. Mais où sont parti les autres, le service d'endocrino etcetera ? Ils sont partis et puis ils sont revenus. X est parti et puis ensuite il est revenu à X. Et on est au courant de rien. Quand on faisait nos études, on était un peu... pas méprisant, mais un peu moqueur des... ce qu'on appelait les CHU. Je suppose que c'est toujours pareil. Ils vivent dans leur monde, dans leur bulle quoi, on dirait que la médecine s'arrête dans les services spécialisés. On n'a pas de communication avec l'extérieur.

Entretien 25

E : La première question: est-ce que vous pouvez me dire ce qui vous a poussé à faire médecine générale ?

I : Ah moi ? Ce qui m'a poussé à faire médecine générale ? Ben écoutez je pense que c'est parce que j'avais raté l'internat, à l'époque on passait un internat, et après... Mon père était médecin généraliste, et j'avoue que je n'ai jamais rien fait pour... Ah si j'ai fait de la rhumatologie en spécialité, et j'étais pas allé au bout. Et en fin de compte, comme j'avais pas autre chose, j'ai fait médecine générale, et j'en suis très content, donc par conséquent c'était peut-être un choix inconscient.

E : Qu'est-ce que ça vous évoque le thème de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Beaucoup de déchets, beaucoup de difficultés. Mais quand ça marche, on est satisfait de ce qu'on est arrivé à faire. Mais c'est pas évident, voilà, pas évident.

E : Beaucoup d'échecs ?

I : Beaucoup d'échecs, hum.

E : Est-ce que vous pouvez me parler des patients avec qui vous abordez le sujet ?

I : Les patients, je l'aborde... tous ceux qui fument, je leur demande d'arrêter de fumer. Je leur demande s'ils veulent arrêter. C'est pas évident, ils veulent pas arrêter. Quand ils veulent arrêter, ils me demandent de les aider. Et quand je les aide une fois sur deux ça marche on peut dire, une fois sur deux ça marche pas, voilà, en général pour résumer.

E : Comment vous identifiez quel patient fume ou pas ?

I : Je le sens (*il rit*), je le sens. Je leur pose la question, mais c'est souvent je le sens, c'est facile.

E : A quel moment vous le faite ça ?

I : Quel moment ? Quand je ne connais pas la personne, je ne vais pas demander s'il fume.

Ça dépend pourquoi ils viennent me voir hein, ça dépend de la raison pour laquelle ils viennent me voir. S'ils viennent me voir pour une raison pulmonaire ou cardiovasculaire, très rapidement je vais leur poser la question. S'ils viennent me voir pour une question... que je ne connais pas hein?... autre, ça ne me viendra pas à l'idée peut-être, de leur poser la question. Après ceux que je connais, ben je les connais et par conséquent je sais qu'ils fument.

E : Et à ce moment-là à quel moment vous abordez le sujet ?

I : A chaque consultation, je leur propose d'arrêter de fumer.

E : C'est systématique ? C'est pas forcément lié avec quelque chose... ?

I : Pratiquement oui, souvent c'est des gens chroniques hein. Donc ils viennent me dire pourquoi ils sont malades. Ils ont des pathologies chroniques, pulmonaires, tout ce que vous voulez hein. Et donc systématiquement je leur propose d'arrêter de fumer, ou s'ils fument toujours je leur dis même. Je radote mais je leur dis hein. Ça doit les faire suer.

E : Il n'y a pas quelque chose en particulier qui vous y fait penser ?

I : Chez les gens que je connais ? Non parce que je le sais qu'ils fument, je le sais. Du moins je le suppose, alors je veux toujours savoir si c'est toujours le cas. Et puis je glisse toujours le petit message. J'ai pas de chose qui me fait dire que... non je ne vois pas. Les gens que je ne connais pas, par contre des fois ben je ne sais pas hein.

E : Oui, vous ne posez pas forcément la question systématiquement. Qu'est-ce que vous pensez du conseil minimal ?

I : C'est-à-dire les gens auxquels je demande comment arrêter de fumer ? Je ne sais pas ce que c'est... (*il rit*)

E : C'est « est-ce que vous fumez ? » et « est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ? »

I : Ah oui, ça je le fais sans le savoir, je le fais à chaque fois. Qu'est-ce que j'en pense ? Ben c'est vachement important parce que c'est le seul moyen de commencer quoi. S'ils n'ont pas envie de fumer, alors là généralement, je ne peux que ravalier ma salive.

E : Pour amener la motivation... ?

I : La motivation, ben j'essaie de leur évoquer après s'ils veulent bien l'entendre effectivement, je suis allé à plusieurs séminaires sur comment exposer aux gens d'arrêter de fumer, essayer de les motiver. Mais d'abord, je pense que c'est d'abord le comment vous dites ? Le machin minimal hein, que je fais.

E : Le conseil minimal, c'est plutôt d'abord ça, et après...

I : Et après ben, oui quand ils ont vraiment envie d'arrêter de fumer là on commence.

E : Et après vous les voyez sur des consultations dédiées au tabac ou pas ?

I : Quand ils me font une demande oui. Euh, c'est très rare. Et après je leur propose peut-être pas systématiquement. C'est peut-être une erreur, je sais très bien qu'ils ne feront peut-être pas la démarche. Je ne connais même pas, vous dire où est-ce qu'il y a un tabacologue... Je pense qu'il y en a à l'hôpital, mais c'est pas dans les mœurs hein. C'est pas dans ma façon de faire.

E : Vous n'avez pas besoin d'avoir recours à d'autres professionnels ?

I : Si j'aurais besoin, je pense, parce que je n'y pense pas assez hein. Mais je pense que d'emblée, s'ils me demandent... euh l'avis d'un tabacologue, s'ils en ont entendu parler, je leur dirais « bon, il y en a à l'hôpital ». Je leur ferais une lettre, je leur fais ce qu'il faut. Mais je ne vais pas leur proposer d'emblée de voir un tabacologue.

E : C'est vous en fait qui n'avez pas cette démarche ?

I : Je n'y pense pas.

E : Et vous les revoyez les patients, quand vous les aidez à arrêter de fumer ?

I : Oui j'essaie de leur redemander, de les reconvoquer. C'est vrai que dans la plupart des cas ils ne reviennent pas. Ou alors du moins ils ont arrêté, ou ils ont réussi. Mais ceux qui ne réussissent pas, ils viennent me dire qu'ils n'ont pas réussi à refaire une démarche médicale pour essayer d'arrêter de fumer. Effectivement, c'est la plupart des cas.

E : Est-ce que vous voyez des femmes enceintes fumeuses aussi ?

I : Je vois relativement peu de femmes enceintes, et si elles fument je leur signale tout de suite qu'il faut qu'elles arrêtent de fumer. J'en vois très peu qui fument. Je ne pense pas que récemment j'en ai vu une.

E : Ça ne vous pose pas de difficulté particulière ?

I : Non, non, je crois qu'elles ont quand même compris qu'il fallait arrêter de fumer, en général.

E : Est-ce que les patients vous parlent de leur entourage à propos du tabac ?

I : Oui, bien sûr, je leur demande toujours si dans leur entourage leur... ils fument, et comment ils font à la maison. Et c'est vrai que ça peut-être une porte ouverte à l'arrêt. Du moins pour se poser la question : s'il y a des enfants, si... *(Il répond au téléphone)*

E : Donc l'entourage ça peut être une motivation pour les patients, à s'arrêter ?

I : Hum hum.

E : Dans quel état d'esprit vous abordez le sujet ? Est-ce que c'est quelque chose que vous appréhendez ?

I : Euh, j'appréhende le résultat... Non je pense que c'est mon rôle, mon petit rôle de faire quelque chose. C'est de les inciter à se

poser la question d'arrêter de fumer quoi. Mais c'est vraiment une lutte... Je ne fume pas personnellement donc bon, c'est encore plus facile pour moi d'en parler quoi. Dans le sens que pour moi c'est hors de question que je les vois fumer. Faut pas qu'ils fument. Donc d'une manière générale j'aborde ça dans une... Je ne me pose pas de question. Ça doit être automatique.

E : C'est plus votre rôle de déclencher cette question que de les accompagner après ?

I : Alors... non je pense que c'est les deux, les deux sont important. Mais le premier rôle de déclencher le questionnement, de savoir s'ils doivent continuer ou s'arrêter de fumer me paraît le plus important. Déclencher chez eux quelque chose quoi. C'est toujours la question de les motiver, hein.

E : Est-ce que vous êtes satisfait de votre pratique de l'aide au sevrage tabagique ?

I : Non, j'ai beaucoup d'échecs hein. Il y a des gens qui doivent arrêter depuis des années, qui continuent à fumer, pour moi c'est un constat d'impuissance hein. J'ai encore des cas très fréquemment de gens qui retombent dans le tabac, et qui essayent d'arrêter depuis des années quoi.

E : Et comment vous gérez ça, la rechute du patient ?

I : La rechute du tabac alors hein ? Un échec, et puis pas un échec, une bataille. Je le présente comme quelqu'un qui a... Il faut continuer à inciter les gens à arrêter de fumer de nouveau. Quand ils reprennent oui.

E : Les connaissances que vous avez pour l'aide au sevrage tabagique, elles vous viennent d'où ?

I : Je suis allé plusieurs fois à des formations, par l'OGC là, par les formations continues sur l'arrêt du tabac. Parce que dans mes études on n'en parlait pas, je ne me rappelle plus.

E : Vous n'avez pas l'impression d'avoir besoin d'acquérir d'autres connaissances ?

I : Ah je pense que si quand même, si si si. On a toujours besoin d'apprendre vous savez.

E : Quelle est la place de la relation médecin-patient dans cette consultation ?

I : Ah ben il faut qu'il y ait une bonne relation si on veut un peu un jour espérer à ses fins, il faut qu'il y ait une bonne relation oui. Mais il ne faut pas que ça soit aussi l'objet d'une discordance quand même. « Je ne veux plus le voir parce qu'il fume encore », non ça c'est hors de question. Non il faut que ça soit une bonne relation.

E : Et inversement, est-ce qu'il y a des patients qui réagissent un peu... ?

I : Non qui réagissent mal quand je leur demande d'arrêter de fumer ? Non.

E : Comment vous situez ce thème par rapport aux autres thèmes de médecine générale ?

I : Important, très important, il faut en parler, il faut lutter hein. Je pense que... Beaucoup de pathologies sont dues au tabac, c'est un moyen de prévention très fréquemment.

E : Est-ce que ça a une place particulière ?

I : Non pas particulière, elle est importante comme d'autres choses hein. Mais elle est très importante.

E : Et en pratique pour vous c'est difficile à organiser, à inclure dans votre pratique, le thème du sevrage tabagique ?

I : Non, ça fait partie d'une consultation générale, tout à fait banale. Quand (*mot incompréhensible*) ça part tout seul, ça ne demande pas du tout de temps. Ça ne dépend que de moi, l'incitation, la motivation.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à me dire concernant la politique de santé publique à ce sujet ?

I : Ah ben oui, ça j'ai des choses à dire : ils nous bassinent pour des tas de choses, mais alors pour le tabac, l'état est un peu complice. Et évidemment si on voulait bien faire, il faudrait tout simplement rendre l'attrait du

tabac encore plus difficile. Mais on nous bassine pour des tas de choses qui donnent très peu de cas de problèmes médicaux. Et puis pour le tabac qui cause énormément de cas on laisse les gens faire. Maintenant ça fait partie des libertés individuelles, c'est sûr. Moi je vous disais, si je tenais l'inventeur du tabac. Mais est-ce qu'il y a eu un jour un inventeur du tabac ? Je pense que l'inventeur du tabac, de la cigarette, ça doit remonter à la nuit des temps.

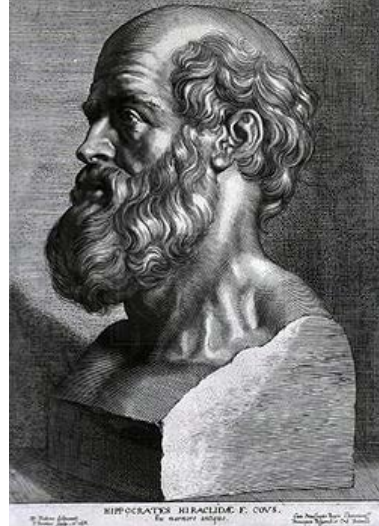
E : Et au niveau financier ?

I : L'incitation financière est importante dans mon quartier oui. La carotte qui fait avancer l'âne. Le fait d'avoir cinquante euros quand on veut arrêter de fumer, ça les incite, ça les encourage.

E : Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous voudriez aborder ?

I : Non, je pense qu'on va vraiment vers un côté libertaire des gens, et c'est très difficile si vous voulez. C'est comme le régime, c'est comme l'alcool, ça fait partie de l'environnement des gens. Aller contre ça, c'est pas toujours évident. Je ne vois pas ce que je pourrais demander de plus, si ce n'est dans mon travail d'arriver plus facilement à le faire, mais c'est pas facile. Je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de plus franchement, non je ne vois pas. *(Le téléphone sonne)*

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 donnerais 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.*