



**HAL**  
open science

**Médecins généralistes et pharmaciens d'un territoire :  
impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en  
charge de l'addiction au tabac. Étude d'intervention  
avec contrôle des témoins**

Jean Hollier

► **To cite this version:**

Jean Hollier. Médecins généralistes et pharmaciens d'un territoire : impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac. Étude d'intervention avec contrôle des témoins. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01293500

**HAL Id: dumas-01293500**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293500>**

Submitted on 24 Mar 2016

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

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

**Université de Bordeaux**  
U.F.R. des Sciences Médicales

**Année 2016**

**N° 29**

Thèse pour l'obtention du  
Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement par

**Jean HOLLIER**

Né le 31 Octobre 1984 à Bordeaux

le 16 Mars 2016

**Médecins généralistes et pharmaciens d'un territoire : impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac. Étude d'intervention avec contrôle des témoins.**

*Directeur de Thèse* : Docteur Jacques Dubernet

*Rapporteur* : Docteur Philippe Castera

*Jury de thèse* :

Monsieur le Professeur Marc Auriacombe	<i>Président du jury</i>
Monsieur le Docteur Philippe Castera	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Isabelle Baudrimont	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Mélina Fatséas	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Martine Valadie-Jannel	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Catherine Burugorri	<i>Juge</i>

## REMERCIEMENTS À NOS JUGES

### **À Monsieur le Professeur Marc Auriacombe, président du jury**

Professeur des universités, Université de Bordeaux Professeur d'addictologie et psychiatrie,  
Docteur en Médecine – DES de psychiatrie  
Praticien Hospitalier  
Directeur Adjoint du Laboratoire Sanpsy, CNRS USR 3413  
Responsable de l'équipe Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, addictologie  
et psychiatrie – Laboratoire de Psychiatrie  
Chef du Pôle Addictologie, CH Charles Perrens, Bordeaux  
Responsable du CA d'Addictologie, Pôle Santé Publique, CHU de Bordeaux  
Adjunct Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA  
*Vous me faites l'honneur de juger ma thèse et d'en présider le jury. Veuillez accepter ma gratitude et  
toute ma considération.*

### **À Monsieur le Docteur Philippe Castera, juge**

Docteur en Médecine – DES de médecine générale  
Maître de conférences associé de médecine générale, Université de Bordeaux  
Maître de stages des universités  
Coordinateur médical du réseau addictions Gironde  
*Je vous prie d'accepter tous mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Je vous  
exprime aussi toute ma gratitude pour votre disponibilité, vos conseils et votre confiance lorsque j'étais  
en difficulté.*

### **À Madame le Docteur Isabelle Baudrimont, juge**

Docteur en Pharmacie  
Maître de conférences des universités, Université de Bordeaux  
Laboratoire de toxicologie et hygiène appliquée  
*Veuillez accepter tous mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Nous avons travaillé  
auprès des pharmacies pour ce projet et il était important pour moi qu'un pharmacien participe au jury.*

### **À Madame le Docteur Mélina Fatséas, juge**

Docteur en Médecine – DES de psychiatrie  
DESC Addictologie  
Praticien Hospitalier  
HDR, Laboratoire Sanpsy CNRS USR 3413

Co-responsable du DU d'Addictologie, Université de Bordeaux

Responsable de l'Équipe Mobile d'Addictologie-Parentalité

*Veillez accepter tous mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.*

**À Madame le Docteur Martine Valadie-Jeannel, juge**

Docteur en Médecine – DES de Médecine Générale

Capacité d'Addictologie

Médecin inspecteur de santé publique – ARS Aquitaine

Chef de projet Addictions – Direction de l'offre de soins et de l'Autonomie – ARS Aquitaine.

*Veillez accepter tous mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.*

**À Madame le Docteur Catherine Burugorri, juge**

Docteur en Médecine – DES de médecine générale

Addictologue – CSAPA La Source Landes Addictions

Maître de stages des universités

Médecin sapeur-pompiers

Médecin du trafic routier

*Je te prie d'accepter mes remerciements pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Et accepte toute ma gratitude pour la confiance que tu m'as accordée durant ces années de remplacement à Biscarrosse et pour ta disponibilité constante pour me conseiller.*

-----

À mon directeur de thèse :

**À Monsieur le Docteur Jacques Dubernet**

Docteur en Médecine - DES de médecine générale

Praticien Hospitalier

DESC d'Addictologie

Responsable de l'Équipe de liaison et du dispositif Renapsud, Pôle Addictologie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Co-responsable du DU d'Addictologie, Université de Bordeaux

*Vous ne me connaissiez pas et ne me deviez rien, mais vous m'avez reçu, aidé à définir mon sujet de thèse, évité de me disperser, et guidé tout au long de ce travail. Vous avez su me conseiller pour mener ce projet. D'une grande disponibilité, vous m'avez consacré énormément de votre temps et je vous suis reconnaissant. Vous avez ma gratitude absolue.*

## REMERCIEMENTS

*À mes proches :*

*À Alix, mon épouse, pour ton soutien de chaque instant, pour l'amour et la complicité des années passées, présentes et à venir ! Merci aussi pour la relecture complète de ma thèse et les corrections apportées.*

*À mes parents, pour m'avoir élevé et soutenu depuis toujours. Je ne serais pas là sans vous. Je suis heureux de vous annoncer que votre enfant a (enfin) fini ses études !*

*À ma sœur Clothilde et à mon frère Pierre-Louis. Vous êtes mes frère et sœur adorés (un conseil, pour Clothilde : PASSE TA THÈSE RAPIDEMENT !!! Que la force soit avec toi, je suis là si tu as besoin !).*

*À Raphaël et Carole, je suis heureux de vous avoir avec nous.*

*À mes oncles et cousins confrères : une thèse de plus dans la famille !*

*À Margaux, Xavier, Laura, mes cousins ! Et à Thorsten pour sa relecture.*

*Et tous les autres aussi mais je vais manquer de place !*

*À ma belle-famille :*

*À Laurent et Brigitte. Merci de m'avoir accordé la main de votre fille. Je vous remercie aussi de m'avoir si souvent hébergé lorsque le travail et la thèse m'amenaient à Biscarrosse.*

*À Béatrice. Toi aussi : PASSE TA THÈSE RAPIDEMENT !!! Bon courage ! Je suis là si tu as besoin de conseils.*

*À François et Claire, ma nièce Camille et mon filleul Charles.*

*Aux amis :*

*À Pierre, Mathieu, Laurent : les schtroumpfs pédiatres ! Je suis heureux de vous avoir rencontré lors de notre stage en pédiatrie à Bayonne. Malgré les années et la distance, vous restez toujours importants à mes yeux et le resterez longtemps. Merci pour votre soutien, votre amitié. Chers amis, j'aurai mis le temps, mais je suis enfin votre chemin et décroche donc la cuillère de bois de la thèse !*

*À Anthony, pour la banda et tout ce qui s'ensuit : voyages, mariages, bonnes et mauvaises notes de musique ! Que les vents (cuivres et bois) te soient favorables, ainsi qu'à Stéphanie, dans vos projets français et/ou anglais.*

*Aux amis fanfarons de Los Teoporos, merci d'avoir animé ces longues études et d'avoir justifié un redoublement ; au moins on s'est bien amusés !*

*À l'équipe du laboratoire de recherche du Pôle Addictologie pour l'aide apportée à la réalisation de ce travail.*

*À mes formateurs :*

*Tout particulièrement aux équipes de la Pédiatrie de Bayonne et des Urgences de Marmande : j'ai appris avec d'autant plus d'intérêt que vous nous avez accueillis dans une équipe soudée et chaleureuse.*

*Aux ressources en ligne :*

*Merci au Pr Hervé de Maisonneuve pour les nombreux conseils méthodologiques et rédactionnels donnés sur son blog (<http://www.h2mw.eu/>) et dans son Guide du thésard.*

*Merci à [www.WWOZ.org](http://www.WWOZ.org) pour avoir mis en musique toutes ces heures passées devant l'ordinateur.*

-----

*Enfin je remercie aussi sincèrement tous les médecins et pharmaciens qui m'ont reçu et ont accepté de consacrer un peu de leur temps à ce projet.*

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

CCGL : communauté de communes des Grands Lacs

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders

NS : non significatif

MG : médecins généralistes

SRMA : schéma régional médico-social en addictologie

# Table des matières

1	INTRODUCTION .....	8
1.1	Contexte .....	8
1.2	Hypothèse et objectifs.....	9
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	10
2.1	Terminologie.....	10
2.2	Type de travail .....	10
2.3	Population étudiée et recrutement .....	10
2.4	Intervention : mise en place d'une formation pluridisciplinaire .....	11
2.5	Observer l'impact d'une formation sur les pratiques .....	11
2.6	Traitement et exploitation des données des enquêtes .....	14
2.7	Schéma général du projet .....	17
3	RÉSULTATS.....	18
3.1	Effectif inclus et évolution pendant l'étude .....	18
3.2	Organisation de la formation et constitution du groupe intervention .....	18
3.3	Résultats pour les médecins.....	21
3.4	Résultats pour les pharmaciens .....	35
3.5	Résumé des résultats .....	47
4	DISCUSSION.....	50
4.1	Réponse à la question de recherche et aux objectifs.....	50
4.2	Forces et faiblesses de notre travail.....	53
4.3	À propos de certains résultats.....	61
5	CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....	67
6	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	68
7	ANNEXES.....	72
7.1	Trame d'entretien standardisé.....	72
7.2	Questionnaire médecins .....	73
7.3	Questionnaire pharmaciens .....	76
7.4	Grille DEPISTER adaptée au DSM 5 .....	79
7.5	Présentation utilisée lors de la formation.....	80
7.6	Tableaux de comparaison détaillés .....	87
7.7	Projet d'article (version de travail).....	97
7.8	Serment médical.....	109
	RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS.....	110



# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

En 2010, le baromètre santé de l'INPES indiquait que 31.6% des français étaient fumeurs (1). En France en 2010, 78000 décès étaient attribuables au tabac (2). Économiquement, en 2000, le coût total du tabac pour la société a été évalué à 47 milliards d'euros (3% du PIB), dont 18 milliards d'euros de dépenses de santé (3).

Face à ces enjeux, le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT 2014-2019) a fixé comme objectif une baisse d'un tiers de la prévalence (passer sous les 20%) d'ici 10 ans et d'impliquer les professionnels de santé (4).

En 2003, 92% des pharmaciens déclaraient qu'ils avaient l'occasion de parler de tabac souvent (55%) ou rarement (37%) avec leurs patients; surtout ceux qui avaient suivi une formation dans l'année. 77% déclaraient avoir un rôle important à jouer en matière de tabagisme (5).

En 2009, les médecins déclaraient à 99% que la prévention en matière de tabagisme faisait partie de leur rôle; à 89% qu'il était facile de parler de tabac avec les patients; à 63% qu'ils en parlaient au moins une fois avec chaque patient; à 50% qu'ils se sentaient efficaces pour aider les patients; et à 78% qu'une formation leur permettrait de mieux remplir leur rôle de prévention. Ils voyaient plus de patients pour sevrage tabagique qu'en 2003 et s'en occupaient principalement seuls (6).

Dans la littérature anglo-saxonne, la formation des professionnels de santé, comme les médecins et les pharmaciens, semblait amener à une plus grande pratique du conseil et à plus d'arrêts du tabac chez les patients (7–10).

Les enquêtes observant la pratique en France étaient plus rares en 2015. Elles étaient moins optimistes et ont pointé des manques dans le repérage du tabagisme, le diagnostic de dépendance, le conseil à l'arrêt, l'utilisation des ressources disponibles (11–13). Cette discordance entre un sentiment d'implication fort et une pratique plus limitée pouvait s'expliquer par les difficultés citées comme le manque de temps, le manque de connaissances ou de formation, l'absence de rémunération spécifique, les différentes opinions sur le tabagisme (maladie, facteur de risque, choix de vie, simple comportement...), et la difficulté à intervenir pour modifier les comportements (14).

En 2009 en Aquitaine, la prévalence du tabagisme était similaire à la moyenne nationale (un tiers des Aquitains). Les ventes de cigarettes ont baissé entre 2001 et 2006 ; cette baisse était plus importante dans les Landes et dans les Pyrénées Atlantiques, probablement en raison des achats transfrontaliers en Espagne. Un décès sur cinq chez l'homme, et un sur dix chez la femme étaient attribuables à une maladie liée au tabac (15).

Conformément au Schéma Régional Médico-social d'Addictologie (SRMA) de 2009, la réforme CSAPA a été déployée en Aquitaine pour faciliter l'accès aux soins des personnes présentant une maladie addictive. Dans le département des Landes, le CSAPA La Source Landes Addictions disposait de deux centres de soins à Mont-de-Marsan et Dax, et de deux antennes à Biscarrosse et Hossegor (15).

Un des objectifs du SRMA était de développer des formations transversales et polyvalentes pour les professionnels de santé de proximité (15). Dans une enquête auprès des médecins des Landes en 2014, plus de 80% reconnaissaient que le manque de temps et le manque de formation étaient les difficultés majeures rencontrées dans la prise en charge des patients présentant une addiction et se déclaraient

intéressés par une formation courte (16). Dans une enquête de 2012 auprès des officines françaises, 80% des pharmaciens déclaraient être prêts à suivre une formation sur l'aide au sevrage tabagique (17).

Compte tenu de ces éléments, nous avons jugé opportun de proposer une formation courte d'addictologie sur le thème du tabac aux professionnels du premier recours (médecins, pharmaciens) d'un territoire, après avoir enquêté sur leurs pratiques.

## 1.2 Hypothèse et objectifs

Notre question de recherche est la suivante :

***Chez les médecins et les pharmaciens d'un territoire, une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac entraîne-t-elle une amélioration des pratiques par rapport à l'absence de formation ?***

Notre hypothèse est qu'une formation d'addictologie réunissant les médecins et les pharmaciens d'un territoire permettrait d'améliorer leurs pratiques face aux patients fumeurs. En proposant une approche commune, elle favoriserait le dépistage et le traitement de l'addiction, la cohérence de la prise en charge des différents acteurs et encouragerait le développement d'interactions et de coopérations entre les médecins et les pharmaciens.

**L'objectif principal** de ce travail est d'observer l'impact d'une formation d'addictologie sur la pratique des médecins et pharmaciens d'un territoire.

**Les objectifs secondaires** sont d'établir un état des lieux des pratiques et de créer une dynamique interprofessionnelle locale.

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 2.1 Terminologie

Le terme *pharmacien* désigne toute personne travaillant en pharmacie d'officine au contact du public (pharmacien titulaire, associés, préparateurs).

Le terme *médecins* ou MG désigne les médecins généralistes.

Le terme *addiction* désigne communément la *dépendance* qui existait dans le DSM IV et le *trouble de l'usage* qui est apparu dans le DSM 5 à la place de l'abus et de la dépendance (18).

Le terme *fumeurs* désigne les patients fumeurs ou en cours de prise en charge pour arrêter de fumer.

### 2.2 Type de travail

Étude d'intervention avec contrôle des témoins sous la forme d'une enquête de pratique menée avant et après intervention (évaluation de niveau 3 d'une formation : impact sur la pratique). Comparaison *avant versus après*.

### 2.3 Population étudiée et recrutement

Les médecins généralistes et les pharmaciens ont constitué la population étudiée.

La zone de recrutement était un territoire circonscrit. L'éloignement des structures hospitalières y impliquait une sollicitation systématique des acteurs du premier recours.

Le critère d'inclusion pour les médecins était d'exercer la médecine générale libérale comme activité principale (exclusion des médecins à exercice particulier).

Le critère d'inclusion pour les pharmaciens était de travailler au contact du public dans les officines du secteur.

Nous avons proposé à toute la population de participer à l'étude. Le recrutement s'est fait par un entretien standardisé, par téléphone ou sur rendez-vous. La trame de l'entretien est présentée en annexe (voir page 72).

La période idéale pour mener cette étude était celle où les sujets éligibles seraient le plus aisément disponibles.

## 2.4 Intervention : mise en place d'une formation pluridisciplinaire

Nous avons organisé une seule soirée de formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac. Cette formation a constitué **l'intervention** de notre étude.

Nous avons invité tous les médecins généralistes et tous les pharmaciens, recrutés ou non dans l'étude :

- Ceux qui ont assisté à la formation ont constitué le **groupe Intervention**.
- Ceux qui n'y ont pas assisté ont constitué le **groupe Témoin**.

Un médecin addictologue du Pôle Addictologie de Bordeaux et un médecin addictologue référent local ont animé la soirée.

Elle a traité :

- Des généralités sur la maladie addictive.
- Du repérage diagnostique de l'addiction au tabac (notions de craving et de perte de contrôle).
- De la prise en charge de l'addiction : objectifs, traitements disponibles, cible du traitement.
- Du suivi et de la surveillance des patients : monitoring du craving et des consommations associées, importance du suivi programmé, quand réorienter le patient, perspective à 5 ans.

Elle a compris un temps d'échange et de discussion à partir d'un cas clinique pour validation des acquis.

L'enquêteur a assisté à la formation pour s'assurer que tous les points prévus étaient bien abordés lors de la soirée. Il a utilisé le temps d'échange pour aborder les points oubliés lors de la présentation.

Nous avons tenté de lever les obstacles à la venue des sujets intéressés. La formation devait se dérouler à une période où le maximum de participants seraient disponibles et avoir lieu dans une des communes du territoire concernée.

## 2.5 Observer l'impact d'une formation sur les pratiques

Nous avons recherché l'impact de la formation à travers les modifications d'indicateurs de pratique entre *avant* et *après* la formation.

### 2.5.1 Thèmes étudiés

Nous avons exploré la pratique sur les thèmes suivants :

- L'abord de la consommation de tabac avec les patients.
- L'évaluation de l'addiction au tabac.
- La recherche de consommations associées.
- L'évaluation de la position du patient par rapport à une modification de sa consommation de tabac.
- Les prises en charge proposées par le professionnel.
- Les traitements utilisés.
- L'organisation du suivi
- la surveillance des patients pris en charge.

## **2.5.2 Programme d'enquête**

Nous avons mené deux enquêtes de pratique.

L'enquêteur a proposé la première enquête à tous les sujets lors du recrutement.

Il a proposé la seconde enquête, après la formation, à tous les sujets ayant participé à la première enquête. La seconde enquête s'est déroulée un mois après la formation.

Nous avons utilisé exactement les mêmes questionnaires pour les deux enquêtes.

## **2.5.3 Modalités de l'enquête de pratique**

L'enquête devait se faire en fin de journée, dans les locaux du sujet, en semaine (lundi à vendredi), en présence de l'enquêteur.

### **2.5.3.1 Pratique habituelle**

Nous souhaitons profiter de cette enquête pour explorer les méthodes de travail habituelles des sujets.

L'enquête a comporté une partie déclarative sur la pratique habituelle. Nous avons recherché :

- L'existence d'une formation préalable sur le tabac ou les addictions.
- Les méthodes d'évaluation de l'addiction au tabac.
- Les traitements utilisés.
- La durée de traitement évoquée avec les patients.
- La prise en charge proposée à un patient continuant à fumer sous patch nicotinique.
- L'organisation du suivi.
- Les motifs habituels de réorientation vers une consultation spécialisée.

### **2.5.3.2 Pratique réelle**

Nous avons évalué la pratique sur les patients d'une journée de travail par professionnel.

Nous avons demandé combien de patients ont été vus durant la journée de travail précédant l'entretien ; puis nous avons demandé leur statut tabagique : fumeurs, non-fumeurs, statut inconnu.

Nous avons exploré la pratique auprès des fumeurs identifiés (un questionnaire par fumeur).

Nous avons recherché pour chaque fumeur :

- Si le tabac avait été évoqué lors de la visite, et comment.
- Si un diagnostic d'addiction au tabac avait déjà été recherché, et si l'addiction était présente.
- Si des consommations associées avaient déjà été recherchées, et lesquelles.

- Si la position du patient par rapport à une modification de sa consommation de tabac était connue ou non, et quelle était cette position.
- Si une prise en charge avait déjà été proposée au patient, et quelle était cette prise en charge.
- Si un traitement était prescrit ou conseillé, et quel(s) traitement(s).
- Si un suivi était prévu, avec qui et quand.

Nous avons recherché, pour chaque patient en situation de suivi, si les éléments suivants avaient été recherchés :

- Un craving.
- Une re-consommation.
- Une compensation sur d'autres comportements addictifs.
- Des signes de sevrage.
- Des signes de surdosage ou d'effets secondaires.

Les déclarations des professionnels étaient la source des informations. Ils pouvaient consulter les dossiers patients. L'enquêteur n'accédait pas aux dossiers patients.

Le questionnaire utilisé est présentée en annexe (voir page 73).

## **2.5.4 Test de la méthode d'enquête**

### **2.5.4.1 Test de la méthode pour les médecins**

La procédure de l'enquête a été discutée et testée auprès de deux médecins généralistes. Elle a été acceptée.

### **2.5.4.2 Test de la méthode pour les pharmaciens**

La méthode d'enquête sur la pratique du jour a été rejetée par deux pharmacies tests (non réalisable en officine). Nous avons modifié le questionnaire et proposé une autre procédure de recueil.

Pour la partie sur la pratique du jour, nous avons rajouté :

- La présentation d'une ordonnance comme modalité pour l'abord de la consommation de tabac lors de la visite.
- Pour les traitements : nous avons demandé ce que les patients avaient accepté d'acheter.
- Nous avons demandé si les fumeurs avaient été réorientés pour la suite, vers qui et pourquoi.
- Nous avons reformulé certaines questions et modifié leur ordre.

Pour la partie sur la pratique habituelle, nous avons aussi demandé vers qui les patients étaient réorientés.

La partie sur la pratique du jour a été remplie de manière prospective dans la journée, sans présence de l'enquêteur : recueil de données par auto-observation.

Nous avons demandé aux pharmaciens de répertorier le statut tabagique des patients : fumeur, non-fumeur, statut inconnu. Ils devaient ensuite remplir une fiche pour chaque fumeur.

Nous avons demandé aux pharmaciens de remplir la fiche après le départ du patient pour ne pas guider l'entretien.

Cette nouvelle procédure a été acceptée par les deux pharmacies consultées, sans journée test.

Le questionnaire utilisé pour les pharmaciens est présenté en annexe (voir page 76).

## **2.6 Traitement et exploitation des données des enquêtes**

### **2.6.1 Anonymisation et encodage**

Nous avons anonymisé les questionnaires avant de les traiter.

La clé d'anonymisation était séparée de la base de données. Les participants ne connaissaient ni leur code, ni celui des autres participants. Les participants ont gardé le même code d'anonymat dans les deux enquêtes (code individuel unique).

Nous avons utilisé le logiciel Epi Info 7 (19) traduit en français (20) pour traiter les données.

Nous avons reproduit le questionnaire d'enquête sur le logiciel en incluant des contrôles de saisie pour éviter les incohérences.

L'enquêteur a saisi les données directement sur le formulaire d'Epi Info, seul, sans relecture ni double-saisie. Le confort visuel du logiciel et les contrôles de saisie limitaient les erreurs. Les questionnaires ont été éliminés (recyclés) après saisie.

L'enquêteur a lancé des comparaisons pour s'assurer que l'encodage était concordant entre les deux enquêtes sur quatre points :

- Le fait d'être un pharmacien ou un médecin.
- Le fait d'appartenir au groupe *Intervention* ou au groupe *Témoin*.
- Le fait d'avoir déjà reçu ou non une formation préalable à notre étude.
- La stabilité du nombre de fumeurs de la première enquête.

Nous avons exploité les données à l'échelle du sujet et à l'échelle du groupe de sujets. Les résultats d'un groupe ont été obtenus par cumul des résultats des sujets appartenant au groupe.

Les données des médecins et celles des pharmaciens ont été saisies sur la même base de données.

Nous avons traité indépendamment les données des médecins et des pharmaciens.

## **2.6.2 Enquête 1 : description par groupe : état des lieux des pratiques**

Ces résultats constituaient un état des lieux des pratiques sur le territoire et figuraient dans nos résultats.

Pour la partie sur la pratique du jour, nous avons décrit :

Nombre de patients et de fumeurs vus ce jour.

Diagnostic. Nombre de fumeurs pour lesquels :

- Le tabac a été évoqué lors de la visite.
- L'addiction au tabac a été recherchée.
- D'autres consommations ont été recherchées.

Traitement. Nombre de fumeurs :

- Dont la position par rapport au tabac était connue.
- Qui ont reçu une proposition de prise en charge.
- Pour lesquels un traitement pharmacologique a été prescrit ou conseillé; et nombre de patients pour lesquels un traitement ciblant le craving a été prescrit.
- Pour lesquels un traitement non-pharmacologique a été conseillé.
- Pour lesquels un suivi a été prévu.

Surveillance des fumeurs déjà pris en charge et en cours de suivi. Nombre de fumeurs pour lesquels ont été recherchés :

- Un craving.
- Une re-consommation.
- Une compensation sur d'autres comportements addictifs.
- Des signes de sevrage.
- Un surdosage ou un effet secondaire.

## **2.6.3 Enquête 1 : comparaison des résultats selon l'existence d'une formation préalable**

Notre étude recherchait l'impact d'une formation sur la pratique des professionnels. Nous avons trouvé pertinent de rechercher l'influence éventuelle des formations suivies avant notre enquête.

Nous avons comparé les résultats de l'enquête 1 entre les sujets ayant déjà bénéficié d'une formation et ceux n'ayant jamais reçu de formation.

Pour comparer les résultats de l'enquête sur la pratique du jour, nous avons utilisé le test du  $X^2$  de Pearson lorsque les effectifs étaient suffisants et le test exact de Fisher unilatéral lorsque les effectifs étaient trop faibles. Notre hypothèse était que la pratique des professionnels qui ont déjà suivi une formation était plus développée que celle des professionnels sans formation. Le seuil de significativité statistique était atteint pour  $p < 0.05$ .



Nous avons décrit les résultats des deux groupes mais nous n'avons commenté que les différences notables (avis subjectif) ou significatives.

#### **2.6.4 Enquête 1 et enquête 2 : comparaisons des pratiques avant et après intervention**

Nous avons d'abord comparé la pratique des groupes *Intervention* et *Témoin* à la base (enquête 1).

Nous avons comparé la pratique du groupe *Intervention* avant et après intervention. Nous avons aussi comparé la pratique du groupe *Témoin* avant et après intervention. Nous avons observé ainsi l'évolution des deux groupes.

Les comparaisons ont porté sur les indicateurs de pratique (patients du jour), sans le détail des réponses.

Nous avons utilisé le test du  $X^2$  de Pearson ou le test exact de Fisher unilatéral selon les effectifs. Le seuil de significativité statistique est atteint pour  $p < 0.05$ . Notre hypothèse était que la pratique des professionnels s'améliorait dans le temps.

Dans chaque groupe, nous avons indiqué les évolutions qui nous semblaient notables (avis subjectif) et celles qui étaient significatives.

#### **2.6.5 Enquête 1 et Enquête 2 : comparaisons des pratiques avant et après intervention dans le sous-groupe des sujets sans formation préalable**

Nous avons effectué les mêmes comparaisons dans le sous-groupe des sujets qui n'avaient jamais eu de formation avant notre étude.

Cette comparaison a permis de neutraliser l'influence d'autres formations que la nôtre.

NOTE : les comparaisons sont présentées sous forme de tableaux dans la partie résultats. Seules les *p-values* des différences significatives sont indiquées dans les tableaux. Pour ne pas les surcharger, les intervalles de confiance et les autres *p-values* sont présentés en annexe page 87.

## 2.7 Schéma général du projet

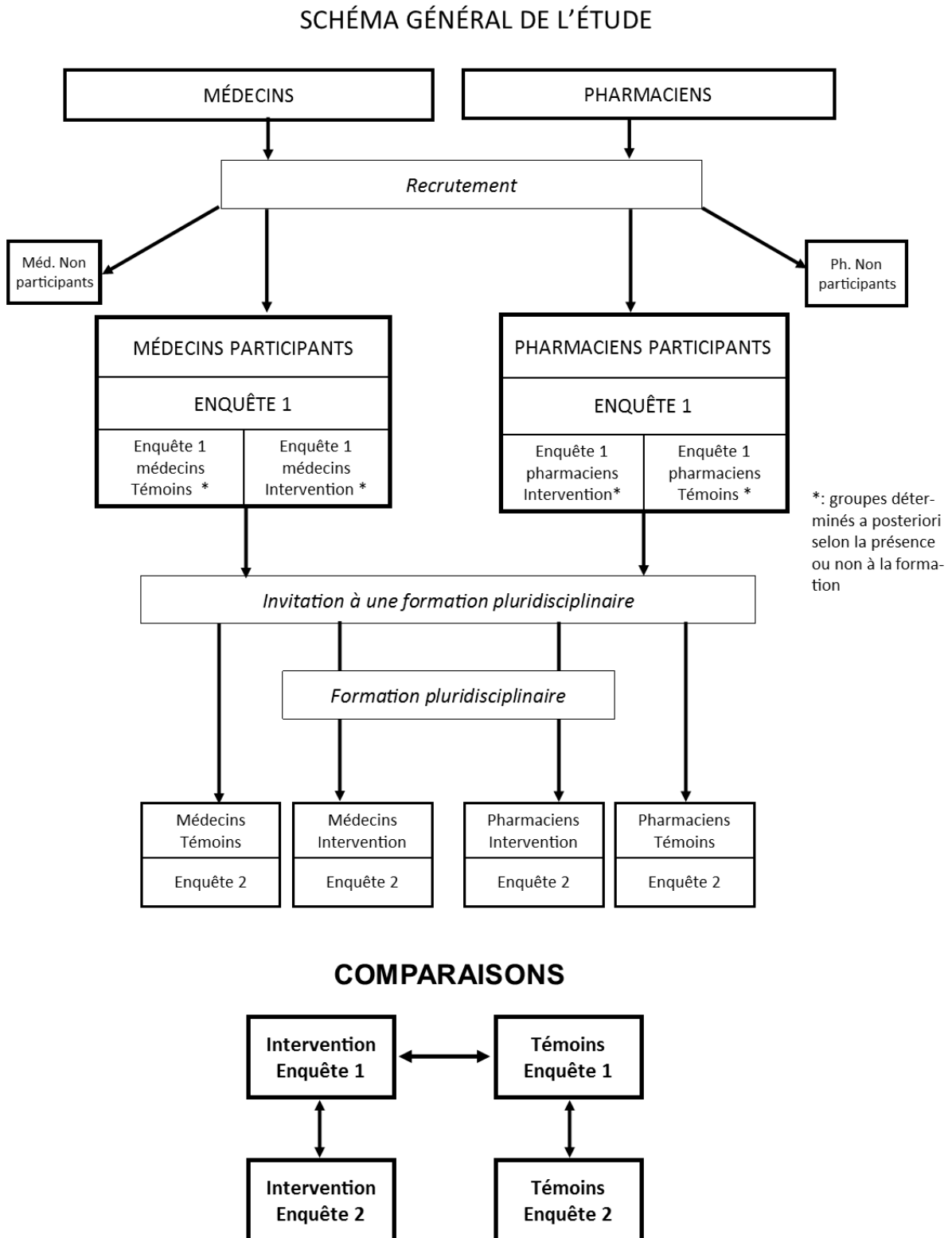


Figure 1

# 3 RÉSULTATS

## 3.1 Effectif inclus et évolution pendant l'étude

Le territoire d'inclusion couvrait la Communauté de Communes des Grands Lacs (CCGL), sur la côte Nord des Landes.

Les sujets inclus exerçaient dans les communes de Biscarrosse, Parentis-en-Born, Sanguinet et Ychoux.

Le nombre de médecins et de pharmaciens du secteur, et la participation aux différentes parties de l'étude sont décrits dans le Tableau 1 :

	Médecins généralistes	Pharmaciens
Sujets inclus	23	50
<b>Sujets recrutés</b>	<b>22</b>	<b>38</b>
Enquête 1	22	38
<b>Intervention</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Témoins</b>	<b>15</b>	<b>29</b>
Enquête 2	22	38

Tableau 1 : Évolution des effectifs

Nous avons recruté les participants début Juin 2015. Nous avons mené la première enquête du 18 Juin au 9 Juillet 2015. Nous avons mené la seconde enquête du 20 octobre au 16 novembre 2015 (soit un mois après la formation).

## 3.2 Organisation de la formation et constitution du groupe intervention

### ORGANISATION ET PROMOTION

Nous avons organisé la soirée de formation pluridisciplinaire avec l'aide de M. Christophe RASSIS, du dispositif RENAPSUD, structure du Pôle Addictologie.

Nous avons décliné la proposition d'un visiteur médical de participer à l'organisation et au financement de la soirée.

L'enquêteur a invité tous les médecins et pharmaciens lors de la première enquête en Juin, en précisant que la formation aurait lieu en septembre mais que la date n'était pas encore fixée.

Nous avons envoyé les invitations par mail puis courrier postal du 17 au 22 Août 2015. Nous avons fait une relance (mail et courrier) du 7 au 13 Septembre 2015. Au cours de la semaine du 14 au 20 Septembre 2015, l'enquêteur a contacté les médecins qui n'avaient pas répondu et visité les pharmacies qui n'avaient pas répondu.

## ACCESSIBILITÉ

La formation a eu lieu le Mardi 22 Septembre 2015, de 20h à 23h, dans la salle de Millas prêtée à titre gracieux par la mairie de Biscarrosse.

Nous avons évité la quinzaine de la rentrée scolaire, traditionnellement chargée, et avons choisi le milieu de semaine pour ne pas interférer avec les départs en week-end. Nous avons évité les dates déjà prévues pour des FMC sur le secteur.

Un buffet était disponible dès le début de la soirée. Cela nous a permis de discuter avec les participants et a donné le temps aux retardataires d'arriver avant le début de la formation.

## PARTICIPATION – CONSTITUTION DES GROUPES INTERVENTION ET TÉMOIN

À la clôture des inscriptions, nous attendions 16 pharmaciens et 9 médecins issus des 73 professionnels du secteur (soit 34%) ainsi que deux médecins non concernés par l'étude.

Le soir de la formation, **7 médecins et 9 pharmaciens** étaient présents (soit 22% des 73 professionnels du secteur). Ils ont constitué le **groupe intervention**. Parmi eux, 3 médecins et 2 pharmaciens avaient déjà eu une formation avant notre étude (voir Figure 2). Un médecin et un pharmacien non concernés par l'étude étaient aussi présents.

Les **15 médecins et 29 pharmaciens** absents ont constitué le **groupe Témoin** ; parmi eux 5 médecins et 17 pharmaciens avaient déjà eu une formation avant notre étude.

Les 60 professionnels qui ont participé à notre étude, se sont donc répartis à 27% dans le groupe *Intervention* et à 73% dans le groupe *Témoin*.

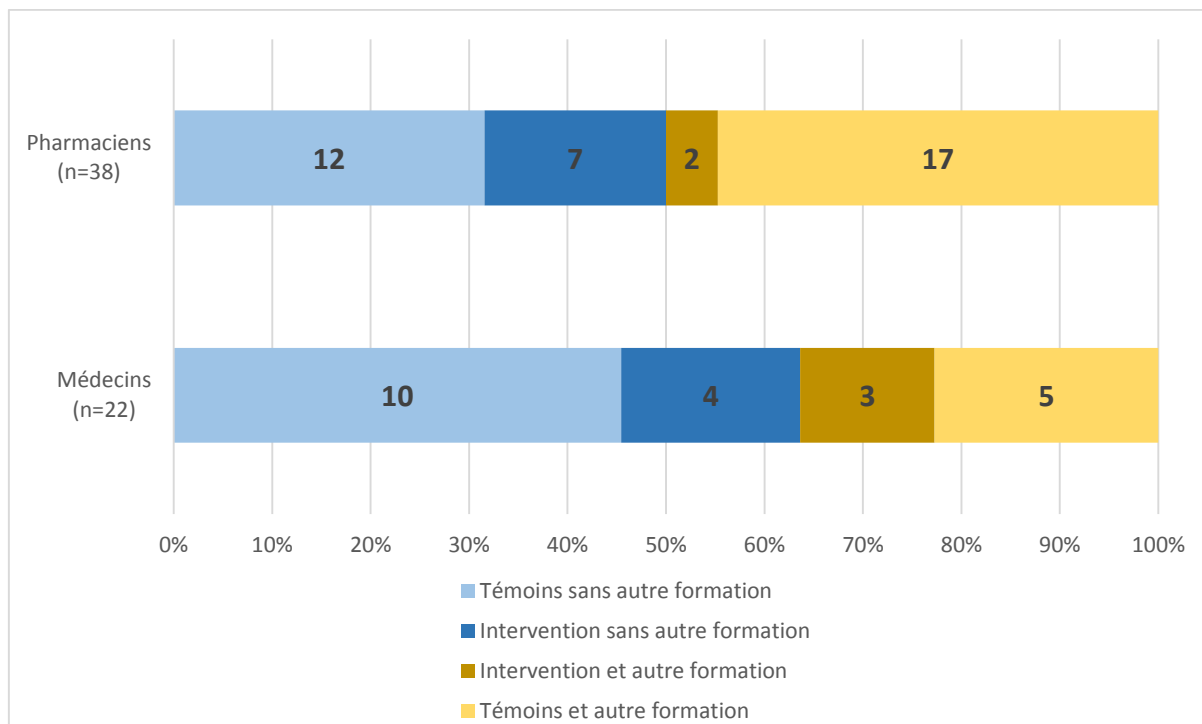


Figure 2 : Participation à la soirée de formation et existence d'une formation préalable

Deux médecins sont intervenus : un médecin du Pôle Addictologie et un médecin référent local.

L'enquêteur a assisté à la formation pour s'assurer que tous les thèmes prévus étaient abordés. Une seule relance a été faite pendant la discussion pour un point non abordé. À la fin de la soirée, tous les points prévus avaient été abordés.

Le public a participé au cas clinique de validation des acquis qui a ouvert une discussion active.

Nous avons remis plusieurs documents aux participants :

- Plaquette de présentation du CSAPA (*La source Landes addictions*).
- Plaquette de l'ARS sur les filières d'addictologie.
- Une plaquette contenant la grille DEPISTER du RESAG mise à jour selon le DSM 5.

Nous présentons en annexe le diaporama de présentation (voir page 80) et la grille DEPISTER (voir page 79).

### 3.3 Résultats pour les médecins

#### 3.3.1 Résultats de la première enquête : état des lieux des pratiques de 22 médecins, avant la formation de l'étude

##### 3.3.1.1 Pratique habituelle

###### FORMATION PRÉALABLE À L'ENQUÊTE

Les deux tiers (63%) des médecins n'avaient jamais reçu de formation (cf. Figure 3).

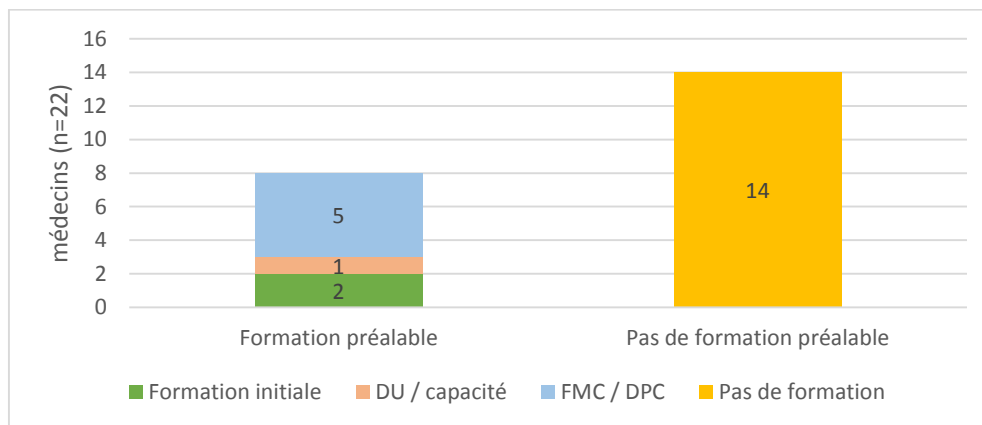


Figure 3 : Formations reçues avant notre étude, médecins

###### MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'ADDICTION AU TABAC

Le test de Fagerström était la méthode la plus utilisée (50% des médecins). Seuls des médecins avec formation (3/8) recherchaient le craving. Les médecins sans formation citaient plus souvent les échecs répétés d'arrêt (Cf. Figure 4).

Les médecins ayant répondu *Autre* évaluaient l'importance du tabagisme (durée, consommation quotidienne, paquets-années).

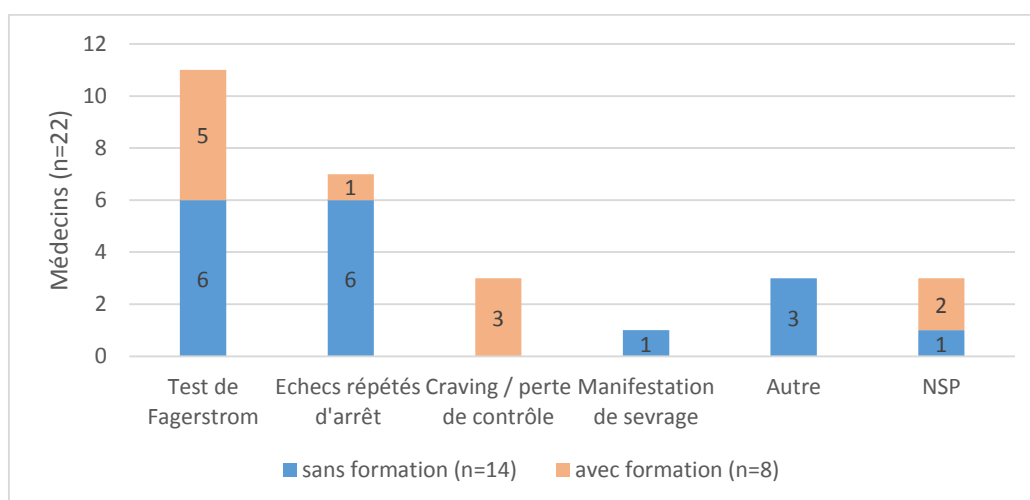


Figure 4 : Méthode d'évaluation de l'addiction au tabac, médecins, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

## TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Les 22 médecins proposaient une prise en charge pharmacologique (Cf. Figure 5). Parmi eux, 21 proposaient au moins un traitement ciblant le craving (patch nicotinique, varénicline ou bupropion).

Les patchs nicotiques étaient le traitement le plus utilisé (21 médecins sur 22). La cigarette électronique a été plus souvent citée (13 médecins) que les gommes à la nicotine (12 médecins).

Les médecins sans formation étaient plus nombreux (10/14) à utiliser la cigarette électronique que ceux avec formation (3/8).

Réponse *Autre* : abstention de tout traitement pour certains patients.

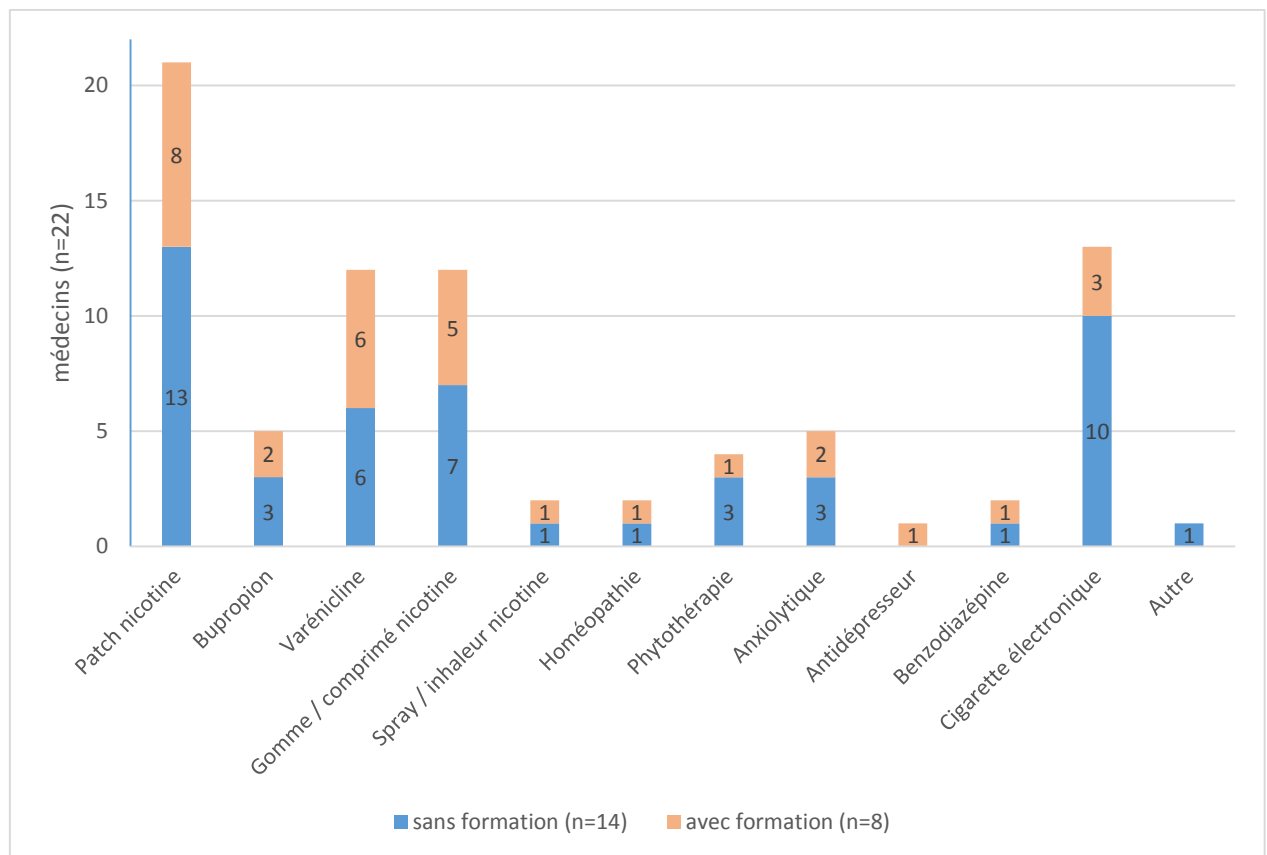


Figure 5 : Traitements pharmacologiques proposés par les médecins, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

## APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

Quatorze médecins sur 22 proposaient des approches non pharmacologiques : 12 proposaient l'hypnose, 8 l'acupuncture, 1 les thérapies cognitivo-comportementales, 1 l'orientation vers une consultation d'addictologie.

## ATTENTES VIS-À-VIS DU TRAITEMENT

Les objectifs du traitement étaient :

- Le contrôle de la consommation pour 15 médecins (5/8 avec formation; 10/14 sans formation)
- La gestion du craving pour 14 médecins (6/8 avec formation ; 8/14 sans formation).
- Éviter les manifestations de sevrage pour 10 médecins (4/8 avec formation ; 6/14 sans formation).
- *Autre* : Changer les habitudes du patient pour un médecin.

## DISCUSSION DE LA DURÉE PRÉVISIBLE DU TRAITEMENT

Les médecins annonçaient habituellement une durée de traitement de :

- Quelques mois, pour 16 médecins (6/8 avec formation ; 10/14 sans formation).
- Quelques semaines, pour 2 médecins.
- Quelques années, pour 1 médecin.

Trois médecins sans formation ne discutaient pas de la durée du traitement.

## ORGANISATION DU SUIVI

La majorité des médecins (12/22) proposaient eux-mêmes un rendez-vous de suivi à leurs patients (Cf. Figure 6).

Les médecins avec formation proposaient plus souvent eux-mêmes une consultation de suivi (6/8) que les médecins sans formation (6/14).

Réponse *Autre* : attitude variable.

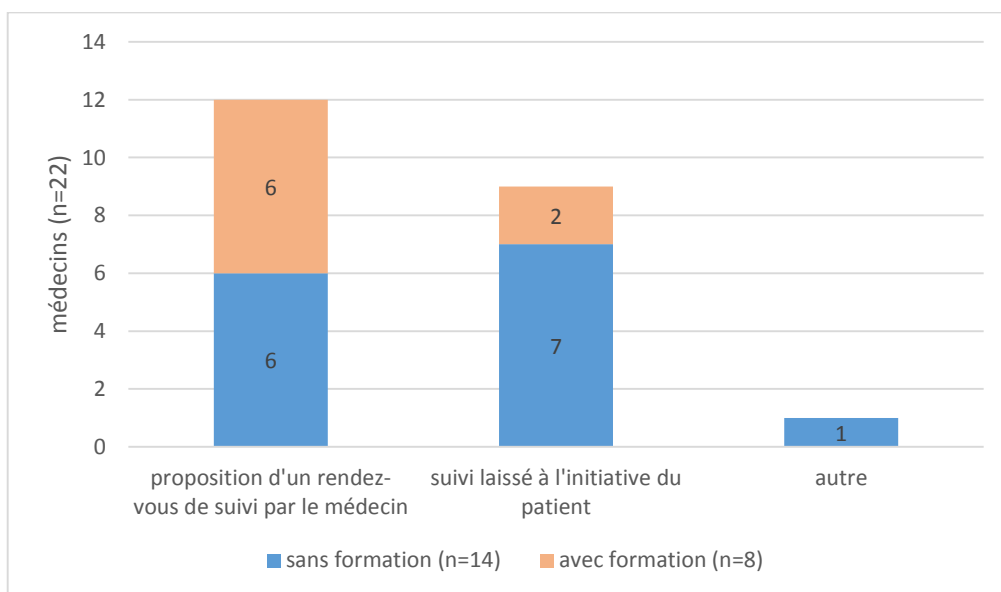


Figure 6 : Organisation du suivi par les médecins, enquête 1 (une seule réponse)



## CAS D'UN PATIENT QUI CONTINUE À FUMER SOUS PATCH NICOTINIQUE

La Figure 7 décrit ce que les médecins proposaient à un patient fumant sous patch nicotinique.

Un tiers des médecins (8/22) proposaient d'augmenter la posologie des patches. Un tiers (7/22) proposaient d'arrêter les patches.

Les médecins avec formation proposaient plus souvent une augmentation de posologie des patches (4/8) ou un ajout de forme rapide de nicotine (4/8) que les médecins sans formation (respectivement 4/14 et 2/14). Ces derniers étaient plus nombreux à proposer d'arrêter les patches.

Réponses *Autre* : conseiller d'utiliser une cigarette électronique (2), accepter une consommation réduite de tabac (2), ajouter de la varénicline (1), fixer une nouvelle date d'arrêt (1).

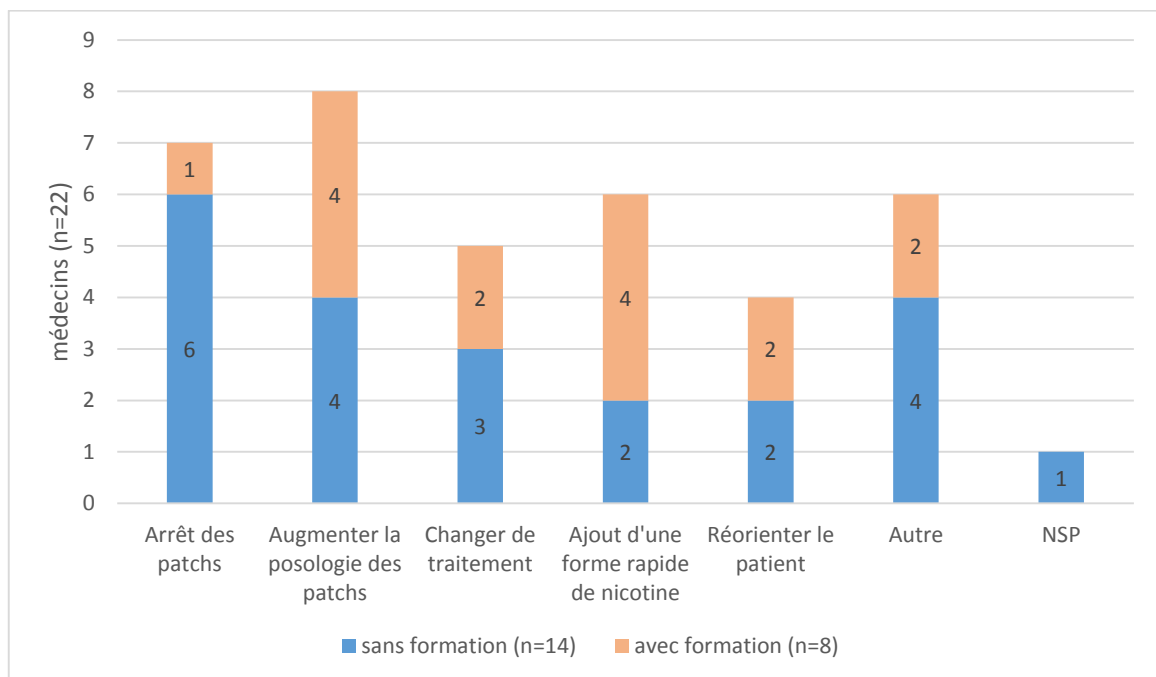


Figure 7 : Prise en charge d'un patient fumant sous patch nicotinique, médecins, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

## QUELS PATIENTS RÉORIENTER ?

La poly-addiction était le principal motif de réorientation avancé par les médecins (17/22).

La réponse *Autre* correspondait à la volonté d'avoir un meilleur encadrement pour le patient.

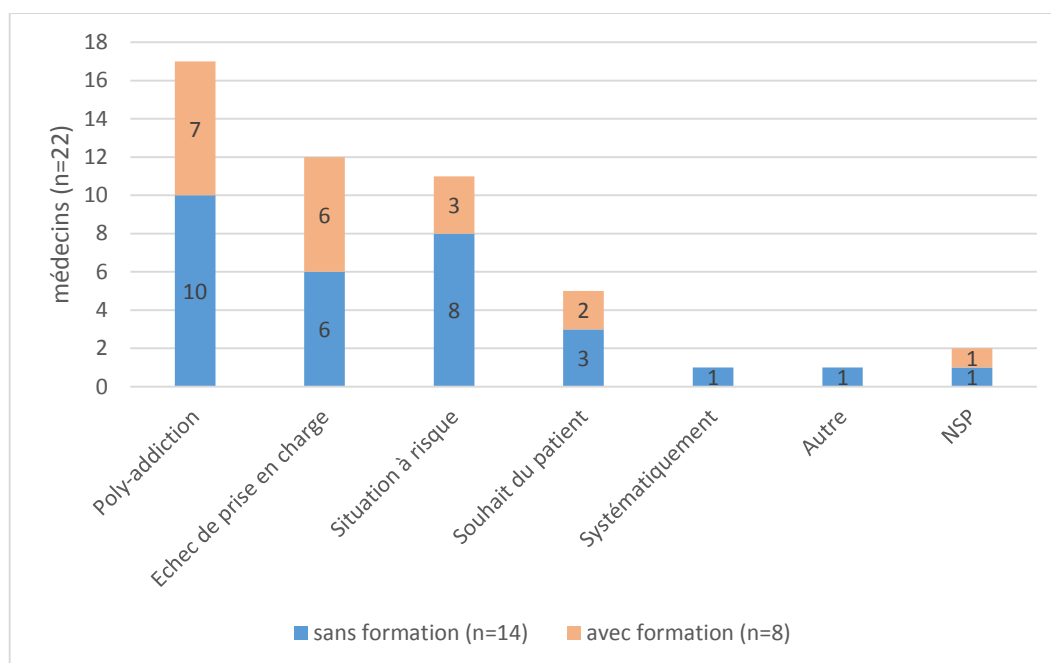


Figure 8 : Motifs de réorientation des patients, médecins, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

### 3.3.1.2 Pratique sur les patients d'une journée de consultation

#### EFFECTIFS

Les 22 médecins ont participé à la partie observationnelle de l'enquête.

Le Tableau 2 décrit les effectifs des patients vus en consultation sur une journée et leur répartition selon que leur statut tabagique est connu ou non.

	Total 22 médecins (%)	Moyenne par médecin (extrêmes)
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>495</b>	<b>22.5 (13 ; 40)</b>
Dont statut tabagique connu	417 (84%)	19.0 (10 ; 37)
Dont statut tabagique inconnu	78 (16%)	3.5 (0 ; 9)

Tableau 2: Patients observés lors d'une journée de consultation et connaissance du statut tabagique, groupe médecin, enquête 1

Le Tableau 3 décrit la répartition entre fumeurs et non-fumeurs lorsque le statut tabagique est connu.

	Total 22 médecins (%)	Moyenne par médecin (extrêmes)
<b>Nombre de patients de statut tabagique connu</b>	<b>417</b>	<b>19.0 (10 ; 37)</b>
Nombre de fumeurs	74 (18%)	3.4 (0 ; 9)
Nombre de non-fumeurs	343 (82%)	15.6

Tableau 3: Statuts tabagiques connus, groupe médecins, enquête 1

## INDICATEURS DE PRATIQUE

Le Tableau 4 synthétise les éléments de pratique des médecins auprès des fumeurs identifiés. Les réponses sont détaillées à la suite du tableau.

	Total 22 médecins		14 médecins sans formation		8 médecins avec formation	
	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage
<b>Patients fumeurs</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>
<b>Abord de la consommation de tabac</b>	27	37%	16	37%	11	36%
<b>Recherche d'une addiction</b>	24	32%	10	23%	14	<u>45%</u> *
<b>Recherche d'autres consommations</b>	28	38%	12	28%	16	<u>52%</u> *
<b>Position du patient connue</b>	49	66%	28	65%	21	67%
<b>Proposition de prise en charge</b>	40	54%	20	47 %	20	<u>64%</u>
<b>Traitement pharmacologique</b>	13	18%	4	9%	9	<u>29%</u> *
<b>Traitement non pharmacologique</b>	5	7%	3	7%	2	6%
<b>Suivi prévu</b>	14	20%	5	12%	9	<u>29%</u>

\* : différence statistiquement significative  $p < 0.05$ . Souligné : différences qui nous semblent notables.

Tableau 4 : Éléments de pratique auprès des patients fumeurs, enquête 1, groupe médecins

### ABORD DE LA CONSOMMATION DE TABAC DANS LA CONSULTATION : 27 fumeurs

La consommation de tabac a été évoquée principalement par le médecin (24 fumeurs) ; par le patient parmi d'autres motifs de consultation (2 fumeurs) ; une réponse était incertaine.

Il n'y a eu aucune consultation dédiée.

### RECHERCHE D'UNE ADDICTION AU TABAC : 24 fumeurs

L'addiction était présente chez 23 des 24 fumeurs chez qui elle avait déjà été recherchée.

Les médecins avec formation avaient plus souvent recherché l'addiction (pour 45% des fumeurs contre 23%, différence significative  $p=0.047$ ).

### RECHERCHE DE CONSOMMATIONS ASSOCIÉES : 28 fumeurs

Les médecins avec formation avaient plus souvent recherché des consommations associées (pour 52% des fumeurs contre 28%, différence significative  $p=0.038$ ).

Le Tableau 5 décrit les consommations recherchées :

	Total médecins : 28 fumeurs	Médecins sans formation : 12 fumeurs	Médecins avec formation : 16 fumeurs
Fumeurs questionnés sur l'alcool	26	11	15
Fumeurs questionnés sur le cannabis	14	3	11
Fumeurs questionnés sur les opiacés	13	3	10
Fumeurs questionnés sur les stimulants	2	-	2
Fumeurs questionnés sur les benzodiazépines	3	1	2
Fumeurs questionnés sur les jeux d'argent	2	-	2
Fumeurs questionnés sur les jeux vidéo	2	-	2

Tableau 5: Détail des consommations associées recherchées, groupe médecins, enquête 1

L'alcool était la principale consommation recherchée.

Les médecins avec formation avaient plus souvent recherché le cannabis et les opiacés.

### CONNAISSANCE DE LA POSITION DU PATIENT : 49 fumeurs

Les médecins connaissaient la position de 49 fumeurs par rapport à une modification de leur consommation de tabac.

Plus de la moitié (29/49) ne souhaitaient rien changer pour le moment, 12 souhaitaient arrêter de fumer, 6 souhaitaient diminuer leur consommation, pour 2 réponses le médecin ne savait pas exactement la position du patient.

### PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE : 40 fumeurs

Quarante fumeurs sur 74 (54%) ont déjà reçu une proposition d'aide.

Les médecins avec formation ont plus souvent proposé de l'aide à leurs fumeurs (64% des fumeurs contre 47% des fumeurs pour les médecins sans formation).

Parmi les 40 fumeurs ayant reçu une proposition d'aide, 28 se sont vus proposer d'arrêter de fumer, 1 de s'abstenir temporairement, 5 de diminuer leur consommation, et 6 ont reçu un conseil moins précis.

### TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES : 13 fumeurs

Le Tableau 6 décrit les traitements déjà prescrits ou conseillés à ces 13 fumeurs.

Les médecins avec formation avaient plus souvent prescrit ou conseillé un traitement que ceux sans formation (pour 29 % des fumeurs contre 9%, différence significative  $p=0.030$ ).

	Total médecins : 13 patients	Médecins sans formation : 4 patients	Médecins avec formation : 9 patients
<b>Traitement ciblant le craving</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
- dont patch nicotinique	8	2	6
- dont varéclique	1	-	1
Gommes à la nicotine	1	-	1
Cigarette électronique	4	2	2
Anxiolytique	2	1	1
Antidépresseur	1	-	1
Autre	1	-	1

Tableau 6 : Traitements prescrits ou conseillés par les médecins, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

Un traitement ciblant le craving était prescrit à 9 patients sur 13 (principalement un patch nicotinique). La cigarette électronique a été plus souvent conseillée que les gommes à la nicotine. La réponse *Autre* correspondait à une abstention volontaire de traitement.

L'addiction a été recherchée chez 7 des 9 fumeurs recevant un traitement ciblant le craving.

### APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES : 5 fumeurs

Cinq fumeurs sur 74 (7%) étaient concernés par une approche non pharmacologique : suivi régulier en consultation (3 fumeurs), hypnose (1 fumeur), acupuncture (1 fumeur), *Autre* (1 fumeur : réduction du niveau de consommation).

### ORGANISATION DU SUIVI : 14 fumeurs

Le suivi était organisé pour 14 des 74 fumeurs (19%).

Un suivi était plus souvent prévu pour les fumeurs des médecins avec formation que pour ceux des médecins sans formation (29% contre 12%).

Le suivi était prévu avec : le médecin traitant (12 fumeurs), un pneumologue (1 fumeur), un addictologue (1 fumeur).

Le rythme prévu était : hebdomadaire (2 fumeurs), mensuel (4 fumeurs), laissé à l'initiative du patient (1 fumeur), inconnu (7 fumeurs).

### CONSULTATION DE SUIVI ET SURVEILLANCE : 13 fumeurs

Treize fumeurs sur 74 (18%) étaient dans une situation de suivi lors de leur consultation. Le Tableau 7 décrit quels éléments de surveillance ont été recherchés chez ces patients.

	Total médecins : 13 fumeurs	Médecins sans formation : 5 fumeurs	Médecins avec formation : 8 fumeurs
Recherche d'un craving	5	1	4
Recherche d'une consommation	9	3	6
Recherche d'une compensation	3	1	2
Recherche de signes de sevrage	3	-	3
Recherche d'un surdosage / d'effets indésirables	1	-	1

Tableau 7: Éléments de surveillance recherchés lors de la consultation, groupe médecins, enquête 1

La consommation de tabac était le principal élément recherché lors de la consultation. Le craving était recherché surtout par les médecins avec formation.

### 3.3.2 Comparaison des pratiques avant (enquête 1) et après (enquête 2) l'intervention

Le Tableau 8 et le Tableau 9 décrivent les différences observées entre les deux enquêtes pour le groupe *Intervention* et le groupe *Témoin*.

	Groupe INTERVENTION 7 médecins				<i>p-value</i>	Groupe TÉMOIN 15 médecins				<i>p-value</i>
	Enquête 1		Enquête 2			Enquête 1		Enquête 2		
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>154</b>		<b>196</b>			<b>341</b>		<b>369</b>		
<b>Statut tabagique connu</b>	119		172		**0.009	298		351		*<0.001
<b>Fumeurs</b>	20		32			54		35		*0.011
<b>Prévalence tabagisme (population)</b>	13%		16%			16%		9%		*0.011
<b>Prévalence tabagisme (population de statut connu)</b>	17%		19%			18%		10%		*0.003
<b>Fumeurs</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>		<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	
<b>Abord de la consommation de tabac</b>	15	75%	17	53%		12	22%	15	43%	*0.036
<b>Addiction recherchée</b>	10	50%	17	53%		14	26%	11	31%	
<b>Rech. d'autres consommations</b>	9	45%	15	47%		19	35%	17	49%	
<b>Position du patient connue</b>	15	75%	23	72%		34	63%	24	69%	
<b>Proposition de prise en charge</b>	10	50%	21	66%		30	56%	13	37%	
<b>Traitement pharmacologique</b>	6	30%	4	13%		7	13%	6	17%	
<b>dont traitement du craving</b>	4		4			5		6		
<b>Traitement non pharmacologique</b>	1	5%	2	6%		4	7%	4	11%	
<b>Suivi prévu</b>	6	30%	10	31%		8	15%	8	23%	

Rech.=recherche.

\*:évolution significative du groupe Témoin dans le temps \*\*:évolution significative du groupe Intervention dans le temps

Tableau 8 : Comparaison avant-après intervention des pratiques des groupe Intervention et Témoin, pour les médecins

A la base (enquête 1), le groupe *Intervention* a eu une pratique supérieure à celle du groupe *Témoin* sur 5 indicateurs : aborder la consommation ( $p<0.001$  IC95%[3.17;34.8]), rechercher l'addiction (différence non significative : NS), rechercher d'autres consommations (NS), proposer un traitement (NS) et un suivi (NS).

Après la formation, le groupe Intervention a progressé sur la connaissance du statut tabagique des patients ( $p=0.009$  IC95%[1.19;3.73]), a repéré plus de fumeurs (NS), et a progressé sur les propositions de prise en charge (NS). La consommation a été moins souvent abordée et moins de traitements ont été prescrits.

Le groupe *Témoin* a progressé sur la connaissance du statut tabagique des patients ( $p<0.001$  IC95%[1.59;4.98]), et pour aborder la consommation de tabac ( $p=0.036$  IC95%[1.04;6.63]), rechercher d'autres consommations (NS) et proposer un suivi (NS). Ces médecins ont repéré moins de fumeurs et ont moins souvent proposé une prise en charge.

	Groupe INTERVENTION 7 médecins				Groupe TÉMOIN 15 médecins			
	Enquête 1		Enquête 2		Enquête 1		Enquête 2	
<b>Patients en suivi</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>
<b>Recherche craving</b>	3	50%	2	50%	2	29%	2	25%
<b>Recherche consommation</b>	4	67%	3	75%	5	71%	4	50%
<b>Recherche compensation</b>	2	33%	2	50%	1	14%	1	13%
<b>Recherche sevrage</b>	2	33%	-	-	1	14%	3	38%
<b>Recherche surdosage / effet indésirable</b>	1	17%	-	-	-	-	-	-

Tableau 9 : Comparaison avant-après intervention des pratiques des groupe Intervention et Témoin, patients en situation de suivi, pour les médecins

Nous n'avons pas fait de comparaison vu le faible effectif de patients en situation de suivi.



### 3.3.3 Comparaison des pratiques avant (enquête 1) et après (enquête 2) intervention dans le sous-groupe "sans formation préalable"

Le Tableau 10 et le Tableau 11 décrivent les différences observées entre les deux enquêtes pour le groupe *Intervention* et le groupe *Témoin* dans le sous-groupe des médecins qui n'ont pas reçu d'autre formation avant notre étude.

Médecins sans formation préalable	Groupe INTERVENTION 4 médecins				p-value	Groupe TÉMOIN 10 médecins				p-value
	Enquête 1		Enquête 2			Enquête 1		Enquête 2		
Nombre de patients vus	68		109			213		243		
Statut tabagique connu	51		93			188		231		*0.008
Fumeurs	9		21			34		27		
Prévalence tabagisme (population)	13%		19%			16%		11%		
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	18%		23%			18%		12%		
Fumeurs	9	100%	21	100%		34	100%	27	100%	
Abord de la consommation de tabac	7	78%	11	52%		9	26%	11	41%	
Addiction recherchée	5	56%	9	43%		5	15%	7	26%	
Rech. d'autres consommations	4	44%	6	29%		8	24%	12	44%	
Position du patient connue	6	67%	13	62%		22	65%	18	67%	
Proposition de prise en charge	2	22%	11	52%		18	53%	7	26%	*0.033
Traitement pharmacologique	2	22%	3	14%		2	6%	5	19%	
dont traitement du craving	0		3			2		5		
Traitement non pharmacologique	-	-	2	10%		3	9%	3	11%	
Suivi prévu	1	11%	4	19%		4	11%	6	22%	

Rech.=recherche.

\*:évolution significative du groupe Témoin dans le temps \*\*:évolution significative du groupe Intervention dans le temps

Tableau 10 : Comparaison avant-après intervention des pratiques des groupe Intervention et Témoin, pour les médecins du sous-groupe "sans formation préalable"

Chez les médecins sans formation préalable à l'étude, à la base (enquête1), le groupe *Intervention* a eu une pratique supérieure à celle du groupe *Témoin* sur 4 indicateurs : aborder la consommation ( $p=0.008$  IC95%[1.40;106]), rechercher l'addiction ( $p=0.020$  IC95%[1.07;49.1]), rechercher d'autres consommations (NS), et proposer un traitement (NS). Le groupe *Témoin* connaissait plus souvent le statut tabagique des patients ( $p=0.008$  IC95%[0.20;0.80]) et a plus souvent proposé une prise en charge (NS).

Après la formation, le groupe *Intervention* a progressé sur la connaissance du statut tabagique des patients (NS), a repéré plus de fumeurs (NS), et a progressé sur les propositions de prise en charge (NS). La consommation a été moins souvent abordée, l'addiction a été moins souvent recherchée (NS) ainsi que les autres consommations (NS).

Lors de la seconde enquête, le groupe *Témoin* connaissait plus souvent le statut tabagique des patients ( $p=0.008$  IC95%[2.56;5.23]) et a progressé surtout pour aborder la consommation de tabac (NS) et rechercher d'autres consommations (NS) ; ainsi que pour rechercher l'addiction (NS), proposer un traitement (NS) et un suivi (NS). Ces médecins ont repéré moins de fumeurs, et ils ont moins souvent proposé une prise en charge ( $p=0.033$  IC95%[0.10;0.93]).

	Groupe INTERVENTION 4 médecins				Groupe TÉMOIN 10 médecins			
	Enquête 1		Enquête 2		Enquête 1		Enquête 2	
<b>Patients en suivi</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>
<b>Recherche craving</b>	-	-	-	-	1	33%	2	33%
<b>Recherche consommation</b>	1	50%	-	-	2	67%	2	33%
<b>Recherche compensation</b>	-	-	-	-	1	33%	1	17%
<b>Recherche sevrage</b>	-	-	-	-	-	-	2	33%
<b>Recherche surdosage / effet indésirable</b>	-	-	-	-	-	-	-	-

Rech.=recherche.

\*:évolution significative du groupe Témoin dans le temps \*\*:évolution significative du groupe Intervention dans le temps  
Tableau 11 : Comparaison avant-après intervention des pratiques des groupe Intervention et Témoin, patients en situation de suivi, pour les médecins du sous-groupe "pas d'autre formation"

Compte-tenu du faible effectif de patients en situation de suivi, nous n'avons pas fait de comparaison.

### 3.3.4 Analyse supplémentaire pour les médecins

Dans le sous-groupe sans formation préalable, les médecins du groupe *Intervention* ont progressé sur les propositions de prise en charge.

Nous avons aussi observé une progression sur cet indicateur chez les médecins avec une formation préalable (cf. Tableau 12).

Médecins avec formation préalable	Groupe INTERVENTION 3 médecins				Groupe TÉMOIN 5 médecins			
	Enquête 1		Enquête 2		Enquête 1		Enquête 2	
<b>Fumeurs</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>
<b>Proposition de prise en charge</b>	8	73%	10	91%	12	60%	6	84%

Rech.=recherche.

\*:évolution significative du groupe Témoin dans le temps \*\*:évolution significative du groupe Intervention dans le temps

Tableau 12: Différence de pratique sur les propositions de prise en charge, sous-groupe des médecins avec formation préalable

Les groupes *Intervention* et *Témoin* progressaient tous les deux (NS). Le groupe *Intervention* avait une pratique supérieure à celle du groupe *Témoin* avant (NS) et après (NS) la formation.

### 3.4 Résultats pour les pharmaciens

#### 3.4.1 Résultats de la première enquête : état des lieux des pratiques de 38 pharmaciens, avant la formation de l'étude

##### 3.4.1.1 Pratique habituelle

###### FORMATION PRÉALABLE À L'ENQUÊTE :

La moitié des pharmaciens avaient déjà reçu une formation (Cf. Figure 9).

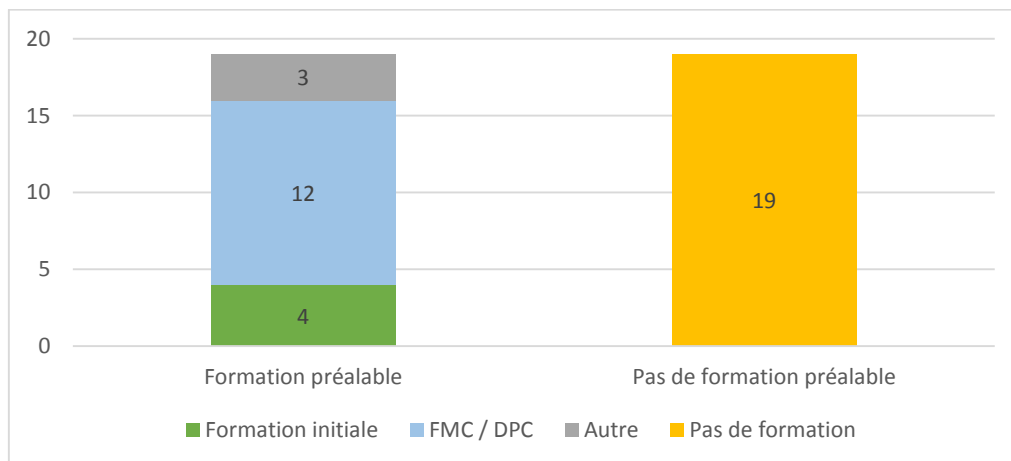


Figure 9: Formation préalable des pharmaciens

###### MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'ADDICTION AU TABAC :

Le test de Fagerström était la méthode la plus utilisée (30 pharmaciens sur 38, soit 79% ; Cf. Figure 10).

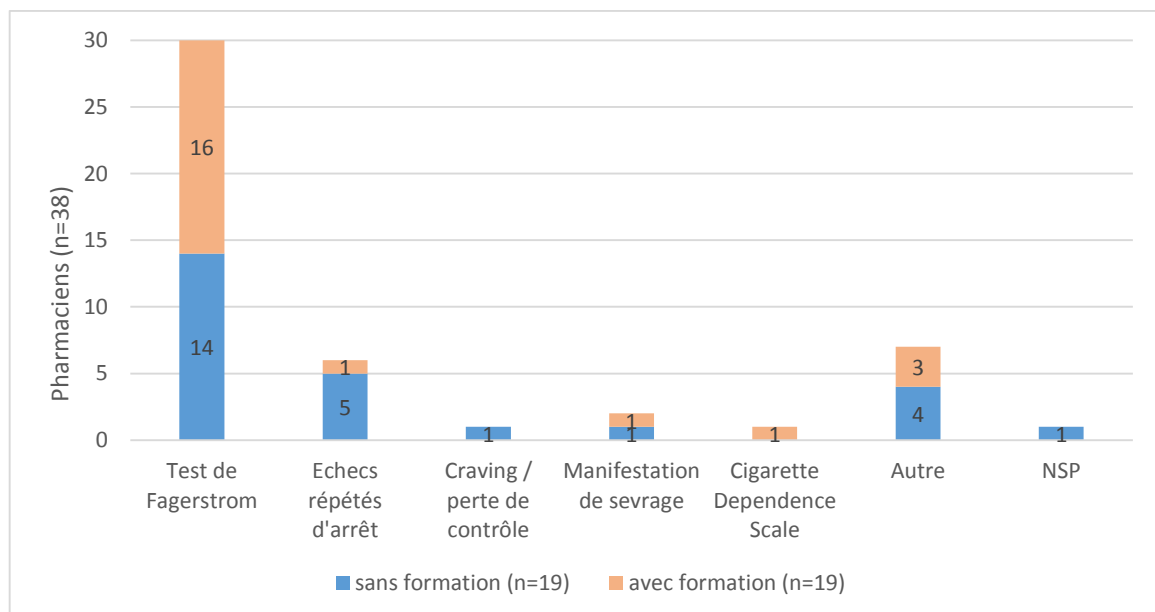


Figure 10 : Méthode d'évaluation de l'addiction, pharmaciens, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

### TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES :

Les 38 pharmaciens proposaient un traitement pharmacologique (Cf. Figure 11). Les patchs nicotiques étaient le traitement le plus souvent cité (36/38 soit 95%), suivi par les gommes à la nicotine (30/38 soit 79%) et l'homéopathie (20/38 soit 53%).

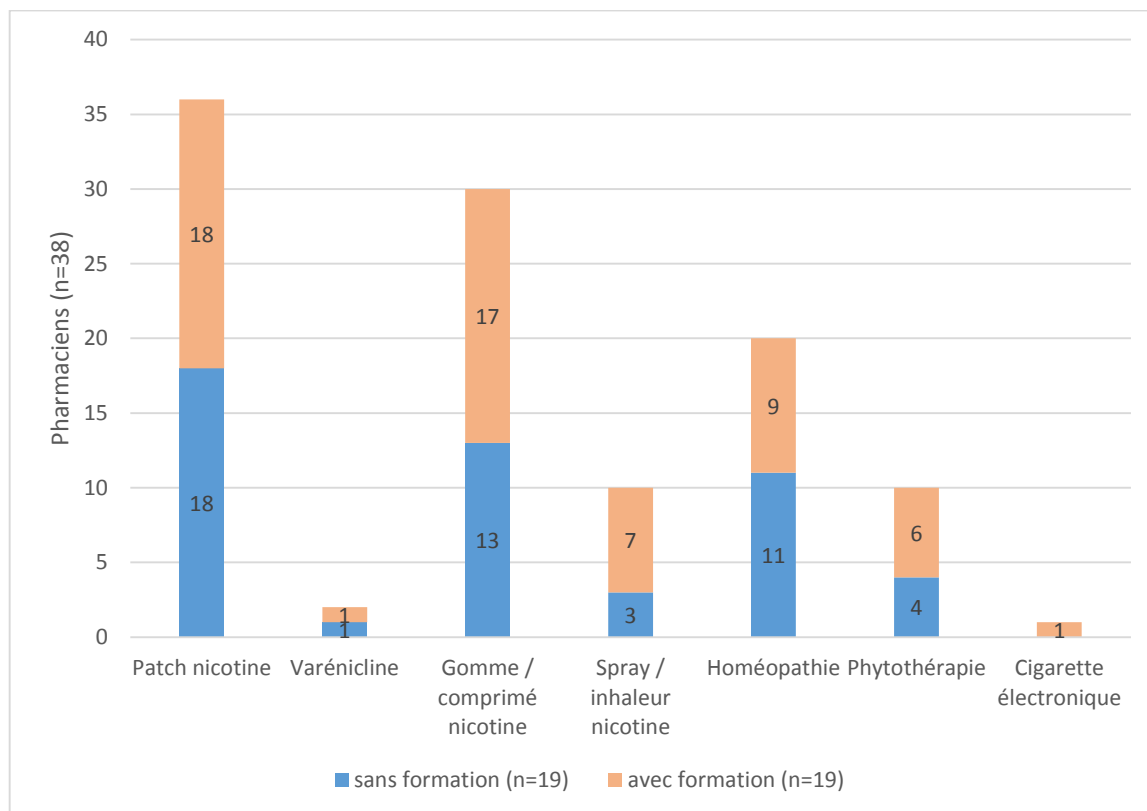


Figure 11 : Traitements pharmacologiques conseillés par les pharmaciens, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

### APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES :

Six pharmaciens conseillaient des approches non pharmacologiques : 5 proposaient l'hypnose, 3 proposaient l'acupuncture.

### ATTENTES VIS-À-VIS DU TRAITEMENT :

Les objectifs du traitement étaient :

- La gestion du craving, pour 30 pharmaciens (15/19 avec formation ; 15/19 sans formation).
- Éviter les manifestations de sevrage pour 29 pharmaciens (14/19 avec formation ; 15/19 sans formation).
- Éviter de consommer pour 23 pharmaciens (12/19 avec formation ; 11/19 sans formation).

## DISCUSSION DE LA DURÉE PRÉVISIBLE DU TRAITEMENT :

Les pharmaciens annonçaient habituellement une durée de traitement de :

- Quelques mois, pour 24 pharmaciens (13/19 avec formation ; 11/19 sans formation).
- Quelques années, pour 3 pharmaciens.
- Réponse *Autre*, pour 3 pharmaciens : durée variable.
- Quelques semaines, pour 1 pharmacien.

Sept pharmaciens ne discutaient pas de la durée du traitement (1/19 avec formation ; 6/19 sans formation).

## ORGANISATION DU SUIVI :

La majorité des pharmaciens laissaient le suivi à l'initiative du patient (27/38 soit 71%) (Cf. Figure 12).

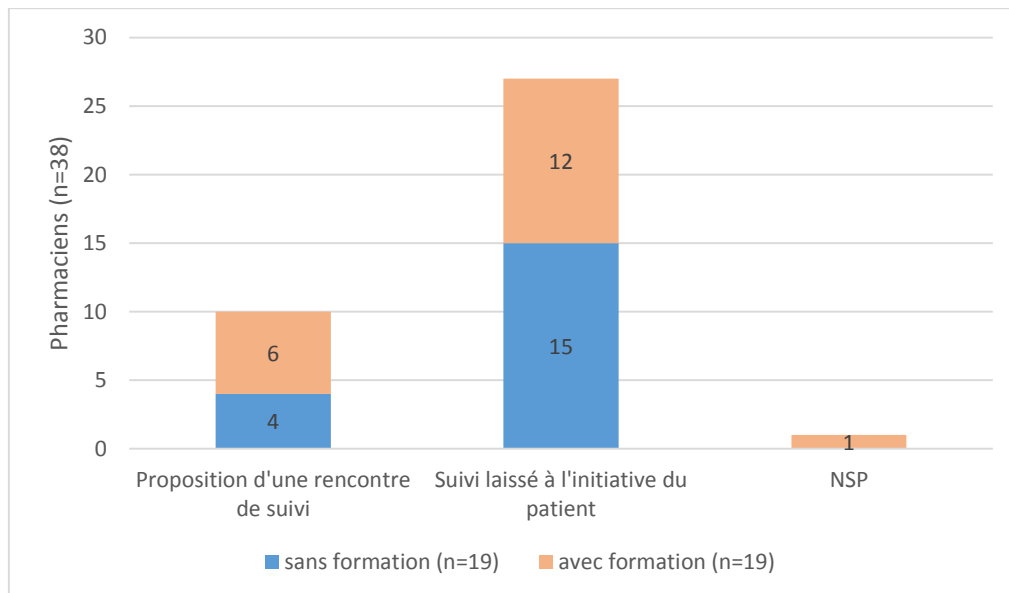


Figure 12 : Organisation du suivi, pharmaciens, enquête 1 (une seule réponse)

### CAS D'UN PATIENT QUI CONTINUE À FUMER SOUS PATCH NICOTINIQUE :

La moitié des pharmaciens (19/38) proposaient l'ajout d'une forme rapide de nicotine ; 16/38 (42%) proposaient d'augmenter la posologie des patchs ; 6/38 (16%) proposaient d'arrêter les patchs (Cf. Figure 13).

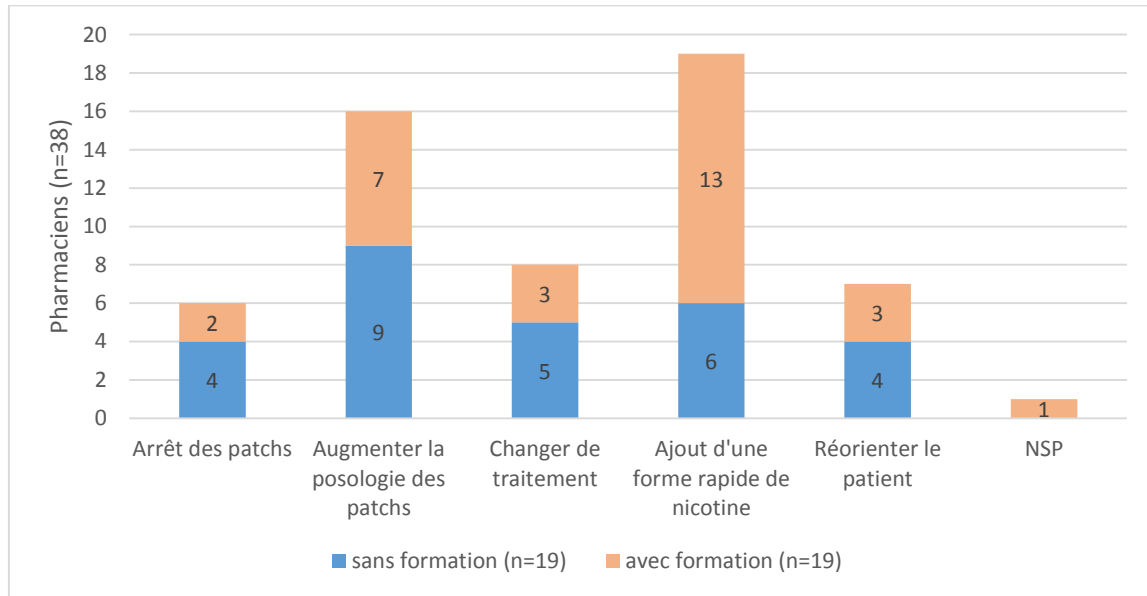


Figure 13 : Prise en charge d'un patient fumant sous patch, pharmaciens, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

### QUELS PATIENTS RÉORIENTER :

Les situations à risque étaient le principal motif de réorientation (26/38 soit 68%) (Cf. Figure 14).

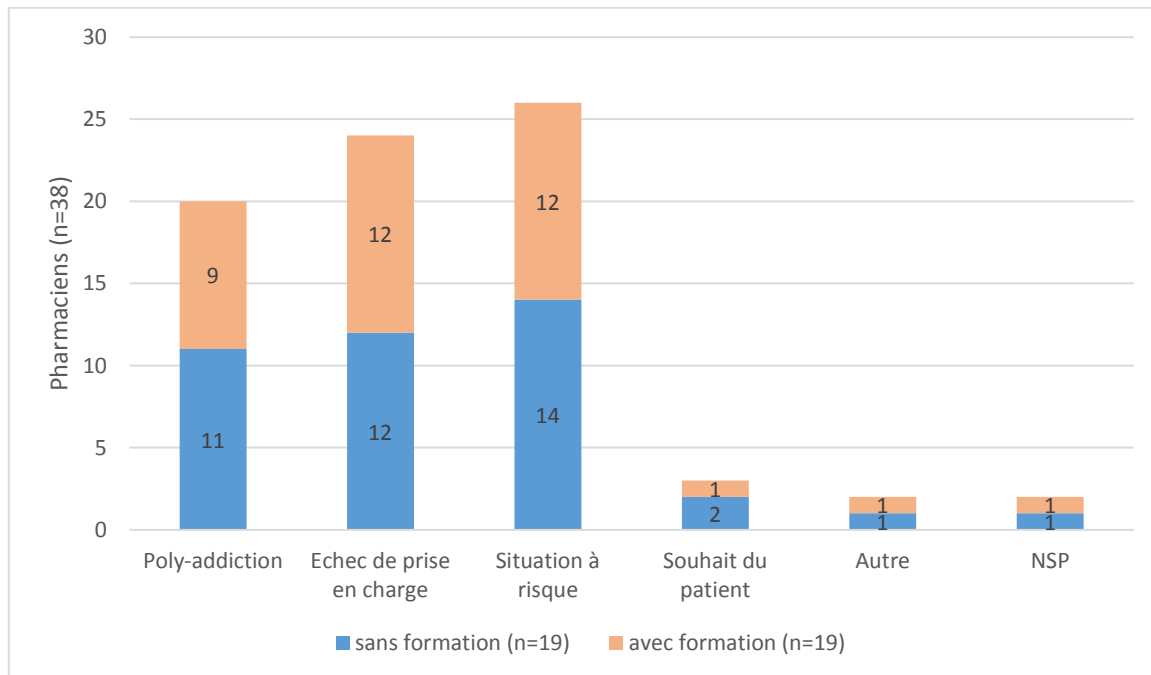


Figure 14 : Motif de réorientation des patients, pharmaciens, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

### 3.4.1.2 Pratique sur les patients d'une journée de travail en officine

#### EFFECTIFS

Le comptage des patients a pu être récupéré pour 29 des 38 pharmaciens participants (76%).

Le Tableau 13 décrit les effectifs des patients vus sur une journée de travail et leur répartition selon que leur statut tabagique est connu ou non.

	Total groupe des 29 pharmaciens (%)	Moyenne par pharmacien (extrêmes)
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>803</b>	<b>27.7 (6 ; 56)</b>
Dont statut tabagique connu	168 (21%)	5.8 (0 ; 19)
Dont statut tabagique inconnu	635 (79%)	21.9 (0 ; 54)

Tableau 13 : Patients vus en officine lors d'une journée de travail et connaissance du statut tabagique, groupe pharmaciens, enquête 1

Le Tableau 14 décrit la répartition entre fumeurs et non-fumeurs lorsque le statut tabagique est connu.

	Total groupe des 29 pharmaciens (%)	Moyenne par pharmacien (extrêmes)
<b>Nombre de patients de statut tabagique connu</b>	<b>168</b>	<b>5.8 (0 ; 19)</b>
Nombre de fumeurs	28 (17%)	1.0 (0 ; 4)
Nombre de non-fumeurs	140 (83%)	4.8 (0 ; 17)

Tableau 14 : Statuts tabagiques connus, groupe pharmaciens, enquête 1

La fiche d'audit était manquante pour un des 28 patients fumeurs. La suite des résultats concerne donc les 27 patients restants.



## INDICATEURS DE PRATIQUE

Le Tableau 15 synthétise les indicateurs de pratique relevés auprès des fumeurs identifiés.

	Total Pharmaciens 15/38 ont rencontrés des fumeurs		19 Pharmaciens sans formation 6/19 ont rencontrés des fumeurs		19 Pharmaciens avec formation 9/19 ont rencontrés des fumeurs	
	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage
<b>Patients fumeurs</b>	<b>27</b>	<b>100 %</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>
<b>Abord de la consommation de tabac</b>	14	52%	6	50%	8	53%
<b>Recherche d'une addiction</b>	4	15%	-	-	4	<u>27%</u>
<b>Recherche d'autres consommations</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Position du patient connue</b>	13	48%	5	42%	8	53%
<b>Proposition de prise en charge</b>	7	26%	1	8%	6	<u>40%</u>
<b>Traitement pharmacologique</b>	7	26%	2	17%	5	<u>33%</u>
<b>Traitement non pharmacologique</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Patients réorientés</b>	3	18%	1	8%	2	13%

\* : différence statistiquement significative

Souligné : différences qui nous semblent notables

Tableau 15 : Éléments de pratique auprès des patients fumeurs, groupe pharmaciens, enquête 1

Les pharmaciens avec formation ont plus souvent recherché l'addiction, proposé une prise en charge et proposé un traitement à leurs patients fumeurs.

### ABORD DE LA CONSOMMATION DE TABAC LORS DE LA VISITE EN OFFICINE : 14 fumeurs

Le tabac a été évoqué avec la moitié des fumeurs (52%).

Le sujet a été abordé par le patient pour 7 d'entre eux (4 visites dédiées, 1 visite non dédiée, 2 présentations d'ordonnances), par le pharmacien pour 6 patients, réponse incertaine pour 1 patient.

### RECHERCHE D'UNE ADDICTION AU TABAC : 4 fumeurs

L'addiction était considérée présente chez les 4 fumeurs chez qui elle a été recherchée.

Seuls les pharmaciens avec formation avaient recherché une addiction chez leurs patients fumeurs (4 fumeurs sur 15).

**RECHERCHE DE CONSOMMATIONS ASSOCIÉES** : Aucun fumeur n'a été interrogé.

### CONNAISSANCE DE LA POSITION DU PATIENT : 13 fumeurs

Les pharmaciens connaissaient la position de 13 des 27 fumeurs (48%).

Parmi eux, 7 souhaitaient arrêter de fumer, 1 diminuer sa consommation, 4 ne souhaitaient rien changer, 1 réponse incertaine.

### PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE : 7 fumeurs

Sept fumeurs sur 27 (26%) ont reçu une proposition d'aide. Le conseil était d'arrêter de fumer pour 5 fumeurs, et de voir leur médecin pour 2 fumeurs, notamment pour obtenir une ordonnance.

Les pharmaciens avec formation ont plus souvent apporté un conseil à leurs fumeurs (6 fumeurs sur 15 contre 1 fumeur sur 12 pour les pharmaciens sans formation).

### TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES : 7 fumeurs

Sept fumeurs sur 27 (26%) se sont vus conseiller un traitement. Les pharmaciens avec formation ont plus souvent conseillé un traitement à leurs fumeurs (5/15) que ceux sans formation (2/12). Le Tableau 16 décrit les traitements conseillés.

	Total Pharmaciens : 7 fumeurs conseillés	Pharmaciens sans formation : 2 fumeurs conseillés	Pharmaciens avec formation : 5 fumeurs conseillés
<b>Traitement ciblant le craving</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>- dont patch nicotinique</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Gommes à la nicotine	4	1	3
Homéopathie	2	-	2
Phytothérapie	1	-	1
Antidépresseur	1	1	-
Autre	1	-	1

Tableau 16 : Traitements conseillés aux fumeurs par les pharmaciens, enquête 1 (plusieurs réponses possibles)

Un traitement ciblant le craving (patch nicotinique) a été conseillé à 5 fumeurs sur 7.

Le diagnostic d'addiction a été recherché chez 3 des 5 fumeurs qui se sont vus conseiller un traitement ciblant le craving (non représenté sur la figure et le tableau).

La cigarette électronique n'a été conseillée par personne.

### APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

Aucun fumeur ne s'est vu conseiller d'approche non pharmacologique.

### RÉORIENTATION DES PATIENTS : 3 fumeurs

Trois fumeurs sur 27 (11%) ont été réorientés vers leur médecin traitant. Les raisons de cette orientation étaient : avoir un encadrement (1 réponse), obtenir une ordonnance (1 réponse), non précisé (1 réponse).

### SUIVI ET SURVEILLANCE : 5 fumeurs

Cinq fumeurs sur 27 (19%) étaient dans une situation de suivi lors de leur visite. Le Tableau 17 décrit les éléments de surveillance recherchés.

	Total Pharmaciens : 5 fumeurs	Pharmaciens sans formation : 1 fumeur	Pharmaciens avec formation : 4 fumeurs
Recherche d'un craving	1	-	1
Recherche d'une consommation	1	-	1
Recherche d'une compensation	-	-	-
Recherche de signes de sevrage	-	-	-
Recherche d'un surdosage / effets indésirable	-	-	-

Tableau 17 : Éléments de surveillance recherchés chez les fumeurs en situation de suivi, groupe pharmaciens, enquête 1

### 3.4.2 Comparaison des pratiques avant (enquête 1) et après (enquête 2) formation

Le Tableau 18 décrit les différences observées avant et après intervention dans les groupes *Intervention* et *Témoin*.

Ph. Ayant rencontré des fumeurs	Groupe INTERVENTION 9 pharmaciens				p-value	Groupe TÉMOIN 29 pharmaciens				p-value
	Enquête 1 4/9		Enquête 2 7/9			Enquête 1 11/19		Enquête 2 18/29		
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>213</b>		<b>223</b>			<b>590</b>		<b>593</b>		
<b>Statut tabagique connu</b>	46		54			122		166		*0.003
<b>Fumeurs</b>	8		18			19		40		*0.005
<b>Prévalence tabagisme (population)</b>	4%		8%			3%		7%		*0.005
<b>Prévalence tabagisme (population de statut connu)</b>	17%		33%			16%		24%		
<b>Patients fumeurs</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>		<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	
<b>Abord de la consommation de tabac</b>	3	38%	10	56%		11	58%	21	53%	
<b>Addiction recherchée</b>	1	13%	3	17%		3	16%	12	30%	
<b>Rech. d'autres consommations</b>	-	-	-	-		-	-	2	5%	
<b>Position du patient connue</b>	3	38%	9	50%		10	53%	19	48%	
<b>Proposition de prise en charge</b>	2	25%	8	44%		5	26%	15	38%	
<b>Traitement pharmacologique</b>	1	13%	4	22%		6	32%	14	35%	
<b>dont traitement du craving</b>	1		1			4		12		
<b>Traitement non pharmacologique</b>	1	13%	1	6%		-	-	1	3%	
<b>Patient réorienté</b>	1	13%	-	-		2	11%	2	5%	

Rech.=recherche.

\*:évolution significative du groupe Témoin dans le temps \*\*:évolution significative du groupe Intervention dans le temps

Tableau 18 : Comparaison avant-après intervention des pratiques des groupe Intervention et Témoin, pour les pharmaciens

A la base (enquête1), le groupe *Intervention* a eu une pratique inférieure à celle du groupe *Témoin* sur 3 indicateurs : aborder la consommation (NS), savoir ce que souhaite faire le patient (NS), conseiller un traitement (NS).

Après la formation, le groupe *Intervention* a progressé pour aborder la consommation (NS), proposer une prise en charge (NS), et dans une moindre mesure pour savoir ce que le patient souhaite faire (NS). Le repérage des fumeurs a progressé dans le groupe *Intervention* (NS).

Le groupe *Témoin* a progressé pour rechercher l'addiction (NS) et proposer une prise en charge (NS). Le repérage des fumeurs a progressé dans le groupe *Témoin* ( $p=0.005$  IC95%[1.24;3.80]).

Il n'y avait qu'un seul fumeur en situation de suivi dans chaque groupe. Nous ne ferons donc pas de comparaison.

### 3.4.3 Comparaison des pratiques avant (enquête 1) et après (enquête 2) intervention dans le sous-groupe "sans formation préalable"

Le Tableau 19 décrit les différences avant et après intervention dans les groupes *Intervention* et *Témoin* pour le sous-groupe des pharmaciens qui n'ont pas reçu de formation avant notre étude.

Ph. sans formation préalable Ph. Ayant rencontré des fumeurs	Groupe INTERVENTION 7 pharmaciens				p-value	Groupe TÉMOIN 12 pharmaciens				p-value
	Enquête 1 3/7		Enquête 2 6/7			Enquête 1 3/12		Enquête 2 6/12		
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>190</b>		<b>190</b>			<b>276</b>		<b>205</b>		
<b>Statut tabagique connu</b>	45		50			47		33		
<b>Fumeurs</b>	7		17		**0.035	5		11		*0.032
<b>Prévalence tabagisme (population)</b>	4%		9%		**0.035	2%		5%		*0.032
<b>Prévalence tabagisme (population de statut connu)</b>	16%		34%		**0.039	11%		33%		*0.012
<b>Patients fumeurs</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>		<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	
<b>Abord de la consommation de tabac</b>	2	29%	9	53%		4	80%	3	27%	
<b>Addiction recherchée</b>	-	-	3	18%		-	-	-	-	
<b>Rech. d'autres consommations</b>	-	-	-	-		-	-	-	-	
<b>Position du patient connue</b>	2	29%	9	53%		3	60%	3	27%	
<b>Proposition de prise en charge</b>	1	14%	6	46%		-	-	3	19%	
<b>Traitement pharmacologique</b>	-	-	4	24%		2	40%	-	-	
<b>dont traitement du craving</b>	-	-	3			1		-	-	
<b>Traitement non pharmacologique</b>	-	-	1	6%		-	-	-	-	
<b>Patient réorienté</b>	1	14%	-	-		-	-	-	-	

Rech.=recherche.

\*:évolution significative du groupe Témoin dans le temps \*\*:évolution significative du groupe Intervention dans le temps

Tableau 19 : Comparaison avant-après intervention des pratiques des groupe Intervention et Témoin, pour les pharmaciens du sous-groupe "sans formation préalable"

Chez les pharmaciens sans formation préalable, à la base (enquête 1), le groupe *Intervention* a eu une pratique inférieure à celle du groupe *Témoin* sur 3 indicateurs : aborder la consommation (NS), savoir

ce que souhaite faire le patient (NS), conseiller un traitement (NS ; seuls les *Témoin* ont conseillé un traitement). Précisons qu'il y a eu moins de 10 fumeurs identifiés dans chaque groupe lors de la première enquête.

Après la formation, le groupe *Intervention* a progressé sur le repérage des fumeurs ( $p=0.035$  IC95%[1.04;6.35]), pour aborder la consommation (NS), rechercher l'addiction (NS, indicateur absent avant la formation), savoir ce que souhaite faire le patient (NS), proposer une prise en charge (NS), conseiller un traitement (NS, indicateur absent avant la formation).

Le groupe *Témoin* a progressé sur le repérage des fumeurs ( $p=0.032$  IC95%[1.05;8.99]), pour proposer une prise en charge (NS, indicateur absent lors de la première enquête). Il a moins souvent abordé la consommation (NS), su ce que le patient souhaite faire (NS), conseillé un traitement (NS).

Il n'y avait en tout qu'un seul patient en situation de suivi. Nous n'avons donc pas effectué de comparaison.

## 3.5 Résumé des résultats

### 3.5.1 Résumé des résultats pour les médecins

Sur les 23 médecins du secteur, 22 ont participé à notre étude (96%), 7 ont assisté à la soirée de formation (30%).

Sur la pratique habituelle (enquête 1) :

- 14 médecins sur 22 (64%) n'avaient jamais eu de formation sur le tabac.
- La moitié des médecins (11/22) utilisaient le test de Fagerström pour diagnostiquer l'addiction au tabac.
- Le patch nicotinique était conseillé par 21 médecins sur 22. La cigarette électronique était plus souvent citée que les gommes ou comprimés à la nicotine (13 contre 12).
- Le contrôle de la consommation était le premier objectif du traitement.
- 19 médecins sur 22 (86%) discutaient de la durée du traitement avec leur patient, annonçant le plus souvent quelques mois.
- 12 médecins sur 22 (55%) proposaient eux-mêmes les rendez-vous de suivi à leurs patients qui arrêtent de fumer.
- Près d'un tiers (8/22) proposaient d'augmenter la posologie des patchs d'un patient qui continue à fumer, et près d'un tiers (7/22) proposaient d'arrêter les patchs.
- Les poly-addictions étaient le principal motif de réorientation.

Sur la pratique du jour (enquête 1) :

- Les médecins connaissaient le statut tabagique de 84% des patients, et parmi ceux-là 18% étaient fumeurs (soit 15% de fumeurs dans la population générale) ; 74 fumeurs ont été identifiés.
- La consommation de tabac a été abordée avec 37% des fumeurs, presque toujours par le médecin.
- L'addiction avait été recherchée chez 32% des fumeurs.
- Les médecins savaient ce que souhaitaient faire 66% des fumeurs, et ont proposé une prise en charge à 54% des fumeurs.
- Un traitement avait été conseillé à 18% des fumeurs, principalement le patch nicotinique.
- Un suivi était prévu pour 20% des fumeurs, mais sans délai précisé pour la majorité d'entre eux.
- Lorsque des fumeurs étaient en situation de suivi, c'était principalement la consommation de tabac qui était recherchée (9 cas sur 13).

Sur l'impact des formations suivies avant notre enquête :

- Les médecins avec formation avaient plus souvent recherché une addiction ( $p=0.047$ ), recherché d'autres consommations ( $p=0.038$ ), proposé une prise en charge (NS), proposé un traitement ( $p=0.030$ ) et proposé un suivi (NS) que les médecins sans formation.



Sur l'impact de notre intervention :

- Avant l'intervention, hormis les propositions de prise en charge, le groupe *Intervention* a eu une pratique supérieure à celle du groupe *Témoin* sur tous les indicateurs, surtout pour aborder la consommation de tabac ( $p < 0.001$ ).
- Le groupe *Intervention* a progressé dans le repérage des patients fumeurs (progression du nombre de fumeurs et de la prévalence du tabagisme (NS)). Le groupe *Intervention* a progressé sur les propositions de prise en charge (NS).
- Le groupe *Témoin* a progressé sur presque tous les indicateurs, surtout pour aborder la consommation de tabac ( $p < 0.036$ ), mais régressait sur les propositions de prise en charge.
  
- Ces différences apparaissaient toujours dans le sous-groupe des médecins sans formation préalable à l'enquête.
- La progression sur les propositions de prise en charge existait aussi chez les médecins avec formation préalable.

### 3.5.2 Résumé des résultats pour les pharmaciens

Sur les 50 pharmaciens du secteur, 38 ont participé à notre enquête (76%) et 9 ont assisté à la formation (18%).

Sur la pratique habituelle (enquête 1) :

- La moitié des pharmaciens (19/38) avaient déjà eu une formation sur le tabac ou les addictions.
- 30 pharmaciens sur 38 (79%) utilisaient le test de Fagerström pour diagnostiquer l'addiction au tabac.
- Le patch nicotinique était le traitement le plus utilisé (36 pharmaciens sur 38), suivi par les gommes nicotiques (30/38) et l'homéopathie (20/38).
- La gestion du craving était le premier objectif des traitements.
- 31 pharmaciens (82%) discutaient de la durée prévisible du traitement avec les patients, annonçant le plus souvent quelques mois.
- L'organisation du suivi était laissée à l'initiative du patient pour 27 pharmaciens (soit 71%).
- La moitié des pharmaciens proposaient d'ajouter une forme rapide de nicotine au traitement d'un patient qui continue à fumer sous patch, et 16/38 proposaient d'augmenter la posologie des patches. Seuls 6 proposaient d'arrêter les patches.
- Les situations à risque (femme enceinte, problèmes cardiaques...) étaient le motif de réorientation le plus souvent cité.

Sur la pratique du jour (enquête 1) :

- Les pharmaciens connaissaient le statut tabagique de 21% des patients, et parmi ceux-là 17% étaient fumeurs ; 27 fumeurs ont été identifiés.
- La consommation de tabac a été abordée avec 54% des fumeurs, à moitié par le pharmacien, à moitié par le patient.
- L'addiction a été recherchée chez 15% des fumeurs.
- Les pharmaciens savaient ce que souhaitaient faire 44% des fumeurs, et ont proposé une prise en charge à 26% des fumeurs.

- Un traitement avait été conseillé à 26% des fumeurs, principalement le patch nicotinique.
- Trois fumeurs ont été réorientés vers leur médecin pour la suite de la prise en charge.

Sur l'impact des formations suivies avant notre enquête :

- Seuls les pharmaciens avec formation avaient recherché une addiction. Ils avaient plus souvent apporté un conseil de prise en charge (NS) et proposé un traitement (NS) que les pharmaciens sans formation.
- L'abord de la consommation de tabac lors de la visite et la connaissance de ce que le patient souhaitait faire étaient similaires dans les deux groupes.

Sur l'impact de notre soirée de formation :

- Avant l'intervention, le groupe *Intervention* a eu, par rapport au groupe *Témoin*, une pratique inférieure sur tous les indicateurs sauf la réorientation des patients.
- Le nombre de fumeurs repérés a augmenté pour le groupe *Intervention* (NS) et le groupe *Témoin* ( $p=0.005$ ).
- Le groupe *Intervention* a progressé pour aborder la consommation de tabac (NS) et proposer une prise en charge (NS).
- Le groupe *Témoin* a progressé légèrement pour rechercher l'addiction (NS) et proposer une prise en charge (NS).
- Dans le sous-groupe des pharmaciens sans formation préalable, le groupe *Intervention* a amélioré sa pratique sur tous les indicateurs (sauf la recherche d'autres consommations) tandis que la pratique du groupe *Témoin* n'évoluait pas.

### 3.5.3 Créer une dynamique interprofessionnelle

La formation proposée a attiré des médecins et des pharmaciens.

Nous n'avons pas constaté d'augmentation du nombre de fumeurs réorientés par les pharmaciens après la formation.

# 4 DISCUSSION

## 4.1 Réponse à la question de recherche et aux objectifs

### 4.1.1 Objectif principal

Notre principal objectif était d'évaluer l'impact de notre formation sur la pratique des participants.

#### IMPACT DE LA FORMATION CHEZ LES MÉDECINS

Nous avons eu une excellente compliance des médecins sollicités puisque 22/23 (96%) ont accepté de participer à notre étude.

La formation a renforcé une pratique préexistante chez les médecins du groupe *Intervention* mais ne semblait pas avoir implémenté de nouveaux comportements :

- Le groupe *Intervention* a repéré plus de fumeurs (NS) et leur a plus souvent proposé une prise en charge (NS) après l'intervention.
- Le progrès sur cet indicateur était plus visible chez les médecins sans formation préalable (NS), mais existait aussi pour ceux ayant déjà reçu une formation avant l'étude (NS).

Le groupe *Intervention* a progressé sur moins d'indicateurs que le groupe *Témoin*, mais sa marge de progression était en fait moins importante : le groupe *Intervention* avait déjà à la base une pratique plus active que celle du le groupe *Témoin*.

Les médecins participent plus facilement à des formations sur des thèmes qui les intéressent ou dans lesquels ils sont déjà compétents (21). C'était aussi le cas dans notre étude, où les médecins qui ont assisté à la formation étaient ceux qui avaient déjà une pratique plus active à la base. Leur marge de progression était plus faible.

Cependant, un élément nouveau développé dans une formation (ici le fait d'être plus actif dans le repérage diagnostique et dans l'intervention thérapeutique) peut amener une amélioration de pratique même chez les professionnels qui étaient déjà actifs.

On peut penser que les médecins se sont remotivés pour être plus proactifs, alors qu'ils savaient déjà qu'il fallait l'être.

#### IMPACT DE LA FORMATION CHEZ LES PHARMACIENS

Nous avons eu une très bonne compliance des pharmaciens puisque 38/50 (76%) ont accepté de participer à notre étude.

La formation a eu un impact sur les pratiques surtout chez les pharmaciens qui n'avaient jamais eu de formation avant notre enquête :

- En population générale, le groupe *Intervention* a progressé pour évoquer la consommation de tabac (NS) et proposer une prise en charge après l'intervention (NS).

- Comparativement au groupe *Témoin*, le groupe *Intervention* avait une pratique inférieure ou similaire selon les indicateurs.
- Mais dans le sous-groupe des pharmaciens sans formation préalable, nous avons constaté une progression de la pratique sur la plupart des indicateurs dans le groupe *Intervention*, alors que la pratique du groupe *Témoin* n'évoluait pas.
- Après la formation, le nombre de fumeurs repérés a plus que doublé dans tous les groupes.

Dans le sous-groupe "sans formation préalable", les groupes *Intervention* et *Témoin* avaient à la base une pratique similaire et une marge de progression importante (21). Notre formation a donc probablement eu un impact, puisque seul le groupe *Intervention* a amélioré sa pratique.

Ainsi, une formation a un impact plus important s'il y a une forte marge de progression, car elle répond à un besoin réel des participants d'améliorer leurs pratiques.

### 4.1.2 Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires étaient de dresser un état des lieux des pratiques et de créer une dynamique interprofessionnelle locale.

#### ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES CHEZ LES MÉDECINS (ENQUÊTE 1)

Les deux tiers des médecins n'avaient jamais eu de formation avant notre enquête, ce qui justifiait notre démarche d'en proposer une.

Cela n'empêchait pas la plupart d'entre eux de déclarer de bonnes pratiques.

Ainsi, seuls 3 médecins n'avaient pas de méthode pour évaluer l'addiction. Même sans formation, 6 recherchaient spontanément les échecs répétés d'arrêt. Le test de Fagerström restait la méthode la plus répandue, probablement en raison de sa simplicité et de sa large diffusion dans les recommandations malgré ses limites et son aspect très quantitatif. Pourtant, l'addiction n'avait été recherchée que chez 32% des patients ; le fumeur régulier était peut-être systématiquement considéré comme souffrant d'un trouble de l'usage.

En revanche, à peine plus du tiers des fumeurs avaient été interrogés sur les autres substances consommées, ce qui pouvait témoigner de la difficulté à considérer la maladie addictive dans sa globalité. Une formation peut probablement améliorer la pratique sur ce point : les médecins avec formation avaient recherché d'autres consommations chez la moitié de leurs patients, et ils étaient quasiment les seuls à rechercher les consommations de cannabis et d'opiacés.

Les traitements disponibles étaient bien connus, surtout les patchs, que presque tous les médecins (21/22) déclaraient utiliser, avec l'idée de contrôler le craving pour les deux tiers d'entre eux (14/22). Pourtant, seuls 18% des fumeurs se sont déjà vus prescrire ou conseiller un traitement ; ceci témoignait peut-être d'une frilosité des médecins à être interventionnistes ou de craintes d'être perçus comme illégitimes ou intrusifs par des patients qui n'ont exprimé aucune demande. Peut-être existait-il la crainte d'une iatrogénie ou d'un surdosage lié à la nicotine (22) puisqu'un tiers des médecins préféraient arrêter les patchs chez un patient continuant à fumer.

L'importance du suivi était déjà bien intégrée puisque plus de la moitié des médecins déclaraient proposer eux-mêmes les rendez-vous de suivi aux patients. Les médecins avaient plutôt une vision à court terme de l'addiction puisque la durée de traitement annoncée était le plus souvent de quelques mois. Cette vue à court terme était peut-être favorisée par la faible prise en charge des traitements par l'Assurance Maladie, qui ne couvrait, en 2015, que quelques mois de traitement (150€ par personne et par an maximum, pour les patients éligibles (4)).

## **ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES CHEZ LES PHARMACIENS (ENQUÊTE 1)**

La moitié des pharmaciens n'avaient jamais reçu de formation sur le tabac ; et ce sont surtout ces pharmaciens sans formation qui sont venus à notre formation.

La pratique des pharmaciens était plutôt uniformisée, que les pharmaciens aient déjà reçu ou non une formation : le test de Fagerström était presque la seule méthode diagnostique de l'addiction, et les traitements recommandés pour l'aide à l'arrêt du tabac (patchs et gommes nicotiques) étaient les premiers cités.

Aucun fumeur n'a été interrogé sur d'autres consommations, ce qui témoignait probablement des difficultés à aborder ces sujets en officine (23), et du manque de confidentialité lors d'entretiens au comptoir (17).

La gestion du craving était le premier objectif du traitement, alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que les pharmaciens se préoccupent davantage des manifestations de sevrage.

On pouvait regretter ici aussi la vision à court terme du traitement de l'addiction au tabac (quelques mois pour la majorité des pharmaciens) et que la plupart (27/38) n'osaient pas proposer une rencontre de suivi au patient, peut-être par crainte d'être intrusif et d'irriter le patient (23). Cette crainte d'être intrusif pouvait expliquer aussi que le statut tabagique des patients soit peu connu (21% des patients).

En revanche, les pharmaciens avaient confiance dans les traitements pour aider les patients en difficulté : seuls 6/38 recommandaient d'arrêter les patchs lorsque le patient continuait à fumer, alors que la plupart préconisaient une intensification thérapeutique en augmentant la posologie des patchs ou en complétant le traitement avec une forme rapide de nicotine.

## **CRÉER UNE DYNAMIQUE INTERPROFESSIONNELLE**

22% de la population ont participé à la formation. Dans le sous-groupe des professionnels sans formation préalable, 33% ont participé. Nous avons 7 médecins et 9 pharmaciens.

Il est donc possible d'attirer du public à ces formations pluridisciplinaires.

Ces formations doivent être encouragées. Les bénéfices potentiels sont :

- Une économie de moyen (une seule formation au lieu de deux séparées).
- Une amélioration de la prise en charge des patients (24).
- Une augmentation des interactions et de la confiance mutuelle entre les participants.

Nous n'avons pas mis en évidence une amélioration des interactions entre les médecins et les pharmaciens. Nos outils n'étaient probablement pas adéquats. Nous n'avons qu'un seul indicateur pour évaluer les interactions (le nombre de fumeurs réorientés par les pharmaciens) et cet indicateur

n'a pas été modifié par l'intervention. Une méthode qualitative serait plus pertinente pour évaluer la confiance mutuelle entre les professionnels, préalable à une coopération efficace (25).

## **IMPLICATION**

Bien que modestes, ces résultats confortaient les politiques de santé qui ont fait le choix de promouvoir la formation des professionnels de santé de proximité (4,15).

Les formations pluridisciplinaires peuvent attirer les professionnels. L'effet de ces formations sur les pratiques est probablement plus important lorsque la marge de progression est importante, mais elles peuvent aussi être bénéfiques aux professionnels ayant déjà une pratique active.

Nous devons rappeler que l'amélioration des pratiques professionnelles n'est qu'un objectif intermédiaire des démarches de formation (21). L'objectif final, que nous n'avons pas évalué, reste l'amélioration de l'état de santé de la population grâce à la diminution espérée du tabagisme.

## **4.2 Forces et faiblesses de notre travail**

### **4.2.1 Le protocole de recherche**

#### **UNE ÉTUDE PARTIELLEMENT REPRODUCTIBLE MAIS NON GÉNÉRALISABLE**

L'intervention est partiellement reproductible dans la région Aquitaine. Le même diaporama peut être réutilisé par le même intervenant (rattaché au Pôle Addictologie). L'impact d'une formation dépendant aussi de la capacité de l'intervenant à capter l'attention des participants (21).

Cependant, les résultats ne sont pas généralisables. Nous avons travaillé sur un territoire limité qui avait des caractéristiques particulières comme une densité de médecins généralistes plus élevée et un revenu médian plus important que dans d'autres zones rurales d'Aquitaine (cf. Figure 15).

On peut penser que dans des zones moins dotées en médecins, ceux-ci auront moins de temps disponible pour inciter les patients à arrêter de fumer et que les patients des zones les plus pauvres auront plus de difficultés à accepter un traitement très mal pris en charge par l'Assurance Maladie.

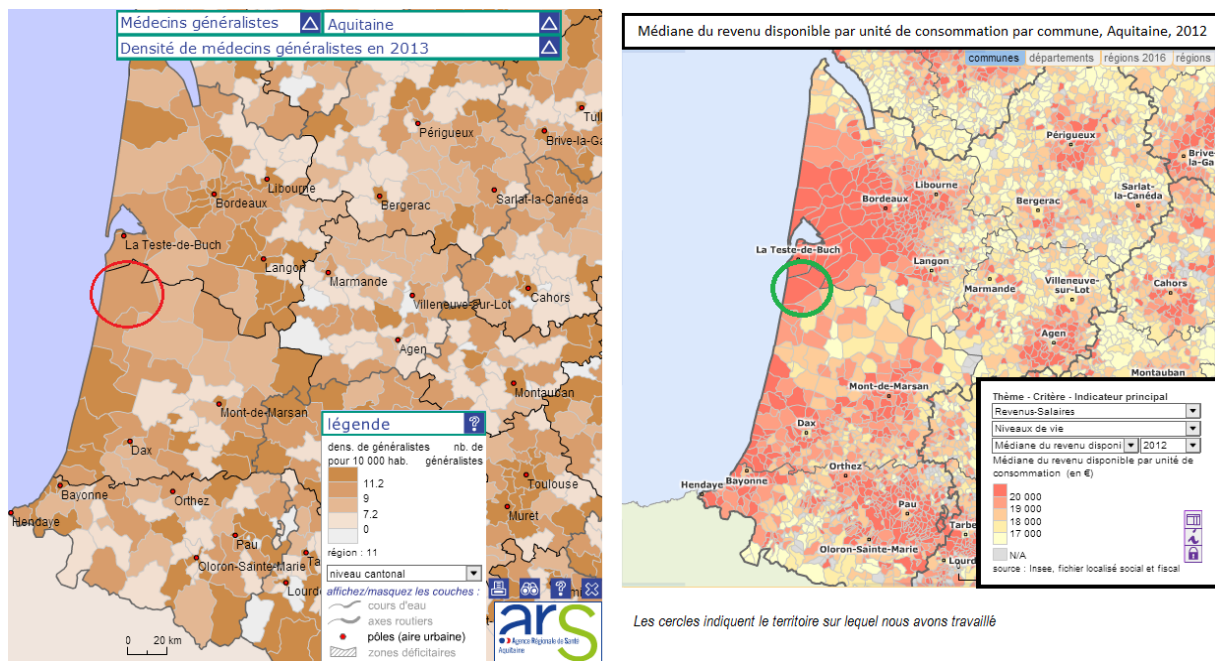


Figure 15 : Densité de médecins généralistes (à gauche, source : cartosanté ARS 2013 (26)) et revenu médian (à droite, source : INSEE 2012 (27)) en Aquitaine. Les cercles désignent le territoire de notre étude.

## DEUX POINTS D'ENQUÊTE AVEC CONTRÔLE DES TÉMOINS

Nous avons trouvé plus pertinent de comparer la pratique *avant* et *après* intervention dans chaque groupe (évolution intra-groupe) après avoir comparé les groupes *Intervention* et *Témoin* à la base.

Une comparaison *Intervention vs Témoin* après la formation ne permettait pas d'identifier ce qui avait été modifié par la formation. La comparaison *avant vs après* permettait de voir quels indicateurs avaient évolué.

Cependant, une enquête avant et une enquête après l'intervention peuvent être insuffisantes : la variation constatée entre deux points de mesure peut correspondre soit à l'intervention (efficace), soit à la tendance préexistante (intervention inefficace), soit aux deux (28). Pour évaluer de manière plus fiable une intervention visant à améliorer la pratique, plusieurs enquêtes avant et après l'intervention sont souhaitables. Cette démarche est plus coûteuse et ne devrait être utilisée que pour évaluer des interventions d'importance correspondante.

Nous avons donc contrôlé les sujets du groupe *Témoin* pour estimer la tendance dans la population et affirmer une tendance différente dans le groupe *Intervention* (28).

Cette démarche est d'autant plus efficace que les groupes *Intervention* et *Témoin* sont comparables à la base. Mais dans notre étude, les médecins *Intervention* avaient déjà une pratique différente des médecins du groupe *Témoin*, ils n'étaient donc pas vraiment comparables. Les groupes *Intervention* et *Témoin* étaient plus comparables dans le sous-groupe des pharmaciens sans formation préalable.

Enfin, la procédure d'enquête était standardisée puisque nous avons utilisé exactement les mêmes questionnaires pour les deux enquêtes.

## NON-RANDOMISATION ET PRISE EN COMPTE DES FORMATIONS PRÉALABLES À L'ÉTUDE

Nous n'avons pas randomisé les sujets en groupes *Intervention* et *Témoin*.

Randomiser les sujets signifiait ne pas inviter volontairement une partie des professionnels de santé du secteur. Ce choix était difficile car :

- Il était trop risqué : nous ne savions pas a priori qui était intéressé par la formation.
- Cela revenait à priver une partie des professionnels (et au-delà, leurs patients) d'une intervention susceptible d'améliorer la santé des patients.

Une solution à ce problème est de proposer et d'évaluer deux formations, chacune étant le *Témoin* de l'autre. Les sujets sont randomisés mais tous participent à une action supposée bénéfique (28). Ce protocole a été utilisé dans une étude de l'université du Texas, qui a proposé aux médecins et aux pharmaciens une formation sur l'aide au sevrage tabagique ou sur la prévention solaire (9). Notre population était insuffisante pour cela.

En l'absence de randomisation, il était prévisible que ceux qui assistaient à la formation soient des professionnels déjà plus actifs dans la pratique et avec une moindre marge de progression (21). C'était le cas des médecins du groupe *Intervention* qui avaient déjà à la base une pratique plus active que le groupe *Témoin* sur presque tous les indicateurs.

Pour limiter ce problème, nous avons fait les comparaisons dans le sous-groupe des professionnels sans formation préalable, dont la pratique semblait moins active à la base. Cela a conforté les résultats chez les médecins et a révélé des résultats différents de ceux de la population générale chez les pharmaciens.

Notre choix de non-randomisation a pu créer un biais de *contamination* en pharmacie : dans une même officine, des pharmaciens du groupe *Intervention* et d'autres du groupe *Témoin* pouvaient échanger sur leur pratique et, à terme, réduire les différences entre les groupes (28). Notons que si c'est un inconvénient du point de vue de la recherche, la *contamination* est bénéfique du point de vue de la diffusion des connaissances et du service au patient.

Ces échanges au sein d'une officine pouvaient expliquer que, lors de l'enquête 1, les pharmaciens sans formation préalable donnaient presque les mêmes réponses que les pharmaciens avec formation préalable.

Lors de la seconde enquête, il y avait des différences entre les groupes *Intervention* et *Témoin*. Il n'y a probablement pas eu de *contamination* en raison du peu de temps écoulé entre la formation et la seconde enquête.

La parade à ce risque de *contamination* est la randomisation en *cluster* ou grappes (utilisée dans l'étude texane (9)) mais ce n'était pas plus acceptable que la randomisation individuelle puisque cela revenait à ne pas inviter certaines pharmacies.

Signalons un biais de recrutement : le médecin référent local, qui est intervenu lors de la soirée de formation a aussi été inclus dans l'étude. Ce choix était justifié car il exerçait principalement la médecine générale libérale et participait à l'offre de soin sur le territoire.



## **AUTRES BIAIS**

D'autres facteurs, que nous n'avons pas pris en compte, ont pu avoir une influence sur la pratique des groupes *Intervention* et *Témoin*. Suite aux communications sur les mesures anti-tabac de la loi santé, adoptée en Décembre 2015, les demandes de soin venant des patients ont pu augmenter. Par ailleurs, un évènement critique lié au tabac dans la patientèle ou chez un proche peut sensibiliser le professionnel.

### **4.2.2 Les modalités de l'enquête**

#### **CIBLER LES PROFESSIONNELS PLUTÔT QUE LES PATIENTS**

Nous avons choisi d'enquêter auprès des pharmaciens et des médecins plutôt qu'auprès des patients. Ce choix permettait de poser des questions précises sans risquer de perte de sens en vulgarisant les propos.

L'enquêteur travaillait régulièrement dans ce secteur avant l'enquête, ce qui, avec des entretiens menés sur place plutôt que par téléphone ou mail, a probablement favorisé une bonne participation des médecins (22/23 soit 96%) et des pharmaciens (38/50 soit 76%).

La contrepartie était un probable effet Hawthorne : les participants modifiaient leur pratique du fait de l'observation, avec une possible surestimation de la pratique (29).

L'autre possibilité était d'enquêter par le biais des patients. La thèse de Séris étudiait l'utilisation des aides au sevrage tabagique en questionnant toutes les personnes fréquentant les salles d'attente de cabinets médicaux (11). La thèse de Delépine étudiait la pratique du repérage du tabagisme et le conseil minimal en pharmacie d'officine en questionnant aléatoirement les clients de quatre officines (23). L'étude texane observait la pratique en interrogeant directement les patients (9).

Dans ces travaux, le contact avec les professionnels était indirect, donc l'effet Hawthorne probablement moins important. Cette approche aurait permis d'identifier plus de fumeurs mais elle était techniquement irréalisable dans notre étude pour un enquêteur seul, vu le nombre de participants à évaluer.

#### **DÉLAI AVANT LA SECONDE ENQUÊTE**

Nous avons enquêté un mois après l'intervention. Ce délai était peut-être trop court pour constater un changement.

Chez les médecins, les différences de pratique étaient plus marquées lorsque nous comparions *formation préalable vs absence de formation préalable* que lorsque nous comparions *Intervention vs Témoin* ou *avant vs après*.

L'impact des formations apparaît progressivement, car un temps d'apprentissage est nécessaire (21,28). Une troisième enquête menée quelques mois plus tard aurait peut-être pu montrer une progression des médecins du groupe *Intervention* sur d'autres indicateurs (recherche de l'addiction, recherche d'autres consommations).

Nous pouvons aussi penser que certaines des formations reçues avant notre étude ont été suivies au début de l'activité professionnelle, moment plus favorable à l'appropriation de nouvelles pratiques. Les formations améliorent souvent les connaissances mais aboutissent plus rarement à des changements dans la pratique. Si les pratiques n'évoluent pas rapidement après la formation, il y a peu de chance qu'elles évoluent plus tard.

Et, comme nous le disions plus haut, repousser de plusieurs mois la seconde enquête risquait de favoriser l'apparition d'une *contamination* entre les groupes *Intervention* et *Témoin* chez les pharmaciens, avec un amoindrissement des différences.

## MODE DE RECUEIL DES DONNÉES

L'enquête sur les pratiques habituelles des participants permettait d'interroger sur ce qui n'était pas observable (ex : les objectifs attendus des traitements prescrits). Ce type d'enquête est mené régulièrement par l'INPES pour ses baromètres santé (5,6). Les informations étaient obtenues par les déclarations des professionnels.

Le mode déclaratif est porteur de biais :

- Biais de subjectivité : le participant peut déclarer, en toute bonne foi, ce qu'il pense faire mais pas ce qu'il fait réellement (pratique surestimée).
- Biais de désirabilité ou réponses induites: le participant peut donner des réponses qu'il estime aller dans un sens favorable à l'enquêteur. Une enquête de pratique peut ainsi devenir un sondage d'opinions et un contrôle de connaissances.

La partie sur la pratique du jour, explorée patient par patient, se voulait plus représentative de la pratique réelle et convenait mieux pour évaluer l'impact d'une formation (28). Le mode de recueil des informations avait cependant des limites et pouvait amener à une mauvaise estimation de la pratique :

- Chez les médecins, les données étaient obtenues par les déclarations des médecins, pour chaque patient. Il pouvait y avoir un biais de mémorisation (car tout n'était pas noté dans les dossiers) additionné aux biais de subjectivité et de désirabilité propre au mode déclaratif.
- Chez les pharmaciens, les données étaient obtenues par auto-observation, avec la possibilité, là aussi, d'un biais de désirabilité ; et le risque que les questionnaires servent de guide d'entretien avec les patients (induction de pratiques).

Le recueil de données reposait sur les pharmaciens, augmentant leur charge de travail, avec le risque de manquer de temps ou d'oublier de remplir les questionnaires. C'était probablement la raison du faible nombre de fumeurs identifiés en pharmacie, surtout lors de la première enquête.

Deux solutions sont envisageables :

- Avoir plusieurs enquêteurs présents pendant la journée en pharmacie, mais au risque d'être perçu comme intrusif.
- Pour un projet pluridisciplinaire comme le nôtre, faire une thèse en deux parties associant un étudiant médecin et un étudiant pharmacien. L'étudiant pharmacien, qui connaît mieux les conditions de travail de ses confrères, pourrait proposer un protocole plus adapté au contexte officinal.

Au-delà de ces remarques, l'enquêteur a toujours été très bien accueilli dans les pharmacies participantes.

## DURÉE DE L'ENQUÊTE

Nous avons choisi d'enquêter sur les fumeurs rencontrés sur une journée de travail.

Nous avons eu un faible effectif de fumeurs identifiés. La prévalence du tabagisme était plus faible que celle observée en Aquitaine, estimée à un tiers de la population (15).

Nous aurions pu enquêter sur plusieurs jours pour avoir plus de fumeurs mais au risque d'une moindre compliance des participants.

Une enquête rétrospective plus longue (ex : tous les fumeurs vus la semaine passée) exposait à un biais de mémorisation beaucoup plus important, donc une sous-estimation de la pratique, et nécessitait plus de temps passé avec l'enquêteur.

Une enquête prospective plus longue, par exemple en laissant les questionnaires pendant une semaine, exposait à un risque de démotivation des participants avec un arrêt des observations après quelques jours. Plusieurs thèses ont rencontré ces difficultés. Il y avait aussi le risque que les professionnels ne pensent à remplir les fiches que pour les fumeurs ayant fait l'objet d'une prise en charge (surestimation de la pratique).

Nous pouvons aussi penser que les professionnels ont fait plus d'effort dans la pratique lors d'une journée d'enquête qu'ils n'en font au quotidien.

## CHOIX DES INDICATEURS DE PRATIQUE

Nous n'avons pas utilisé explicitement les 5 A's (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) qui sont des indicateurs de pratique utilisés dans la littérature et les recommandations anglo-saxonnes (30). Cependant, nos indicateurs interrogeaient la pratique réelle et trouvaient une correspondance avec les 5 A's (voir Tableau 20). Nous pouvions donc considérer que nos indicateurs étaient valides (28).

INDICATEURS	5 A's
Évocation de la consommation de tabac	<i>Ask</i>
Recherche de l'addiction	<i>Ask</i>
Recherche d'autres consommations	<i>Ask</i>
Connaissance de la position du patient par rapport à une modification de sa consommation	<i>Assess</i>
Proposition d'une prise en charge	<i>Advise / Assist</i>
Traitement pharmacologique	<i>Assist</i>
Traitement non pharmacologique	<i>Assist</i>
Suivi prévu / Patient réorienté	<i>Arrange</i>

Tableau 20 : Correspondance entre nos indicateurs et les 5A's

### 4.2.3 L'intervention proposée

#### VISIBILITÉ ET PROMOTION

Nous avons prévenu longtemps à l'avance les professionnels de la date de la formation et fait des relances par mail et courrier. Nous avons évité les vacances, la rentrée scolaire, et les dates de FMC déjà prévues. Nous avons proposé un horaire compatible avec la fin de la journée de travail, d'autant que nous étions sur place à Biscarrosse.

#### BESOIN DE FORMATION, DÉSIR DE FORMATION

Les deux tiers des médecins et la moitié des pharmaciens n'avaient jamais eu de formation sur le tabac ou les addictions. Il y avait donc un public potentiel, ce qui justifiait a posteriori notre démarche.

Nous avons eu 16 personnes présentes à la formation sur 73 ; ce qui semblait peu compte tenu d'autres enquêtes où 80% des médecins (16) et des pharmaciens (17) déclaraient être intéressés par une formation.

Le besoin de formation ressenti n'est pas le même pour tous les professionnels et il n'est pas présent au même moment. Les professionnels pouvaient simplement vouloir actualiser ou acquérir des connaissances (21).

Il existe une discordance entre un besoin réel et le besoin ressenti de formation, et la motivation à assister à une formation présentielle en soirée, après une longue journée de travail.

#### TYPE D'INTERVENTION

Nous avons emprunté à plusieurs types d'interventions pour améliorer les pratiques. Notre intervention tenait :

- De la FMC didactique classique : un enseignant face à son public.
- De la FMC interactive : il y a eu de nombreux échanges entre les intervenants et le public, la vignette clinique a été bien validée, une discussion a alors suivi. Nous étions moins nombreux que prévu (8 désistements), ce qui a probablement favorisé les échanges.
- Des *Rappels (reminders)* : petits supports que nous avons distribués.

Ces éléments ont une efficacité variable pour influencer sur la pratique, comme indiqué sur la Figure 16 :

<b>Interventions inefficaces</b>
— Diffusion simple
— Formation médicale continue (FMC) dans ses formes traditionnelles
<b>Interventions d'efficacité discutable ou non clairement démontrée</b>
— Leaders d'opinion
— Démarche qualité
<b>Interventions d'efficacité démontrée, mais effet intervention limité</b>
— Audit-retour d'information
— FMC interactive
<b>Interventions d'efficacité démontrée, effet intervention important</b>
— Visites à domicile
— Rappels (« reminders »)
— Systèmes informatiques d'aide à la prescription

Figure 16 : Efficacité des interventions destinées à la mise en œuvre des recommandations médicales. D'après Durieux et al. (31)

Nous pouvons donc espérer un léger impact qui s'est manifesté par une augmentation du repérage des fumeurs et des propositions de prise en charge dans les groupes *Intervention*.

D'autres pistes sont envisageables : ateliers ou jeux de rôle en petits groupes, dont le côté interactif a potentiellement plus d'impact (21).

La visite à domicile, ou *outreach visit*, consiste en un entretien entre un professionnel et un formateur qui se déplace chez le professionnel :

- C'est une intervention pratiquée depuis longtemps par l'industrie pharmaceutique : un visiteur médical vient s'entretenir avec un médecin (et laisse en plus une plaquette de rappel).
- C'est une intervention coûteuse et chronophage : le formateur ne peut voir qu'une personne à la fois. La visite pratiquée par l'industrie tend d'ailleurs à se raréfier (32).
- Dans le domaine des addictions, Augere a montré que la visite à domicile d'un Délégué Santé Prévention était efficace pour améliorer les connaissances générales et la connaissance des ressources disponibles, mais peu efficace pour diffuser des connaissances spécifiques (33).

Enfin, nos enquêtes pouvaient avoir l'effet d'un audit répété et modifier les pratiques (nous avons aussi observé des progrès dans le groupe *Témoin*).

## 4.3 À propos de certains résultats

### 4.3.1 Un impact différent chez les médecins et chez les pharmaciens, dans le groupe des professionnels sans formation préalable

La pratique a peu évolué chez les médecins sans formation préalable du groupe *Intervention* (progrès sur le repérage des fumeurs et sur les propositions de prise en charge). Leur pratique à la base était déjà supérieure à celle du groupe *Témoin*.

Nous avons ainsi une situation paradoxale où ce sont les médecins qui avaient déjà une pratique plus active qui sont venus se former. Cela pose la question de l'identification des besoins de formation.

Dans une enquête auprès de médecins généralistes de la région Centre, Vandermeer indiquait que l'intérêt personnel pour certains thèmes et la connaissance implicite de leurs besoins étaient les principaux déterminants des besoins de formation pour les médecins. Très peu utilisaient des stratégies définies comme les relevés d'incidents, ou les bilans de compétences (34). Or, l'identification par les médecins eux-mêmes de leurs compétences et de leurs besoins de formation n'est pas fiable (35).

L'impact de notre intervention était plus marqué (progression sur le repérage des fumeurs et 5 autres indicateurs) dans le sous-groupe des pharmaciens sans formation préalable. Le besoin de formation était probablement mieux identifié.

Cette différence entre médecins et pharmaciens est peut-être due à la façon dont la consommation de tabac est abordée avec les patients.

Chez les médecins, le patient n'a presque jamais abordé le sujet. C'est le médecin qui a amorcé la discussion. Chez les pharmaciens, ce sont les fumeurs qui, dans la moitié des cas, ont abordé le sujet.

Les patients se dirigent spontanément vers la pharmacie pour recevoir un conseil et un traitement sans ordonnance (accessibilité des officines : larges plages horaires et sans rendez-vous, même le samedi (17)). Les pharmaciens ont pu identifier leurs besoins de formation à partir des besoins des patients, ce qui est plus pertinent.

Procéder à une évaluation externe des besoins de formation avant d'inviter les professionnels peut être tentant pour rentabiliser le "coût-impact" des formations. Mais cela risque d'exclure des professionnels qui, ayant déjà de bonnes pratiques, sont quand même intéressés par une formation et peuvent en retirer un bénéfice et une motivation quant à la mise en pratique de leur savoir.

Une solution intermédiaire serait de promouvoir les formations différemment selon les individus. Nous pourrions envoyer une seule invitation à ceux qui sont déjà formés. En effet, ils peuvent avoir moins besoin de formation et nous pouvons supposer qu'ils répondront dès la première invitation s'ils sont intéressés.

### 4.3.2 La prévalence du tabagisme est-elle plus faible sur la côte Landaise qu'en Aquitaine ?

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme était inférieure à celle de la région Aquitaine (estimée à un tiers de la population (15)).

En pharmacie, le statut tabagique de la majorité des patients n'était pas connu. L'interprétation de la prévalence est donc difficile. Le statut tabagique était connu pour 21% des patients, plus que les 10% de l'enquête en officine de Delépine (23). Il peut être plus difficile de parler des consommations en officine : les conseils sont donnés le plus souvent au comptoir (17), et certains patients peuvent trouver irritant d'être interrogés (23).

Chez les médecins, le statut tabagique était connu pour 84% des patients, avec 18% de fumeurs parmi ceux-là (enquête 1). Il y avait une discordance avec la prévalence en Aquitaine :

- Le repérage des patients fumeurs pouvait être insuffisant, et certains fumeurs bien portants, qui ne sentent pas le tabac, ou non suspectés en raison de leur âge (adolescents) pouvaient être considérés à tort comme non-fumeurs.
- Les tranches de population qui fument le plus (de 20 à 44 ans selon Guignard (1)) sont peut-être aussi celles qui ont le moins besoin de soins et n'ont donc pas de raison d'aller chez le médecin. Des médecins ont reconnu qu'il y avait une sur-représentation de la pédiatrie et/ou de la gériatrie dans leur patientèle.
- L'enquête de Sérís retrouvait un tiers de fumeurs dans les salles d'attentes des cabinets ; mais elle interrogeait toutes les personnes fréquentant les salles d'attentes, incluant les accompagnants des consultants (11).

Lors de la seconde enquête, le nombre de fumeurs repérés est resté stable chez les médecins (passant de 74 à 67) mais il a doublé chez les pharmaciens (passant de 27 à 58). Deux explications sont possibles :

- La répétition des enquêtes a pu induire une vigilance accrue des pharmaciens par rapport au tabac.
- La seconde enquête s'est déroulée à la fin de l'automne, à une période où l'humidité et les épidémies virales favorisent les affections ORL et respiratoires chez des fumeurs qui peuvent accéder plus rapidement à un conseil et à un traitement à l'officine qu'à un rendez-vous de consultation chez le médecin.

### 4.3.3 Évaluer l'addiction

#### GÉNÉRALISATION DU TEST DE FAGERSTRÖM DANS LA PRATIQUE

Chez les médecins comme chez les pharmaciens, le test de Fagerström était la méthode la plus utilisée pour évaluer l'addiction chez les patients fumeurs.

Cette méthode s'est fortement répandue. En 2003, seuls 6.3% des médecins déclaraient utiliser des questionnaires standardisés concernant le tabac (5) ; ils étaient 34% en 2009 (6). Lors d'une enquête de pratique réalisée auprès de 99 médecins généralistes Landais en 2014, 88% déclaraient connaître ce test et 57% déclaraient l'utiliser (16), ce qui concorde avec notre enquête où la moitié des médecins déclaraient l'utiliser.

Les pharmaciens étaient déjà 65% à déclarer utiliser un test de dépendance au tabac en 2003 (5). Dans l'enquête de Dansou, ils sont 54% à l'utiliser (17). Dans notre étude 79% des pharmaciens déclaraient utiliser ce test.

Le test de Fagerström comprend 6 questions et il existe une version simplifiée en 2 questions (délai entre le réveil et la première cigarette et nombre de cigarettes par jour). C'est un outil facile à utiliser, largement diffusé dans la pratique.

Il était recommandé par l'HAS en 2014 (36). Le test de Fagerström semblait suffisant et adapté à la pratique en médecine générale pour repérer et évaluer l'usage de tabac (37). Il était conseillé par l'Ordre des Pharmaciens pour évaluer les fumeurs à l'officine (38).

Il a l'intérêt d'être un score, dont le patient et le professionnel peuvent suivre l'évolution. Ce test a des limites, ne prenant pas en compte certains aspects de la maladie addictive comme les tentatives répétées d'arrêt, le souci constant d'approvisionnement, et le craving dont la présence est fortement prédictive d'une rechute et d'une re-consommation de tabac (39).

Nous avons développé ces notions dans notre intervention. Nous avons diffusé une version mise à jour de la grille DEPISTER du Résag (en annexe) reprenant les critères du trouble de l'usage.

L'intérêt était de proposer une approche applicable au tabac mais aussi à toutes les addictions, y compris sans substance.

L'enquête de 2014 dans les Landes montrait que, en dehors du test de Fagerström, les médecins connaissaient très peu les tests de dépistages pour les autres substances (15% connaissaient et 8% utilisaient le FACE et l'AUDIT pour l'alcool, mais ils étaient moins de 5% pour tous les autres tests). Les nombreux questionnaires existants, se référant à plusieurs substances, leur longueur d'exécution expliquaient que peu de médecins les utilisaient. Ils déclaraient qu'ils utiliseraient plus facilement des questionnaires simples et rapides (16).

L'approche du DSM 5 (le trouble de l'usage) et la grille DEPISTER que nous avons proposées constituaient une réponse à cette attente puisqu'elles s'appliquent à toutes les addictions.

Cette approche a un intérêt pour les pharmaciens du secteur qui, au-delà du tabac, reçoivent régulièrement des patients pour la délivrance de traitements substitutifs aux opiacés. Ces notions semblent avoir été très appréciées par les pharmaciens venus à la formation qui en ont reparlé à leurs confrères lors de la réunion du tour de garde.



## UN DIAGNOSTIC RECHERCHÉ CHEZ UNE MINORITÉ DE PATIENTS

Les médecins avaient déjà recherché une addiction au tabac chez 32% des fumeurs lors de la première enquête et 42% lors de la seconde.

Il y a peu d'étude sur la recherche du diagnostic d'addiction.

En 2007, Lelong trouvait que les médecins recherchaient la quantification exacte de l'intoxication tabagique chez 58% des fumeurs, mais il ne s'agissait pas d'un diagnostic d'addiction (13).

En 2009, Perrin avait observé une sélection aléatoire de dossiers hospitaliers pour rechercher des diagnostics de dépendance au tabac (12) ; seul un dossier de patients fumeurs sur 32 (3%) mentionnait l'existence d'une dépendance. Dans notre enquête, nous avons identifié proportionnellement dix fois plus de patients chez qui l'addiction avait été recherchée :

- Nous avons interrogé directement les médecins, qui, dans la plupart des cas, n'ont pas eu besoin de consulter les dossiers des patients qu'ils connaissaient bien. Les dossiers peuvent ne pas être bien remplis (c'était une des hypothèses de Perrin) ; interroger directement les médecins nous a probablement permis de récupérer beaucoup plus d'informations que si nous avions consulté les dossiers seuls.
- Les médecins généralistes suivent leurs patients sur de longues périodes. Ils ont plus souvent l'occasion d'interroger leurs patients sur leurs consommations à risque que les médecins hospitaliers qui ne voient les patients que lors d'un séjour ponctuel.
- Nous n'avons pas défini de norme pour la recherche du diagnostic d'addiction. La définition du patient *addict* pouvait ne pas être la même pour tous les médecins : en ce sens, nos chiffres peuvent être surévalués.
- Nos données étaient basées sur les déclarations des médecins, donc soumises à un biais de mémorisation et/ou de désirabilité.

Les pharmaciens avaient évalué l'addiction chez 15% des fumeurs lors de la première enquête, et chez 26% lors de la seconde. Nous n'avons pas trouvé d'autre étude pour comparer ces chiffres. On note que le nombre de fumeurs évalués suit la même évolution que le nombre de patients recevant un conseil thérapeutique (tout en restant légèrement inférieur). Nous pouvons penser que les pharmaciens considéraient l'évaluation de l'addiction comme un prérequis à l'intervention thérapeutique, permettant de choisir un traitement adapté.

### 4.3.4 Traitements utilisés

#### LES PATCHS NICOTINIQUES

L'utilisation du patch nicotinique s'est généralisée dans la pratique. En 2003, seuls 56.5% des médecins généralistes français déclaraient le conseiller (5). Dans notre enquête, en 2015, ils sont 95% (21/22). Nous n'avons pas trouvé de chiffres antérieurs pour les pharmaciens, mais dans notre enquête ils sont 95% à conseiller les patchs nicotiniques.

Dans l'enquête sur la pratique du jour, chez les médecins comme chez les pharmaciens, lorsqu'un traitement a été conseillé, c'était presque toujours le patch nicotinique, en accord avec les recommandations de la HAS (36). Les patchs nicotiniques augmentent les chances de succès d'un

patient souhaitant arrêter de fumer (40). Ils semblent avoir aussi une efficacité pour aider les patients à réduire leur consommation de tabac (sans arrêter de fumer, et sans diminution prouvée des risques pour la santé (41)).

## **LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES D'ACTION RAPIDE ET LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE**

La cigarette électronique a été plus souvent citée par les médecins (13 fois) que les substituts nicotiniques rapides (11 fois).

À une exception près, dans notre enquête aucun pharmacien ne conseillait la cigarette électronique et 79% ont conseillé les gommes ou comprimés nicotiniques.

Les pharmaciens dispensent des substituts nicotiniques. Ces produits sont des médicaments, ils ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché et sont remboursés forfaitairement par l'assurance maladie. Les pharmaciens ont l'assurance de conseiller des produits contrôlés et traçables.

En 2015, en France, la cigarette électronique et ses liquides étaient des biens de consommation simples et n'étaient soumis ni à la réglementation sur les produits du tabac ni à celle sur les médicaments. Il était impossible de s'engager sur la qualité et la composition d'un produit conseillé à un patient. Elle n'était pas recommandée par la HAS (36). La revue systématique de Cochrane, en 2014, trouvait un faible niveau de preuve que la cigarette électronique aidait les patients à arrêter de fumer ou à réduire leur consommation (42).

La controverse existe entre les bénéfices attendus pour aider les patients à arrêter de fumer (mais quel contrôle de l'addiction ?) et les risques potentiels d'un produit non réglementé.

Le Parlement et la Commission Européenne ont décidé en Mars 2014 de placer la cigarette électronique sous la réglementation des produits du tabac. Au Royaume-Uni, la *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* a eu dès 2013 le projet de réglementer la cigarette électronique; d'ici 2017 les fabricants devront enregistrer leurs dispositifs soit comme produits du tabac (fortes restrictions marketing) soit comme dispositifs médicaux agréés par le MHRA (fortes contraintes de contrôle qualité). La licence du MHRA garantira la qualité et le contrôle des produits et permettra de prescrire la cigarette électronique aux patients anglais (43).

En 2015 nous n'avons pas trouvé de projet d'AMM en France pour la cigarette électronique qui deviendra probablement un produit du tabac et n'aura pas la fiabilité d'un dispositif médical utilisable en médecine.

## **TRAITEMENTS CONSEILLÉS ET PRESCRITS LORS DE L'ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DU JOUR**

Entre 15% et 18% des fumeurs se sont vus conseiller ou prescrire un traitement par leur médecin. Entre un quart et un tiers des fumeurs ont reçu un conseil thérapeutique en pharmacie.

Cette différence tient peut-être aux visites dédiées au tabac en pharmacie : les patients sont venus chercher un conseil.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux de l'enquête ITC où seuls 7% des fumeurs ayant consulté un professionnel de santé avaient reçu une prescription de médicaments d'aide à l'arrêt du tabac (44). Cette différence peut-être due à un oubli de déclaration de certains fumeurs dans ITC, mais aussi à un

repérage des fumeurs insuffisant dans notre enquête (les fumeurs non identifiés n'ont probablement reçu aucun traitement pour arrêter de fumer).

#### **4.3.5 Sommes-nous assez actifs avec les fumeurs ?**

Près de la moitié des fumeurs ont reçu une proposition d'aide de leur médecin. C'est plus que dans l'enquête ITC où seuls 28% des fumeurs ayant vu un médecin avaient reçu une proposition d'aide pour arrêter de fumer (44).

Lors de notre formation, nous avons incité les participants à devancer les demandes des patients. En effet, bien qu'ils ne parlent pas d'eux-mêmes de leurs consommations, les patients jugent les questions du médecin tout à fait légitimes (37).

Inciter les patients à arrêter de fumer et apporter un soutien semble pourtant augmenter les tentatives d'arrêt, plus que les simples conseils de *bon sens* expliquant les dangers du tabac (45). Plus localement, l'essai randomisé par cluster de Harry, en Gironde, montrait qu'une attitude fortement incitative des médecins amenait plus de tentatives d'arrêt du tabac (46).

L'étude texane trouvait que le sentiment de confiance des médecins formés pour traiter les questions de tabac était renforcé après la formation. La pratique des médecins formés avait plus progressé que celle du groupe contrôle. Chez les pharmaciens, le sentiment de confiance était renforcé par la formation, mais la pratique n'avait pas changé et peu de fumeurs étaient conseillés (9), probablement en raison d'un environnement économique ne valorisant pas le rôle de conseil des pharmaciens (47). Notons que dans notre seconde enquête, 40% des fumeurs ont reçu une proposition d'aide, alors que ce rôle de conseil est aussi bénévole qu'au Texas.

Nos résultats indiquaient que participer à une formation rendait les professionnels plus actifs auprès de leurs patients fumeurs pour leur proposer de l'aide.

Une explication peut être que la formation lève les obstacles perçus par le professionnel en renforçant sa confiance en lui-même et son sentiment de légitimité (48). La formation permet de sécuriser le professionnel dans sa pratique.

## 5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

### CONCLUSION

Notre formation pluridisciplinaire sur l'addiction au tabac a amené une augmentation du repérage de l'usage du tabac et des propositions de prise en charge.

Une formation insistant sur l'importance des interventions thérapeutiques permet de dépasser les simples messages de prévention au profit d'une attitude plus active auprès des patients.

L'impact d'une formation varie selon le niveau de la pratique avant formation, mais même les professionnels ayant une bonne pratique peuvent en tirer un bénéfice.

L'impact de la formation est probablement plus important chez les professionnels fortement motivés à se former.

### PERSPECTIVES

Dans la perspective d'une amélioration de la qualité des soins grâce à la formation des professionnels, nous devons nous interroger sur la façon dont nous allouons les ressources de formation compte tenu des contraintes budgétaires.

Les formations doivent-elles s'adresser à ceux qui présentent des manques dans la pratique (mais ne sont pas forcément motivés pour se former) ou à ceux qu'elles intéressent et qui sont motivés pour se former (mais qui peuvent avoir déjà une bonne pratique) ?

Une évaluation externe des pratiques pour flécher les choix de formation est difficile à mettre en place et risque d'être contre-productive, surtout si ce processus est perçu comme coercitif (recertification). Les professionnels risquent de vouloir remplir le minimum d'obligations de formation sans en tirer de bénéfice, et au détriment d'autres formations qui les auraient intéressés et auraient eu un meilleur impact sur la pratique (49).

Évaluer et renforcer la motivation des professionnels à se former est peut-être plus pertinent. Une formation librement suivie par un professionnel volontaire et engagé sera probablement influente sur sa pratique.

Cette motivation à s'améliorer peut venir des demandes formulées par les patients, mais aussi de regards croisés sur la pratique au sein d'un groupe de pairs (49), ou, comme cela existe en Suisse, au sein d'un cercle de qualité pharmaceutique (réunissant médecins et pharmaciens (50)). Des mécanismes de paiement à la performance peuvent aussi inciter les professionnels à améliorer leurs pratiques (51).

Les actions de formations pluridisciplinaires devraient être encouragées, ne serait-ce que par souci d'économie et de cohérence des soins.

## 6 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guignard R, Beck F, Richard J-B, et al. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [En ligne]. Saint-Denis: INPES; 2013 [cité 8 mars 2015]. 56 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
2. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):824-8.
3. Fenoglio P, Parel V, Kopp P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en France, 2000. *Actual Doss En Santé Publique*. Juin 2006;(55):69-74.
4. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits de la femme. Objectif 10: Programme National de réduction du Tabagisme. In: Plan cancer 2014-2019 [En ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
5. Gautier A, Perrin H. Tabac et alcool: Quelle implication des professionnels ? In: Baromètre santé médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis: INPES; 2005. p. 140-63.
6. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES; 2011. 266 p.
7. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):Art. No.:CD003698.
8. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):Art. No.: CD000214.
9. Prokhorov AV, Hudmon K, Marani S, et al. Engaging physicians and pharmacists in providing smoking cessation counseling. *Arch Intern Med*. 11 oct 2010;170(18):1640-6.
10. Mdege ND, Chindove S. Effectiveness of tobacco use cessation interventions delivered by pharmacy personnel: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm*. janv 2014;10(1):21-44.
11. Séris P. Arrêt du tabac: état des lieux de l'utilisation des aides disponibles en ambulatoire en 2005-2006 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2008.
12. Perrin L. Repérage diagnostique de la dépendance au tabac dans une perspective thérapeutique: sommes-nous performants ? à propos d'une étude [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2010.
13. Lelong H, Casadevall M, Haus F, et al. Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. avr 2011;59(2):107-13.
14. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille: vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique [En ligne] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Joseph Fourier; 2012. Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/75/89/PDF/2012GRE15129\\_sciolla\\_myriam\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/75/89/PDF/2012GRE15129_sciolla_myriam_1_D_.pdf)
15. Valadie-Jeannel M. Schéma régional médico-social d'addictologie. Région Aquitaine 2009-2014. Bordeaux: DRASS Aquitaine; 2009 nov p. 85. Rapport No.: 59.

16. Burugorri C. Repérage et prise en charge des problèmes d'addiction en médecine générale. Enquête chez les médecins landais [Mémoire]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2014.
17. Dansou A, Pousséo C, Kaniut V, et al. L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises. Santé Publique. 2 juin 2015;Vol. 27(2):167-76.
18. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. Am J Psychiatry. 1 août 2013;170(8):834-51.
19. Epi Info [En ligne]. Atlanta: Center for Diseases Control; 2014. Disponible sur: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/7/index.htm>
20. Moreau D. La traduction en français d'Epi Info 7 [En ligne]. 2012. Disponible sur: [http://www.epivf.fr/wa\\_files/FrancaisEpi7v2.mdb](http://www.epivf.fr/wa_files/FrancaisEpi7v2.mdb)
21. Thurin Jean-M. La formation médicale continue a-t-elle une influence sur la pratique médicale ? Psychiatr Fr. 2000;(1):117-32.
22. Beard E, McDermott M, McEwen A, et al. Beliefs of stop smoking practitioners in United Kingdom on the use of nicotine replacement therapy for smoking reduction. Nicotine Tob Res. juin 2012;14(6):639-47.
23. Delépine L. Pharmacien d'officine et prévention du tabagisme: évaluation par enquête de la pratique du conseil minimal et de l'attente des fumeurs [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
24. Michot P, Catala O, Supper I, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens: une revue systématique de la littérature. Santé Publique. 2013;25(3):331-41.
25. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. Res Soc Adm Pharm RSAP. déc 2010;6(4):307-23.
26. Agence Régionale de Santé Aquitaine. Cartosanté Aquitaine : densité de médecins généralistes par canton [En ligne]. 2013. Disponible sur: <http://carto.ars.sante.fr/cartosante/cartoprof.php?geo=72d72&theme=1&prof=>
27. Institut national de la statistique et des études économiques. Cartes interactives - France par communes : médiane du revenu disponible par unité de consommation [En ligne]. 2012. Disponible sur: [http://www.statistiques-locales.insee.fr/carto/ESL\\_CT\\_cartethematique.asp?nivgeo=COM&submit=Ok](http://www.statistiques-locales.insee.fr/carto/ESL_CT_cartethematique.asp?nivgeo=COM&submit=Ok)
28. Ravaud P, Durieux P. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Guide méthodologique [En ligne]. 2007. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_605180/fr/evaluer-les-interventions-visant-a-ameliorer-les-pratiques-guide-methodologique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_605180/fr/evaluer-les-interventions-visant-a-ameliorer-les-pratiques-guide-methodologique)
29. Sedgwick P, Greenwood N. Understanding the Hawthorne effect. BMJ. 4 sept 2015;351:h4672.
30. Tong EK, Strouse R, Hall J, et al. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. Nicotine Tob Res. juill 2010;12(7):724-33.

31. Durieux P, Ravaud P, Dosquet P, et al. Mise en oeuvre des recommandations médicales: revue systématique des revues systématiques. *Gastroenterol Clin Biol*. Décembre 2000;24(11):1018-25.
32. L'usine nouvelle. L'industrie pharmaceutique tangué, les visiteurs médicaux trinquent [En ligne]. usinenouvelle.com. 2008 [cité 18 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.usinenouvelle.com/article/l-industrie-pharmaceutique-tangue-les-visiteurs-medicaux-trinquent.N24625>
33. Augere F. Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addictions », auprès des médecins généralistes girondins: étude comparative entre territoire visité et un territoire non visité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2010.
34. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue: une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre. *Exercer*. 2012;(106):67-8.
35. Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, et al. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ*. 29 nov 1997;315(7120):1426-8.
36. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [En ligne]. Saint Denis: HAS service documentation; 2014 [cité 14 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1776068/fr/recommandations-arret-de-la-consommation-de-tabac-octobre-2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776068/fr/recommandations-arret-de-la-consommation-de-tabac-octobre-2014)
37. Castera P. Comment identifier et évaluer la conduite de polyconsommation et ses conséquences au plan médico-psychosocial? Approche spécifique par le médecin généraliste. *Alcoologie Addictologie*. 2007;29(4):370-6.
38. Le Maitre B, Hirsch A. PHARMACIEN ET TABAC Prise en charge de l'arrêt du tabac [En ligne]. Cespharm - Ordre national des pharmaciens; 2007. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Pharmacien-et-tabac-Prise-en-charge-de-l-arret-du-tabac-fiche-technique-Mai-2007>
39. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 1 mars 2015;148:1-20.
40. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:Art. No.: CD000146.
41. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:Art. No.: CD005231.
42. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:Art. No.: CD010216.
43. Britton J, Bogdanovica I. Electronic cigarettes : a report commissioned by Public Health England [En ligne]. Nottingham: Public Health England & The University of Nottingham; 2014 Mai [cité 24 nov 2015]. Report No.: PHE 2014079. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/electronic-cigarettes-reports-commissioned-by-phe>

44. Projet ITC. Rapport national ITC France: Résultats de la deuxième vague de l'enquête ITC France [En ligne]. Paris: INPES; 2011 oct. Disponible sur: [http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC\\_rapport\\_FR\\_2.pdf](http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf)
45. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. juin 2012;107(6):1066-73.
46. Harry L. Proposition systématique d'une tentative d'arrêt de tabac chez tout fumeur, en médecine générale: essai clinique pragmatique randomisé en grappes [Thèse d'exercice]. [France]: Bordeaux; 2015.
47. Guglielmo B. A prescription for improved chronic disease management: Have community pharmacists function at the top of their training: comment on « engaging physicians and pharmacists in providing smoking cessation counseling ». *Arch Intern Med*. 11 oct 2010;170(18):1646-7.
48. Le Rouzic M, Frisson E, Kinouani S, et al. Repérage précoce et intervention brève « jeunes ». *Impact des formations en santé scolaire. Alcoologie Addictologie*. 2015;37(3):223-32.
49. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Pratiques professionnelles : quelle évaluation ? *Médecine*. 1 mars 2009;5(3):120-5.
50. Anglard N, Catala O. Coopération pharmaciens-médecins: à partir d'expériences en France et en Suisse, élaboration de voies d'avenir [En ligne]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m63x84xr>
51. An LC, Bluhm JH, Foldes SS, et al. A randomized trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quitline. *Arch Intern Med*. 13 oct 2008;168(18):1993-9.



# 7 ANNEXES

## 7.1 Trame d'entretien standardisé

### PRÉSENTATION

Je me présente, Jean Hollier, je suis le remplaçant du Dr... .

Je viens vous voir pour un travail de thèse sur la prise en charge des patients fumeurs que je mène sur le secteur.

Le but est de travailler avec les professionnels susceptibles d'aider les patients à arrêter de fumer : j'enquête dans les pharmacies et les cabinets médicaux.

### PROJET DE FORMATION

Le projet est de proposer une soirée de formation sur Biscarrosse, avec les médecins et les pharmaciens du secteur.

L'objectif de mon travail est de faire l'état des lieux des pratiques et rechercher des modifications après cette soirée.

Pour cela je dois réaliser une enquête de pratiques. Je fais une première enquête maintenant, puis j'en ferai une seconde après la formation, même si vous n'avez pas pu y assister.

J'ai une première série de questions sur votre pratique habituelle, puis je vous soumettrai un autre questionnaire interrogeant la pratique sur les patients fumeurs vus sur une journée.

### POUR LES MÉDECINS

L'enquête se fait en une séance, à la fin d'une journée de consultation. Nous remplissons les fiches tous les deux. Je n'ai besoin d'aucune information susceptible d'indiquer l'identité du patient. Cela n'a pas pris trop de temps lors des tests. Je vous demande de ne rien changer à vos habitudes de travail : ne demandez ni plus ni moins de choses à vos patients que ce que vous faites habituellement. Les données sont utilisées de manière anonyme.

### POUR LES PHARMACIES

Je vous laisse une fiche pour compter les patients de la journée : fumeurs, non-fumeurs, statut inconnus. Pour ceux qui sont fumeurs uniquement, je vous demanderai de remplir une fiche patient après son départ (ne pas utiliser la fiche comme "guide" de conversation). J'ai essayé de faire le plus court possible. Je vous demande de ne rien changer à votre façon de travailler : ne demandez ni plus ni moins de choses aux patients que d'habitude.

Vous pourrez mettre les fiches dans l'urne que je vous laisserai. Je vous demande de mettre votre nom sur les fiches pour que je puisse les relier entre elles, mais je les rendrai anonymes après.

## 7.2 Questionnaire médecins

FICHE QUESTIONS MEDECIN *Sauf précision, plusieurs réponses possibles*

CODE :

**Avez-vous bénéficié d'une formation en tabacologie ou en addictologie ?**  OUI  NON

Si OUI :  Formation initiale  DU ou Capacité  FMC/DPC  autre :.....  NSP

**Comment évaluez-vous / diagnostiquez-vous habituellement l'addiction au tabac chez les fumeurs ?**

CDS (cigarette dependence scale)  Test Fagerström  Manifestation de sevrage à l'arrêt  
 craving/perte de contrôle  échecs répétés d'arrêt  autre :.....  NSP

**Quel(s) traitement(s) ou quelle méthode conseillez-vous habituellement pour le traitement de l'addiction au tabac ?**

Gommes/comprimés nicotine  Bupropion (Zyban°)  
 Inhalateur/spray nicotine  Varénicline (Champix°)  
 Patch nicotine  Anxiolytique  
 Cigarette électronique  Antidépresseur  
 Homéopathie  Benzodiazépine  
 Phytothérapie  Autre traitement :.....  
 CHOIX de ne pas donner de traitement  
 TCC  hypnose  acupuncture  autre approche non pharmaco :.....  NSP

**Qu'attendez-vous de ces traitements ou méthodes :**  gérer les manifestations de sevrage  NSP

gérer les envies de consommer (craving)  s'abstenir de consommer du tabac  autre :.....

**Discutez-vous de la durée prévisible du traitement avec le patient ?**  OUI  NON  NSP

Si OUI que lui annoncez-vous (1 seule réponse) :

quelques jours  quelques semaines  quelques mois  quelques années  
 autre :.....  NSP

**Que proposez-vous à un patient qui continue à fumer sous patch ?**

arrêt des patches  augmenter la posologie des patches  rajout de forme rapide de nicotine  
 changer de traitement  réorientation  autre :.....  NSP

**Comment s'organise le suivi (1 seule réponse):**

consultation de suivi proposé systématiquement (par vous-même)  autre :.....  
 laissé à l'initiative du patient  NSP

**Pour quel(s) motif(s) réorientez-vous un patient vers une consultation de tabacologie ou d'addictologie ?**

poly-addictions  souhait du patient  
 échec de prise en charge  aucun  
 Systématiquement « *ce n'est pas mon truc* »  autre :.....  
 situation à risque (grossesse, cardio-vasculaire aigu)  NSP

**FICHE PATIENTS DU JOUR MEDECIN**

CODE :

Pour chaque patient vu en consultation, merci de faire un trait dans la case correspondante.

<b>Fumeur ou déjà pris en charge pour le tabac</b>	<b>Non fumeur</b>
<b>Statut tabagique inconnu</b>	

**Combien de patients avez-vous vu ce jour ? .....**

Nombre de fumeurs :

Nombre de non-fumeurs :

Nombre de statuts inconnus :

Pour chaque patient de la catégorie "**Fumeur ou déjà pris en charge pour le tabac**", remplir une fiche patient en précisant le code médecin

Toutes les données sont utilisées de manière anonyme (grâce au code que je marquerai). Une fois que je les ai traitées, toutes les fiches sont détruites

**Rappels :**

- Ce n'est ni un examen ni un jugement sur votre travail ; seulement une description des pratiques actuelles pour une thèse.
- Encore tous mes remerciements !

**FICHE PATIENT FUMEUR MEDECIN**

CODE :

**1) Le tabagisme a été évoqué dans la consultation (consultation):**  OUI  NON  NSP

Si OUI (1 seule réponse):  pas un motif de consultation, mais a été évoqué par le médecin

consultation dédiée  un motif de consultation parmi d'autres  NSP

**2) Evaluation de l'addiction (cons/dossier):**  addiction recherchée : Présente / Absente

addiction non recherchée  NSP

**3) Recherche de consommations associées (consultation/dossier) :**  OUI  NON  NSP

recherchées :  alcool  opiacés  cannabis  benzodiazépines  stimulants

NSP  jeux vidéos  jeux d'argent

**4) Stade de changement du patient par rapport au tabac (cons/dossier):**

connu  non connu  NSP

Si connu (1 seule réponse) :  démarche d'arrêter de fumer / traiter son addiction

abstinence temporaire

diminution du tabagisme

ne souhaite pas modifier son comportement

NSP

**5) Conseil de prise en charge (consultation/dossier) :**  OUI  NON  NSP

Si oui (1 seule réponse):  proposition d'arrêter de fumer  abstinence temporaire  diminution du tabagisme  conseil simple (ex : remise de brochure, y réfléchir...)  autre :.....  NSP

**6) Traitement pharmacologique conseillé ou prescrit :**  OUI  NON  NSP

Si OUI :

gomme/comprimé nicotine

Anxiolytique

Spray/Inhaleur nicotine

Antidépresseur

Patch nicotine

Benzodiazépine

Cigarette électronique

Bupropion

Homéopathie

Varénicline

Phytothérapie

Autre traitement :.....

NSP

CHOIX de ne pas donner de traitement

**6) Prise en charge non pharmacologique conseillée ou prescrite :**  OUI  NON  NSP

Si OUI (QCM):  consultations régulières de suivi : avec..... Rythme :.....

TCC

hypnose

acupuncture

Autre :.....

NSP

**7) Organisation du suivi :**  suivi prévu  rien de prévu  NSP

Si prévu : avec  médecin traitant

Rythme(1 seul):  hebdomadaire

autre médecin :.....

mensuel

structure :.....

autre :.....

non précisé

laissé à l'appréciation du patient

NSP

NSP

*S'il s'agit d'une consultation de suivi répondre aux questions suivantes :*

**8) Recherche de l'envie de fumer :**  OUI  NON  NSP

**9) Recherche d'une re-consommation de tabac :**  OUI  NON  NSP

**10) Recherche d'une compensation\* :**  OUI  NON  NSP

\*consomme plus d'alcool, de café...

**11) Recherche d'un syndrome de sevrage\* :**  OUI  NON  NSP

\*irritation, anxiété, nervosité, difficulté de concentration...

**12) Recherche surdosage / effet secondaire du traitement :**  OUI  NON  NSP

### 7.3 Questionnaire pharmaciens

**QUESTIONS PHARMACIEN** *Sauf précision, plusieurs réponses possibles*      **CODE :**      **NOM :**

**Avez-vous bénéficié d'une formation en tabacologie ou en addictologie ?**     OUI     NON

**Si OUI :**     Formation initiale     DU ou Capacité     FMC/DPC     autre :.....     NSP

**Comment évaluez-vous / diagnostiquez-vous habituellement l'addiction au tabac chez les fumeurs ?**     CDS (cigarette dependence scale)     Test Fagerström     autre :.....     NSP  
 Manifestation de sevrage à l'arrêt     craving/perte de contrôle     échecs répétés d'arrêt

**Quel(s) traitement(s) ou quelle méthode proposez-vous habituellement en première intention pour le traitement de l'addiction au tabac ? (QCM)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gommes/comprimés nicotine | <input type="checkbox"/> Bupropion (Zyban°)                   |
| <input type="checkbox"/> Inhalateur/spray nicotine | <input type="checkbox"/> Varénicline (Champix°)               |
| <input type="checkbox"/> Patch nicotine            | <input type="checkbox"/> Anxiolytique                         |
| <input type="checkbox"/> Cigarette électronique    | <input type="checkbox"/> Antidépresseur                       |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie               | <input type="checkbox"/> Benzodiazépine                       |
| <input type="checkbox"/> Phytothérapie             | <input type="checkbox"/> Autre traitement :.....              |
|  | <input type="checkbox"/> CHOIX de ne pas donner de traitement |
- TCC     hypnose     acupuncture     autre approche non pharmaco :.....     NSP

**Qu'attendez-vous de ces traitements ou méthodes :**

- gérer les manifestations de sevrage     gérer les envies de consommer (craving)  
 s'abstenir de consommer du tabac     autre :.....     NSP

**Discutez-vous de la durée prévisible du traitement avec le patient ?**     OUI     NON     NSP

**Si OUI que lui annoncez-vous (1 seule réponse) :**     quelques jours     quelques semaines  
 quelques mois     quelques années     autre :.....     NSP

**Que proposez-vous à un patient qui continue à fumer sous patch ?**

- arrêt des patches     augmenter la posologie des patch     rajout de forme rapide de nicotine  
 changer de traitement     réorientation     autre :.....     NSP

**Quel suivi conseillez-vous au patient (1 seule réponse):**

- un entretien de suivi après une période donnée     laissé à l'initiative du patient  
 autre :.....     NSP

**Quels patients réorientez-vous vers leur médecin ou vers une consultation spécialisée ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> poly-addictions  | <input type="checkbox"/> souhait du patient |
| <input type="checkbox"/> échec de prise en charge                               | <input type="checkbox"/> aucun              |
| <input type="checkbox"/> Systématiquement « ce n'est pas mon truc »             | <input type="checkbox"/> autre :.....       |
| <input type="checkbox"/> situation à risque (grossesse, cardio-vasculaire aigu) | <input type="checkbox"/> NSP                |

**Habituellement vers qui renvoyez-vous le patient pour traiter son addiction ?**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant     | <input type="checkbox"/> structure  | <input type="checkbox"/> Non réorienté |
| <input type="checkbox"/> Autre médecin :..... | <input type="checkbox"/> autre..... | <input type="checkbox"/> NSP           |

Pour chaque patient que vous recevez aujourd’hui, merci de faire un trait dans la case correspondante.

<b>Fumeur ou déjà pris en charge pour le tabac</b>	<b>Non fumeur</b>
<b>Statut tabagique inconnu</b>	

**Combien personnes avez-vous vues ce jour ? .....**

Nombre de fumeurs :

Nombre de non-fumeurs :

Nombre de statuts inconnus :

Pour chaque patient de la catégorie “**Fumeur ou déjà pris en charge pour le tabac**”, merci de remplir une fiche patient après le départ du patient, d’y indiquer vos initiales, et de la glisser dans l’urne.

A la fin de la journée, glisser aussi cette feuille dans l’urne

Toutes les données sont utilisées de manière anonyme (j’utilise un code par personne pour relier les fiches puis je découpe les zones en pointillés). Une fois que je les ai traitées, toutes les fiches sont détruites

**Rappels :**

- N’utilisez pas la fiche lors de l’entretien avec le patient mais remplissez la après.
- Travaillez comme d’habitude, ce n’est ni un examen ni un jugement sur votre travail ; seulement une description des pratiques actuelles pour une thèse.

Encore tous mes remerciements !

**FICHE PATIENT FUMEUR PHARMACIEN**

CODE : NOM :

**1) lors de cette visite, le tabagisme / l'arrêt du tabac a été évoqué :**  OUI  NON  NSP

Si OUI (1 seule réponse) :  par le patient, il vient uniquement pour ça  à l'initiative du pharmacien  
 par le patient, mais il ne vient pas que pour ça  NSP  
 par présentation d'une ordonnance dédiée

**2) Stade de changement du patient par rapport au tabac :**  recherché  non recherché  NSP

Si recherché (1 seule réponse) :  il veut arrêter définitivement de fumer / traiter son addiction  
 il veut s'abstenir temporairement de fumer (ex: voyage en avion)  il veut diminuer son tabagisme  
 le patient ne souhaite pas modifier son comportement  NSP

**3) Evaluation de l'addiction au tabac :**  addiction recherchée : Présente / Absente

addiction non recherchée  NSP

**4) Conseil du pharmacien :**  OUI  NON  NSP

Si oui :  proposition d'aide pour arrêter de fumer  proposition d'aide pour diminuer le tabagisme  
 proposition d'aide pour s'abstenir temporairement  autre :.....  
 conseil simple (ex : remise de brochure et y réfléchir)  NSP

**3) Recherche de consommations associées (consultation/dossier) :**  OUI  NON  NSP

recherchées :  alcool  opiacés  cannabis  benzodiazépines  stimulants  NSP  
 jeux vidéos  jeux d'argent

**6) Conseil sur la thérapeutique :**  OUI  NON  NSP Si OUI préciser :

Traitement pharmacologique conseillé	Acheté / accepté	Traitement pharmacologique conseillé	Acheté / accepté
<input type="checkbox"/> patch nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bupropion (Zyban)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gomme/comprimé nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varénicline (Champix)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spray/Inhaleur nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anxiolytique	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cigarette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidépresseur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Homéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Benzodiazépine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Phytothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CONSEIL de ne prendre aucun	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre traitement :.....	<input type="checkbox"/>	traitement	

Traitement non pharmacologique conseillé :  
 suivi en consultation  Hypnose  TCC  Acupuncture  Autre :.....

NSP

**7) Patient réorienté pour prise en charge :**  OUI  NON  NSP

Si OUI Vers qui :  médecin traitant  autre médecin :.....  structure :.....  
 Autre :.....  NSP

Motif :  encadrer le suivi  femme enceinte  obtenir d'une ordonnance  anxiété/dépression  
 co-addictions  pathologie liée au tabac (ex : BPCO, problèmes cardiaques)  
 Autre :.....  NSP

Si le patient revient pour ce problème, répondre aux questions suivantes ; sinon ne pas les remplir

**8) Recherche de l'envie de fumer :**  OUI  NON  NSP

**9) Recherche d'une re-consommation de tabac :**  OUI  NON  NSP

**10) Recherche d'une compensation\* :**  OUI  NON  NSP

\*consomme plus d'alcool, de café...

**11) Recherche d'un syndrome de sevrage\* :**  OUI  NON  NSP

\*irritation, anxiété, nervosité, difficulté de concentration...

**12) Recherche surdosage / effet secondaire du traitement :**  OUI  NON  NSP

## 7.4 Grille DEPISTER adaptée au DSM 5

Les signes cliniques de sevrage				
N.B : La seule présence de symptômes de sevrage n'est pas suffisante pour poser le diagnostic de trouble de l'usage.				
Produit	Début	Durée	Commun	+/- Spécifique
<b>Alcool</b>	Aigu, de quelques heures à quelques jours après l'arrêt	2-5 jours		Aggravation possible Confusion, hallucinations, convulsions, bouffées de chaleur  Delirium tremens : agitation, délire visuel, délire de persécution <b>Pronostic vital engagé si évolution</b>
<b>Héroïne</b>	Aigu, dans les heures qui suivent l'arrêt	Quelques jours	Anxiété, agitation, irritabilité  Troubles du sommeil (insomnies, cauchemars)  Tremblements, sueurs	Etat grippal Rhinorrhée, larmoiement, bâillements, frissons Douleurs musculaires, crampes d'estomac Mydriase
<b>Tabac</b>	Aigu, dans les 24h qui suit l'arrêt	Plusieurs semaines	Tachycardie, hypertension  Troubles de l'appétit, nausées, diarrhées	Episode dépressif agité Troubles de la concentration Alimentation compulsive
<b>Cannabis</b>	Aigu, dans la semaine qui suit l'arrêt	Quelques semaines	Tendance dépressive, fatigue	Diminution de l'appétit, sueurs nocturnes
<b>Cocaïne et stimulants</b>	Progressif	Plusieurs semaines		Episode dépressif Bradycardie Alimentation compulsive Somnolence

DEPISTAGE DES ADDICTIONS	
Questionnaire DEPISTER construit à partir des critères du DSM - 5 Applicable à toutes les addictions	
Le patient présente un trouble de l'usage d'une substance s'il répond à au moins deux des critères suivants sur la période des 12 derniers mois (commencer par les questions marquées ▶ )	
<b>D</b> épassement (perte de contrôle)	Avez-vous consommé plus longtemps ou une quantité plus importante que ce que vous aviez prévu ? <input type="checkbox"/>
<b>E</b> nvie (craving)	Ressentez-vous des envies envahissantes de consommer dans des moments/situations où vous ne le souhaiteriez pas ? <input type="checkbox"/>
<b>P</b> roblèmes	Est-ce que vous continuez à consommer malgré tous les problèmes que cela entraîne ? (les problèmes de santé, conflits avec la famille, le travail, la justice, abandon d'activités, ...)
<b>I</b> mpossible d'arrêter	Est-ce que vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer sans y arriver ? <input type="checkbox"/>
<b>S</b> evrage (voir au verso)	Avez-vous ressenti de manière répétée et gênantes des effets désagréables après avoir arrêté ou moins consommé ? (nausée, tremblements, sueurs...) ou Est-ce que vous avez consommé ou consommé d'autres substances pour éviter dans ces situations ces effets désagréables ? <input type="checkbox"/>
<b>T</b> olérance	Est-ce que vous avez besoin de consommer de plus en plus pour obtenir les mêmes effets ? <input type="checkbox"/>
<b>E</b> nvahissant	Est-ce que vous passez beaucoup de temps à vous fournir, consommer, récupérer ? <input type="checkbox"/>
<b>R</b> isque	Est-ce que vous consommez alors que cela vous met physiquement en danger ? <input type="checkbox"/>
▶ Principaux symptômes de l'addiction:	
▶ Envie irrépressible / Craving	▶ Tentative répétées d'arrêt sans succès
▶ La rechute après l'arrêt confirme le diagnostic. Elle est indépendante de la volonté du patient. C'est une conséquence de la perte de contrôle, du craving.	



## 7.5 Présentation utilisée lors de la formation

Lecture de gauche à droite et de haut en bas

**Nouveaux concepts en Addictologie**

Comment repérer,  
quelles interventions proposer ?  
Exemple du tabac

Formation Rénapsud Biscarrosse, septembre 2015

**Des malentendus à clarifier**

- Faire usage n'est pas forcément symptomatique d'un dysfonctionnement
- Quelque soit
  - la substance ou le comportement
  - la fréquence et l'intensité

**Des malentendus à clarifier**

- Faire usage expose à des risques/dommages
  - intoxication aiguë
  - intoxication chronique
    - Sevrage/tolérance
  - trouble de l'usage
- Différences
  - caractéristiques des substances /comportements
  - modalités d'utilisation
  - potentiel addictif

**Des malentendus à clarifier**

- Parmi les usagers de substances/comportements
  - Certains ont perdu le libre arbitre de consommer
    - Ils relèvent d'une intervention thérapeutique au long court
- L'enjeu
  - Repérage diagnostique

**Addiction, dépendance, trouble de l'usage ?**

Perte de contrôle durable de l'usage d'un objet de gratification ...

= qui donne de la satisfaction,  
de l'intérêt, du plaisir

**Quels sont les objets de gratification ?**

Très nombreux  
Variables d'une personne à l'autre

## Les substances pouvant donner lieu à gratification

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Héroïne
- Benzodiazépines
- Cocaïne
- Ecstasy
- Kétamine
- ...



## Mais il n'y a pas que des substances

### Autres objets de gratification

- Alimentation
- Jeux vidéo
- Jeux de hasard et d'argent
- Comportement sexuel....



## Mais il n'y a pas que des substances

### Autres objets de gratification

- Alimentation
- Jeux vidéo
- Jeux de hasard et d'argent
- Comportement sexuel....



## Mais attention ...

- Tous ces objets ont en commun de donner lieu à addiction / trouble de l'usage
  - OUI
- MAIS : ils ont des inconvénients (= toxicité) très variables
  - alcool = hépatite, maladies cardio-vasculaires, AVP
  - tabac = BPCO, cancer, maladies cardio-vasculaires
  - alimentation = obésité, amaigrissement
  - jeux de hasard et d'argent = perte d'argent
  - ...
- Cette toxicité est indépendante de toute addiction

## Conséquences de l'usage ≠ modalités d'usage

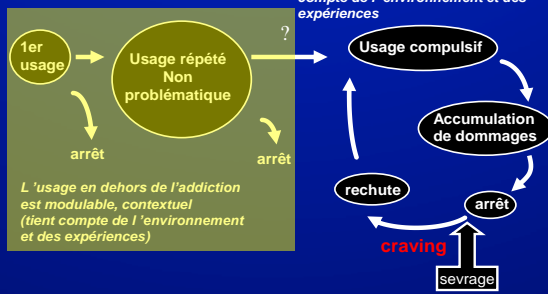
- Conséquences de l'usage :
  - intoxication :
    - toxicité aiguë
    - toxicité chronique
  - sevrage / tolérance
- Modalités de l'usage :
  - simple (« normal »)
  - pathologique (« anormal », « problématique »)
    - addiction / trouble de l'usage

## Système universel de « contrôle » de l'usage des objets de plaisir

- Chaque individu en dispose d'un :
  - cela permet d'en profiter au mieux
  - d'éviter les inconvénients
  - de s'adapter aux conséquences
- Lorsque qu'il y a addiction / trouble de l'usage :
  - le système de contrôle ne marche plus
  - on ne peut plus tenir compte des conséquences

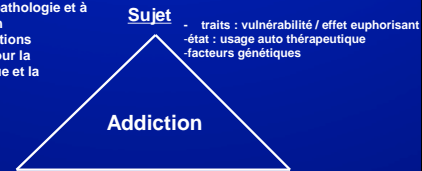
## Usage - ... - Addiction

Dans l'addiction / trouble de l'usage, l'usage est autonome, ne tient plus compte de l'environnement et des expériences



## Les composants élémentaires d'un ensemble complexe

- Participant à la mise en place de la pathologie et à son maintien
- Points d'actions possibles pour la thérapeutique et la prévention



## DSM 5 VS DSMIV-TR (Madiou, 2013)

	DSM IV		DSM 5
	Abus	Dépendance	Troubles de l'usage
<b>Critères diagnostiques</b>			
Incapacité à remplir ses obligations	X	-	X
Usage dans des situations à risque	X	-	X
Problèmes légaux liés à l'abus de substances	X	-	-
Problèmes sociaux/interpersonnels liés aux substances	X	-	X
Tolérance	-	X	X
Sevrage	-	X	X
Désir permanent/efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance	-	X	X
Usage plus important ou sur une période de temps plus longue que prévu	-	X	X
Négligence des activités importantes au profit de la substance	-	X	X
Importance du temps consacré à l'usage de substances	-	X	X
Problèmes psychologiques/physiques liés à l'usage de substances	-	X	X
<b>Craving</b>	-	-	X
<b>Scalé diagnostique</b>	+ 1 critère	+ 3 critères	Usage : 2-3 Modéré : 4-5 Sévère : 6

## Au total : une maladie chronique

### • Cliniquement

- Un signe physique objectivable: la rechute
  - Involontaire
  - Indépendant de la motivation du patient
  - Induit les mêmes problèmes
- un signe fonctionnel : le « craving »
  - Caractérise l'addiction
  - Envie involontaire, envahissante de ce que l'on ne veut pas
  - Evolution durable, expression parfois intermittente
  - Prédicatif de la rechute

## Conséquences pratiques ?

- Demander à une personne présentant un trouble de l'usage de stopper son comportement :
  - revient à demander :
    - à un asthmatique d'arrêter de faire des crises d'asthme
    - à un schizophrène d'arrêter de délirer
    - ...
- Par contre, sous l'effet de la prise en charge, il va pouvoir modifier son comportement :
  - il faut l'encourager à s'engager et se maintenir dans le soin

## Intervention thérapeutique

## Objectifs

- Modifier le comportement problématique pour obtenir, à terme, une rémission la plus stable et complète possible.

## Cible

- Essentielle : le craving
  - Impact sur la perte de contrôle
    - Consommations moins intenses, moins fréquentes
    - À terme, disparition de la perte de contrôle

## Outils

- 3 types de prises en charge, qq soit l'addiction :
  - relationnelle, motivationnelle
  - environnementale, sociale, socio-éducative
  - pharmacologique (pas toujours disponible)
- L'enjeu : trouver, pour un sujet donné à un moment donné, la combinaison optimale :
  - stratégies nécessairement évolutives dans le temps
- Induit une pratique collaborative :
  - partage des objectifs entre les intervenants

## Durée de prise en charge ...

- La détermination de l'arrêt du traitement va être intrinsèquement difficile
- Durée de traitement :
  - court : moins de 5 ans
  - moyen : de 5 à 10 ans
  - long : plus de 10 ans

## Qu'attendre d'un traitement pharmacologique addictolytique ?

- Réduction du craving
- Absence d'effet renforçant
- Blocage de l'effet renforçant du comportement en cas de consommation
- Longue demi-vie ou longue durée d'action permettant une administration en une prise par jour

## Quels sont ces médicaments ?

- Héroïne :
  - méthadone, buprénorphine, buprè/naloxone
- Tabac :
  - patch de nicotine, bupropion, varénicline
- Alcool :
  - acamprosate, naltrexone, nalmeféne, baclofène

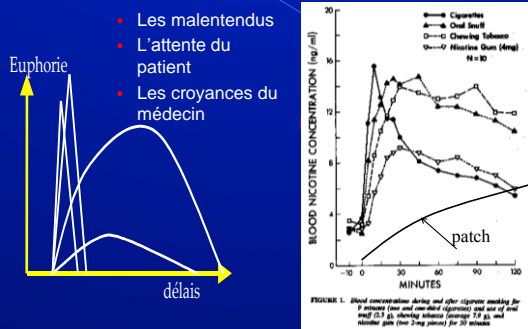
## Exemple du tabac

## Substituts nicotiques et varénicline : vrai traitement ?

Cigarette versus substituts nicotiques et varénicline

	Cigarette	Inhaleur	Gomme	Patch	Varénicline
Début d'action	Immédiat	15 mn	15 mn	60 mn	3-4 h pic plasmatique
Durée d'action	2 h	2 h	3 h	24 h	24 h
Euphorie	+++++	++/-	++/-	-	-

## Ce qu'il faut clarifier



## Tabac: en pratique

Patchs

- En première intention
  - dispositif transdermique de nicotine (7, 14, 21mg/24h)
- Caractéristiques
  - agoniste nicotinique
  - sans effet renforçant
  - action anticraving
  - effet bloquant en cas de consommation
  - en une prise quotidienne

## Tabac: en pratique

Patchs

- Posologie initiale:
  - approximativement: 20 cig/j = 1 patch 21 mg/24h
  - adapter rapidement la posologie à la hausse:
    - persistance consommation cigarettes
    - sd de sevrage (irritabilité, dysphorie, hyperphagie..)
    - Craving
    - augmentation consommations/cpt associés
- Points à clarifier+++
  - oui, on peut fumer avec des patchs
  - oui, on peut poser plusieurs patchs en même temps

## Tabac: en pratique

Patchs

- Attention : préserver le capital cutané
  - zone à faible pilosité et moyennement cornée
  - faire tourner les sites d'application (et retirer l'ancien patch)
  - éviter d'enlever les débris de colle avec acétone, éther...
  - hydratation++
  - parfois corticoïdes locaux et/ou antihistaminiques en cas de réactions locales: installation d'une tolérance

## Tabac: en pratique

### Patchs

#### Surdosage en nicotine:

- beaucoup plus rare que le sous dosage
- aucun symptôme de sevrage, aucune consommation, absence totale de besoin de fumer
- se produit dans l'heure qui suit la pose du patch
- nausées, vertiges, céphalées, tachycardie
- régresse dans l'heure après avoir retiré le patch

## Tabac: en pratique

### Patchs

#### Les troubles du sommeil

- fréquents: réveils multiples, cauchemars, rêves très intenses
- secondaire à un sous dosage, souvent
  - dans ce cas associé à conso et/ou craving
- secondaire à un surdosage, rarement
  - dans ce cas associé à céphalée, nausée, tachycardie
- secondaire au sevrage
  - disparaît spontanément en un mois
  - parfois persiste au delà, résolution en enlevant patch la nuit, mais...

## Tabac: en pratique

### Patchs

#### Durée traitement

- plusieurs mois, parfois années (ass.mal.:50 euros/ans!!)
- arrêt traitement ≠ fin de prise en charge
- préparer la rechute (reprise du traitement)
  - phénomène attendu
  - involontaire

#### En cas de rémission partielle stable

- nicotine d'action rapide?

#### Cas particulier: grossesse, IDM, chirurgie

- ttt en urgence

## Tabac: en pratique

### Varénicline

- Varenicline tartrate (Champix ® 0,5 et 1mg)
  - → en deuxième intention
- Mécanisme : diminue le craving
  - affinité et sélectivité élevées récepteurs nicotiques
  - agoniste partiel, activité agoniste et efficacité intrinsèque plus faible que la nicotine,
  - activité antagoniste en présence de nicotine
- Pas d'étude en association aux dispositifs transdermiques

## Tabac: en pratique

### Varénicline

- Efficacité: mieux que placebo, mieux que Bupropion (1,5 à 52 sem)
- Déroulement:
  - J1 à J3=0,5 mg/j, J4 à J7=0,5 mgx2/j, J8=1mgx2/j
  - arrêt tabac entre J7 et J14
  - durée: 12 sem puis si abstinent +12 sem, si consommateur à 12 sem pas de donnée
  - effets secondaires: digestifs (au début), surveiller humeur

## Tabac: en pratique

### Bupropion

- Bupropion (Zyban® 150)
  - mécanisme d'action non connu
  - effet anti-craving
  - en 2e intention (CI = épilepsie, TCA, tbi bipolaire, sevrage alcool-benzo..., effets 2aires)
  - seul d'abord, puis associé aux patchs possible
  - 1 par jour, puis 2/j à J8, arrêt tabac entre J7 et J14
  - durée 7 à 9 semaines.....

## Tabac: en pratique

- Ne pas oublier que l'aide pharmacologique s'inscrit dans une prise en charge globale, notamment relationnelle
  - contacts brefs mais répétés (hebdomadaire)
    - monitorer consommations et craving
    - observance et impact du ttt (adaptation poso, effets secondaires)
    - définition d'objectifs atteignables
    - stratégies de gestion du craving (élaboration et efficacité)
    - surveillance des consommations/comportements associés
      - alimentation, jeu, achats, substances
  - valorisation du patient dans sa démarche de modification de son comportement de consommation

## Tabac: en pratique

#### Les autres méthodes

- auriculothérapie
- acupuncture
- sophrologie
- hypnothérapie
- .....
- ne pas s'en passer,
  - surtout si investi par le patient et impact sur le craving
  - **en complément** de la prise en charge « standard »
- résultats identiques aux placebo, mais pas égal à zéro

Merci de votre attention

## Ressources en Addictologie

### Département des Landes

Dr Jacques Dubernet – Dr Catherine Burugorri – Jean Hollier

## CSAPA

- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
- Créés en 2007-2010.
- Prise en charge de toutes les dépendances.
- Pas de distinction de légalité ou pas.
- Déterminer les modalités d'usage.
- La prise en charge est globale, personnalisée, médico-psycho-sociale.
- Prévention primaire (enfants, ados).
- Prévention secondaire dans le cadre de la réduction du risque.



## LA SOURCE – LANDES ADDICTIONS

- Depuis 1973.
- Déployé sur le département des Landes.
- 2 centres à Mont de Marsan et à Dax.
- 2 antennes à Biscarrosse et Capbreton.
- Site: [www.lasourcedeslandes.fr](http://www.lasourcedeslandes.fr)
- Mail: [lasourcedeslandes@orange.fr](mailto:lasourcedeslandes@orange.fr)



## LA SOURCE – LANDES ADDICTIONS

- **Siège de Mont-de-Marsan :**  
160 av. Georges Clémenceau    Tel : 0811.020.071 ou 05.58.75.92.04
- **Antenne de Biscarrosse :**  
454 av. de Caupos    Tel : 06.07.26.93.17 (Dr Burugorri)  
06.71.13.15.55 (Educatrice)  
06.77.07.01.63 (Psychologue)
- **Antenne de Capbreton :**  
Allée du Boudigau    Tel : 06.83.34.87.10



## LA SOURCE – LANDES ADDICTIONS

- Accueil pour toutes les addictions.
- Un médecin, une psychologue, une éducatrice.
- Accueil en ambulatoire et possibilité d'appartements thérapeutiques  
(10 places à Dax et Mont-de-Marsan).
- Anonymat.
- Gratuité des soins.



## ... Et sur Internet : Addictoclic

- [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com)
- Annuaire des ressources en Aquitaine.
- Par territoire.
- Par addiction.



## ... Et pour le tabac : Tabac Info Service

- Sur internet : [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)
- Par Téléphone : 39.89
- Outils pour les professionnels de santé :
  - guides d'aide au sevrage,
  - matériel pour l'officine et salle d'attente.
- Plate-forme de soutien à distance pour les patients.



Merci de votre attention



## Cas clinique

- Un patient de 38 ans vient vous voir à votre consultation pour une aide au sevrage tabagique. Il fume deux à trois paquets par jour depuis l'âge de 20 ans.
  - 1. Quel est le diagnostic principal à rechercher ?
  - 2. Indépendamment du diagnostic principal que recherchez-vous au cours de votre examen ?
  - 3. Que lui proposez-vous comme traitement pour le diagnostic principal évoqué ?
  - 4. A quelle posologie ?
- Une semaine plus tard, vous le revoyez en consultation. Il vous dit qu'il continue de fumer environ un paquet par jour, surtout le matin, malgré le traitement.
  - 5. Qu'explorez-vous à l'interrogatoire ?

- Effectivement, ce patient décrit un craving persistant.
  - 6. Quelle stratégie thérapeutique adoptez-vous ?
- Plusieurs mois après, malgré les différents traitements proposés, le patient n'est toujours pas abstiné. Interrogé sur sa motivation, il explique alors être toujours dans une recherche de l'effet psychoactif de la nicotine.
  - 7. Quelle stratégie thérapeutique adoptez-vous ?

## 7.6 Tableaux de comparaison détaillés

Hypothèses de recherche :

- La pratique des sujets ayant suivi une formation est meilleure que celle des sujets sans formation.
- la pratique s'améliore avec le temps.

Calcul de la *valeur p* par le test du  $\chi^2$  de Pearson lorsque les effectifs sont suffisants, sinon Test exact de Fischer unilatéral. Seuil de significativité atteint lorsque  $p < 0.05$ .

### TABLEAUX POUR LES MEDECINS

Enquête 1, Médecins : formation préalable à l'enquête *Versus* absence de formation préalable.

Enquête 1	8 médecins avec formation		14 médecins sans formation		<i>p-value</i>
	Eff.	%	Eff.	%	
<b>Patients fumeurs</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	
<b>Tabac évoqué</b>	11	36%	16	37%	0.879
<b>Recherche d'une addiction</b>	14	<u>45%</u> *	10	23%	0.047 IC95%[1.00;7.39]
<b>Recherche autres consommations</b>	16	<u>52%</u> *	12	28%	0.038 IC95%[1.04;7.27]
<b>Position du patient connue</b>	21	67%	28	65%	0.814
<b>Conseil du médecin</b>	20	<u>64%</u>	20	47%	0.125
<b>Traitement pharmacologique</b>	9	<u>29%</u> *	4	9%	0.028 IC95%[1.10;14.5]
<b>Traitement non pharmacologique</b>	2	6%	3	7%	0.653
<b>Suivi prévu</b>	9	<u>29%</u>	5	12%	0.059

\* : différence statistiquement significative

Souligné : différences qui nous semblent notables



Médecins : comparaison Avant-Après pour le groupe Intervention puis pour le groupe Témoin

DIFFERENCES SELON L'ENQUETE	Groupe INTERVENTION 7 médecins		p-value [IC95%]	Groupe TEMOIN 15 médecins		p-value [IC95%]
	Enquête 1	Enquête 2		Enquête 1	Enquête 2	
Nombre de patients vus	154	196		341	369	
Statut tabagique connu	119	172 *	0.009 [1.19;3.73]	298	351 *	<0.001 [1.59;4.98]
Fumeurs	20	32	0.383	54 *	35	0.011 [0.35;0.88]
Prévalence tabagisme (population)	13%	16%	0.383	16% *	9%	0.011 [0.35;0.88]
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	17%	19%	0.694	18% *	10%	0.003 [0.32;0.79]
Patients fumeurs	20 100%	32 100%		54 100%	35 100%	
Tabac évoqué	15 75%	17 53%	0.115	12 22%	15 <u>43%*</u>	0.036 [1.04;6.63]
Addiction recherchée	10 50%	17 53%	0.826	14 26%	11 31%	0.573
Rech. autres consommations	9 45%	15 47%	0.895	19 35%	17 49%	0.209
Position du patient connue	15 75%	23 72%	0.805	34 63%	24 69%	0.587
Proposition de prise en charge	10 50%	21 <u>66%</u>	0.264	30 56%	13 37%	0.090
Traitement pharmacologique	6 30%	4 13%	0.117	7 13%	6 17%	0.585
dont traitement du craving	4	4		5	6	
Traitement non pharmacologique	1 5%	2 6%	0.673	4 7%	4 11%	0.386
Suivi prévu	6 30%	10 31%	0.865	8 15%	8 23%	0.334

Rech. : recherche. souligné: amélioration notable dans le temps \* : différence significative dans le temps  $p < 0.05$

Médecins : comparaison *Intervention versus Témoins*, avant et après l'intervention

DIFFERENCES SELON LE GROUPE	Enquête 1		p-value [IC 95%]	Enquête 2		p-value [IC 95%]		
	Intervention 7 med.	Témoins 15 med.		Intervention 7 med.	Témoïn 15 med.			
Nombre de patients vus	154	341		196	369			
Statut tabagique connu	119	298 †	0.004 [0.30;0.80]	172	351 †	0.001 [0.19;0.70]		
Fumeurs	20	54	0.411	32 †	35	0.017 [1.11;3.11]		
Prévalence tabagisme (population)	13%	16%	0.411	16% †	9%	0.017 [1.11;3.11]		
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	17%	18%	0.751	19% †	10%	0.006 [1.23;3.47]		
Patients fumeurs	20	54		32	35			
	100%	100%		100%	100%			
Tabac évoqué	15	75% †	<0.001 [3.17;34.8]	17	53%	15	43%	0.401
Addiction recherchée	10	50%	0.049 [0.98;8.31]	17	53%	11	31%	0.072
Rech. autres consommations	9	45%	0.439	15	47%	17	49%	0.890
Position du patient connue	15	75%	0.331	23	72%	24	69%	0.767
Proposition de prise en charge	10	50%	0.670	21	<u>66%</u> †	13	37%	0.020 [1.19;8.79]
Traitement pharmacologique	6	30%	0.087	4	13%	6	17%	0.427
dont traitement du craving	4			4		6		
Traitement non pharmacologique	1	5%	0.589	2	6%	4	11%	0.381
Suivi prévu	6	30%	0.139	10	31%	8	23%	0.439

Rech. : recherche. souligné: amélioration notable dans le temps †: différence significative selon le groupe  $p < 0.05$

Médecins, sous-groupe sans formation préalable : comparaison *Avant-Après* pour le groupe Intervention puis pour le groupe Témoin

DIFFERENCES SELON L'ENQUETE	Groupe INTERVENTION 4 médecins		p-value [IC95%]	Groupe TEMOIN 10 médecins		p-value [IC95%]
	Enquête 1	Enquête 2		Enquête 1	Enquête 2	
Nombre de patients vus	68	109		213	243	
Statut tabagique connu	51	93	0.086	188	231 * †	0.008 [2.56;5.23]
Fumeurs	9	21	0.298	34	27	0.129
Prévalence tabagisme (population)	13%	19%	0.298	16%	11%	0.129
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	18%	23%	0.486	18%	12%	0.064
Patients fumeurs	9   100%	21   100%		34   100%	27   100%	
Tabac évoqué	7   78%	11   52%	0.186	9   26%	11   41%	0.238
Addiction recherchée	5   56%	9   43%	0.404	5   15%	7   26%	0.273
Rech. autres consommations	4   44%	6   29%	0.331	8   24%	12   44%	0.084
Position du patient connue	6   67%	13   62%	0.571	22   65%	18   67%	0.873
Proposition de prise en charge	2   22%	11   52%	0.130	18   53%*	7   26%	0.033 [0.10;0.93]
Traitement pharmacologique	2   22%	3   14%	0.479	2   6%	5   19%	0.129
dont traitement du craving	0	3		2	5	
Traitement non pharmacologique	-   -	2   10%	0.483	3   9%	3   11%	0.547
Suivi prévu	1   11%	4   19%	0.521	4   11%	6   22%	0.227

Rech.:recherche. souligné: amélioration notable dans le temps \* :différence significative dans le temps p<0.05

Médecins, sous-groupe sans formation préalable : comparaison *Intervention versus Témoins*, avant et après l'intervention

DIFFERENCES SELON LE GROUPE	Enquête 1		p-value [IC95%]	Enquête 2		p-value [IC95%]
	Intervention 4 med.	Témoins 10 med.		Intervention 4 med.	Témoins 10 med.	
Nombre de patients vus	68	213		109	243	
Statut tabagique connu	51	188 †	0.008 [0.20;0.80]	93	231 †	0.002 [0.13;0.66]
Fumeurs	9	34	0.587	21 †	27	0.039 [1.03;3.56]
Prévalence tabagisme (population)	13%	16%	0.587	19% †	11%	0.039 [1.03;3.56]
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	18%	18%	0.942	23% †	12%	0.013 [1.17;4.14]
Patients fumeurs	9   100%	34   100%		21   100%	27   100%	
Tabac évoqué	7   78% †	9   26%	0.008 [1.40;106]	11   52%	11   41%	0.422
Addiction recherchée	5   56% †	5   15%	0.020 [1.07;49.1]	9 <u>43%</u>	7   26%	0.217
Rech. autres consommations	4   44%	8   24%	0.201	6   29%	12 <u>44%</u>	0.260
Position du patient connue	6   67%	22   65%	0.619	13   62%	18   67%	0.732
Proposition de prise en charge	2   22%	18   53%	0.101	11 <u>52%</u>	7   26%	0.060
Traitement pharmacologique	2   22%	2   6%	0.188	3   14%	5   19%	0.504
dont traitement du craving	0	2		3	5	
Traitement non pharmacologique	-   -	3   9%	0.484	2   10%	3   11%	0.621
Suivi prévu	1   11%	4   11%	0.404	4   19%	6   22%	0.539

Rech.: recherche. souligné: amélioration notable dans le temps †:différence significative selon le groupe p<0.05

## TABLEAUX POUR LES PHARMACIENS

Enquête 1, Pharmaciens : formation préalable à l'enquête *Versus* absence de formation préalable.

Enquête 1	19 pharmaciens avec formation		19 pharmaciens sans formation		<i>p-value</i>
	Eff.	%	Eff.	%	
<b>Patients fumeurs</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	
<b>Tabac évoqué</b>	8	53%	6	50%	0.863
<b>Recherche d'une addiction</b>	4	<u>27%</u>	-	-	0.078
<b>Recherche autres consommations</b>	-	-	-	-	-
<b>Position du patient connue</b>	8	53%	5	42%	0.547
<b>Conseil du pharmacien</b>	6	<u>40%</u>	1	8%	0.075
<b>Traitement pharmacologique</b>	5	<u>33%</u>	2	17%	0.298
<b>Traitement non pharmacologique</b>	-	-	-	-	-
<b>Patient réorienté</b>	2	13%	1	8%	0.586

\* : différence statistiquement significative    Souligné : différences qui nous semblent notables

Pharmaciens : comparaison *Avant-Après* pour le groupe Intervention puis pour le groupe Témoin

DIFFERENCES SELON L'ENQUETE	Groupe INTERVENTION 9 pharmaciens		p-value [IC95%]	Groupe TEMOIN 29 pharmaciens		p-value [IC95%]
	Enquête 1	Enquête 2		Enquête 1	Enquête 2	
Nombre de patients vus	213	223		590	593	
Statut tabagique connu	46	54	0.516	122	166 *	0.003 [1.14;1.94]
Fumeurs	8	18	0.057	19	40 *	0.005 [1.24;3.80]
<i>Prévalence tabagisme (population)</i>	4%	8%	0.057	3%	7% *	0.005 [1.24;3.80]
<i>Prévalence tabagisme (population de statut connu)</i>	17%	33%	0.070	16%	24%	0.076
<b>Patients fumeurs</b>	<b>8 100%</b>	<b>18 100%</b>		<b>19 100%</b>	<b>40 100%</b>	
Tabac évoqué	3 38%	10 56%	0.336	11 58%	21 53%	0.698
Addiction recherchée	1 13%	3 17%	0.641	3 16%	12 <u>30%</u>	0.199
Rech. autres consommations	- -	- -	-	- -	2 5%	0.456
Position du patient connue	3 38%	9 50%	0.437	10 53%	19 48%	0.713
Proposition de prise en charge	2 25%	8 <u>44%</u>	0.312	5 26%	15 38%	0.396
Traitement pharmacologique	1 13%	4 22%	0.502	6 32%	14 <u>35%</u>	0.795
<i>dont traitement du craving</i>	1	1		4	12	
Traitement non pharmacologique	1 13%	1 6%	0.529	- -	1 3%	0.678
Suivi prévu	1 13%	- -	0.308	2 11%	2 5%	0.387

Rech.:recherche. souligné: amélioration notable dans le temps \*:différence significative dans le temps  $p < 0.05$

Pharmaciens : comparaison *Intervention versus Témoins* avant et après l'intervention

DIFFERENCES SELON LE GROUPE	Enquête 1		p-value [IC95%]	Enquête 2		p-value [IC95%]
	Intervention 9 ph.	Témoins 29 ph.		Intervention 9 ph.	Témoins 29 ph.	
Nombre de patients vus	<b>213</b>	<b>590</b>		<b>223</b>	<b>593</b>	
Statut tabagique connu	46	122	0.778	54	166	0.278
Fumeurs	8	19	0.710	18	40	0.511
<i>Prévalence tabagisme (population)</i>	4%	3%	0.710	8%	7%	0.511
<i>Prévalence tabagisme (population de statut connu)</i>	17%	16%	0.775	33%	24%	0.181
<b>Patients fumeurs</b>	<b>8   100%</b>	<b>19   100%</b>		<b>18   100%</b>	<b>40   100%</b>	
<b>Tabac évoqué</b>	3   38%	11   58%	0.293	10   56%	21   53%	0.829
<b>Addiction recherchée</b>	1   13%	3   16%	0.663	3   17%	12   30%	0.230
<b>Rech. autres consommations</b>	-   -	-   -		-   -	2   5%	0.571
<b>Position du patient connue</b>	3   38%	10   53%	0.385	9   50%	19   48%	0.860
<b>Proposition de prise en charge</b>	2   25%	5   26%	0.668	8   44%	15   38%	0.617
<b>Traitement pharmacologique</b>	1   13%	6   32%	0.301	4   22%	14   35%	0.256
<i>dont traitement du craving</i>	1	4		1	12	
<b>Traitement non pharmacologique</b>	1   13%	-   -	0.296	1   6%	1   3%	0.528
<b>Suivi prévu</b>	1   13%	2   11%	0.669	-   -	2   5%	0.471

Rech.:recherche. souligné: amélioration notable dans le temps †:différence significative selon le groupe p<0.05

Pharmaciens, sous-groupe sans formation préalable : comparaison *Avant-Après* pour le groupe Intervention puis pour le groupe Témoin

DIFFERENCES SELON L'ENQUETE sous-groupe "pas d'autre formation"	Groupe INTERVENTION 7 pharmaciens		p-value [IC95%]	Groupe TEMOIN 12 pharmaciens		p-value [IC95%]
	Enquête 1	Enquête 2		Enquête 1	Enquête 2	
Nombre de patients vus	190	190		276	205	
Statut tabagique connu	45	50	0.554	47	33	0.786
Fumeurs	7	17 *	0.035 [1.04;6.35]	5	11 *	0.032 [1.05;8.99]
Prévalence tabagisme (population)	4%	9% *	0.035 [1.04;6.35]	2%	5% *	0.032 [1.05;8.99]
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	16%	34% *	0.039 [1.03;7.57]	11%	33% *	0.012 [1.30;13.62]
Patients fumeurs	7 100%	17 100%		5 100%	11 100%	
Tabac évoqué	2 29%	9 53%	0.264	4 80%	3 27%	0.077
Addiction recherchée	- -	3 18%	0.336	- -	- -	-
Rech. autres consommations	- -	- -	-	- -	- -	-
Position du patient connue	2 29%	9 53%	0.264	3 60%	3 27%	0.242
Proposition de prise en charge	1 14%	6 46%	0.306	- -	3 19%	0.294
Traitement pharmacologique	- -	4 24%	0.224	2 40%	- -	0.083
dont traitement du craving	-	3		1	-	
Traitement non pharmacologique	- -	1 6%	0.708	- -	- -	-
Suivi prévu	1 14%	- -	0.292	- -	- -	-

Rech.:recherche. souligné: amélioration notable dans le temps \*:différence significative dans le temps  $p < 0.05$



Pharmaciens, sous-groupe sans formation préalable : comparaison *Intervention versus Témoins* avant et après l'intervention

DIFFERENCES SELON LE GROUPE sous-groupe "pas d'autre formation"	Enquête 1		p-value [IC95%]	Enquête 2		p-value [IC95%]
	Intervention 7 ph.	Témoins 12 ph.		Intervention 7 ph.	Témoins 12 ph.	
Nombre de patients vus	190	276		190	205	
Statut tabagique connu	45	47	0.076	50 †	33	0.013 [1.14;3.05]
Fumeurs	7	5	0.210	17	11	0.166
Prévalence tabagisme (population)	4%	2%	0.210	9%	5%	0.166
Prévalence tabagisme (population de statut connu)	16%	11%	0.484	34%	33%	0.945
<b>Patients fumeurs</b>	<b>7 100%</b>	<b>5 100%</b>		<b>17 100%</b>	<b>11 100%</b>	
Tabac évoqué	2 29%	4 80%	0.122	9 53%	3 27%	0.172
Addiction recherchée	- -	- -	-	3 18%	- -	0.208
Rech. autres consommations	- -	- -	-	- -	- -	-
Position du patient connue	2 29%	3 60%	0.311	9 53%	3 27%	0.172
Proposition de prise en charge	1 14%	- -	0.583	6 46%	3 19%	0.493
Traitement pharmacologique	- -	2 40%		4 24%	- -	0.116
dont traitement du craving	-	1		3	-	
Traitement non pharmacologique	- -	- -	-	1 6%	- -	0.607
Suivi prévu	1 14%	- -	0.583	- -	- -	-

Rech.:recherche. souligné: amélioration notable dans le temps †:différence significative selon le groupe  $p<0.05$

## 7.7 Projet d'article (version de travail)

Ce projet d'article n'était pas encore achevé lors de l'impression de la thèse.

**Titre** : Impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac. Etude d'intervention avec contrôle des témoins.

**Type** : article de recherche original ; essai contrôlé non randomisé ; issu d'un travail réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue le 16/03/2016.

**Manuscrit** :

- Introduction, Méthodes, Résultats, Discussion, Références bibliographiques, Tableaux.
- 4 tableaux ; 17 références bibliographiques.
- 11 pages ; 4041 mots ; 25540 signes (espaces compris).
- Rédactions selon les instructions aux auteurs de la revue *Exercer*.

**Mots-clés** : Etude d'intervention – Formation médicale continue – médecins généralistes – pharmaciens – arrêt du tabac – trouble de l'usage du tabac – Addictologie – Aquitaine (France)

**RESUMÉ. OBJECTIFS:** observer l'impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac (FPAT) sur les pratiques des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine d'un territoire restreint. **METHODES:** Étude d'intervention contrôlée. Nous avons proposé aux médecins et pharmaciens d'un territoire restreint une FPAT didactique et interactive avec distribution de rappels. Les participants ont constitué le groupe Intervention. Nous avons enquêté sur la pratique d'une journée avant et après la formation. 8 indicateurs de pratique étaient recherchés. Nous avons obtenu les données par les déclarations des médecins et par auto-observation des pharmaciens. Nous avons comparé les résultats entre les groupes Intervention et Témoin avant la formation, puis évalué la progression de chaque groupe. Nous avons fait les mêmes comparaisons chez les professionnels sans formation préalable à l'étude. **RESULTATS:** 22 médecins et 38 pharmaciens ont participé. 7 médecins et 9 pharmaciens ont suivi la FPAT. Après la formation, les médecins du groupe Intervention ont progressé sur le repérage des fumeurs et pour leur proposer une prise en charge. La progression était plus importante chez les médecins sans formation préalable mais existait aussi chez ceux avec une formation préalable. Chez les pharmaciens, le groupe Intervention a progressé sur 3 indicateurs. Les pharmaciens sans formation préalable du groupe Intervention ont progressé sur 5 indicateurs qui n'évoluaient pas dans le groupe Témoin. Les groupes Intervention et Témoin ont progressé sur le repérage des fumeurs en officine. **CONCLUSION:** Notre FPAT a amené une amélioration de la pratique sur le repérage des fumeurs et l'intervention thérapeutique. L'impact semblait plus important chez les professionnels n'ayant jamais suivi d'autre formation.

**SUMMARY. OBJECTIVE:** to observe the impact of an interdisciplinary continuing education session about treating tobacco use disorder (CESTUD) among the practice of general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs) in a small community. **METHODS:** controlled intervention study. We offered a CESTUD to GPs and CPs from a small community (the Intervention Group). The CESTUD was didactic, interactive and backed by supporting documents. We surveyed their practice over one working day before and after the CESTUD looking at 8 indicators. We collected data from the GPs self-assessments and the CPs self-observations. We compared results between the Intervention and the Control Group before the CESTUD, then we searched the progression within each group. We also compared results of professionals without prior training. **RESULTS:** 22 GPs and 38 CPs participated in the study. 7 GPs and 9 CPs followed the CESTUD. After the CESTUD, GPs from the Intervention Group improved their practice in identifying smokers and offering assistance. Improvement was higher for GPs who have never been trained before, but was also present in already trained GPs. CPs from the intervention group improved their practice on 3 indicators. CPs who have never been trained improved on 5 indicators on which there was no improvement for the Control Group. Both the Intervention and the Control Group of CPs improved their practice of identifying smokers in the pharmacy. **CONCLUSION:** Our CESTUD improved participants' practice in identifying smokers and offering assistance. The benefits seemed to be higher for professionals who have never been trained before.

## **INTRODUCTION**

Face aux 31.6% de français fumeurs (1) et aux 78000 décès annuels attribuables au tabac (2), le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 a fixé comme objectif une baisse d'un tiers de la prévalence (passer sous les 20%) d'ici 10 ans et d'impliquer les professionnels de santé (3). En 2009 en Aquitaine, la prévalence du tabagisme était similaire à la moyenne nationale (4). La réforme CSAPA a été déployée en Aquitaine pour faciliter l'accès aux soins des personnes présentant une maladie addictive. Un des objectifs du SRMA était de développer des formations transversales et polyvalentes pour les professionnels de santé de proximité (4). Dans la littérature anglo-saxonne, la formation des professionnels de santé, comme les médecins et les pharmaciens, semblait amener à une plus grande pratique du conseil et à plus d'arrêt du tabac chez les patients (5-8).

Compte tenu de ces éléments, nous avons jugé opportun de proposer une formation courte d'addictologie sur le thème du tabac aux médecins et aux pharmaciens d'un territoire isolé du département des Landes et d'évaluer l'impact de cette formation.

Notre hypothèse était qu'une formation d'addictologie réunissant les médecins et les pharmaciens d'un territoire permettrait d'améliorer leurs pratiques face aux patients fumeurs. En proposant une approche commune, elle favoriserait la cohérence de la prise en charge des différents acteurs et encouragerait le développement d'interactions et de coopérations entre les médecins et les pharmaciens.

Notre objectif principal est d'observer l'impact d'une formation d'addictologie sur la pratique des médecins et pharmaciens d'un territoire.

## **MÉTHODES**

### **POPULATION**

La population étudiée était constituée des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine et préparateurs (désignés ensuite communément comme "pharmaciens") d'un territoire circonscrit du département des Landes. L'éloignement des structures hospitalières y impliquait une sollicitation systématique des acteurs du premiers recours.

### **INTERVENTION**

L'intervention de notre étude était une formation pluridisciplinaire sur le thème de l'addiction au tabac. Nous avons proposé une formation en soirée, en milieu de semaine, animée par un binôme d'addictologues dont un exerçait localement.

Elle a traité : du repérage diagnostique de l'addiction au tabac (notions de craving et de perte de contrôle), de la prise en charge de l'addiction (objectifs, traitements disponibles, cible du traitement) et du suivi et de la surveillance des patients (monitoring du craving et des consommations associées, importance du suivi programmé, quand réorienter le patient, perspective à 5 ans). La formation a eu un caractère à la

fois didactique et interactif. Un cas clinique de validation des acquis a ouvert une discussion active. Des supports de rappels ont été distribués.

L'intégralité de la population étudiée était invitée. Ceux qui ont assisté à la formation ont constitué le groupe *Intervention*. Ceux qui n'y ont pas assisté ont constitué le groupe *Témoin*.

## **RECUEIL DES DONNÉES**

Nous avons réalisé deux enquêtes de pratique : la première a eu lieu 3 mois avant l'intervention (enquête 1), la seconde un mois après (enquête 2). Nous avons sollicité tous les sujets inclus pour participer à la première enquête. Nous avons sollicité tous les sujets ayant participé à la première enquête pour participer à la seconde enquête.

Pour chaque enquête, nous avons étudié pour chaque professionnel la pratique auprès des patients vus en une journée de travail.

Pour les médecins, la source des informations était les déclarations de chaque médecin, aidé ou non du dossier patient, recueillies par l'enquêteur après la journée étudiée. Pour les pharmaciens, la source des informations était une auto-observation réalisée par chaque pharmacien au cours de la journée étudiée.

Un questionnaire a été rempli pour chaque patient fumeur rencontré par les médecins et les pharmaciens le jour étudié.

## **DONNÉES RECHERCHÉES**

Après leur avoir demandé s'ils avaient déjà suivi une formation sur le tabac ou les addictions, nous avons demandé le nombre de fumeurs parmi les patients vus le jour de l'enquête.

Nous avons recherché, pour chaque fumeur identifié, la présence des 8 indicateurs de pratique suivant :

- La consommation de tabac a-t-elle été abordée lors de la visite du patient ?
- L'addiction au tabac a-t-elle déjà été recherchée chez ce fumeur ?
- D'autres consommations ont-elles déjà été recherchées chez ce fumeur ?
- Le professionnel savait-il ce que le fumeur souhaitait faire par rapport à sa consommation de tabac ?
- Le professionnel a-t-il déjà proposé une prise en charge pour aider le fumeur à modifier sa consommation ?
- Le professionnel a-t-il déjà prescrit un traitement pharmacologique pour aider le fumeur à modifier sa consommation ?
- Le professionnel a-t-il déjà prescrit un traitement non-pharmacologique pour aider le fumeur à modifier sa consommation ?

- Le professionnel a-t-il prévu un suivi pour le fumeur (pour les médecins) ou a-t-il réorienté le fumeur (pour les pharmaciens) ?

Nous les avons aussi interrogés sur leurs habitudes de pratique (exemples : quelle méthode pour évaluer l'addiction ? quels traitements utilisés et pour combien de temps ?)

## **TRAITEMENT DES DONNÉES**

Les données ont été recueillies sur des questionnaires papiers anonymisés avant la saisie informatique. L'enquêteur a saisi les données sans relecture ni double saisie sur le logiciel Epi Info 7, qui a ensuite été utilisé pour analyser les données.

Nous avons comparé le repérage de l'usage du tabac et la présence des 8 indicateurs entre les groupes. Nous avons fait ces comparaisons :

- Entre les groupes *Intervention* et *Témoin* avant l'intervention (enquête 1)
- Entre *avant* et *après* la formation au sein du groupe *Intervention*, d'une part, et au sein du groupe *Témoin*, d'autre part.
- Nous avons refait les comparaisons précédentes en nous limitant aux professionnels n'ayant jamais suivi de formation préalable à l'étude.

Nous avons utilisé le test du Chi2 de Pearson ; le test exact de Fischer lorsque les effectifs ont été insuffisants. Le seuil de significativité statistique a été atteint quand  $p < 0.05$ .

Nous avons analysé séparément les données des médecins et des pharmaciens.

## **RÉSULTATS**

### **POPULATION**

Nous avons inclus tous les médecins généralistes libéraux et tous les pharmaciens d'officine et préparateurs de la communauté de communes des Grands Lacs, sur la côte Nord du département des Landes.

22 médecins sur 23 (96%) et 38 pharmaciens sur 50 (76%) ont participé à l'étude. 7 médecins et 9 pharmaciens ont constitué le groupe *Intervention*, dont respectivement 4 et 7 n'avaient jamais reçu de formation avant l'étude. 15 médecins et 29 pharmaciens ont constitué le groupe *Témoin* dont respectivement 10 et 12 n'avaient jamais reçu de formation avant l'étude.

### **RÉSULTATS POUR LES MÉDECINS**

À la base (enquête 1), le groupe *Intervention* a eu une pratique supérieure à celle du groupe *Témoin* sur 5 indicateurs : aborder la consommation ( $p < 0.001$  IC95%[3.17;34.8]), rechercher l'addiction (différence non significative : NS), rechercher d'autres consommations (NS), proposer un traitement (NS) et un suivi (NS).

Après la formation, le groupe *Intervention* a repéré plus de fumeurs (NS) et progressé sur les propositions de prise en charge (NS).

Le groupe *Témoin* a progressé pour aborder la consommation de tabac ( $p=0.036$  IC95%[1.04;6.63]), rechercher d'autres consommations (NS) et proposer un suivi (NS).

Ces résultats sont décrits dans le Tableau 1.

#### MEDECINS SANS FORMATION PREALABLE

Chez les médecins sans formation préalable à l'étude, à la base (enquête 1), le groupe *Intervention* a eu une pratique supérieure à celle du groupe *Témoin* sur 4 indicateurs : aborder la consommation ( $p=0.008$  IC95%[1.40;106]), rechercher l'addiction ( $p=0.020$  IC95%[1.07;49.1]), rechercher d'autres consommations (NS), et proposer un traitement (NS). Le groupe *Témoin* a plus souvent proposé une prise en charge (NS).

Après la formation, le groupe *Intervention* a repéré plus de fumeurs (NS) et progressé sur les propositions de prise en charge (NS).

Le groupe *Témoin* a progressé surtout pour aborder la consommation de tabac (NS) et rechercher d'autres consommations (NS) ; ainsi que pour rechercher l'addiction (NS), proposer un traitement (NS) et un suivi (NS).

Ces résultats sont décrits dans le Tableau 2.

#### ANALYSE POST-HOC CHEZ LES MÉDECINS

Nous avons constaté une amélioration de la pratique pour l'indicateur "proposer une prise en charge" chez les médecins, en population générale comme dans le sous-groupe sans formation préalable. Cette progression (NS) a été observée aussi chez les médecins avec formation préalable à l'étude. Dans le groupe *Intervention*, avant la formation, 8 fumeurs sur 11 (73%) se sont vus proposer une prise en charge, et 10 fumeurs sur 11 (91%) après la formation. Dans le groupe *Témoin*, ils étaient 12/20 (60%) lors de la première enquête, et 6/8 (75%) lors de la seconde enquête.

#### HABITUDES DE PRATIQUE CHEZ LES MÉDECINS

La moitié des médecins (11/22) utilisaient le test de Fagerström pour évaluer l'addiction. Le patch nicotinique était le traitement le plus utilisé (21/22), principalement sur une durée de traitement de quelques mois (16/22). Un tiers des médecins (7/22) préféraient arrêter les patches d'un patient continuant à fumer.

#### RÉSULTATS POUR LES PHARMACIENS

À la base (enquête 1), le groupe *Intervention* a eu une pratique inférieure à celle du groupe *Témoin* sur 3 indicateurs : aborder la consommation (NS), savoir ce que souhaitait faire le patient (NS), conseiller un traitement (NS).

Après la formation, le groupe *Intervention* a progressé sur le repérage des fumeurs (NS), pour aborder la consommation (NS), pour proposer une prise en charge (NS), et dans une moindre mesure pour savoir ce que le patient souhaitait faire (NS).

Le groupe *Témoin* a progressé sur le repérage des fumeurs ( $p=0.005$  IC95%[1.24;3.80]), pour rechercher l'addiction (NS) et pour proposer une prise en charge (NS).

Ces résultats sont décrits dans le Tableau 3.

#### PHARMACIENS SANS FORMATION PRÉALABLE

Chez les pharmaciens sans formation préalable, à la base (enquête 1), le groupe *Intervention* a eu une pratique inférieure à celle du groupe *Témoin* sur 3 indicateurs : aborder la consommation (NS), savoir ce que souhaitait faire le patient (NS), conseiller un traitement (NS ; seuls les *Témoin* ont conseillé un traitement). Précisons qu'il y a eu moins de 10 fumeurs identifiés dans chaque groupe lors de la première enquête.

Après la formation, le groupe *Intervention* a progressé sur le repérage des fumeurs ( $p=0.035$  IC95%[1.04;6.35]) pour aborder la consommation (NS), pour rechercher l'addiction (NS, indicateur absent avant la formation), pour savoir ce que souhaitait faire le patient (NS), pour proposer une prise en charge (NS) et pour conseiller un traitement (NS, indicateur absent avant la formation).

Le groupe *Témoin* a progressé sur le repérage des fumeurs ( $p=0.032$  IC95%[1.05;8.99]) et pour proposer une prise en charge (NS, indicateur absent lors de la première enquête).

Ces résultats sont décrits dans le Tableau 4.

#### HABITUDES DE PRATIQUE CHEZ LES PHARMACIENS

La plupart des pharmaciens (30/38) utilisaient le test de Fagerström pour évaluer l'addiction. Le patch nicotinique était le traitement le plus conseillé (36/38), et annoncé sur une durée de quelques mois (24/38).

#### DISCUSSION

Nous avons eu une très bonne participation de la population avec 96% des médecins et 76% des pharmaciens.

Chez les médecins, le groupe *Intervention* a progressé sur le repérage des fumeurs et pour leur proposer une prise en charge, éléments que nous avons développés lors de la formation. Nous avons aussi observé une évolution chez le groupe *Témoin*, mais sur d'autres indicateurs.

Les groupes *Intervention* et *Témoin* étaient peu comparables à la base : le groupe *Intervention* avait déjà une pratique plus active sur la plupart des indicateurs. La formation semblait donc avoir attiré des médecins qui avaient déjà une pratique active, et dont nous pouvons penser qu'ils voulaient perfectionner leur pratique.

Nous savons que les médecins participent plus facilement à des formations sur des thèmes qui les intéressent ou dans lesquels ils sont déjà compétents (9). Cependant, notre formation, qui a insisté sur les interventions thérapeutiques, a amélioré la pratique en augmentant le repérage des fumeurs et les propositions de prise en charge. La différence entre avant et après la formation a été plus importante chez les médecins sans formation préalable qui avaient une plus grande marge de progression. Nous pouvons penser que les médecins se sont remotivés pour être plus proactifs.



Chez les pharmaciens, nous avons observé un progrès du groupe *Intervention* pour aborder la consommation et proposer une prise en charge aux fumeurs. Cependant, la différenciation entre les groupes *Intervention* et *Témoin* est apparue surtout lorsque nous avons fait les comparaisons dans le sous-groupe des professionnels sans formation préalable. Chez les pharmaciens sans formation préalable, alors que les groupes *Intervention* et *Témoin* avaient une pratique comparable au départ et une grande marge de progression, seul le groupe *Intervention* a progressé sur plusieurs indicateurs, notamment pour proposer une prise en charge aux fumeurs. Cette différence d'évolution de deux pratiques initialement similaires permettait de suggérer un lien entre la participation à la formation et les progrès observés dans le groupe *Intervention*. Le repérage des fumeurs a augmenté dans les deux groupes : les enquêtes répétées, en plus de la formation pour le groupe *Intervention*, ont pu inciter les pharmaciens à mieux repérer les fumeurs (effet Hawthorne).

La motivation à se former n'a probablement pas été la même chez les médecins et chez les pharmaciens. Les médecins qui ont assisté à la formation avaient déjà une pratique plutôt active et sont peut-être venus par intérêt personnel pour un thème qu'ils maîtrisent déjà (9,10) plutôt qu'en réponse à un besoin réel de formation (motivation interne). Les pharmaciens, qui offrent un accueil sans rendez-vous sur de larges plages horaires, ont souvent l'occasion de parler de tabac avec les fumeurs (11). Les pharmaciens qui ont assisté à la formation ont pu être motivés par les demandes des patients fumeurs venus spontanément à l'officine demander une aide et un traitement pour arrêter de fumer (motivation externe).

Trois facteurs ont pu renforcer l'impact de notre formation :

- Le développement d'une approche originale, ici en insistant sur le repérage diagnostique et l'intervention thérapeutique.
- La marge de progression initiale : plus les indicateurs de pratiques sont bas au départ, plus ils sont susceptibles de s'améliorer.
- La motivation des professionnels à se former, surtout lorsque cette motivation vient de l'extérieur.

Concernant les habitudes de pratique, nous avons constaté que le test de Fagerström, largement diffusé dans les recommandations officielles (12), s'est très largement implanté dans la pratique. Si les patchs nicotiques étaient plébiscités par les professionnels, la vision du problème de l'addiction semblait rester sur le court terme, le traitement ne devant pas dépasser quelques mois pour la majorité des professionnels.

Il était pertinent de considérer l'existence ou l'absence de formation préalable à l'étude car, en l'absence de randomisation, les médecins qui sont venus à la formation étaient sans surprise ceux qui s'intéressaient au sujet et avaient déjà une pratique active (9).

Les professionnels ont identifié moins de fumeurs que ce que nous attendions : dans notre étude, la prévalence du tabagisme variait de 4% à 19% selon les séries, alors que la prévalence du tabagisme est d'un tiers de la population en Aquitaine (4). On peut considérer que la population des 20-44 ans, qui comptait en 2010 la plus grande proportion de fumeur (1), n'est pas la plus consommatrice de soins, mais d'autres études en médecine générale ont retrouvé une prévalence proche du tiers des sujets (13,14). Il est certain que les fumeurs non repérés n'ont bénéficié d'aucune intervention. En conséquence, la pratique était probablement surestimée.

D'autres facteurs, que nous n'avons pas pris en compte, ont pu avoir une influence sur la pratique des groupes Intervention et Témoin. Suite aux communications sur les mesures anti-tabac de la loi santé, adoptée en Décembre 2015, les demandes de soin venant des patients ont pu augmenter. Par ailleurs, un évènement critique lié au tabac dans la patientèle ou chez un proche peut sensibiliser le professionnel.

## **CONCLUSION**

Notre formation pluridisciplinaire sur l'addiction au tabac a amené une amélioration du repérage des fumeurs et des propositions de prise en charge. L'impact de la formation pouvait s'expliquer par une approche originale centrée sur l'intervention thérapeutique, le niveau de la pratique avant la formation et la motivation des participants à se former. Une incertitude demeure en raison du faible effectif de fumeurs identifiés.

## **PERSPECTIVES**

Dans la perspective d'une amélioration de la qualité des soins grâce à la formation des professionnels, nous devons nous interroger sur la façon dont nous allouons les ressources de formation compte tenu des contraintes budgétaires.

Les formations doivent-elles s'adresser à ceux qui présentent des manques dans la pratique (mais ne sont pas forcément motivés pour se former) ou à ceux qu'elles intéressent et qui sont motivés pour se former (mais qui peuvent avoir déjà une bonne pratique) ?

Une évaluation externe des pratiques pour flécher les choix de formation est difficile à mettre en place et risque d'être contre-productive, surtout si ce processus est perçu comme coercitif (recertification). Les professionnels risquent de vouloir remplir le minimum d'obligations de formation sans en tirer de bénéfice, au détriment d'autres formations qui les auraient intéressés et auraient eu un meilleur impact sur la pratique (15).

Évaluer et renforcer la motivation des professionnels à se former est peut-être plus pertinent. Une formation librement suivie par un professionnel volontaire et engagé sera probablement influente sur la pratique. Cette motivation à s'améliorer peut venir des demandes formulées par les patients, mais aussi de regards croisés sur la pratique au sein d'un groupe de pairs (15), ou, comme cela existe en Suisse,

au sein d'un cercle de qualité pharmaceutique (réunissant médecins et pharmaciens (16)). Des mécanismes de paiement à la performance peuvent aussi inciter les professionnels à améliorer leurs pratiques (17).

Les actions de formations pluridisciplinaires devraient être encouragées, ne serait-ce que par souci d'économie et de cohérence des soins.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [En ligne]. Saint-Denis: INPES; 2013 [cité 8 mars 2015]. 56 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
2. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):824-8.
3. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits de la femme. Objectif 10: Programme National de réduction du Tabagisme. In: Plan cancer 2014-2019 [En ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
4. Valadie-Jeannel M. Schéma régional médico-social d'addictologie. Région Aquitaine 2009-2014. Bordeaux: DRASS Aquitaine; 2009 nov p. 85. Report No.: 59.
5. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):Art. No.:CD003698.
6. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):Art. No.: CD000214.
7. Prokhorov AV, Hudmon K, Marani S, et al. Engaging physicians and pharmacists in providing smoking cessation counseling. *Arch Intern Med*. 11 oct 2010;170(18):1640-6.
8. Mdege ND, Chindove S. Effectiveness of tobacco use cessation interventions delivered by pharmacy personnel: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm*. janv 2014;10(1):21-44.
9. Thurin Jean-M. La formation médicale continue a-t-elle une influence sur la pratique médicale? *Psychiatr Fr*. 2000;(1):117-32.
10. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue: une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre. *Exercer*. 2012;(106):67-8.
11. Dansou A, Pousséo C, Kaniut V, Leloup A, Aubry M, Louarn AL. L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises. *Santé Publique*. 2 juin 2015;Vol. 27(2):167-76.
12. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [En ligne]. Saint Denis: HAS service documentation; 2014 [cité 14 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1776068/fr/recommandations-arret-de-la-consommation-de-tabac-octobre-2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776068/fr/recommandations-arret-de-la-consommation-de-tabac-octobre-2014)
13. Lelong H, Casadevall M, Haus F, Levezouet C-A, Regnier C, Durel B, et al. Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. avr 2011;59(2):107-13.
14. Sérís P. Arrêt du tabac: état des lieux de l'utilisation des aides disponibles en ambulatoire en 2005-2006 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2008.
15. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Pratiques professionnelles : quelle évaluation ? *Médecine*. 1 mars 2009;5(3):120-5.
16. Anglard N, Catala O. Coopération pharmaciens-médecins: à partir d'expériences en France et en Suisse, élaboration de voies d'avenir [En ligne]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m63x84xr>
17. An LC, Bluhm JH, Foldes SS, Alesci NL, Klatt CM, Center BA, et al. A randomized trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quitline. *Arch Intern Med*. 13 oct 2008;168(18):1993-9.

## TABLEAUX

MEDECINS	Groupe INTERVENTION 7 médecins				Groupe TEMOIN 15 médecins				p-value
	Enquête 1		Enquête 2		Enquête 1		Enquête 2		
Nombre de patients vus	154		196		341		369		
Fumeurs (prévalence du tabagisme)	20 (13%)		32 (16%)		54 (16%)		35 (9%) *		0.011*
Fumeurs	20	100%	32	100%	54	100%	35	100%	
Abord de la consommation	15	75%	17	53%	12	22%	15	43%	0.036*
Addiction recherchée	10	50%	17	53%	14	26%	11	31%	
Rech. d'autres consommations	9	45%	15	47%	19	35%	17	49%	
Position du patient connue	15	75%	23	72%	34	63%	24	69%	
Proposition de prise en charge	10	50%	21	66%	30	56%	13	37%	
Traitement pharmacologique	6	30%	4	13%	7	13%	6	17%	
Traitement non pharmacologique	1	5%	2	6%	4	7%	4	11%	
Suivi prévu	6	30%	10	31%	8	15%	8	23%	

Rech.=recherche. \*:évolution significative du groupe Témoin \*\*:évolution significative du groupe Intervention

Tableau 1: Pratiques des groupes Intervention et Témoin, avant et après la formation, pour les médecins

Médecins sans formation préalable	Groupe INTERVENTION 4 médecins				Groupe TEMOIN 10 médecins				p-value
	Enquête 1		Enquête 2		Enquête 1		Enquête 2		
Nombre de patients vus	68		109		213		243		
Fumeurs (prévalence du tabagisme)	9 (13%)		21 (19%)		34 (16%)		27 (11%)		
Fumeurs	9	100%	21	100%	34	100%	27	100%	
Abord de la consommation	7	78%	11	52%	9	26%	11	41%	
Addiction recherchée	5	56%	9	43%	5	15%	7	26%	
Rech. d'autres consommations	4	44%	6	29%	8	24%	12	44%	
Position du patient connue	6	67%	13	62%	22	65%	18	67%	
Proposition de prise en charge	2	22%	11	52%	18	53%	7	26%	0.033*
Traitement pharmacologique	2	22%	3	14%	2	6%	5	19%	
Traitement non pharmacologique	-	-	2	10%	3	9%	3	11%	
Suivi prévu	1	11%	4	19%	4	11%	6	22%	

Rech.=recherche. \*:évolution significative du groupe Témoin \*\*:évolution significative du groupe Intervention

Tableau 2 : Pratiques des groupes Intervention et Témoin, avant et après la formation, pour les médecins sans formation préalable à l'étude

PHARMACIENS Ph. Ayant rencontré des fumeurs	Groupe INTERVENTION 9 pharmaciens				Groupe TEMOIN 29 pharmaciens				p-value
	Enquête 1 4/9		Enquête 2 7/9		Enquête 1 11/29		Enquête 2 18/29		
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>213</b>		<b>223</b>		<b>590</b>		<b>593</b>		
<b>Fumeurs (prévalence du tabagisme)</b>	8 (4%)		18 (8%)		19 (3%)		40 (7%)		0.005*
<b>Patients fumeurs</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	
<b>Abord de la consommation</b>	3	38%	10	56%	11	58%	21	53%	
<b>Addiction recherchée</b>	1	13%	3	17%	3	16%	12	30%	
<b>Rech. d'autres consommations</b>	-	-	-	-	-	-	2	5%	
<b>Position du patient connue</b>	3	38%	9	50%	10	53%	19	48%	
<b>Proposition de prise en charge</b>	2	25%	8	44%	5	26%	15	38%	
<b>Traitement pharmacologique</b>	1	13%	4	22%	6	32%	14	35%	
<b>Traitement non pharmacologique</b>	1	13%	1	6%	-	-	1	3%	
<b>Patient réorienté</b>	1	13%	-	-	2	11%	2	5%	

Rech.=recherche. \*:évolution significative du groupe Témoin \*\*:évolution significative du groupe Intervention

Tableau 3 : Pratiques des groupes Intervention et Témoin, avant et après la formation, pour les pharmaciens

Pharmaciens sans formation préalable Ph. Ayant rencontré des fumeurs	Groupe INTERVENTION 7 pharmaciens				Groupe TEMOIN 12 pharmaciens				p-value
	Enquête 1 3/7		Enquête 2 6/7		Enquête 1 3/12		Enquête 2 6/12		
<b>Nombre de patients vus</b>	<b>190</b>		<b>190</b>		<b>276</b>		<b>205</b>		
<b>Fumeurs (prévalence du tabagisme)</b>	7 (4%)		17 (9%)		5 (2%)		11 (5%)		0.032* 0.035**
<b>Patients fumeurs</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	
<b>Abord de la consommation</b>	2	29%	9	53%	4	80%	3	27%	
<b>Addiction recherchée</b>	-	-	3	18%	-	-	-	-	
<b>Rech. d'autres consommations</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Position du patient connue</b>	2	29%	9	53%	3	60%	3	27%	
<b>Proposition de prise en charge</b>	1	14%	6	46%	-	-	3	19%	
<b>Traitement pharmacologique</b>	-	-	4	24%	2	40%	-	-	
<b>Traitement non pharmacologique</b>	-	-	1	6%	-	-	-	-	
<b>Patient réorienté</b>	1	14%	-	-	-	-	-	-	

Rech.=recherche. \*:évolution significative du groupe Témoin \*\*:évolution significative du groupe Intervention

Tableau 4 : Pratiques des groupes Intervention et Témoin, avant et après la formation, pour les pharmaciens sans formation préalable à l'étude

## SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## RÉSUMÉ

**OBJECTIFS:** observer l'impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac (FPAT) sur les pratiques des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine d'un territoire circonscrit.

**MÉTHODES:** Étude d'intervention contrôlée. Nous avons proposé aux médecins et pharmaciens d'un territoire restreint une FPAT didactique et interactive avec distribution de rappels. Les participants ont constitué le groupe *Intervention*. Nous avons enquêté sur la pratique d'une journée avant et après la formation. 8 indicateurs de pratique étaient recherchés. Nous avons obtenu les données par les déclarations des médecins et par auto-observation des pharmaciens. Nous avons comparé les résultats entre les groupes *Intervention* et *Témoin* avant la formation, puis évalué la progression de chaque groupe. Nous avons fait les mêmes comparaisons chez les professionnels sans formation préalable à l'étude.

**RÉSULTATS:** 22 médecins et 38 pharmaciens ont participé. 7 médecins et 9 pharmaciens ont suivi la FPAT. Après la formation, les médecins du groupe *Intervention* ont progressé sur le repérage des fumeurs et pour leur proposer une prise en charge. La progression était plus importante chez les médecins sans formation préalable mais existait aussi chez ceux avec une formation préalable. Chez les pharmaciens, le groupe *Intervention* a progressé sur 3 indicateurs. Les pharmaciens sans formation préalable du groupe *Intervention* ont progressé sur 5 indicateurs qui n'évoluaient pas dans le groupe *Témoin*. Les groupes *Intervention* et *Témoin* ont progressé sur le repérage des fumeurs en officine.

**CONCLUSION:** Notre FPAT a amené une amélioration de la pratique sur le repérage des fumeurs et l'intervention thérapeutique. L'impact semblait plus important chez les professionnels n'ayant jamais suivi d'autre formation.

---

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** to observe the impact of an interdisciplinary continuing education session about treating tobacco use disorder (CESTUD) among the practice of general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs) in a small community.

**METHODS:** controlled intervention study. We offered a CESTUD to GPs and CPs from a small community (the Intervention Group). The CESTUD was didactic, interactive and backed by supporting documents. We surveyed their practice over one working day before and after the CESTUD looking at 8 indicators. We collected data from the GPs self-assessments and the CPs self-observations. We compared results between the Intervention and the Control Group before the CESTUD, then we searched the progression within each group. We also compared results of professionals without prior training.

**RESULTS:** 22 GPs and 38 CPs participated in the study. 7 GPs and 9 CPs followed the CESTUD. After the CESTUD, GPs from the Intervention Group improved their practice in identifying smokers and offering assistance. Improvement was higher for GPs who have never been trained before, but was also present in already trained GPs. CPs from the intervention group improved their practice on 3 indicators. CPs who have never been trained improved on 5 indicators on which there was no improvement for the Control Group. Both the Intervention and the Control Group of CPs improved their practice of identifying smokers in the pharmacy.

**CONCLUSION:** Our CESTUD improved participants' practice in identifying smokers and offering assistance. The benefits seemed to be higher for professionals who have never been trained before.

---

**MOT-CLÉS :** Etude d'intervention – Formation médicale continue – médecins généralistes – pharmaciens – arrêt du tabac – trouble de l'usage du tabac – Addictologie – Aquitaine (France)

**KEY-WORDS :** Intervention study – Continuing medical education – general practitioners – pharmacists – smoking cessation – tobacco use disorder – Addiction medicine – Aquitaine (France)