



**HAL**  
open science

# État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie

Marion Pouyat Culo

► **To cite this version:**

Marion Pouyat Culo. État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01384478

**HAL Id: dumas-01384478**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01384478>**

Submitted on 20 Oct 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.

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine  
Qualification de médecine générale

Année 2016  
Thèse n°2016-123

**ETAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DU CONSEIL  
MINIMAL A L'ARRET  
DU TABAC PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE  
PICARDIE.**

**POUYAT épouse CULO Marion**

Soutenue publiquement le 28 septembre 2016

Sous la direction de **Madame le Professeur Claire ANDREJAK**

Membres du Jury

- . La présidence : **Madame le Professeur Claire ANDREJAK**
- . Les juges : **Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS**  
**Monsieur le Professeur Fabien SAINT**  
**Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD**  
**Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI**

## REMERCIEMENTS

### **A Madame le Professeur Claire ANDREJAK,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse et de présider mon jury de soutenance.

Je souhaite sincèrement vous remercier pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre patience et votre aide dont vous avez fait preuve avec moi tout au long de ce travail. Votre humanité et votre douceur sont de rares qualités qui m'ont permis de me sentir au mieux pour effectuer ce travail. Je n'aurai pu espérer meilleur accompagnement pour réaliser cette thèse.

Veillez croire à l'expression de mon grand respect et de ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

**A Monsieur le Professeur Fabien SAINT,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

**A Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

**A Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

**A Toi**, mon choupi. Tu m'as soutenue lors de ma P1 et la préparation du concours. Nous avons vécu nos années de fac ensemble... les révisions, les rattrapages... Puis tu m'as soutenue pour l'ECN et surtout le début de mon internat. Et nous clôturons ensemble ce long parcours d'étude avec ma thèse. Merci pour ta patience, ton écoute, tes aller-retour pour mes pizzas !... Je suis si fière de nous, de toi, et j'espère un jour être aussi bon médecin que tu l'es. Je t'aime pour toujours.

**A Vous**, mes deux princesses Mila et Lison. Car ma première profession sera toujours celle de maman. Vous êtes mes petits diamants. Je vous aime plus que tout. Mais attention les filles : pas de tabac à la maison plus tard !...

**A mes Parents chéris** sans qui je ne serais pas là. Merci pour votre soutien durant ces longues années d'étude. Vous avez toujours su trouver les mots pour que je continue et que finisse (enfin!) la faculté. L'éducation que vous m'avez offerte fera de moi un médecin humaniste et à l'écoute de ses patients. Je n'aurai jamais assez de mots pour vous remercier. Je vous aime tant. Et mamou : bravo pour l'arrêt de la cigarette !

**A ma Sista et mon Frérot**, loin des yeux mais toujours dans mon coeur. Je vous aime mes aventuriers, et je suis ravie d'être votre médecin WhatsApp préféré !

**A Tristan et Malou**, mes super grands parents. J'espère que vous êtes fière de votre petite fille. Je vous aime très fort.

**A ma Cherinette**, grâce à qui se travail n'aurait pu se finir. Bon, c'est pas juste, c'est toi qui a déjà écrit tes remerciements avant moi !... Merci d'être toujours là pour moi, pour mes filles. Merci pour ta simplicité et ta sincérité qui sont si rare en amitié. Je t'aime très fort (même si tu décides de t'installer avec un autre médecin que moi!). **A ma Louissette** chérie, marraine t'aime très fort.

**A ma Sarah**. Je serais toujours là pour toi, pour ton Léon et pour JFM. Cette épreuve a renforcé le lien qui me lie à toi. Je t'aime très fort et saches je suis très fière de toi, de ton courage et de ta force.

**A la B.A.S.**, ses pièces rapportées et tous vos mouflets chéris ! Un groupe de copains comme vous , c'est sur je n'en aurai pas deux... Ensemble on rit, on danse, on bricole, on boit, on travaille, on pleure parfois, on s'écoute, on s'épaule, on se soutient. Vous êtes ma deuxième famille. Merci pour ce que vous êtes, ce que l'on vit ensemble et pour tout ce qui nous attend à partager.

**A Benoit, Flavie et Zélie** car vous êtes des amis qui nous sont chers et précieux pour ce que l'on partage avec vous, ce que vous êtes. Nos soirées passées ensemble sont toujours signe de partage, bonne humeur, bons vins et courtes nuits ! bref on vous aime même si vous n'aimez pas les doc' en général !...

**A mes co-internes** de choc de gériatrie, Fanny, Marie, Marine et Séverine. Je suis contente de cette belle rencontre que j'ai faite avec chacune d'entre vous les filles. A quand notre prochain resto ?

**A Pascal, Agnès, Coralie et Mémèche**, pour votre affection, votre écoute et votre présence dans nos vies.



## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	10
<b>I. <u>ETAT DES LIEUX DU TABAC</u></b> .....	10
I.a. Historique.....	10
I.b. Le Tabac dans le Monde.....	11
I.c. Le Tabac en France.....	11
<b>II. <u>LE TABAC : PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE</u></b> .....	12
II.a. le Tabac sous toutes ses formes.....	12
II.b. Tabac = Facteurs de risques.....	13
II.b.1. Tabac et Cancers.....	13
II.b.2. Tabac et maladies cardio-vasculaires.....	14
II.b. 3. Tabac et maladies respiratoires.....	14
II.b.4. Tabac et autres pathologies.....	14
<b>III. <u>QU'EST CE QUE LE SEVRAGE TABAGIQUE ?</u></b> .....	14
III.a. Les recommandations.....	17
III.b. Médecin Généraliste et sevrage tabagique.....	21
III.c. Le Conseil Minimal.....	22
 <b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>23</b>
<b>I. <u>OBJECTIFS</u></b> .....	23
<b>II. <u>ECHANTILLON</u></b> .....	23
<b>III. <u>METHODES</u></b> .....	23
III.a. Questionnaire.....	24
III.b. Période d'envoi et de réception.....	24
<b>IV. <u>ANALYSE ET TRAITEMENTS DE DONNEES</u></b> .....	25
 <b>RESULTATS</b> .....	<b>26</b>
<b>I. <u>ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON</u></b> .....	26
I.a. Epidémiologie.....	26
I.b. Statut tabagique des médecins généralistes.....	27
I.c. Prise en charge du sevrage tabagique.....	27
I.c.1. Le conseil minimal à l'arrêt du tabac.....	27

I.c.2. Techniques et méthodes dans la prise en charge du patient tabagique.....	28
II. <u>RESULTATS EN FONCTION DU STATUT TABAGIQUE DU MEDECIN GENERALISTE</u> .....	29
III. <u>RESULTATS EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN GENERALISTE</u> .....	30
<b>DISCUSSION</b> .....	31
<b>CONCLUSION</b> .....	38
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	39
<b>ANNEXES</b> .....	41
Annexe 1 : Test de Fagerström en 6 questions.....	41
Annexe 2 : Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.....	42
Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux 300 médecins de l'échantillon.....	44

## INTRODUCTION

### I. ETAT DES LIEUX DU TABAC

#### I.a. Historique

On trouve les origines du tabac, en Amérique, il y a environ 3000 ans. Il était fumé lors de fêtes et cérémonies religieuses et les indigènes voyaient en cette plante le moyen de communiquer avec les « grands esprits » (1). C. COLOMB en 1492, découvrit les feuilles de tabac lors de son expédition. Quelques années plus tard, il ramena des feuilles et des graines de la plante, en Europe, où le tabac connut alors un succès immédiat. Il fût alors consommé pour de soi-disant vertu thérapeutique comme la guérison de l'asthme ou de la toux, ou encore le traitement des migraines de la Reine de France Catherine de Médicis... Le tabac devient alors une mode et se popularise très rapidement. Au XVIIe siècle, Molière écrit dans une de ses pièces : « Qui vit sans tabac est indigne de vivre ! » (2) ; en 1760, les enfants se mettent à fredonner la célèbre chanson « J'ai du bon tabac dans ma tabatière... » (3). Consommé alors par plaisir, le tabac sera utilisé sous formes de pipes, prisures ou cigarettes.

Mais peu à peu ses vertus thérapeutiques furent mises en doute et certaines personnes influentes de la société s'opposèrent à son utilisation, comme le Pape Urbain VIII en 1642 qui interdit sa consommation sous peine d'excommunier ses utilisateurs (1). Et il faudra attendre les années 1950 pour que les premières études épidémiologiques prouvent indiscutablement la toxicité du tabac.

Concernant les liens du tabac avec l'Etat Français, c'est le Cardinal de Richelieu qui instaura le premier impôt sur le tabac. Et en 1681, Colbert instaura le monopole d'état de la vente et de la fabrication du tabac. Ce n'est qu'en 1789 que ce monopole sera supprimé, mais il sera remis à l'ordre du jour par Napoléon. Et c'est seulement en 2000 que l'Etat Français s'est désengagé de la Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA), qui détenait le monopole de la production et de la distribution de cigarettes (4).

Quant à l'industrialisation du tabac, c'est en 1843 qu'apparût la première cigarette industrielle et ceci marqua le début de son expansion mondiale. Aujourd'hui la cigarette représente 90% de l'utilisation mondiale de Tabac (1).

### I.b. Le Tabac dans le Monde

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac, réel fléau mondial, tue 6 millions de personnes par an (5). L'OMS estime de plus, que la moitié des consommateurs actuels de tabac mourront d'une maladie liée à ce dernier (5).

Toujours selon l'OMS, si les tendances actuelles se poursuivent, le tabac causera la mort de plus de 8 millions de personnes par an d'ici à 2030. On estime que plus des trois quarts de ces décès auront lieu dans les pays aux revenus faibles ou intermédiaires (5).

Devant ce réel fléau, l'OMS établit en 2008 le programme MPOWER, visant à lutter contre le tabac dans le monde grâce à six stratégies applicables à tous les pays riches ou en développement. Malheureusement, 80% des pays dans le monde n'appliquent aucune de ces stratégies (6).

### I.c. Le Tabac en France

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2014, il y aurait 12 millions de fumeurs français (7). C'est la première cause de mortalité évitable dans notre pays.

Pour l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), la première cigarette est fumée vers l'âge de 14 ans et demi, pour une consommation régulière observée à l'âge de 16 ans (8). Entre 18 et 34 ans, une personne sur deux fumerait en France. Les adultes de 26 à 75 ans qui fument régulièrement consomment en moyenne 15 cigarettes/jour, et la moitié de ces personnes montreraient des signes de dépendances à la cigarette.

En France, depuis les années 1960, la proportion de fumeurs masculins réguliers, tend à baisser, passant de 45% à 35%. Au contraire, dans la population féminine, on observe une hausse de la proportion de fumeuses régulières avec une proportion passant de 10% à 22% (8).

En 2012, la Cour des Comptes publiait que plus de 51,54 milliards de cigarettes étaient vendues en France par an (9). L'État perçoit aux alentours de 14 milliards d'euros de taxes de cette vente (10)

## II. LE TABAC : PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

### II.a. Le Tabac sous toutes ses formes

Le tabac, plante tropicale originaire d'Amérique du sud, appartient à la famille des *solanacées* qui regroupent beaucoup de plantes comme les tomates, les aubergines ou les pommes de terre. Il existe 68 espèces de Tabac dans le monde avec une plus connue et plus utilisée : la *Nicotiana Tabacum*.

C'est en fait la feuille de la plante (en moyenne une plante contient 18 feuilles) que l'on cueille puis sèche (à l'air chaud pour le tabac blanc, à l'air et au feu pour le tabac brun) pour obtenir le « Tabac » utilisé dans les cigarettes, pipes. La nicotine, découverte en 1909 par le Professeur VAUQUIN, est un principe actif azoté contenu dans les feuilles de Tabac. C'est cette substance qui provoque la dépendance au tabac. En effet elle agit directement au niveau du noyau accumbens du cerveau produisant des endorphines comme la dopamine.

Aujourd'hui on dénombre environ 4000 substances chimiques inhalées par la fumée de cigarette (11), dont plus de 60 classées cancérigènes par le Comité International de Recherche sur le Cancer.

Ces particules, de très faibles diamètres, peuvent pénétrer profondément jusqu'aux alvéoles pulmonaires et par ailleurs restent très stables dans l'atmosphère. L'origine de ces substances chimiques est double. Une partie provient directement des pesticides, produits radioactifs utilisés pour la culture du tabac. L'autre est ajoutée volontairement par les fabricants de cigarettes qui n'hésitent pas à utiliser des produits hautement toxiques tels que l'ammoniac pour favoriser la fixation de la nicotine et renforcer la dépendance des fumeurs (12). Les nouvelles compositions de cigarettes dites « light » ou « mentholées » sont moins riches en nicotine et le fumeur, pour satisfaire ses besoins ,doit réaliser des inhalations plus profondes entraînant un dépôt périphérique pulmonaire de carcinogènes qui augmente notamment l'incidence des adénocarcinomes.

De nos jours le tabac peut se consommer de différentes façons. La plus commune est de fumer le tabac. Les cigarettes industrielles représentent la plus grande proportion de ce type de consommation (88%) (9). Les cigarettes roulées, moins chères que les cigarettes industrielles (car moins taxées) mais plus nocives que cette dernière car les rendements de goudrons et de nicotine sont supérieurs, connaissent de plus en plus d'adeptes (9). Le tabac fumé peut égale-

ment se consommer sous formes de pipe, cigare, narguilé, chicha ou bidies (petites cigarettes indiennes).

Et on peut également consommer du tabac sans le fumer. On parle de chiche, de prise ou encore de snus ou snuff (croisement de la chique et de la prise).

## II.b. Tabac = facteur de risques

En Europe, en 2005, 16 % des décès d'adultes âgés de plus de 30 ans étaient dus au tabac (13). Dans le monde, la moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac (5).

Il n'existe pas de consommation de tabac sans risque. L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de plusieurs facteurs : sa consommation moyenne quotidienne de tabac ; la durée du tabagisme et l'âge de début du tabagisme (14).

Selon l'OMS, en 2004, 73 000 décès seraient dus au tabac en France, représentant 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine (15).

### II.b.1. Tabac et Cancers

Le principal agent cancérigène contenu dans la fumée de cigarette est le benzopyrène.

Le tabac, principal facteur de risque évitable de mortalité, serait responsable de 33 % des décès par cancer chez l'homme et de 10 % chez la femme (14).

En France, 60 000 décès sont liés à la consommation du tabac dont 37 000 dus au cancer. On estime que 81% des décès par cancer du poumon seraient liés au tabac (14).

En France, le cancer pulmonaire représente la première cause de décès par cancer (15), soit 93% des décès. Le cancer du poumon est le cancer ayant le plus mauvais pronostic avec 14% de taux de survie (tous stades confondus) à 5 ans (15). En 2012, l'âge médian où le diagnostic est posé est 66 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme ; l'âge médian du décès du patient porteur du cancer pulmonaire est de 68 ans pour l'homme et 67 ans chez la femme (15).

Les autres cancers pouvant être induits par la consommation de tabac sont les cancers du larynx, de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, des reins, du foie et de la vessie, col de l'utérus chez la femme et le tabac augmente le risque global du cancer du sein chez la femme avant la ménopause.

En cas de cancer, le tabac augmente le risque de métastases pulmonaires.

### II.b.2. Tabac et pathologies respiratoires

Le tabagisme est responsable de 85% des Broncho-Pneumopathie Chroniques Obstructives qui représentent la 5ème cause de décès en France (environ 17 500 décès/an) et touchent près de 3 millions de personnes soit 6 à 8% de la population adulte française. Chez le patient asthmatique, le tabac favorise la survenue d'exacerbation, de pneumothorax spontané et de pneumopathie interstitielle.

### II.b.3. Tabac et maladies cardio-vasculaires

Environ 25% des décès d'origine cardiovasculaire des hommes de moins de 70 ans sont attribuables au tabac, ce pourcentage pouvant atteindre 40% dans les pays industrialisés (16).

Le tabac augmente le risque d'infarctus du myocarde. Avant 45 ans, plus de 80% des victimes d'infarctus du myocarde sont des fumeurs.

De plus, le tabac augmente le risque d'accident vasculaire cérébral (risque de 2,5 à 6 fois plus important) d'insuffisance cardiaque, d'hypertension artérielle, d'anévrisme et d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

### II.b.4. Tabac et autres pathologies

Le tabac augmente le risque d'infections bactériennes ou virales sévères. C'est aussi un facteur de risque de maladies parodontales, caries et de leucoplasies de la muqueuse buccale, et même de la maladie de Crohn. Il aggrave différentes pathologies : par exemple la fibrose hépatique en cas d'hépatite C ou de cirrhose biliaire primitive, et les néphropathies chroniques (17).

## III. QU'EST CE QUE LE SEVRAGE TABAGIQUE ?

D'après l'OMS, « la dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort

de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente. »

Le sevrage tabagique est l'arrêt de la consommation du tabac afin de s'affranchir de la dépendance induite par ce dernier. Le sevrage a pour objectif de diminuer les risques sur la santé induits par le tabac. Si une maladie est déjà présente, le sevrage permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie du patient.

En effet l'arrêt du tabac diminue la mortalité totale et surtout celle liée aux maladies cardiovasculaires et cancer du poumon (14). Les bénéfices s'avèrent plus importants quand le sevrage tabagique est précoce (18).

L'arrêt de la consommation de tabac entraîne aussi une baisse des risques de survenue ou d'aggravation de pathologies associées au tabac (amélioration fonctionnelle respiratoire chez les patients porteurs de BPCO (19), diminution des risques d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral de 50% dans les deux ans après le sevrage (20), stabilisation ou ralentissement de pathologies telles que l'hypertension artérielle, diabète, asthme...) (21).

La simple réduction de la consommation de tabac ne suffit pas, les bénéfices sur la santé ne sont présents qu'à l'arrêt total de la consommation. En effet, lorsque le fumeur diminue sa consommation, il consomme souvent des cigarettes plus légères qui permettent en fait de combler le manque occasionné par la diminution de la consommation. En effectuant des inhalations plus longues et plus profondes de fumée de ces cigarettes légères, on observe une augmentation du rendement en nicotine et une augmentation de la quantité de goudrons ingérés.

Afin d'aider le patient dans son sevrage, il faut tout d'abord comprendre sa dépendance.

Il existe deux types de dépendance, la dépendance physique et la dépendance psychique. Elles sont le résultat du circuit de la récompense. C'est la nicotine (principal alcaloïde contenue dans la fumée du tabac) qui induit une dépendance chez le fumeur. En effet, dans les poumons la nicotine est rapidement absorbée par la circulation systémique, grâce aux flux sanguins des capillaires pulmonaires élevés. La nicotine après inhalation par la fumée, atteint le cerveau en 9 à 19 secondes. Au niveau cérébral, la nicotine se fixe sur les récepteurs nicotiques qui libèrent de la dopamine au niveau du noyau accumbens. Pour rappel, la dopamine est un neurotransmetteur du cerveau qui gouverne les réactions comportementales liées aux conduites affectives et émotionnelles : c'est le circuit de récompense/renforcement.

La nicotine sera ensuite métabolisée principalement par le foie, les poumons et les reins. Sa demi-vie d'élimination est de l'ordre de 2 heures et la nicotémie augmente régulièrement



sur une période de consommation de 6 à 8 heures, pour culminer en plateau jusqu'à la dernière cigarette de la journée. La nicotémie décroît rapidement pendant la nuit et très peu de nicotine persiste dans le sang du fumeur au réveil (22).

La nicotémie augmente de façon rapide lors de la consommation d'une cigarette pour atteindre un pic plasmatique à la fin de celle-ci. A noter, que pour les produits non fumés contenant de la nicotine (chique, prise...), l'absorption se fait par les voies intestinales et le pic d'action de la nicotine est atteint environ 30 minutes après le début de l'absorption. Il faut préciser que l'absorption de la nicotine varie considérablement en fonction des individus (concernant la vitesse et l'importance de l'absorption).

La dépendance survient dès que la quantité de nicotine diminue dans le sang. Dès que le taux de nicotine baisse, ses récepteurs ont besoin de leur stimulant et le fumeur prend une cigarette. Chaque cigarette fumée augmente donc le phénomène de dépendance qui rend les fumeurs accros au tabac.

La tolérance est définie comme une diminution des effets d'une substance pharmacologique après répétition des doses. Il s'agit d'augmenter les doses pour obtenir un effet identique à celui de la première dose. Si une tolérance se développe après seulement une ou deux prises, elle est définie comme tolérance aiguë.

Chez le tabagique fumeur, l'accélération du rythme cardiaque et l'augmentation de la pression artérielle, apparaissent rapidement après le début de l'administration mais n'augmentent ensuite que modérément lorsque la nicotémie continue de croître. Il s'agit ici, d'une tolérance aiguë.

Avec la répétition des cigarettes fumées, la nicotine s'accumule dans l'organisme, provoquant une tolérance plus importante. Lorsque la nicotémie diminue, des symptômes de sevrages plus intenses apparaissent. L'activation excessive et répétée des récepteurs cholinergiques nicotiques est compensée par une baisse du nombre de récepteurs fonctionnels qui diminue ainsi l'effet psychotrope de la nicotine. Ce phénomène crée la tolérance qui incite le fumeur à augmenter le nombre de cigarettes fumées.

Les récepteurs nicotiques se resensibilisent au cours de la nuit, annulant ainsi la tolérance ce qui entretient alors la dépendance au quotidien.

Il est important de comprendre, que la cigarette est le mode d'administration du tabac qui permet de délivrer la nicotine au cerveau le plus rapidement. La nicotine des produits de subs-

titution est absorbée plus lentement et ne procure pas les effets positifs renforçant de la nicotine fumée.

L'arrêt du tabac peut donc conduire à un syndrome de manque qu'il est important de connaître afin d'accompagner au mieux le patient dans son processus de sevrage.

Selon le Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM IV), pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, il faut que le patient présente ces quatre critères :

- 1) Utilisation quotidienne de Nicotine pendant au moins plusieurs semaines auparavant.
- 2) L'arrêt brutal ou la diminution de la consommation de nicotine entraîne, dans les vingt-quatre heures, au moins quatre de ces huit signes :
  - . humeur dysphorique / dépressive
  - . insomnie
  - . irritabilité / frustration / colère
  - . anxiété
  - . difficulté de concentration
  - . fièvre
  - . diminution du rythme cardiaque
  - . augmentation de l'appétit et/ou prise de poids.
- 3) les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement.
- 4) Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un trouble mental autre (23).

Le syndrome de sevrage apparaît dans les heures qui suivent la dernière prise de cigarette, atteint son paroxysme 24 à 48 heures après l'arrêt et dure jusqu'à trois à quatre semaines.

### III.a. les Recommandations

- Au niveau législatif

Différents textes de loi ont été adoptés en France concernant la lutte contre le tabagisme. La loi Veil en a constitué le premier pas, avec une réglementation de la publicité en faveur du tabac, l'instauration de l'apposition de l'avertissement sanitaire « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes ainsi que le principe d'un usage restreint dans certains lieux publics. Elle prévoyait aussi l'instauration obligatoire d'interventions informatives sur le tabac et ses dangers, dans les établissements scolaires et auprès de l'armée. Le 10 janvier 1991, la loi Evin est

votée et renforce considérablement le dispositif législatif de lutte contre la tabac avec une hausse du prix des cigarettes ; la pose du principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif ; une interdiction de toutes publicités directes ou indirectes en faveur du tabac et de ses produits dérivés ; une interdiction de toute distribution gratuite de cigarettes et une interdiction de vente au moins de 18 ans.

La hausse du prix du tabac contribue également à la lutte contre le tabagisme. Entre 2002 et 2004 on observe un passage de 3,60 euros à 5 euros pour un paquet de 20 cigarettes. Aujourd'hui un paquet coute environ 7 euros. En 2003, les appellations « light », « légères », « mild » sont interdites.

Concernant les paquets de cigarettes, depuis 2003, les teneurs en nicotine, goudrons et monotypes de carbone doivent être obligatoirement mentionnées sur les paquets. Depuis un arrêté de 2010, les inscriptions « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » doivent être mentionnées sur la face la plus visible du paquet. En décembre 2015 une loi est votée stipulant que dès le 1er janvier 2017 seuls les paquets de cigarettes « neutres » pourront être vendus dans les bureaux de tabac en France.

- Au niveau de la réglementation

Depuis 1995, il n'existe plus de monopole d'état pour la production et la vente de tabac en France. Mais le tabac fait l'objet d'une réglementation et d'une taxation particulière avec un ensemble de taxes représentant 80% du prix de vente.

En septembre 2014, une circulaire détermine les quotas d'importation pour les voyageurs avec lors d'un retour d'un pays de l'Union Européenne un maximum de 800 cigarettes par voyageurs et un maximum de 200 lors d'un pays hors Union Européenne. L'acheminement postal non déclaré de tabac est interdit, ainsi que l'achat de tabac à distance.

- Au niveau sanitaire

L'HAS précise dans des recommandations de 2014 que « l'objectif principal de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme. » (7).

- Au niveau des professionnels de la santé

Ils doivent avant tout dépister de façon individuelle la consommation de tabac chez tous les patients, et cela doit se faire de façon automatique dès la première consultation.

Les dépliants / brochures mentionnés par l’HAS, font référence aux documents proposés par l’INPES. Ces brochures sont distribuées de façon gratuite à tous professionnels de santé qui en effectuent la demande par appel téléphonique, par courrier mail ou postal.

Une fois le dépistage individuel effectué, il est important d’évaluer la consommation et la dépendance du patient au tabac. Pour cela, les recommandations indiquent d’utiliser le test de Fagerström en 2 ou 6 questions (Annexe 1) ainsi que de repérer les critères de dépendance.

Il est également recommandé de dépister les troubles anxieux et dépressifs que pourraient présenter le fumeur. En effet, ces troubles diminuent les chances de succès du sevrage tabagique et doivent être pris en charge. L’évaluation des comorbidités psychiatriques peut être faite par l’hôpital Anxiety-Depression Scale inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de l’INPES et disponible gratuitement en ligne sur le site de l’HAS (Annexe 2).

De plus, il est recommandé de rechercher une consommation d’autres substances psychiatriques chez le tabagique : alcool ; cannabis ; opiacés ; cocaïne... Certains questionnaires (CAGE- DETA - CAST ) peuvent être utilisés pour ce dépistage.

L’évaluation de la motivation du patient est également importante à rechercher avec par exemple le modèle de Prochaska et Di Cemente qui permet d’évaluer le stade de motivation du patient pour adapter la stratégie d’arrêt du tabac :

- . pré-intention : le sujet fumeur n’a pas encore envisagé d’arrêter de fumer
- . intention : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent
- . décision : il prend la décision d’arrêter de fumer et élabore une stratégie d’arrêt
- . action : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer
- . maintien/liberté : il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu’il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.

En terme d’aide à l’arrêt, il est recommandé de prescrire des traitements médicamenteux pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l’envie de fumer et prévenir les rechutes. De plus ce sevrage doit s’organiser lors de consultations dédiées à cela (quel que soit le professionnel). Les traitements nicotiques de substitutions (TNS) sont recommandés en première intention (7). Ils sont disponibles sans ordonnances depuis 1999. Il est important d’ajuster leur dosage dès la première semaine de prise en fonction de l’existence de symptômes. Ces traitements permettent un apport quotidien de nicotine en évitant la toxicité des cigarettes. Les TNS doi-

vent être utilisés sur une durée suffisamment prolongée de 3 mois minimum et peuvent être prolongés aussi longtemps que nécessaire.

Voici pour exemple, différentes formes de TNS :

. Timbres (ou patchs) qui peuvent être portés pendant 24 heures ou 16 heures avec une nicotémie relativement constante au cours du traitement (trois dosages possibles pour chaque timbre).

. Gommes à mâcher (2 dosages possibles) et les comprimés à sucer (5 dosages possibles) pour qui l'absorption de la nicotine se fait par la muqueuse buccale.

. Les inhalateurs sous forme de cartouche contenant 10 mg de nicotine. La fréquence des aspirations ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient (il est conseillé de ne pas dépasser 12 cartouches/jour).

. Les sprays buccaux qui permettent de délivrer 1 mg de nicotine par pulvérisation.

Pour débiter les TNS, les professionnels de santé peuvent se référer à l'équivalence 1 cigarette = 1mg de nicotine. Il est recommandé d'associer des formes orales aux patchs.

Depuis 2007, les TNS sont pris en charge à hauteur de 50 euros par an et par patient par l'Assurance Maladie et 150 euros pour les femmes enceintes, les jeunes âgés de 20 à 25 ans ainsi que les porteurs de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et les patients en Affection de longue durée cancer, depuis 2016.

En plus de ces traitements de substitutions, il est recommandé d'apporter un accompagnement au patient : soutien psychologique, guidance, thérapies cognitivo-comportementales (7).

A noter que si un patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de la santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers des outils d'autosupport avec la ligne téléphonique de Tabac Info service (qui fût créé en 1998), le site internet [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr) (créé en 2005) ou encore l'informer de la possibilité de téléchargement gratuit de l'application Tabac Info Service disponible sur certains téléphones mobiles.

Concernant les traitements par VARENICLINE (chamfix®) et BUPROPION (zyban®), compte tenu de leurs effets indésirables ; avec notamment des troubles neuro-psychiatriques avec des risques élevés de dépression ou de pensées suicidaires ; ils ne sont recommandés qu'en seconde intention. Leur mécanisme d'action serait d'agir au niveau cérébral via les récepteurs nicotiques.

Acupuncture, hypnothérapie et activité physique ont fait l'objet d'études pour l'aide à l'arrêt du tabac mais leur bénéfice n'est pas établi (7). En revanche, il n'y a pas de contre-indication à les utiliser.

Concernant la cigarette électronique, la HAS maintient en 2015, que compte tenu de l'insuffisance de données de la littérature sur son efficacité et son innocuité, ce type de cigarette n'est pas recommandé dans le sevrage tabagique (24). A noter qu'en France, les cigarettes électroniques échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac.

### III.b. Médecin généraliste et sevrage tabagique

Selon les recommandations de 2014 publiées par l'HAS : « le médecin généraliste a une fonction spécifique, il est dans une position privilégiée, et possède des outils propres à sa fonction. Il est donc en mesure de développer un accompagnement efficace. » (7).

En effet, le médecin généraliste possède des atouts importants dans la lutte contre le tabac. C'est d'abord le médecin qui est consulté le plus facilement par le patient de par son accessibilité.

Le médecin généraliste connaît le patient dans une approche globale : antécédents médicaux et psychiques, dépendances, contexte socio-économique... La plupart du temps, le patient développe une confiance envers son médecin traitant qui peut alors devenir un partenaire essentiel dans l'arrêt du tabac.

Selon l'OMS, le médecin généraliste doit dépister la consommation de tabac, conseiller l'arrêt à tous les usagers, évaluer l'intention du patient d'arrêter le tabac, aider au sevrage et mettre en place un suivi (25).

Le médecin généraliste joue un rôle primordial en terme de prévention. En 2009, l'enquête baromètre des médecins généralistes retrouvait deux tiers des médecins déclarant aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois à chaque patient ; 34% des médecins déclaraient utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, contre 6% en 2003 (26).

Comme en 2003, 69% de ces médecins déclaraient avoir vu un patient pour un sevrage tabagique au cours des 7 derniers jours. Les médecins femmes sont plus nombreuses (40,9%) que les hommes (31%  $p < 0,001$ ) à déclarer recourir aux outils de repérage de la dépendance tabagique (26).

Pour l'HAS (7), il est recommandé que les médecins généralistes soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac.

### III.c. Le conseil minimal

Le conseil minimal est un terme spécifique décrivant une attitude standard comportant deux questions et un geste (27) :

- « Fumez-vous ? » :
  - « Non » : il convient alors de féliciter le patient de son choix
  - « Oui » : poser la deuxième question :
- « Désirez-vous cesser de fumer ? »

Quelle que soit la réponse :

- Proposer au patient un document validé sur les méthodes de sevrage (INPES ou autre) ; les risques du tabac ; les bénéfices à l'arrêt.

Ces trois éléments constitutifs doivent être notés dans le dossier médical du patient.

Le conseil minimal s'adresse à tous les patients qui ne sont pas venus consulter pour cela : fumeurs heureux de l'être, pas encore prêts à arrêter ou encore qui ne demandent pas d'aide au sevrage.

« Le conseil minimal à un impact individuel faible » d'après l'ANAES, « mais la généralisation de son application laisse espérer une multiplication des sevrages réussis ». En effet si ces questions et ce geste sont effectués de façon systématique par les médecins, on observerait un gain de 2% d'arrêt dans la population des fumeurs vus par un médecin, se traduisant par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs arrêtant le tabac, par an, en France (28).

En 2003, l'AFFSPAS explique que : « Environ 40% des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter. Dans ce cas, le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal. Ce simple conseil minimal au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois. »

Ce conseil minimal ne prend environ qu'une minute lors d'une consultation. Il ne demande aucune formation particulière de la part du professionnel de santé. Il est donc très facile à mettre en place.

En fonction du temps disponible, le conseil minimal peut être suivi d'un conseil bref à l'arrêt du tabac voire d'une discussion plus approfondie.

Cependant, ce conseil ne semble pas être appliqué de façon systématique par tous les médecins.

## MATERIEL ET METHODES

### I. OBJECTIFS

L'objectif principal était d'établir un état des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge du patient tabagique.

L'objectif secondaire de ce travail était d'évaluer l'impact du tabagisme du médecin généraliste sur sa prise en charge du patient fumeur dans le sevrage tabagique.

### II. ECHANTILLON

La population cible de notre étude était les médecins généralistes de Picardie, en exercice libéral, travaillant seuls ou en cabinet de groupe.

Nous avons décidé d'inclure un échantillon représentatif de 300 médecins généralistes.

L'échantillonnage s'est fait via un tirage au sort manuel grâce aux Pages Jaunes sur internet qui répertorient 1483 médecins généralistes en Picardie.

Lorsqu'on cherchait « médecin généraliste en Picardie » sur le moteur de recherche des Pages Jaunes, on retrouvait 75 pages répertoriant chacune 20 médecins numérotés de 1 à 1483. Pour chaque médecin, une adresse postale était donnée. Nous avons réalisé un tirage au sort manuel grâce à différents papiers numérotés de 1 à 20 placés dans une urne. Quatre papiers contenus dans l'urne ont été tirés pour chaque page internet. Chaque numéro tiré correspondait au positionnement du médecin généraliste par ordre d'apparition sur la page. Par exemple, lorsque le numéro 3 était tiré, le médecin apparaissant en troisième position sur la page internet du site des pages jaunes était sélectionné pour notre échantillon.

### III. METHODES

Notre étude était une enquête épidémiologique descriptive évaluant l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge du patient tabagique.



### III.a. Questionnaire

L' étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé à notre échantillon. Ce questionnaire court était composé de 12 questions brèves, pour lesquelles les réponses étaient multiples. Il suffisait de cocher des cases pour répondre à chacune des questions. La réponse au questionnaire se faisait de façon anonyme.

Chaque questionnaire a été envoyé par courrier postal. Nous avons utilisé l'envoi par lettre REVERSO du service de la Poste. Cela nous a permis de joindre au questionnaire une enveloppe pré-timbrée avec nos coordonnées postales, permettant ainsi aux médecins généralistes de renvoyer le questionnaire facilement. Ce questionnaire et cette enveloppe étaient accompagnés d'une lettre de présentation de notre identité, du travail en cours et de la façon dont le questionnaire devait être rempli et envoyé. Le tout était déposé dans une enveloppe timbrée adressée à chaque médecin de notre échantillon.

Notre questionnaire était composé de trois parties. La première, composée de 3 questions, s'intéressait aux données épidémiologiques du médecin interrogé. La deuxième partie du questionnaire était composée de 2 questions, et traitait du statut tabagique du médecin généraliste. La troisième partie, de 8 questions, abordait la prise en charge du sevrage tabagique. Notre questionnaire est présenté en annexe (Annexe 3).

### III.b. Période d'envoi et réception

Les 300 questionnaires ont tous été envoyés le 14 mars 2016 par le service de La Poste. La période de réception des questionnaires a duré 2 mois, du 15 mars 2016 au 15 mai 2016. Nous espérons obtenir un taux minimum de réponses de 20%, soit 60 questionnaires retournés remplis. Il était prévu un deuxième envoi en cas de taux de réponse inférieur à 20%. Notre taux de réponse ayant été de 43,6% au cours de notre période de réception, nous n'avons donc pas procédé à de nouveaux envois.

#### IV. ANALYSE ET TRAITEMENTS DES DONNEES

Les données ont été analysées via le logiciel SPSS 17.0. Une analyse descriptive a été réalisée, présentant les variables catégorielles en fréquences et pourcentage et les variables quantitatives en moyenne et écart type ou médianes et extrêmes en fonction de la distribution. Une analyse bivariée a été réalisée pour évaluer l'impact du tabagisme du médecin sur la prise en charge et pour évaluer les différents facteurs pouvant expliquer l'éventuelle sous-utilisation du conseil minimal. Pour les variables catégorielles, le Chi2 et le test de Fisher ont été utilisés et pour les variables quantitatives le test t de Student ou les tests non paramétriques selon la distribution. Un p inférieur à 0,05 était considéré comme significatif.

## RESULTATS

### I. ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON

Trois cents courriers ont été envoyés. Lors de la période prévue de réception, nous avons obtenu 131 réponses, soit un taux de réponses de 43,6 %.

Après la fin de la période de réception (jusqu'au 15 mai 2016), nous avons reçu 3 questionnaires remplis et 4 lettres nous ont été retournées avec le cachet de la Poste indiquant : « Destinataire inconnu à l'adresse ».

#### I.a. EPIDEMIOLOGIE :

Sur les 131 réponses, **62,3%** des médecins étaient des hommes et **37,7%** sont des femmes. La figure 1 représente la répartition des différentes classes d'âge.

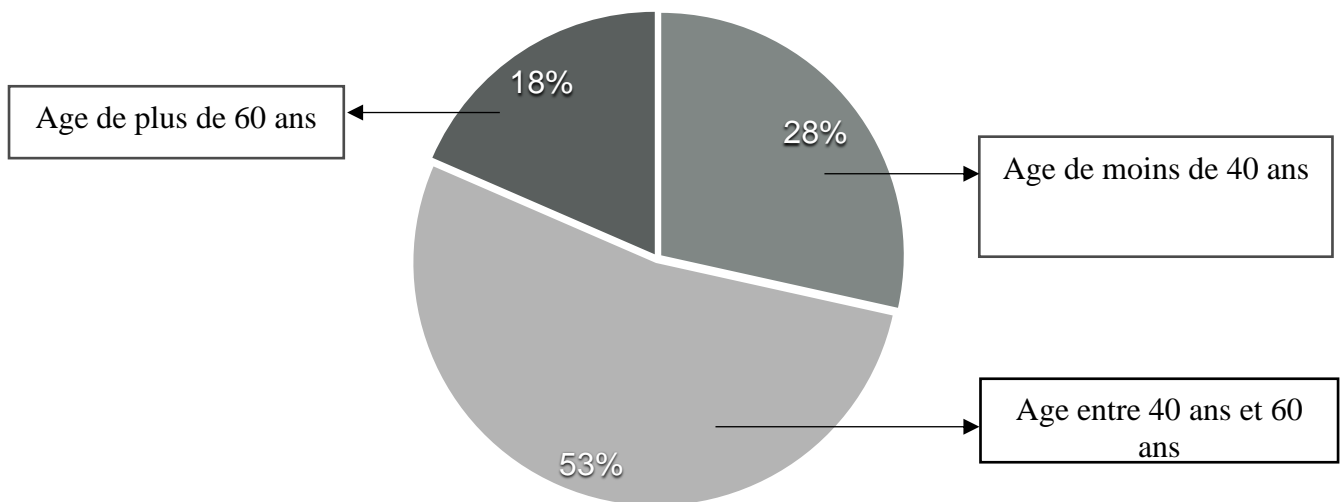


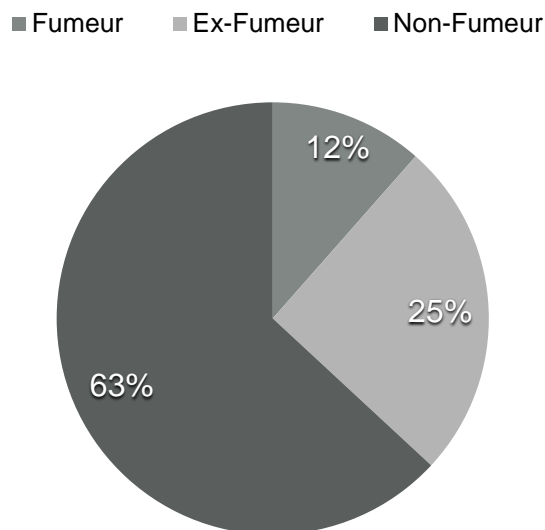
Figure 1 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge

**70,8%** des médecins généralistes ayant répondu n'exerçaient pas dans une maison de santé pluridisciplinaire, contre **29,2%** exerçant dans ce type de structure.

## I.b. STATUT TABAGIQUE DES MEDECINS GENERALISTES :

Nous nous sommes intéressés au statut tabagique des médecins interrogés. Les résultats sont présentés dans la figure 2.

Figure 2 : Répartition par âge des médecins généralistes de l'échantillon



Parmi les 15 médecins fumeurs, 3 médecins affirmaient ne pas souhaiter arrêter leur consommation tabagique.

## I.c. PRISE EN CHARGE DU PATIENT TABAGIQUE

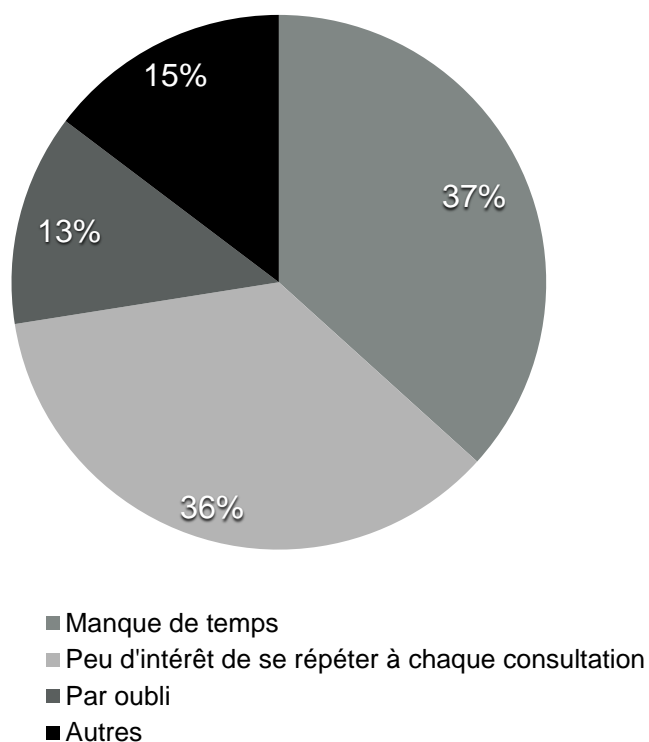
### I.c.1. Le conseil minimal à l'arrêt du tabac

Concernant la connaissance du conseil minimal à l'arrêt du tabac, **37,7%** des médecins ne connaissaient pas la définition de ce terme.

Nous retrouvons que 72 médecins évoquaient l'arrêt du tabac à chaque consultation soit un taux de **55,8%**.

Les résultats obtenus sur les causes conduisant les médecins à ne pas évoquer le tabac à chaque consultation avec leur patient tabagique sont présentés dans la figure 3.

Figure 3 : Causes de la non évocation du tabac par le médecin généraliste au cours de chaque consultation du patient tabagique



### I.c.2. Techniques et méthodes dans la prise en charge du patient tabagique

La réponse numéro 8, concernant l'utilisation du test de Fagerström, s'adressait aux 72 médecins évoquant l'arrêt du tabac à chaque consultation. Malgré cela, nous avons eu 20 réponses supplémentaires à cette question (soit 92 réponses), donc impliquant des médecins abordant le sevrage tabagique de manière non systématique. Parmi ces 92 médecins, **77,2%** d'entre eux lorsqu'ils abordaient le sevrage tabagique n'utilisaient pas le test de Fagerström de manière systématique.

A la question : « Disposez-vous, dans votre cabinet médical, de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs? », **52,7%** des médecins interrogés ont répondu qu'ils n'en possédaient pas. Parmi ceux en disposant, seuls **2,9%**, en distribuaient à chaque consultation.

Concernant les affiches dans les salles d'attentes des cabinets médicaux, **50,8%** des médecins interrogés en possédaient accrochées dans leur salle d'attente.

Enfin, **56,9%** des médecins disaient adresser facilement leur patient à un tabacologue.

## II. RESULTATS EN FONCTION DU STATUT TABAGIQUE DU MEDECIN GENERALISTE

Le tableau 1 présente les différences de prise en charge du patient tabagique en fonction du statut tabagique du médecin traitant.

	<b>FUMEURS</b> N= 15	<b>EX-FUMEURS</b> N= 33	<b>NON FUMEURS</b> N= 82	<b>p</b>
<b>Abord du tabac à chaque consultation</b>	40 %	53,1 %	59,8 %	0,344
<b>Connaissance du conseil minimal</b>	53,3 %	57,6 %	65,9 %	0,530
<b>Utilisation systématique du test de Fagerström</b>	11,1 %	20,8 %	25,4 %	0,612
<b>Mise à disposition brochures anti-tabac</b>	40 %	53 %	46,3 %	0,675
<b>Utilisation systématique de brochures anti-tabac</b>	0 %	5,3 %	2,3 %	0,727
<b>Affiches anti-tabac en salle d'attente</b>	53,3 %	51,5 %	50 %	0,967
<b>Orientation du patient vers un tabacologue</b>	40 %	57,6 %	59,8 %	0,363

Tableau 1 : Influence du statut tabagique du médecin généraliste sur sa prise en charge du patient fumeur

### III. RESULTATS EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN GENERALISTE

Le tableau 2 présente les différences de prise en charge du patient tabagique en fonction de l'âge du médecin traitant.

	<b>Age inférieur à 40 ans N= 37</b>	<b>Age compris entre 40 et 60 ans N= 69</b>	<b>Age supérieur à 60 ans N= 24</b>	<b>p</b>
<b>Abord du tabac à chaque consultation</b>	<b>75,7 %</b>	<b>45,6 %</b>	<b>54,2%</b>	<b>0,012</b>
<b>Connaissance du conseil minimal</b>	<b>83,8 %</b>	<b>53,6%</b>	<b>54,2 %</b>	<b>0,006</b>
<b>Utilisation systématique du test de Fagerström</b>	20%	31,8 %	5,6 %	0,074
<b>Mise à disposition bro- chures anti-tabac</b>	<b>32,4 %</b>	<b>48,5%</b>	<b>66,7 %</b>	<b>0,032</b>
<b>Utilisation systématique de brochures anti-tabac</b>	7,1%	0	6,3 %	0,259
<b>Affiches anti-tabac en salle d'attente</b>	31,3 %	50,7 %	58,3 %	0,640
<b>Orientation du patient vers un tabacologue</b>	48,3 %	58 %	59,8 %	0,369

Tableau 2 : Prise en charge du patient tabagique en fonction de l'âge du médecin généraliste

## DISCUSSION

Au cours de notre enquête, nous avons obtenu un taux de réponse élevé à 43,6%. La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire étaient des hommes, d'âges compris entre 40 et 60 ans, n'exerçant pas dans une maison de santé pluridisciplinaire. La grande majorité de notre échantillon était non-fumeur (63%).

Concernant la prise en charge du patient tabagique, 62,3% des médecins généralistes connaissaient le conseil minimal à l'arrêt du tabac et un peu plus de la moitié de notre échantillon évoquait l'arrêt du tabac à chaque consultation avec le patient fumeur. Le test de Fagerström n'était pas un outil souvent utilisé dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Une minorité de médecins utilisent de façon systématique les brochures anti-tabac.

Par ailleurs, plus de la moitié des praticiens adressaient leurs patients fumeurs vers un tabacologue.

Cette étude présentait un certain nombre de biais. En effet, on retrouvait un biais concernant la période d'envoi de nos questionnaires, qui correspond du 2 au 18 avril 2016 aux vacances scolaires de la région picarde. Un nombre plus important de médecins remplaçants aurait donc pu répondre au questionnaire. Le médecin remplaçant pouvant être parfois plus systématique en matière de prévention ne connaissant pas les patients depuis plusieurs années contrairement au médecin traitant.

Il existait également un biais de mesure. En effet, notre questionnaire comprenait plusieurs questions qui n'étaient pas assez précises, entraînant des réponses parfois inattendues et entravant la qualité des résultats. Par exemple, pour la question n°8) de notre questionnaire qui abordait l'utilisation du test de Fagerström de façon systématique, il aurait été préférable de proposer un choix plus important de réponses, de type : « oui toujours », « très souvent », « de temps en temps », « rarement ». Cela nous aurait permis d'obtenir des résultats plus précis. De plus, la question n°9) de notre questionnaire faisait suite à la question n°7) et non à la question n°8). Il aurait été bon d'être plus précis afin d'obtenir des réponses plus ciblées.

Enfin, il existait un biais de sélection. En effet, n'ont répondu au questionnaire que les personnes désireuses de répondre et donc intéressées par le sevrage tabagique. De plus, nous avons sélectionné nos patients via un tirage au sort grâce aux Pages Jaunes internet. Cet outil de recherche ne recense pas toutes les adresses de tous les médecins généralistes installés en Picardie (le référencement sur ce site se fait suite à la demande du médecin généraliste souhaitant y déposer ses coordonnées). De plus nous avons dû éliminer certaines adresses tirées



au sort, n'indiquant qu'une maison médicale ou maison de santé, ne précisant pas de nom nominatif de médecin.

Néanmoins, notre échantillon retrouve en majorité une population de médecins généralistes de sexe masculin (**62,3%**), âgé en moyenne de 40 à 60 ans.

L'âge moyen national des médecins généralistes est de 52 ans avec 55% d'hommes. (29). Les moins de 40 ans représentent 14,8% de la population de médecins généralistes et les plus de 60 ans 26,7% (29). A l'échelle régionale, la Picardie retrouve une population de médecins généralistes âgés en moyenne de 52 ans également avec une majorité d'hommes (60%), les moins de 40 ans sont représentés à 16,5% et les plus de 60 ans à 26% (30).

Notre échantillon est donc représentatif au niveau de l'âge et sensiblement équivalent à la tendance nationale et picarde au niveau de la répartition en fonction du sexe. Concernant la répartition selon les tranches d'âge, notre échantillon tend à retrouver plus de jeunes médecins. Cela peut s'expliquer par un remplissage du questionnaire effectué par des médecins remplaçants (lors des périodes de vacances scolaires) ; âgés en moyenne de 43 ans (29).

Seulement 29,2% des médecins ayant répondu au questionnaire exercent dans une maison de santé pluridisciplinaire. Ce résultat peut s'expliquer l'absence de nom nominatif de médecins dans les Pages Jaunes lors d'une adresse mentionnant une maison médicale.

Par contre, on peut souligner un taux de réponses élevé pour ce type d'enquête, avec 43,6% de questionnaires retournés. Le minimum de réponses attendues était de 20%. De plus, des questionnaires nous ont encore été retournés après la clôture de la période de réception. Ce nombre important de réponses, prouve que le tabac reste un sujet qui intéresse toujours, un sujet au cœur de la médecine générale en terme de prévention. De plus cette participation montre une volonté probable des médecins à évoluer concernant leur prise en charge en matière de sevrage tabagique.

Nous pouvons aussi expliquer ce taux participatif important par le fait que le questionnaire était court, et rapide. En effet, ne comportant que 13 questions à choix restreints, le temps passé à répondre au questionnaire était estimé à une minute.

De plus, l'envoi par lettre REVERSO a probablement permis une facilité de renvoi des questionnaires pour les médecins généralistes qui n'ont que peu de temps à accorder à la gestion de courriers externes.

Notre thèse abordait un sujet qui concerne tous les médecins généralistes. La population de patients fumeurs étant systématiquement présente dans une patientèle. Mais notre travail peut également être lu par l'ensemble de la profession médicale (spécialistes, chirurgiens...) et para médicale (sages-femmes, infirmières, ...) qui rencontrent aussi des patients fumeurs dans leurs différentes professions.

De plus, peu de données bibliographiques existent concernant l'impact du statut tabagique du médecin généraliste dans sa prise en charge. Notre travail permet donc d'apporter quelques éléments descriptifs à ce sujet.

Une étude réalisée à Poitiers retrouve dans une population de 257 médecins généralistes, 26% de fumeurs, 30% d'ex-fumeurs et 44% de non-fumeurs. (31). Une étude de plus grande ampleur réalisée auprès de 2836 médecins retrouvait 1200 fumeurs (32).

Notre étude retrouve beaucoup plus de médecins généralistes non-fumeurs (63%) et peu de fumeurs (12%). Les études citées plus hauts ont été réalisées il y a environ 10 ans, les mentalités ont sûrement évoluées depuis et la baisse du nombre de médecins généralistes fumeurs est donc à espérer. Cependant peu de données existent dans la littérature concernant le statut tabagique du médecin généraliste... Cela paraît pourtant un élément important. On pourrait se demander, en étant provocateur, à quand le recensement des médecins généralistes avec leur statut tabagique par le conseil de l'ordre national des médecins ?

Par ailleurs, 80% des médecins fumeurs souhaiteraient arrêter leur consommation. C'est dire toute la difficulté du sevrage tabagique, nécessitant une prise en charge complexe.

Le sevrage tabagique passe par le conseil minimal, qui doit normalement être assurée par tout médecin, généraliste ou non, libéral ou hospitalier. Dans une thèse de médecine générale réalisée en 2016 s'intéressant à l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme, 75% des médecins interrogés connaissait le conseil minimal (33). Une étude réalisée en 2004, interrogeant 317 médecins généralistes de la Marne, retrouvait que 58% des médecins déclaraient faire le conseil minimal. (34). En 2006, une étude en région PACA retrouvait que 89,5% des 569 médecins généralistes interrogés utilisaient le conseil minimal. (35). Une autre étude s'intéressant à la pratique du conseil minimal, retrouvait que, selon les patients interrogés, le tabac était abordé de façon systématique par le médecin généraliste pour 23% des 131 patients fumeurs interrogés, 8% des 96 anciens fumeurs et 11% des 83 non-fumeurs. De plus cette enquête retrouvait que sur les 227 personnes ayant au moins fumé une cigarette, 66 avaient déclaré avoir entendu le conseil minimal par leur médecin généraliste (25%) (36).

Notre étude retrouvait que 55,8% des médecins généralistes évoquaient l'arrêt du tabac à chaque consultation ce qui est un beau pourcentage en regard de ces différentes études. Même si seulement un peu plus de la moitié des médecins généralistes pratiquent le conseil minimal à chaque consultation, nos résultats doivent être encourageants pour les années à venir, avec une hausse espérée du nombre de médecins généralistes utilisant de façon systématique le conseil minimal.

Les deux raisons principales de la non évocation du tabac à chaque consultation étaient le « manque de temps » (37%) et le « peu d'intérêt de se répéter » (36%). Ces résultats montrent la probable ignorance de ce qu'est le conseil minimal. En effet ne durant qu'une minute, (37) il n'est donc pas chronophage dans une consultation de médecine générale durant en moyenne de 18,5 minutes ( $\pm 5,42$ ). (38). Tout l'intérêt du conseil minimal réside dans sa répétition et son utilisation à chaque consultation. Les médecins généralistes pensant que son utilisation répétitive ne présente pas d'intérêt, n'ont sûrement pas connaissance de son efficacité dans sa répétition.

Une fois, le conseil minimal donné, d'autres moyens peuvent aider le patient au sevrage tabagique : le test de Fagerström pour évaluer la dépendance, la remise de brochures de l'INPES ou orienter les patients vers un tabacologue.

En ce qui concerne le test de Fagerström, celui-ci n'était utilisé, dans une étude réalisée en pays de Loire, que par 58% des médecins traitant interrogés (33), et par seulement 22,8% des médecins de notre étude. Ce résultat très faible peut être expliqué par le fait que le médecin doit se baser sur des questions précises qu'il ne connaît pas forcément et donc cela lui prend du temps de chercher le test (soit sur un support internet, soit sur un support papier).

Les résultats sont également faibles en ce qui concerne les brochures INPES, avec seulement 2,9% des médecins généralistes dans notre étude qui en possédaient et seulement 47,3% d'entre eux qui en distribuaient après chaque évocation du tabac en consultation. Dans l'étude réalisée dans la région nantaise (36), 7,5% des patients à qui le médecin généraliste avait demandé s'ils souhaitaient arrêter de fumer, avaient reçu une brochure anti-tabac.

Comment peut-on expliquer ces résultats très faibles ? Les médecins généralistes manquent probablement d'informations concernant les documents mis à leur disposition. En effet l'INPES fournit, à titre gratuit, tout médecin généraliste désireux d'en recevoir, des brochures de prévention (par simple demande postale ou mail). De plus, nombres de brochures de prévention existent (sevrage alcoolique, nutrition, grossesse, sevrage tabagique...). Le médecin

traitant peut manquer de temps pour la sélection des brochures les plus appropriées à sa pratique.

Enfin, lorsque le sevrage apparaît difficile, reste la solution du tabacologue. Celle-ci semble bien utilisée par les médecins de notre étude avec 56,9% des médecins généralistes adressant facilement le patient vers un tabacologue. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de deux études avec 6% dans l'étude réalisée auprès des patients du pays d'Ancenis, (36), et 27% dans celle réalisée dans les pays de la Loire (33). Ce résultat pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance du territoire régionale en matière de localisation des tabacologues par les médecins Picards.

Nous avons choisi de nous intéresser en plus au statut tabagique des médecins répondant aux questionnaires et à son influence sur la prise en charge des patients tabagiques. En effet, dans plusieurs études les médecins fumeurs avaient plus de mal à aborder le problème du sevrage tabagique avec leurs patients. Par exemple, dans une étude réalisée dans la Vienne, sur 257 médecins généralistes interrogés, les médecins fumeurs demandaient significativement ( $p=0,036$ ) moins souvent à leurs patients s'ils fumaient. (31). Une autre étude réalisée à grande échelle en 2008, ayant interrogé 2836 médecins dont 1200 fumeurs, retrouvait que les praticiens non-fumeurs évoquaient plus facilement le tabac à chaque consultation (45%) que les praticiens fumeurs (34%) et ce de façon significative ( $p<0,001$ ) (32). De même dans une étude réalisée en 2002, retrouvaient également que les médecins généralistes non-fumeurs évoquaient plus l'arrêt du tabac (84%), de façon significative ( $p<0,03$ ), que les médecins généralistes fumeurs (64%) (39). Nous avons donc retrouvé des résultats similaires dans notre étude avec un abord systématique du tabac pour 59,8% des médecins non-fumeurs, contre 40% de médecins fumeurs.

Aucun de nos résultats n'est significatif mais tous indiquent une tendance des médecins non-fumeurs à mettre plus de moyens en oeuvre dans la prise en charge du patient tabagique.

Il y aurait donc un intérêt à sensibiliser les médecins sur l'impact que peut avoir leur consommation de tabac dans leur prise en charge, notamment en terme de prévention.

Enfin, il semble que l'âge des médecins puisse avoir une influence sur le comportement de ces derniers. Ainsi, les médecins de moins de 40 ans connaissent plus (83,8% d'entre eux) le conseil minimal à l'arrêt du tabac que les médecins des autres tranches d'âge ( $p=0,006$ ).

L'abord du tabac à chaque consultation est fait pour 75,7% des médecins les plus jeunes et cela représente le plus gros pourcentage comparativement aux autres tranches d'âge ( $p=0,012$ ). Ces différents résultats indiquent une tendance encourageante vers une meilleure prise en charge du patient tabagique par les médecins généralistes les plus jeunes, et donc sortant de la faculté depuis quelques années.

Par ailleurs, on retrouvait de façon significative ( $p=0,032$ ) que les médecins âgés de plus de 60 ans disposaient le plus des brochures antitabac (66,7%), malgré cela, seulement 6,3% d'entre eux en distribuaient de façon systématique. De plus, les médecins les plus jeunes sont ceux qui ont le moins d'affiche anti-tabac dans leur salle d'attente (31,3%). Ces résultats peuvent indiquer l'ignorance des différents outils mis à leur disposition, des jeunes médecins généralistes, de part une information de l'HAS ou de l'INPES trop timide.

De plus, les jeunes médecins restent trop peu nombreux (48,3%) à adresser leurs patients vers un tabacologue. Les jeunes médecins ont souvent moins de « contact » en terme de confrères et de spécialistes vers qui adresser leurs patients. C'est une hypothèse pouvant expliquer ce résultat.

Cette étude présente des résultats encourageants avec une tendance des jeunes médecins à prendre en charge le patient tabagique de façon plus systématique, insistant plus sur le sevrage tabagique de façon régulière. Par ailleurs les jeunes médecins semblent « perdus » concernant les outils mis à leurs dispositions. Pourquoi ne pas prévoir lors de l'installation d'un médecin généraliste une formation (faite par l'HAS par exemple) ou la remise d'un livret lui indiquant les différentes façons d'accéder aux fiches, affiches et autres supports mis à sa disposition concernant la lutte contre le tabac. Bon nombre de médecins ne savent probablement pas que l'envoi des brochures INPES et affiches se fait de façon gratuite...

De plus, le médecin généraliste n'a pas forcément connaissance des différentes adresses de centre ou de spécialistes vers qui adresser son patient... Pourquoi ne pas prévoir un répertoire, mis à jour de façon régulière, recensant toutes les spécialités médicales présentes sur le territoire picard ? Ainsi en cherchant un tabacologue, le médecin généraliste se référant à ce répertoire, pourrait aisément trouver la personne, le centre, vers qui adresser son patient. Les médecins, notamment jeunes et installés depuis quelques années, peinent à trouver des spécialistes (par manque de connaissance en matière de territoire) vers qui adresser leur patient.

Par ailleurs sur le territoire picard, sur les pages jaunes, seuls 9 tabacologues sont référencés... Nous retrouvons ensuite des centres de prise en charge des addictions dépendant la plupart du temps des hôpitaux. Sur Amiens, la prise en charge de l'arrêt du tabac est faite dans des locaux prêtés par le CHU, mais gérés par une association (le Comité départemental de lutte contre les maladies respiratoires et la tuberculose). Le délai d'attente pour une consultation est de 3 à 4 semaines... difficile de proposer un rendez-vous pour sevrage à 4 semaines pour un patient désireux d'arrêter le jour de la consultation... Il y a nécessité de valoriser ce travail pour voir se développer plus d'adresses de tabacologue sur le territoire.

Par ailleurs, nous avons remarqué que les médecins fumeurs sont moins systématiques en matière de lutte contre le tabac que les médecins non-fumeurs. Il me semblerait essentiel de dépister les internes en médecine générale concernant le tabac. On pourrait ainsi leur proposer une aide, des informations pour leur propre sevrage. Pourquoi ne pas leur faire part des différentes études qui retrouvaient de façon significative de moins bonnes prises en charge face à un patient tabagique dans le sevrage du tabac ? Jamais au cours de nos études d'internat, nos professeurs se sont intéressés à notre statut tabagique. Pourquoi ne pas appliquer le conseil minimal de façon collective, sur les bancs de la faculté, à chaque début de cours ?

## CONCLUSION

Le médecin généraliste est un acteur indispensable dans la prise en charge du patient tabagique, notamment en terme de sevrage, de par sa proximité avec le patient. Il est recommandé au médecin généraliste d'utiliser le conseil minimal de façon systématique.

Cette étude nous a montré que la prise en charge du sevrage tabagique n'est pas optimale. La formation des internes tend vers une amélioration des connaissances des jeunes médecins en matière de prévention et de sevrage mais les efforts mis en place en ce sens doivent être poursuivis.

Nous avons remarqué que les médecins fumeurs évoquaient de façon moins systématique le tabac que leurs confrères non-fumeurs. Pourquoi les étudiants en médecine ne seraient-ils pas plus sensibiliser sur ce sujet ?

Le tabac est un sujet important dans la consultation du médecin généraliste. Notre étude présente des résultats encourageants qui laissent espérer un avenir meilleur dans la lutte contre le tabac. A quand l'utilisation du conseil minimal pour chaque médecin généraliste ? A quand le quota de médecins généralistes fumeurs réduit au néant ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (en ligne). Petites histoires du tabac. Disponible sur <http://www.inpes.santepubliquefrance.fr>.
2. Molière . Dom Juan. 1682. Acte 1 . Scène 1.
3. Abbé de l'Attaignant. 1697-1779. J'ai du bon tabac.
4. L'histoire du tabac. disponible sur <http://www.france-tabac.com>
5. OMS - Organisation mondiale de la santé. Aide mémoire N°339. Juillet 2015. Disponible sur [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr).
6. OMS - Organisation mondiale de la santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2015 - Augmenter les taxes du tabac. 2015.
7. HAS - Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques . Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours . Octobre 2014
8. INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le profil des fumeurs en France. 23 septembre 2014. Disponible sur <http://www.inpes.santepubliquefrance.fr>.
9. HAS - Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac . Janvier 2015
10. Le Figaro. Le Tabac en France : 14 milliards de recettes fiscales.18 mars 2015.
11. INPES -. Le produit : composition et effets sur l'organisme. 22 septembre 2014.
- 12 . Comité National Contre le Tabagisme. La composition de la fumée de tabac . Disponible sur <http://www.cnct.fr>.
13. OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Décès du au tabac en Europe. 2012. Avril. Disponible sur [www.euro.who.int/fr](http://www.euro.who.int/fr).
14. HAS - Haute Autorité de Santé. Stratégie thérapeutique d'aide au sevrage tabagique : efficacité efficience et prise en charge financière. 2007
15. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. la revue du praticien. mars 2012; Tome 62 n°3 ; 325-329.
- 16.A. Dansou, B. Maino, E. Lemarié. Addiction et conduites dopantes. Epidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. Addiction tabagique. La revue du praticien. 2012 ; vol.62 : 837-842.
17. Perriot J., Underner M., Doly-kuchik L. Tabac : quels risques pour la santé ? La revue du praticien. Mars 2012 ; tome 62 n°3 ; 333-336.
18. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking : 50 years observations on male British doctors. BJM. 26 juin 2004 ; 328(7455):1519-28.
19. Scanlon PD., Connett JE., Waller LA., Altose MD., Bailey WC., Buist AS., and al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. Am J Respir Crit Care Med 2000;161(2 Pt 1):381-90.
20. Centers for Disease control and Prevention. U.S. Department of Health and Human. A report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health ; CDC ; 2000.
21. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Saint Denis: Afssaps; 2003
22. INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004. Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr>.
23. HAS - Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles. octobre 2014. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_criteres\\_dsm-iv\\_abus\\_dependance\\_sevrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf).



24. HAS - Haute Autorité de Santé. Avis N° 2015.0100/AC/SBPP. 4 novembre 2015. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/a\\_2015\\_0100\\_reponse\\_courrier\\_dgs\\_actualisation\\_rbp\\_tabac.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/a_2015_0100_reponse_courrier_dgs_actualisation_rbp_tabac.pdf).
25. Guide OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Le rôle de professionnels de santé dans la lutte anti-tabac. Comment lutter contre l'épidémie de tabagisme.. Journée Mondiale Sans Tabac 31 mai 2005.
26. INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé des Médecins Généralistes. 2009.
27. ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Service évaluation des pratiques. Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique. Juin 2004.
28. ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'arrêt de la consommation de tabac. conférence de consensus 1998.
29. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2015.
30. La démographie médicale et région Picardie. Situation en 2015. Ordre National des médecins.
31. Underner M. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. 2006. CHU Poitiers.
32. Pipe A., Sorensen M., Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients : An international survey. Patient Educ Couns. 2008. Janvier ; 74(1):118-23.
33. Martinez A. Etat des lieux dans les pays de la Loire de l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme de leurs patients. CHU Angers. 2016.
34. Depinoy D., Vannobel R. Médecins généralistes et patients fumeurs : des occasions manquées ? Rev Prat Med Gen 2006 ; 20 ; 18 1-6.
35. Ventelou B., Videau Y., Combes J.B., Paraponaris A., Verger P. Prévention et santé publique en PACA. Rev prat Med Gen 2007 ; 21 ; N°778/779 ; 737-8.
36. Guilbaud G. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste : point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis. Université de Nantes. 2007.
37. Le Maitre B., Ratte S., Stoebner-Delbarre A. Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens. Collection conduites. doin éditeurs. 2005
38. Popeller AL., Duhaot D., Kandel O. Quels sont les critères déterminants la durée et la consultation en médecine générale ? Exercer la revue française de médecine générale. 2008; 80(suppl):56 - 7.
39. Garriges-Naserzadeh N., Sasco AJ., Lang F., Vernon JM. Le médecin généraliste face à un patient fumeur : comment sont dépistés le tabac et ses conséquences respiratoires ? 2002.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Test de Fagerström en 6 questions.

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

Dans les 5 premières minutes = 3

Entre 6 et 30 minutes = 2

Entre 31 et 60 minutes = 1

Après 60 minutes = 0

2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?

Oui = 1

Non = 0

3. À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement?

La première le matin = 1

N'importe quelle autre = 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne?

10 ou moins = 0

11 à 20 = 1

21 à 30 = 2

31 ou plus = 3

5. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?

Oui = 1

Non = 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée?

Oui = 1

Non = 0

#### SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques.

#### SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. Si toutefois le sujet souffrait de manque, un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...) peut être prescrit.

#### SCORE DE 5 À 6 :

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite.

#### SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée.

## Annexe 2 : Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)  
La plupart du temps = 3  
Souvent = 2  
De temps en temps = 1  
Jamais = 0
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois  
Oui, tout autant = 0  
Pas autant = 1  
Un peu seulement = 2  
Presque plus = 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver  
Oui, très nettement = 3  
Oui, mais ce n'est pas trop grave = 2  
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas = 1  
Pas du tout = 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses  
Autant que par le passé = 0  
Plus autant qu'avant = 1  
Vraiment moins qu'avant = 2  
Plus du tout = 3
5. Je me fais du souci  
Très souvent = 3  
Assez souvent = 2  
Occasionnellement = 1  
Très occasionnellement = 0
6. Je suis de bonne humeur  
Jamais = 3  
Rarement = 2  
Assez souvent = 1  
La plupart du temps = 0
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)  
Oui, quoi qu'il arrive = 0  
Oui, en général = 1  
Rarement = 2  
Jamais = 3
8. J'ai l'impression que tout ralentit  
Presque toujours = 3  
Très souvent = 2  
Parfois = 1  
Jamais = 0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué  
Jamais = 0  
Parfois = 1  
Assez souvent = 2  
Très souvent = 3
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence  
Plus du tout = 3  
Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais = 2  
Il se peut que je n'y fasse plus autant attention = 1  
J'y prête autant d'attention que par le passé = 0
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place  
Oui, c'est tout à fait le cas = 3  
Un peu = 2  
Pas tellement = 1  
Pas du tout = 0
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses  
Autant qu'avant = 0  
Un peu moins qu'avant = 1  
Bien moins qu'avant = 2  
Presque jamais = 3
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique  
Vraiment très souvent = 3  
Assez souvent = 2  
Pas très souvent = 1  
Jamais = 0
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision  
Souvent = 0  
Parfois = 1  
Rarement = 2  
Très rarement = 3

### Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = \_\_\_\_\_

### Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

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

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

### Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux 300 médecins de l'échantillon

#### Le conseil minimal à l'arrêt du tabac en médecine générale

*Merci d'entourer vos réponses*

##### **A) Identité du médecin généraliste :**

1) Etes-vous :	Une Femme	Un Homme	
2) Votre tranche d'âge :	Moins de 40 ans	Entre 40 et 60 ans	Plus de 60 ans
3) Exercez-vous dans une maison de santé pluridisciplinaire ?	oui	non	

##### **B) Statut tabagique du médecin généraliste :**

4) Etes-vous :	Fumeur	Ex-fumeur	Non-fumeur
5) Si « Fumeur » : avez-vous déjà souhaité arrêter ?	oui	non	

##### **C) Conseil minimal à l'arrêt du tabac :**

6) Savez-vous ce qu'est le conseil minimal à l'arrêt du tabac ?	oui	non		
7) Avec vos patients fumeurs, évoquez-vous l'arrêt du tabac à chaque consultation ?	oui	non		
8) Si « oui » : Utilisez-vous le test de Fagerstrom de façon systématique ?	oui	non		
9) Si « non » : pourquoi ?	Manque de temps	Peu d'intérêt de se répéter	Par oubli	autre
10) Disposez-vous, dans votre cabinet médical, de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs ?	oui	non		
11) Si « oui » : En distribuez-vous à chaque consultation du patient tabagique ?	oui	non		
12) Dans votre salle d'attente, y a-t-il des « affiches anti-tabac » ?	oui	non		
13) Adressez-vous facilement vos patients désireux d'arrêter le tabac vers un tabacologue ?	oui	non		

## **ETAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DU CONSEIL MINIMAL A L'ARRET DU TABAC PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE PICARDIE.**

### RESUME

Introduction : Le tabagisme, principale cause évitable de mortalité dans le monde, constitue un problème majeur de santé publique dans le monde et en France. La lutte contre le tabac est donc un enjeu majeur au sein de la pratique de médecine générale.

Méthodes : L'objectif principal était d'établir un état des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. L'objectif secondaire évaluait l'impact du tabagisme du médecin concernant cette prise en charge. Il s'agissait d'une enquête épidémiologique descriptive. Un questionnaire de 12 questions à choix multiples a été envoyé par courrier postal à 300 médecins généralistes picards, tirés au sort. Le taux de réponses était de 43,6%. Les résultats ont été analysés de façon descriptive et une analyse bivariée avait été faite.

Résultats : 62,3% des médecins généralistes connaissaient le conseil minimal à l'arrêt du tabac, avec 65,9% des médecins non fumeurs le connaissant contre 53,3% des médecins fumeurs. Les médecins les plus jeunes évoquaient plus le conseil minimal que les médecins de plus de 60 ans ( $p=0,006$ ). 55,8% des praticiens évoquaient le tabac à chaque consultation avec le patient fumeur avec une majorité de médecins non fumeurs (59,8%), ou âgés de moins de 40 ans (75,7%).

Conclusion : Des efforts ont été faits en matière de sevrage tabagique. Ils doivent être poursuivis pour espérer une généralisation de la pratique du conseil minimal. Le tabagisme du médecin représente un impact dans la prise en charge de son patient fumeur, il faudrait donc dépister et accompagner les étudiants en médecine afin d'éradiquer le tabac chez les futurs médecins.

Mots clés : conseil minimal - arrêt du tabac - médecin généraliste - dépistage

## **INVENTORY OF THE USE OF INIMAL ADVICE TO STOP SMOKING BY GENERAL PRACTITIONER IN PICARDIE.**

### ABSTRACT

Objectives : Smoking is the main avoidable cause of death and a major public health problem in the world and in France. Struggle against smoking is a priority for general practitioners.

Methods : On the one hand, the main purpose is to determine the state of use of minimum advice method about smoking cessation for general practitioner in Picardie. On the other hand, the second goal is to evaluate if the smoker-doctors have an impact on the quality of advice they offer to the patients. We have decided to use a descriptive analysis method based on a twelve multi-choices questions survey. We have sent this survey at three hundred doctors in Picardie (random targets). We get a feedback rate of 43.6%.

Results : 62.3% of the doctors know the minimum advice about smoking cessation, 65.9% are non-smokers and 53.3% are smokers. The youngest doctors get better results than the 60 years old and more doctors. 55.8% of the practitioners talk about the minimum advice method to the patients, specifically when they are non-smokers (59.8%) or younger than 40 years old (75.7%).

Conclusions : We observe an improvement of the minimum advice method about smoking cessation and this effort must continue in the next years. The nicotine addiction of the doctors shows clearly an impact on the way the doctors communicate to their patients. We are convinced that a non-smoking campaign to the medical students could have a positive result and could improve the percentage values above.

Keywords : minimal advice - smocking cessation - general practitioner - screening