

**Stratégies du médecin généraliste picard dans le
sevrage tabagique :**
**Influence du statut tabagique du médecin sur la
prise en charge.**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
GENERALE (DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement
Le 02 mars 2017 par

Thibault DESCAMPS

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Isabelle RAULT

A mon président du jury,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A ma juge,

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Vous m'avez guidé dans mon travail et vous m'avez donné de votre temps.

Vous m'avez apporté une aide plus que précieuse.

Soyez assurée de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Psychiatrie Adultes)

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury.

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements et mon respect.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Isabelle RAULT

Praticien hospitalier

(Pneumologie)

Merci d'avoir accepté la responsabilité de diriger ma thèse, et surtout merci d'avoir parfaitement rempli ce rôle.

Tu as su me guider dans mes moments de doute et j'ai conscience du fait que tu t'es énormément investie dans ce travail.

Ça me fait bizarre de t'appeler « madame » alors qu'on a grandi l'un à côté de l'autre (enfin moi un peu plus que toi), mais j'ai appris à connaître la pédagogie dont tu as fait preuve à chaque instant.

Madame mon amie, tu es un grand médecin. Les futurs thésards qui te choisiront comme directrice de thèse seront chanceux (mais je pense que tu vas temporiser un peu avant d'encadrer le prochain, n'est-ce pas ?).

A Fanny : Ta présence à mes côtés depuis toutes ces années est apaisante, faisant de la vie un long fleuve tranquille, sans les familles Groseille ni Le Quesnoy. Mi aime aou et comme dirait Jojo : « Tu es pour moi la seule musique qui fait danser les étoiles sur les dunes ». Allons faire un tour maintenant.

A mes parents : Vous m'avez toujours soutenu, aimé et accompagné. Vous êtes mes modèles, tant dans ma vie professionnelle que dans ma vie personnelle. Ca y est, les études sont enfin finies !

A Pauline, Camille et Renaud : Je chéris tous les moments passés ensemble, nos discussions parfois animées, nos fous rires, nos voyages. Si on ne choisit pas sa famille, je suis content de celle qui est la mienne.

Merci également à Gisèle et à Annie.

A Patricia, Claude, Stéphane, Cécile et les crapauds : Merci de m'avoir accueilli comme un membre de votre famille. Patricia, merci pour la relecture.

A mes cousins et cousines, mes oncles et tantes : Merci pour les encouragements, les réunions familiales, les 400 coups, les mariages et toutes ces occasions de nous réunir.

A mes grands-parents qui auraient été fiers d'assister à ce moment.

A mes potes, mes nombreux potes, tellement nombreux que je devrais faire une page pour tous vous citer. Du coup, j'en cite pas, comme ça il n'y a pas de jaloux. Il n'y aura pas non plus le petit frisson de voir votre nom imprimé, mais c'est la vie ! Je suis chanceux de vous avoir, car vous êtes ma deuxième famille.

A Zoé, ma filleule, et toute la marmaille qui nous entoure : c'est toujours avec joie que je vous retrouve, parce que je joue plus souvent avec vous qu'avec vos parents.

Petite dédicace pour la traduction au Joni Boy. Mention spéciale à Antoine pour ses conseils statistiques (tu devrais peut-être intégrer le département santé de l'Insee).

Je remercie les médecins qui ont pris le temps de répondre au questionnaire en ligne et leurs secrétaires pour leur gentillesse. Je remercie également les médecins qui ont répondu aux entretiens.

Je remercie le personnel administratif de la B.U et de la faculté d'Amiens pour leur disponibilité.

« En essayant continuellement, on finit par réussir. Donc, plus ça rate, plus on a de chance que ça marche. »

Jacques Rouxel, *Devise Shadok*.

A la Réunion et aux Réunionnais.

Table des matières

Abréviations	13
Introduction	14
I. Mise en contexte	14
II. Impact du tabagisme	15
II.1 Prévalence du tabagisme	15
II.2 Morbimortalité liée au tabagisme	15
II.3. Le « coût social » du tabagisme	16
III. Le sevrage tabagique	16
III.1. Le tabagisme en tant qu'addiction	17
III.2. Le modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et Di Clemente	18
III.3. Objectif du sevrage.	19
III.4. Les recommandations de la HAS	19
III.5. Les aides extérieures	22
IV. Le médecin généraliste: rôle dans le sevrage et expérience personnelle de la cigarette	23
IV.1 Rôle du médecin généraliste	23
IV.2 Le médecin et son expérience personnelle du tabagisme	24
V. Justifications du travail	24
Matériel et méthode	25
I. Objectifs	25
II. Type d'étude et population étudiée	25
III. Recrutement	26
IV. Recueil des données	26
IV.1. Le questionnaire en ligne	26
IV.2. Les entretiens	27
V. Interprétation des données	28
V.1. Le questionnaire en ligne	28
V.2. Méthode statistique	29
V.3. Le questionnaire en vis-à-vis	29
VI. Références bibliographiques	29
Résultats	30
I. Caractéristiques de la population étudiée	30
I.1. Données socio-démographiques	30
I.2. Le statut tabagique du médecin	31
II. La préparation au sevrage	31
II.1. L'abord du sevrage	31
II.2. Le conseil minimal	32
II.3. Le questionnement au fumeur	34
III. Les moyens utilisés	35

III.1. Stratégies globales	35
III.2. Les TNS	36
III.3. La cigarette électronique	37
IV. L'accompagnement du patient dans l'abstinence	38
IV.1. Organisation du suivi	38
IV.2. Difficultés rencontrées	39
IV.3. Sentiment d'efficacité dans la prise en charge	40
V. Résultats concernant l'impact du statut tabagique dans la prise en charge	41
V.1 Le conseil minimal	41
V.2 Les moyens utilisés	42
V.3 L'organisation du suivi	42
V.4 Difficultés majeures responsables des échecs	43
V.5 Evaluation de l'influence de son statut tabagique par le médecin	43
VI. Résultats des entretiens semi-directifs	44
VI.1 Les médecins n'ayant jamais fumé : aucune influence	44
VI.2 Influence de l'expérience de la cigarette sur le dépistage	45
VI.3 Influence de l'expérience de la cigarette sur l'interrogatoire du fumeur	45
VI.4 Influence de l'expérience de la cigarette sur les moyens utilisés	46
VI.5 Influence de l'expérience de la cigarette sur le suivi	46
VI.6 Thèmes spontanément abordés	47
VII. Réponses aux objectifs	49
Objectif principal	49
Objectif secondaire	50
Discussion	51
I. Forces et faiblesses de l'étude	51
II. Stratégie globale des médecins	52
III. La particularité du statut de remplaçant	56
IV. L'influence du statut tabagique	57
Conclusion	60
Bibliographie	61
Annexes	64
Annexe 1 : Questionnaire de Fagerström en 6 questions.	64
Annexe 2 : Q-MAT, questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac.	65
Annexe 3 : Questionnaire en ligne.	66
Annexe 4 : Questionnaire des entretiens semi-directifs.	70

Abréviations

AFNOR	Association française de normalisation
AMM	Autorisation de mise sur le marché
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
E-cigarette	Cigarette électronique
EMA	Agence Européenne du médicament (European Medicines Agency)
FDR	Facteur de risque
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la santé
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Q-MAT	Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac
TAD	Troubles anxiodépressifs
TCC	Thérapies comportementales cognitives
TNS	Traitement nicotinique de substitution
VS	Versus

Introduction

I. Mise en contexte

« *Le tabagisme est un comportement appris et entretenu par une dépendance dont la nicotine est le principal responsable* » selon Gilbert Lagrue, néphrologue et pionnier de la lutte contre le tabac dans les années 1950 en tant que cofondateur de la Société française de tabacologie.

Conscient de la nécessité de poursuivre et d'intensifier cette lutte, le ministère de la Santé a exposé un programme national de réduction du tabagisme à l'occasion de la présentation du Plan Cancer 2014-2019. Un des axes : « Aider les fumeurs à arrêter de fumer », repose sur la sensibilisation des équipes des services de soins à l'arrêt du tabac ainsi que le renforcement de l'offre et de la pratique du sevrage tabagique (1).

En Picardie en 2010, 69,1 % des fumeurs quotidiens interrogés ont déclaré avoir déjà arrêté de fumer volontairement durant au moins une semaine (2). Certaines personnes décident d'arrêter de fumer de façon autonome, mais 97 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide (3). Et, en l'absence d'accompagnement, les rechutes du sevrage tabagique surviennent dans près de 80 % des cas dans l'année suivant l'arrêt (4). C'est pour cela que l'action du médecin généraliste peut parfois être déterminante.

Le médecin généraliste est un acteur central de la prévention. Selon la définition de la WONCA (Organisation mondiale des médecins généralistes), il « *est habituellement le premier contact avec le système de soins, [...] prenant en compte tous les problèmes de santé* » et il « *favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace* ».

Ce rôle est parfaitement intégré puisque les médecins généralistes sont plus de 99 % à déclarer que la prévention du tabagisme fait partie de leur rôle (5).

L'approche du fumeur est différente des soins « traditionnels » car, comme le rappelait Gilbert Lagrue en 2003, « toute addiction est une maladie chronique, évoluant sur des années et impliquant une prise en charge et une surveillance prolongée. Il faut lui appliquer les données maintenant établies pour les affections telles que l'hypertension artérielle et le diabète, avec cette difficulté supplémentaire liée à l'existence d'une dépendance » (6).

II. Impact du tabagisme

II.1 Prévalence du tabagisme

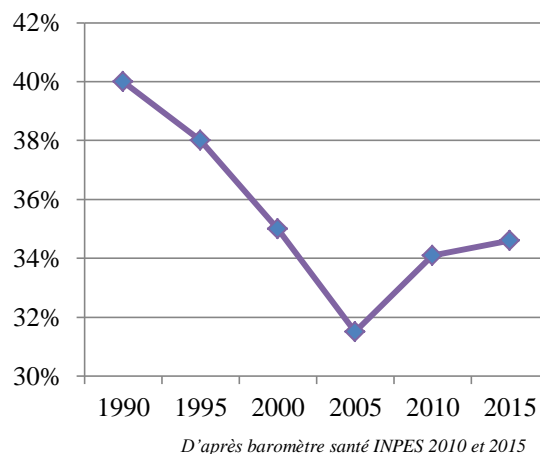
Après une hausse récente, la prévalence du tabagisme en France s'est stabilisée depuis les années 2010 pour atteindre 34,1 % en 2014 (*figure 1*). 28,8 % des Français étaient des fumeurs quotidiens et la part des ex-fumeurs s'élevait à 31 %.

La France se situait dans la partie haute du tableau par rapport à ses homologues européens. En effet, on comptait en Europe 26 % de fumeurs et 20 % d'ex-fumeurs en 2014 (7).

La situation est stable, puisqu'en 2015, le tabagisme actif concernait 34,6 % des français (8).

En Picardie, les chiffres issus du baromètre santé 2010 de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la santé) estimaient la part de fumeurs quotidiens à 31 % contre 29,1 % dans la France entière (2).

Figure 1: Evolution du tabagisme en France depuis les années 1990



II.2 Morbimortalité liée au tabagisme

On estime que le tabac entraînerait une mortalité 1,8 fois plus importante chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (9).

En France en 2010, le tabac était responsable de 14 % des décès toutes causes confondues et aurait constitué la première cause de mortalité évitable (10). Il aurait été directement responsable de 20 000 décès par maladie cardio-vasculaires et de 11 000 décès par maladies respiratoires.

Le tabac est la cause directe ou un facteur favorisant pour 17 localisations différentes de cancers. Il est responsable de plus de 8 cancers du poumon sur 10, de près de 70 % des cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage) et de 50 % des cancers de la vessie. Presque 31 % des cancers lui seraient imputables (10).

Sur la période 2009-2011, la Picardie présentait une surmortalité pour les 3 groupes de pathologies liées au tabac chez l'homme. Elle était supérieure à la moyenne nationale de 17 % pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, de 14 % pour les cardiopathies ischémiques et de 31 % pour les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (2) .

II.3. Le « coût social » du tabagisme

Le « coût social » du tabagisme correspond à la différence entre les coûts engendrés par la population des fumeurs (les dépenses moins les recettes) et les hypothétiques coûts engendrés si cette même population ne fumait pas (disparition des revenus liés à la vente du tabac mais disparition de son impact sur l'économie de la santé...). Le cabinet d'économie Microeconomix estimait ce coût social à 15,7 milliards d'euros en 2013 en France. Si l'on voulait que le coût social du tabagisme soit nul, il faudrait fixer le prix du paquet à un peu plus de 13 euros (11).

Cet impact néfaste que fait subir le tabagisme sur l'économie se vérifie à l'échelle mondiale. Dans un communiqué de presse publié en janvier 2017 et intitulé « La lutte antitabac permet d'économiser des milliards de dollars et de sauver des millions de vies », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) confirme que « la lutte contre le tabac n'a pas d'effets négatifs sur l'économie » et qu' « elle réduit la charge sanitaire et économique disproportionnée que fait peser la consommation du tabac sur les pauvres » (12).

III. Le sevrage tabagique

Une étude menée par l'université de Georgetown de Washington montre que le tabagisme a causé près de 18 millions de morts en 50 ans aux USA mais que les mesures dissuasives prises depuis 1965 auraient permis d'épargner 8 millions de vies (13).

III.1. Le tabagisme en tant qu'addiction

A. L'addiction

Selon le *Traité d'addictologie (Reynaud et al.)* (4), on peut définir l'addiction comme la combinaison de 2 facteurs :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

B. Le craving

Le craving correspond à l'envie irrésistible de fumer alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là. Il s'agit d'une notion nouvellement intégrée au sein des « troubles d'utilisation de substance » de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V)*. Bien que le craving soit souvent rapporté comme facteur précipitant de la rechute, il ne l'est pas systématiquement (4).

C. Le syndrome de sevrage tabagique

Le sevrage tabagique est l'arrêt de la consommation du tabac afin de s'affranchir de la dépendance induite par ce dernier. L'OMS définit le syndrome de sevrage comme « l'ensemble des symptômes survenant lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive ».

Dans le cadre du sevrage tabagique, ces manifestations sont physiologiques (baisse de la fréquence cardiaque...) mais surtout psychologiques (augmentation de l'irritabilité, de l'anxiété...) (14). Le syndrome de sevrage est l'un des indicateurs de la présence d'un syndrome de dépendance.

D. Le syndrome de dépendance

Selon l'OMS, la notion de dépendance psychique ou comportementale fait référence à la consommation incontrôlée de tabac, tandis que la dépendance physique concerne la tolérance et les symptômes de sevrage.

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance au tabac consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de fumer. L'acteur majeur de la dépendance au tabagisme est la nicotine.

En 2014, 59,5 % des fumeurs disaient vouloir arrêter de fumer (15), et une étude menée sur 6 937 fumeurs montrait que 50 % d'entre eux mettaient 26 ans à arrêter de fumer (16).

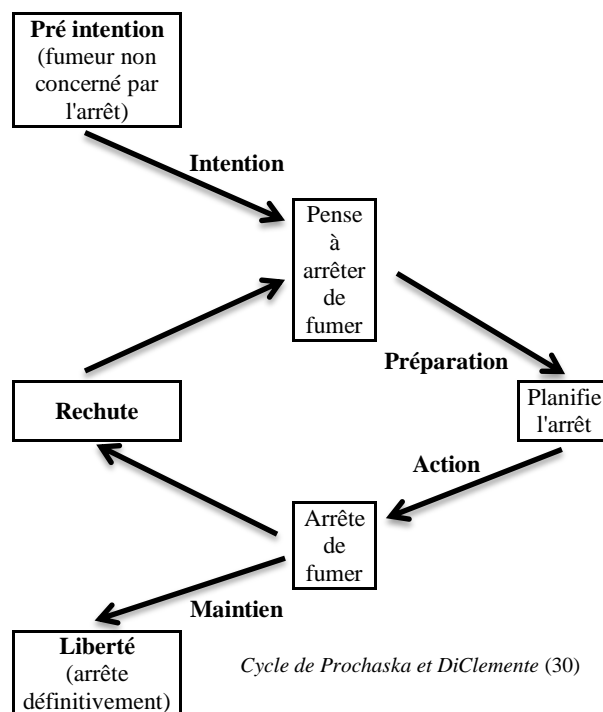
Certaines personnes décident d'arrêter de fumer de façon autonome, mais, sans accompagnement, elles seront 80 % à rechuter dans l'année (4). La dépendance au tabagisme est forte. La HAS affirme même qu' « il est plus difficile d'arrêter de fumer que d'arrêter de consommer de l'alcool, du cannabis ou de la cocaïne » (17).

III.2. Le modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et Di Clemente

Il s'agit d'une théorie basée sur les étapes de motivation par lesquelles passeraient les fumeurs au cours de leur sevrage.

Ces étapes sont les suivantes :

- * La **pré-intention** : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique.
- * L'**intention** : il envisage le sevrage.
- * La **préparation/prise de décision**.
- * L'**action** : il est activement engagé dans le changement.
- * Le **maintien** dans l'abstinence : il a fait des changements et est abstinent (**liberté**) mais il doit rester vigilant en cas de **rechute**.



D'après cette théorie, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape où les patients se trouvent, pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite. Ainsi, pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faudrait tenir compte du stade du cycle où elle se trouve (3).

III.3. Objectif du sevrage.

En France en 2015, la prévalence du tabagisme quotidien était de 28,8 % et celle du tabagisme occasionnel de 5,7 % (8).

Si la quantité de cigarettes fumées peut être déterminante sur l'état de santé, la durée d'exposition est tout aussi délétère. La consommation de 1 à 10 cigarettes par jour est un facteur de risque de mortalité prématurée en grande partie par cancer broncho-pulmonaire. Même la persistance d'une faible exposition, moins d'une cigarette par jour, entraîne un risque de décès par cancer broncho-pulmonaire plus de 10 fois supérieur à celui du patient non-fumeur (18).

D'autre part, seule une diminution du tabagisme de plus de 85 % ralentit le déclin du VEMS chez les patients BPCO (résultats de la *Lung Health Study*).

L'objectif final du sevrage tabagique doit donc être d'atteindre une abstinence totale et de maintenir cette abstinence à long terme (3).

III.4. Les recommandations de la HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2013 des recommandations de bonne pratique concernant l'arrêt de la consommation de tabac définissant les outils, les conseils, les attitudes et les thérapeutiques que peuvent adopter les professionnels de santé dans le dépistage, l'accompagnement et le maintien dans l'abstinence du patient fumeur (3).

A. Le conseil minimal

Il consiste en deux questions simples à poser à chaque patient qui consulte : « Fumez-vous ? » et, s'il répond par la positive, « Désirez-vous arrêter de fumer ? ». Le fait de poser ces deux questions systématiquement doublerait le taux de succès d'arrêt à un an comparativement à un arrêt spontané (19).

Voilà comment la HAS en 2008 résumait cet instant du colloque singulier : « L'action du médecin consistera toujours à se renseigner systématiquement sur le statut tabagique du patient, son désir d'arrêter, et à lui exprimer de façon claire et sans équivoque son opinion. Ensuite, en fonction du temps disponible et du patient, le conseil minimal peut être suivi d'un conseil bref et, éventuellement, d'une discussion plus approfondie ».

Ce conseil minimal correspondrait aux 3 premiers « A » des recommandations américaines (« 5 A »):

- *Ask* : Interroger sur la consommation de tabac.
- *Advise* : Conseiller d'arrêter.
- *Assess* : Vérifier la motivation à l'arrêt du tabac.
- *Assist* : Aider au sevrage.
- *Arrange follow up* : Organiser le suivi.

B. Les outils d'évaluation

La HAS préconise l'utilisation du *test de Fagerström* qui permet d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine en fonction du score obtenu (*annexe 1*).

D'autres échelles peuvent également être utilisées, comme le *Q-MAT*, Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac s'intéressant au degré de motivation du fumeur (*annexe 2*).

C. L'arsenal thérapeutique

En 2015, on évaluait à 1 782 000 le « nombre de patients traités » (estimé en fonction du volume brut des ventes) (20).

a. Les Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS)

Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) réduiraient l'envie de fumer et les symptômes de manque grâce à un apport ciblé en nicotine. Pouvant être obtenus en officine sans prescription, ils bénéficient d'un forfait de prise en charge qui a augmenté en novembre 2016 pour atteindre 150 euros par an pour tous les patients, dès lors qu'ils sont prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits.. Le droit de prescription des TNS a été élargi, notamment aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes

Les galéniques sont nombreuses (gomme, comprimés, patch, dispositif transdermique, sprays buccaux...). En monothérapie, les TNS augmenteraient de 2 à 3 fois les chances d'arrêter de fumer à 6 mois (21); mais ils peuvent être associés à d'autres thérapeutiques.

Plusieurs études contrôlées ont montré une bonne tolérance et parfois une meilleure efficacité de l'association de deux substituts nicotiniques afin d'obtenir une posologie optimale (3). Cette association doit s'effectuer sous le contrôle d'un médecin.

b. Les Thérapies Comportementales Cognitives (TCC)

Les thérapies comportementales cognitives (TCC) ont pour objectif de promouvoir un changement de fonctionnement du patient. Le but est de modifier les pensées (appelées « pensées dysfonctionnelles ») que les patients élaborent pour justifier les comportements d'addiction. Ces pensées entraînent des actes ou des croyances inadaptés vis-à-vis du tabagisme. Les TCC nécessitent un suivi régulier du patient et un thérapeute formé, et permettraient de multiplier par deux le taux d'abstinence à 6 mois (22).

c. La cigarette électronique (e-cigarette)

La cigarette électronique ne constitue pas un dispositif médical et est donc vendue librement dans le commerce. Son arrivée sur le marché en 2012 coïncide avec une baisse du volume de vente des traitements pour l'arrêt du tabac de 12 % entre 2012 et 2014 (20).

En 2015, la France comptait 3 % de vapoteurs quotidiens. La part des personnes utilisant la e-cigarette et n'ayant jamais fumé auparavant était de 3 % (8), la cigarette électronique ne séduit pas la population des non-fumeurs.

Il s'agit d'un appareil électronique schématiquement composé d'une batterie et d'un réservoir dans lequel se trouve une résistance, également appelée « atomiseur ». On remplit le réservoir à l'aide d'un « liquide à vapoter » composé majoritairement de propylène glycol et de glycérine végétale. La concentration en nicotine de ces liquides est variable (pouvant aller de 0 à 16 mg/ml). Ce liquide est alors chauffé par l'atomiseur afin de produire un aérosol imitant la fumée du tabac. L'effet recherché est la reproduction du « hit », cette sensation que recherche le fumeur lors du passage de la fumée dans l'arrière gorge.

Les cigarettes électroniques avec nicotine semblent avoir une efficacité voisine de celle des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique (23).

Même si actuellement il persiste des interrogations à son sujet, le Haut Conseil de la Santé Publique concluait que « pour les fumeurs ayant envie d'arrêter, la consommation d'e-cigarette est un outil de réduction des risques lorsqu'il amène au sevrage » (24). En 2015, l'Académie de médecine confirmait que « la toxicité de l'e-cigarette est bien moindre que celle du tabac fumé » et qu'il s'agit donc d'un « outil utile à la réduction de la mortalité, mais aussi de la morbidité tabagique » (25).

d. Le bupropion (Zyban®) et la varenicline (Champix®)

Le bupropion, antidépresseur, a bénéficié d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2001 dans le cadre du sevrage tabagique de l'adulte. Il réduirait l'envie de fumer et les symptômes de manque (21). L'agence européenne du médicament (EMA) a confirmé le rapport bénéfice/risque favorable en 2002, mais son efficacité pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois n'est pas supérieure aux TNS.

La varenicline, agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine, a bénéficié d'une AMM en 2006 dans le cadre du sevrage tabagique de l'adulte. Elle soulagerait les symptômes de manque et réduirait le plaisir de fumer (21). Bien qu'à priori son efficacité soit supérieure à celle du bupropion à 12 semaines, elle n'a pas montré de supériorité par rapport aux TNS (3). La commission de la transparence de la HAS a conclu en 2009 à un rapport efficacité/effets indésirables moyen, conclusion confirmée en 2011 par l'EMA.

Ces 2 traitements ne sont dispensés que sur prescription médicale. Selon l'avis de la HAS, ils ne doivent être utilisés qu'en seconde intention après échec des TNS, dans des cas particuliers et sous surveillance étroite des patients.

e. Les alternatives thérapeutiques

Du fait de la limite concernant la qualité et la quantité des études, la HAS n'a pas trouvé de preuve d'efficacité de l'hypnothérapie et de l'acupuncture dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. Il en est de même pour l'activité physique. L'homéopathie reste sujette à controverse. Ces pratiques, parfois sous-spécialités de médecine générale, appartiennent cependant à l'arsenal thérapeutique du sevrage tabagique.

III.5. Les aides extérieures

Ce sont celles qui peuvent être apportées par un acteur extérieur au cabinet de médecine générale.

Ces aides peuvent provenir des confrères spécialistes en tabacologie (tabacologue, centre de consultation en tabacologie, centre de lutte contre les addictions...) vers lesquels le médecin généraliste peut orienter son patient.

Les institutions comme Tabac Info Service ou le ministère de la Santé peuvent apporter une aide. Elle peut prendre la forme de brochures, affiches, assistance téléphonique ou en ligne à destination du patient (guidance individuelle par un professionnel de santé) ou du praticien, voire de campagnes de prévention ou de sensibilisation (« Moi(s) sans tabac », Journée mondiale contre le tabagisme...).

IV. Le médecin généraliste: rôle dans le sevrage et expérience personnelle de la cigarette

IV.1 Rôle du médecin généraliste

En 2011, plus de 95 % des médecins généralistes s'accordaient à dire que la prévention devait être faite par eux-mêmes et qu'ils envisageaient de manière moins fréquente la mise en œuvre de la prévention par d'autres professionnels.

Cette même année, 68,6 % des médecins généralistes déclaraient avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours (5). La part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours a presque doublé en 10 ans (26). Même si les patients ne vont pas systématiquement consulter leur médecin généraliste pour un sevrage, 75 % des fumeurs ayant reçu des conseils pour arrêter de fumer de la part de leur médecin avaient déclaré que cela leur a fait penser à arrêter de fumer (21).

Pour 90 % des médecins, le tabagisme est un sujet facile à aborder, et les opportunités peuvent être nombreuses pour l'aborder au cours d'une consultation « ordinaire » (aggravation d'une pathologie respiratoire, rédaction d'un certificat, suivi de grossesse...).

Le médecin doit identifier les patients fumeurs et, même si ces derniers ne sont pas demandeurs de sevrage, le praticien peut être l'initiateur d'une réflexion par l'utilisation du conseil minimal. Si le patient est demandeur de sevrage, le médecin doit l'accompagner par une prise en charge adaptée, le but étant l'abstinence et le maintien dans cette abstinence.

IV.2 Le médecin et son expérience personnelle du tabagisme

Une enquête menée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de médecins français rapportait une prévalence du tabagisme de 21% et une proportion d'ancien fumeur de 26 % (27).

La problématique soulevée lorsque l'on évoque le tabagisme des médecins est de savoir si cela peut influencer leur attitude vis-à-vis de leurs patients fumeurs. En 1987, une première étude française mettait en évidence une pratique moins fréquente du conseil à l'arrêt du tabac chez les médecins fumeurs (28). Une étude menée 20 ans plus tard auprès de 2 836 médecins généralistes dans 16 pays tirait les mêmes conclusions (29).

V. Justifications du travail

Les recommandations de la HAS s'adressent aux professionnels de santé de premier recours (sages-femmes, gynécologues, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers scolaires, médecins du travail...). Mais le médecin généraliste, en tant que pivot de la prévention, est certainement le professionnel intervenant le plus fréquemment dans le sevrage tabagique.

La HAS préconise des interventions combinant soutien comportemental et pharmacothérapie car elles améliorent le succès du sevrage tabagique par rapport à une intervention minimale (3). Parmi les différentes stratégies proposées, j'ai cherché à identifier celles les plus fréquemment mises en place par le médecin généraliste dans le cadre du sevrage tabagique.

En tant qu'individu faisant partie intégrante de la société, le médecin peut avoir une expérience personnelle (ou non) du tabagisme. Cette expérience semble avoir une influence sur le conseil minimal, mais je me suis interrogé sur l'existence d'une influence du statut tabagique sur les autres outils utilisés dans le sevrage tabagique.

Je me suis donc demandé s'il existait des différences dans les stratégies employées dans le sevrage tabagique en fonction du statut tabagique du médecin généraliste picard.

Matériel et méthode

I. Objectifs

Objectif principal : Observer les différences dans l'abord et la prise en charge du sevrage tabagique en fonction du statut tabagique du médecin généraliste en Picardie.

Objectif secondaire : Etudier les stratégies adoptées par le médecin généraliste picard dans la prise en charge du sevrage tabagique.

II. Type d'étude et population étudiée

Première partie : Etude épidémiologique descriptive observationnelle réalisée en Picardie durant les mois de novembre et décembre 2016.

Deuxième partie : Réalisation d'entretiens semi-directifs menés en Picardie au cours du mois de janvier 2017. L'entretien semi-directif permet aux personnes interrogées, au cours d'une discussion en face-à-face, de s'exprimer librement autour du thème proposé par l'enquêteur. Dans le cas présent, il s'agissait d'analyser les facteurs influençant la prise en charge du sevrage tabagique selon le statut tabagique du médecin généraliste.

Critères d'inclusion :

- être médecin généraliste installé ou remplaçant.
- exercer en Picardie.
- exercer en cabinet médical une activité libérale.
- être inscrit à l'annuaire sur internet des conseils de l'Ordre de l'Aisne, de l'Oise ou de la Somme (il y est spécifié « l'ordre d'affichage des résultats est aléatoire ») ou figurer sur la liste de diffusion des remplaçants du département de médecine générale d'Amiens.

III. Recrutement

Première partie :

J'ai appelé 663 cabinets médicaux afin d'obtenir l'adresse e-mail des médecins y exerçant. J'en ai recueilli 286. J'ai envoyé un message expliquant la nature de mon travail de thèse, assorti d'un lien vers mon questionnaire en ligne. J'ai envoyé un e-mail de relance 3 semaines après le premier envoi.

En parallèle, le secrétariat du département de médecine générale a transmis aux internes de 3^e année et aux remplaçants inclus dans sa liste de diffusion le même message en décembre 2016. Ce message a été reçu par 242 personnes. Il n'y a pas eu de relance.

Au final, 528 médecins ont pu avoir accès à mon questionnaire.

Deuxième partie :

J'ai contacté 18 médecins afin de constituer un échantillon de 11 médecins se décomposant de la manière suivante : 4 médecins fumeurs actifs, 4 médecins fumeurs sevrés et 3 médecins n'ayant jamais fumé. J'ai réalisé 11 entretiens semi-directifs auprès de ces médecins généralistes. Les entretiens ont eu lieu en face-à-face ou par téléphone. Cet échantillon a été établi arbitrairement.

Au cours des mois de novembre et décembre 2016, je me suis rendu dans 3 structures picardes spécialisées en addictologie afin de comprendre leurs modes de fonctionnement et afin de m'entretenir avec leurs acteurs.

IV. Recueil des données

IV.1. Le questionnaire en ligne

Je me suis servi des recommandations de bonne pratique de la HAS ainsi que des cycles de Prochaska et Di Clemente pour élaborer mon questionnaire. Il était composé de questions fermées, de questions en éventail (avec échelle de Likert à 4 degrés) ainsi que d'échelles d'auto-évaluation.

Il a été réalisé grâce au logiciel libre Google Form[®], comportait 21 questions dont 3 questions filtres (questions 5, 6 et 11) faisant apparaître une question accessoire en cas de réponse négative. Il a été testé sous format papier par 3 médecins afin de vérifier sa validité, puis par 3 autres praticiens dans les conditions réelles après sa mise en ligne afin d'évaluer le temps

nécessaire pour le compléter et sa mise en forme. Il pouvait être complété en ligne du 1^{er} novembre 2016 au 16 janvier 2017. Il pouvait être consulté jusqu'au mois de juillet 2017 à l'adresse suivante <https://goo.gl/forms/8K3HRvMvdw1nKwW13>.

Le questionnaire était complété de manière anonyme. Les résultats ont été récupérés grâce au tableur Excel®.

Au final, 187 réponses ont été recueillies, constituant mon effectif.

Le taux de réponse était de 35 %.

La retranscription du questionnaire est disponible en *annexe 3*.

IV.2. Les entretiens

A. Entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes

Je me suis à nouveau servi des cycles de Prochaska et DiClemente afin d'élaborer ce questionnaire. Il a été créé dans un second temps, après le recueil des données du questionnaire quantitatif car je cherchais à préciser la manière dont la prise en charge du sevrage tabagique est influencée par le statut tabagique du médecin, et seuls des entretiens pouvaient apporter une amorce de réponse face à cette question ouverte.

Ce questionnaire a ensuite été pré-testé en conditions réelles auprès de 2 médecins.

Les entretiens ont été retranscrits en anonymisant les données.

11 médecins ont été interrogés : 4 fumeurs actifs, 4 fumeurs sevrés et 3 n'ayant jamais fumé.

Le questionnaire utilisé est disponible en *annexe 4*.

B. Entretiens avec des acteurs extérieurs

a. Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac au CHU d'Amiens

J'ai assisté à des consultations d'aide à l'arrêt du tabac à l'hôpital sud d'Amiens avec le Dr. Eline Magois, praticien hospitalier dans le service de pneumologie du CHU.

Ces consultations sont axées uniquement sur le tabagisme. Elles sont accessibles à tout le monde, elles sont gratuites et ont lieu le mardi après-midi dans le service de pneumologie du CHU Sud.

b. Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) d'Amiens

Je me suis entretenu avec M. Van Den Berghe, psychologue et chef de service du CSAPA en ambulatoire à l'association le Mail à Amiens.

C'est une structure spécialisée dans les addictions et qui accueille tout le monde. Les consultations sont gratuites et ont lieu rue Delpech à Amiens. Même si le problème du tabagisme y est abordé, cette association accueille souvent des consommateurs d'autres produits. Le tabac n'y est le problème principal que dans 0,4 % des consultations en 2014.

c. Le service d'oncologie de la Clinique de l'Europe à Amiens

Je me suis également entretenu avec Mme Angélique Bartholome, psychologue superviseur du réseau ONCOPIC (réseau régional de cancérologie de Picardie) travaillant à la clinique de l'Europe dans le service de pneumologie et de gastro-entérologie.

Le suivi du sevrage tabagique y est effectué dans le cadre de la consultation oncologique. La population suivie est donc déjà touchée par les conséquences du tabagisme.

V. Interprétation des données

V.1. Le questionnaire en ligne

Afin de simplifier la grille de lecture et d'obtenir des résultats plus significatifs, les fumeurs actifs ont été regroupés dans un même groupe, qu'ils aient ou non fait des tentatives de sevrage et les réponses initialement proposées avec une Echelle de Lickert ont été regroupées en globalement oui/globalement non.

Les réponses des échelles d'évaluation, initialement cotées de 1 à 5, ont également été regroupées en 3 groupes.

Pour la question 7 portant sur l'abord du sevrage, les réponses 1 et 2 ont été regroupées au sein de l'item « plutôt à l'initiative du patient », la réponse 3 au sein de « à part égale » et les réponses 4 et 5 au sein de « plutôt à l'initiative du médecin ».

Concernant la question 19 portant sur le sentiment d'efficacité, les réponses 1 et 2 ont été regroupées au sein de l'item « plutôt inutile », la réponse 3 au sein de « ni inutile, ni indispensable », les réponses 4 et 5 au sein de « plutôt indispensable ».

V.2. Méthode statistique

Une analyse descriptive de la population a été réalisée. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence et pourcentage, et les variables quantitatives en moyenne, médiane, écart-type et extrême. Pour évaluer le rôle du statut tabagique sur le comportement des médecins, une analyse comparative a été réalisée en utilisant le Chi-2 ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives, et un test t de Student ou un test non paramétrique de Wilcoxon selon la distribution. Un p inférieur à 0,05 a été considéré comme significatif. Les analyses ont été réalisées avec SPSS®.

V.3. Le questionnaire en vis-à-vis

Je me suis servi du logiciel NVivo®, logiciel d'analyse thématique. A l'aide de leur retranscription écrite, j'ai découpé chaque entretien en regroupant les extraits en fonction du statut tabagique des médecins et des thématiques figurant dans mon guide d'entretien, mais aussi ceux apportés spontanément par les médecins interrogés. J'ai ensuite classé chaque extrait dans une grille d'analyse.

A l'aide de cette grille, j'ai procédé à une analyse transversale des données.

VI. Références bibliographiques

Les bases de données consultées pour la recherche bibliographique étaient les suivantes : le catalogue du Système Universitaire de Documentation (Sudoc), Elsevier-Masson Consult (EMC), PubMed, Science direct ; le site de l'INPES, de la HAS et du Conseil de l'ordre des médecins ; ainsi que les moteurs de recherche Google® et Google Scholar®.

J'ai également accédé aux revues médicales par l'intermédiaire de leurs sites internet, de mes archives ou grâce aux archives de la bibliothèque universitaire (B.U) du pôle santé d'Amiens.

J'ai sollicité une aide à la recherche bibliographique auprès du service de la B.U.

Les mots clés utilisés étaient : addiction, conseil minimal, médecin, médecine générale, sevrage tabagique, statut, tabagisme, stratégie.

La gestion des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel Zotero®.

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

I.1. Données socio-démographiques

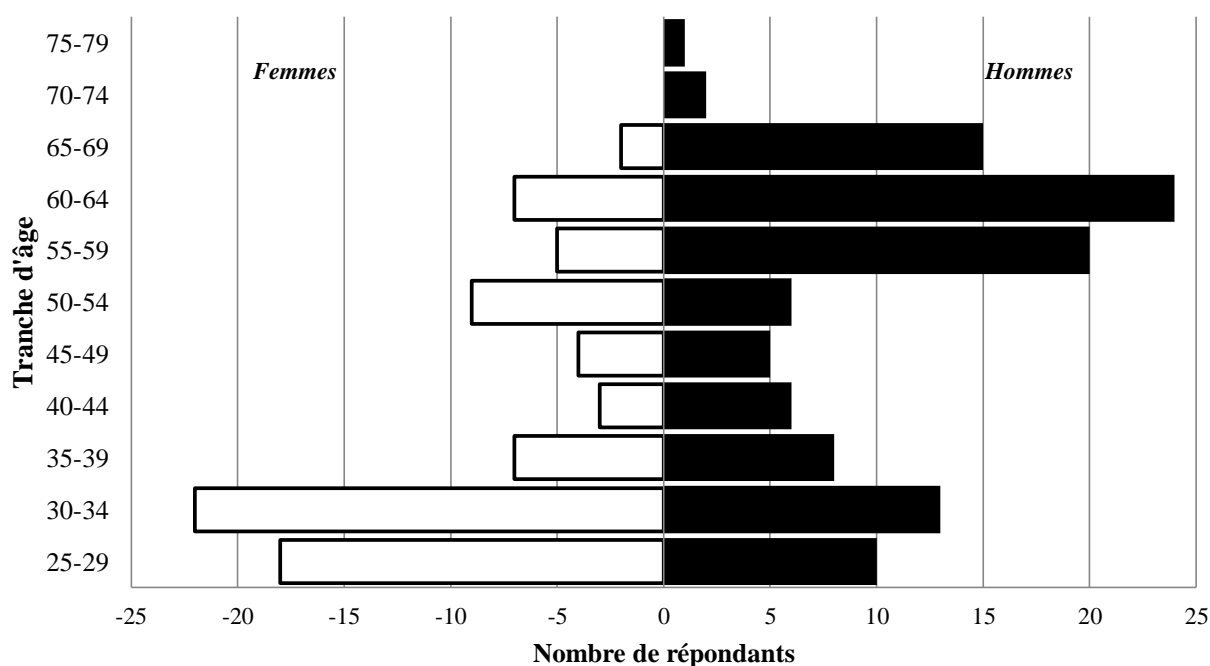
Les chiffres cités ici étaient ceux fournis par le Conseil National de l'Ordre des Médecins au 1^{er} janvier 2015 (30). Un nouveau redécoupage régional regroupant la Picardie et le Nord-Pas-Calais au sein des Hauts-de-France est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

La Picardie comptait 2 286 médecins généralistes, dont 160 remplaçants (7 %). Mon effectif était de 187 médecins. Parmi les médecins interrogés, 134 étaient installés (71,7 %) et 53 étaient remplaçants (28,3 %). Les remplaçants étaient surreprésentés.

Mon effectif se composait de 110 hommes (58,8 %) et de 77 femmes (41,2 %), soit une répartition comparable à celle de la Picardie : 58 % d'hommes et 42 % de femmes.

La moyenne d'âge était de 46,7 ans, plus basse que celle mesurée dans la région (52 ans).

Graphique 1 : Pyramide des âges de la population répondante (n=187)



Vingt-six médecins, soit 13,9 % de l'effectif, avaient bénéficié d'une formation en tabacologie.

I.2. Le statut tabagique du médecin

Le statut tabagique des médecins répondants était le suivant :

- 22 médecins fumeurs actifs représentaient 11,8 % de l'effectif.
- 58 médecins fumeurs sevrés représentaient 31,0 % de l'effectif.
- 107 médecins n'ayant jamais fumé (ou non-fumeurs) représentaient 57,2 % de l'effectif.

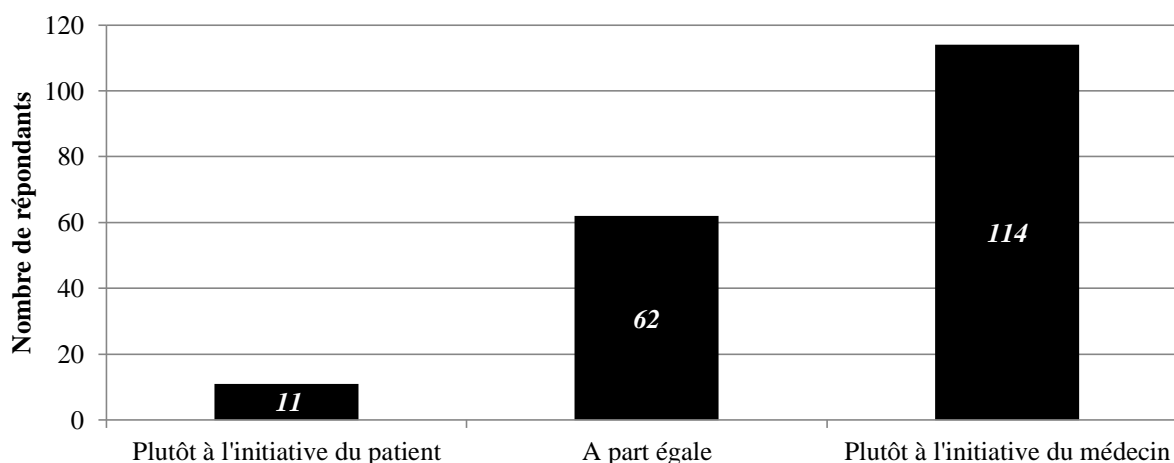
La proportion de fumeurs actifs dans la population répondante était inférieure à celle retrouvée dans l'ensemble de la population française (34,1 % en 2015).

II. La préparation au sevrage

II.1. L'abord du sevrage

Le tabagisme était abordé plutôt à l'initiative du médecin dans 61,9 % des cas ; 33,2% des médecins estimaient qu'ils évoquaient ce sujet à part égale avec leur patient.

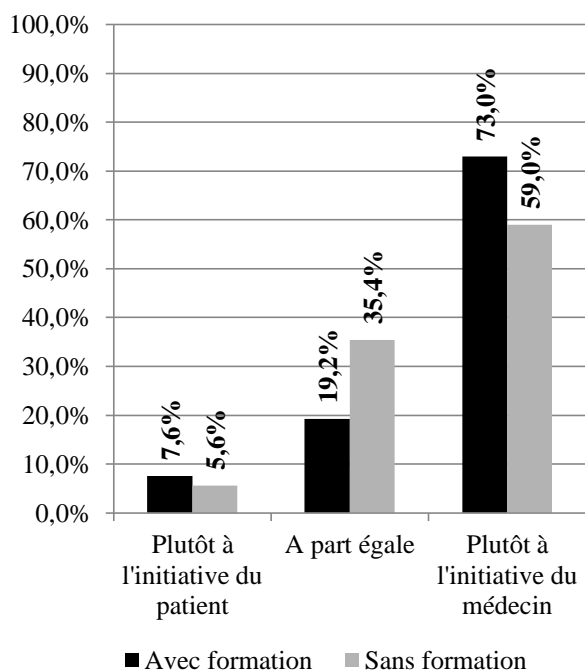
Graphique 2 : Evocation du sevrage tabagique (n=187)



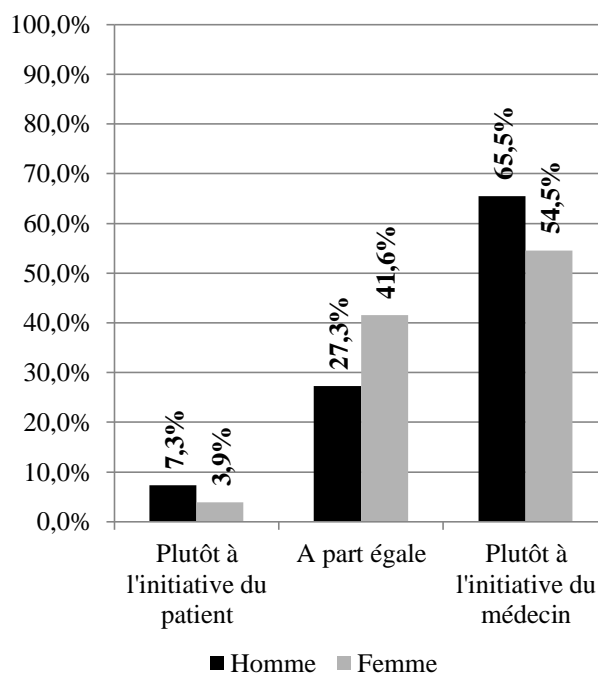
La facilité à aborder le sujet du tabagisme semblait être confirmée par deux éléments :

- les médecins estimaient que le patient n'était l'initiateur d'une discussion sur le tabagisme que dans 5,8 % des cas (*graphique 2*).
- parmi les médecins ne questionnant pas systématiquement le fumeur sur son envie d'arrêt, seuls 12 % évoquaient une appréhension quant à la réaction de leur patient (*graphique 6*).

Graphique 3 : Evocation du sevrage tabagique en fonction de la formation en tabacologie (n=187)



Graphique 4 : Evocation du sevrage tabagique en fonction du genre (n=187)



Les médecins qui avaient bénéficié d'une formation en tabacologie estimaient prendre d'avantage l'initiative d'aborder le sevrage alors que leurs confrères sans formation étaient plus nombreux à penser aborder ce sujet à part égale avec leurs patients ($p=0,048$) (*graphique 3*).

Concernant le genre, la tendance retrouvée était que les hommes prenaient d'avantage l'initiative d'aborder le sevrage tabagique que les femmes. Elles étaient plus nombreuses que les hommes à considérer aborder ce sujet à part égale avec le patient (*graphique 4*).

II.2. Le conseil minimal

A. « Fumez-vous ? »

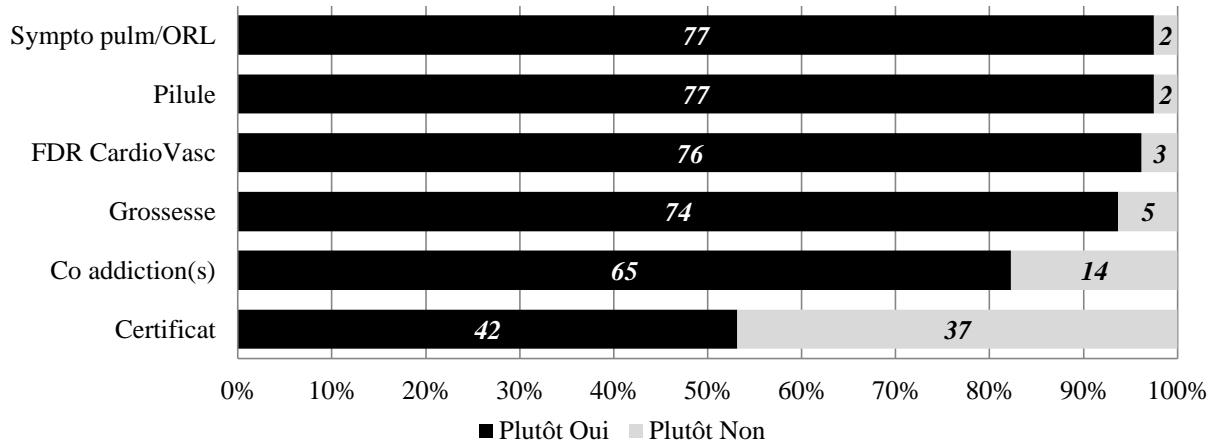
Cette première question du conseil minimal n'était posée de manière systématique que par 108 médecins (57,8 %).

Ils étaient 67,2 % des médecins installés à le demander systématiquement, **alors que cela n'était le cas que pour 34 % des remplaçants ($p=0,001$).**

Les médecins avec une formation en tabacologie étaient 73,1 % à demander systématiquement à leurs patients s'ils fumaient, alors qu'ils étaient 55,3 % parmi ceux sans formation.

Cette question était une question filtre faisant alors apparaître pour les 79 médecins ayant répondu « non » une sous question s'intéressant aux éléments favorisant la recherche d'un tabagisme.

Graphique 5 : Eléments favorisant la recherche d'un tabagisme pour les médecins ne posant pas systématiquement la question « fumez-vous ? » (n=79)



La grossesse, la présence d'une symptomatologie pulmonaire ou ORL, le renouvellement d'un traitement oestroprogestatif ou l'évocation d'une grossesse étaient des facteurs permettant d'aborder la question du tabac dans plus de 93 % des cas.

L'évocation d'une co-addiction par le patient amenait un questionnement du médecin du statut tabagique du patient dans 82 % des cas.

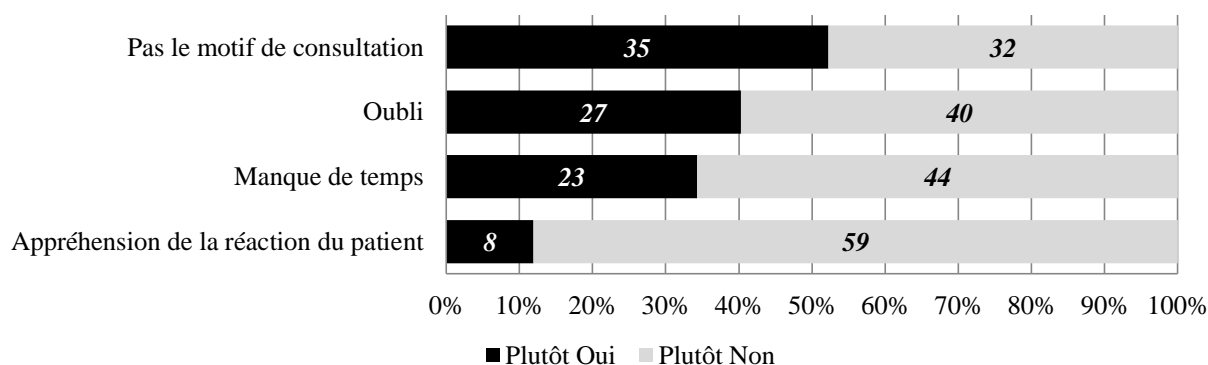
Ce pourcentage chutait à 53 % lors de la rédaction d'un certificat médical.

B. « Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? »

Cette deuxième question du conseil minimal était posée de manière systématique aux patients fumeurs par 120 médecins (64,2 %).

Cette question était une question filtre faisant alors apparaître pour les 67 médecins ayant répondu « non » une sous question s'intéressant aux raisons invoquées pour ne pas questionner le patient fumeur sur son envie d'arrêt.

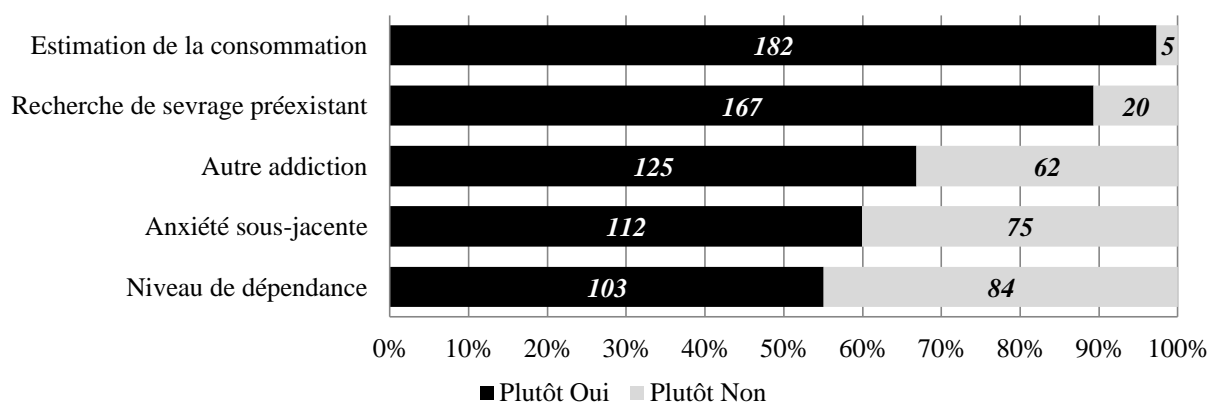
Graphique 6 : Raisons invoquées pour ne pas questionner le patient fumeur sur son envie d'arrêt (n=67)



L'unique raison recueillant plus de 50 % d'approbation était qu'il ne s'agissait pas du motif de consultation initial (52,2 %).

II.3. L'interrogatoire du patient fumeur

Graphique 7 : Questions posées au patient désirant arrêter de fumer (n=187)



Concernant l'interrogatoire du patient fumeur, si la quasi-totalité des médecins évaluaient la consommation de leurs patients (97,3 %) et si 89,3 % des médecins recherchaient un sevrage préexistant, ils n'étaient que 55,1 % à évaluer le niveau de dépendance à l'aide d'outils.

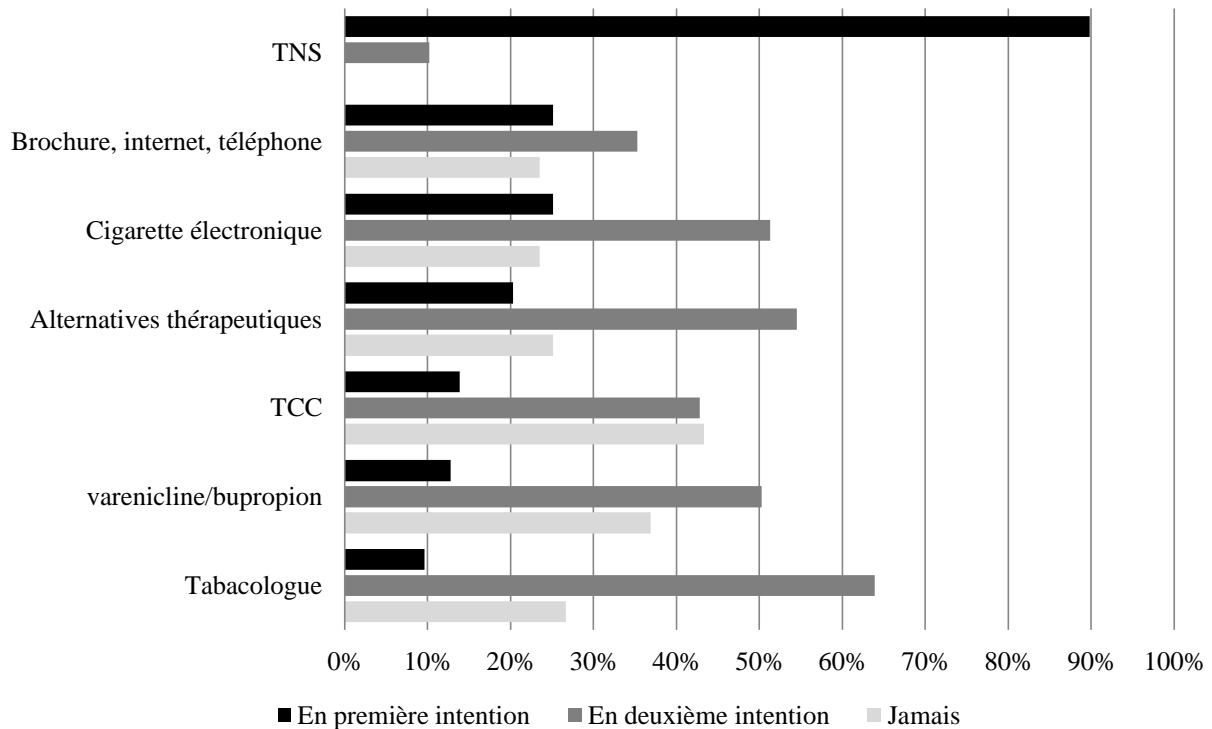
Les praticiens ayant bénéficié d'une formation en tabacologie avaient tendance à être plus nombreux à évaluer ce niveau de dépendance que ceux sans formation (69,2 % vs 52,8 %).

Les médecins installés étaient plus nombreux à rechercher une anxiété sous-jacente que les médecins remplaçants (67,2 % vs 41,5 %, $p=0,001$).

III. Les moyens utilisés

III.1. Stratégies globales

Graphique 8 : Niveau d'intention des moyens utilisés (n=187)



La varenicline et le bupropion étaient utilisés en première intention uniquement par 24 médecins (12,8 %).

Les alternatives thérapeutiques (homéopathie, acupuncture, hypnose...) étaient utilisées par 140 médecins (74,9 %). Lorsqu'elles étaient employées, elles l'étaient majoritairement en deuxième intention (72,9 %).

Les brochures et les sites internet étaient utilisés par 113 médecins (60,4 %)

Si 137 médecins (73,3 %) faisaient appel à un tabacologue, c'était majoritairement en seconde intention (86,9 %). Les médecins étaient 60,1 % à posséder les coordonnées d'un professionnel extérieur.

Les TCC étaient utilisées par 107 médecins (57,2 %), en seconde intention dans 75,7 % des cas.

Les médecins avec une formation en tabacologie étaient 26,9 % à utiliser les TCC en première intention et 23,1 % en deuxième intention, alors que ceux n'ayant pas bénéficié de cette

formation étaient 11,8 % à les utiliser en première intention et 46 % en deuxième intention ($p=0,034$).

Tableau 1 : Niveau d'intention des moyens utilisés en fonction du statut remplaçant/installé (n=187)

	Installé	Remplaçant	<i>p</i>
TNS			$p=0,012$
1ère intention	86,6%	98,1%	
2ème intention	13,4%	1,9%	
Jamais	0,0%	0,0%	
Brochure, internet, téléphone			$p=0,005$
1ère intention	18,7%	41,5%	
2ème intention	38,8%	26,4%	
Jamais	42,5%	32,1%	
Varenicline/bupropion			$p=0,044$
1ère intention	16,4%	3,8%	
2ème intention	46,3%	60,4%	
Jamais	37,3%	35,8%	

Les médecins remplaçants utilisaient plus souvent en première intention les brochures, sites internet et aides téléphoniques que les médecins installés.

Concernant l'utilisation de la varenicline ou du bupropion, les médecins remplaçants l'utilisaient moins fréquemment en première intention que ceux installés.

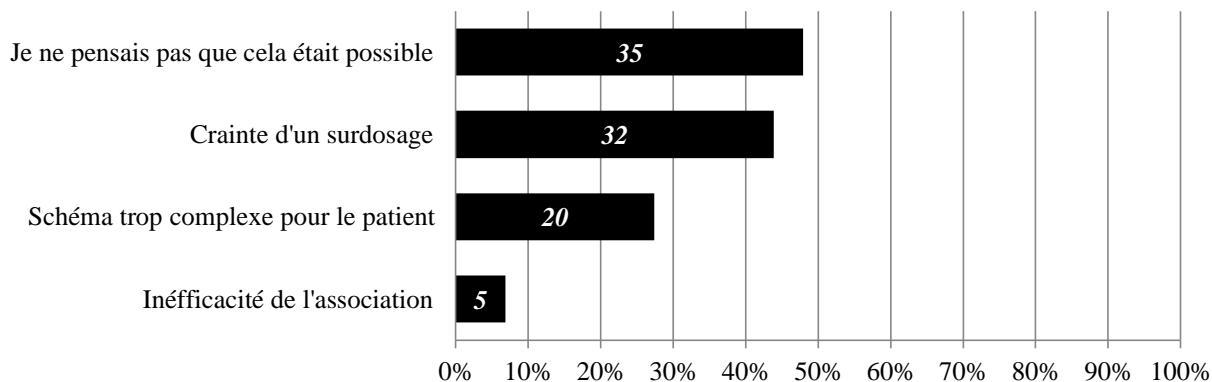
III.2. Les TNS

Tous les médecins utilisaient les TNS et il s'agissait du moyen le plus conseillé par les médecins généralistes pour le sevrage des fumeurs. 168 médecins (89,8 %) l'utilisaient en première intention (*graphique 8*).

On constatait une différence significative ($p=0,012$) dans l'utilisation des TNS en première ligne en fonction du statut installé/remplaçant : les médecins remplaçants étaient 98,1 % à utiliser les TNS en première intention, alors qu'ils étaient 86,6 % de médecins installés dans ce cas (*tableau 1*).

Les médecins généralistes étaient 61 % à associer les galéniques entre elles.

Graphique 9 : Raisons invoquées pour ne pas associer les galéniques de TNS (n=73)



Pour les 73 praticiens ne les associant pas, les 2 raisons majeures invoquées étaient l'ignorance d'une telle possibilité à 47,9 % et la crainte d'un surdosage à 43,8 %.

Sur 187 médecins, 89,3 % d'entre eux expliquaient au patient qu'il pouvait bénéficier d'une aide financière pour les TNS de la part de l'Assurance Maladie.

Alors que les médecins remplaçants préconisaient plus souvent les TNS en première intention que leurs confrères installés (*tableau 1*), ils étaient moins nombreux à expliquer au patient qu'il pouvait bénéficier d'une aide financière de l'assurance maladie (81,1 % vs 92,5 %, $p=0,026$). Cependant, cette explication était fournie par 89,3 % des médecins picards.

III.3. La cigarette électronique

Même si la cigarette électronique était utilisée par 76,5 % des médecins interrogés, elle intervenait dans 67,1 % des cas en seconde ligne (*graphique 8*).

Ils étaient 50,8 % à ne pas se sentir aptes à conseiller la cigarette électronique, et 61,5 % à demander une formation complémentaire.

Tableau 2 : Utilisation de la e-cigarette en fonction du statut remplaçant/installé. (n=73)

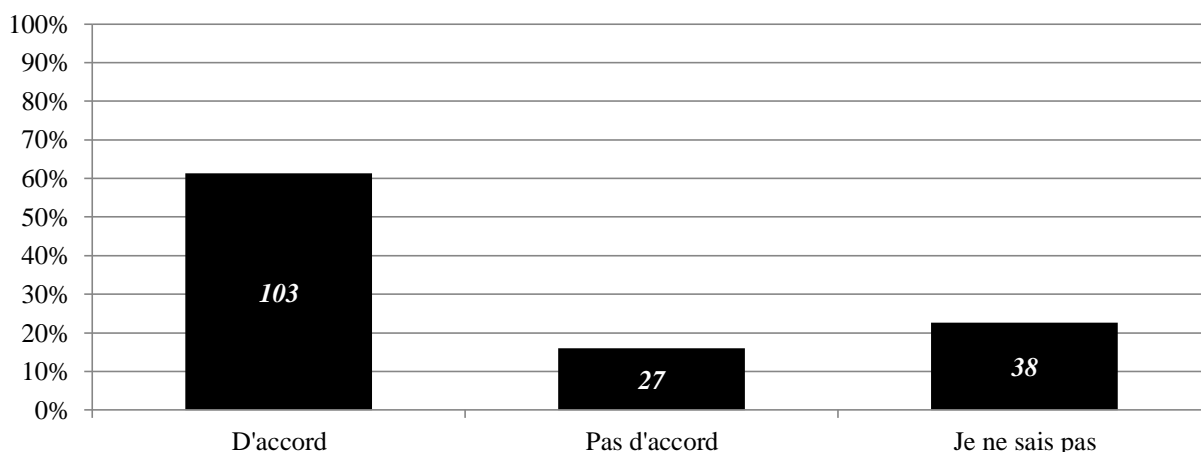
	Installés	Remplaçants	Tous médecins
E-cigarette			
En 1 ^{ère} intention	24,6%	26,5%	25,1%
En 2 ^e intention	56,7%	37,7%	51,3%
Jamais	18,7%	35,8%	23,5%

$p=0,024$

Les médecins remplaçants étaient plus nombreux à ne jamais utiliser la cigarette électronique. Ils étaient d'ailleurs 75,5 % à demander une formation complémentaire, contre 56 % des praticiens installés ($p=0,01$).

Les femmes étaient 32,5 % à ne jamais utiliser la cigarette électronique, alors que les hommes n'étaient que 17,3 % ($p=0,051$). Elles étaient plus nombreuses à ne pas se sentir aptes à la conseiller (61 % vs 43,6 %, $p=0,014$) et également plus nombreuses à demander une formation complémentaire sur ce sujet (70,1 % vs 55,5 %, $p=0,030$).

Graphique 10 : Opinion sur une éventuelle prolongation de la dépendance avec l'usage de la e-cigarette (n=168)



Sur les 168 médecins ayant répondu, 61,3 % pensaient que la cigarette électronique prolongeait une certaine dépendance alors qu'ils étaient 16 % à penser qu'elle ne la prolongeait pas.

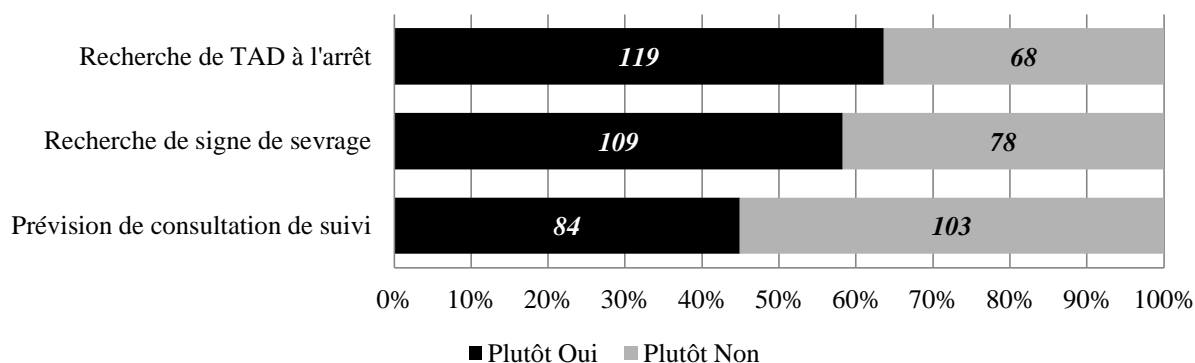
IV. L'accompagnement du patient dans l'abstinence

IV.1. Organisation du suivi

Les médecins étaient 69 % à continuer à aborder sur le long terme la question du tabac avec les fumeurs sevrés.

Le profil du praticien continuant à aborder le tabagisme au long terme était le suivant : un homme (80 % vs 53,2 %, $p=0,001$) installé (77,6 % vs 47,2 %, $p=0,001$) avec une formation en tabacologie (88,5 % vs 65,8 %, $p=0,014$).

Graphique 11 : Organisation du suivi de sevrage (n=187)



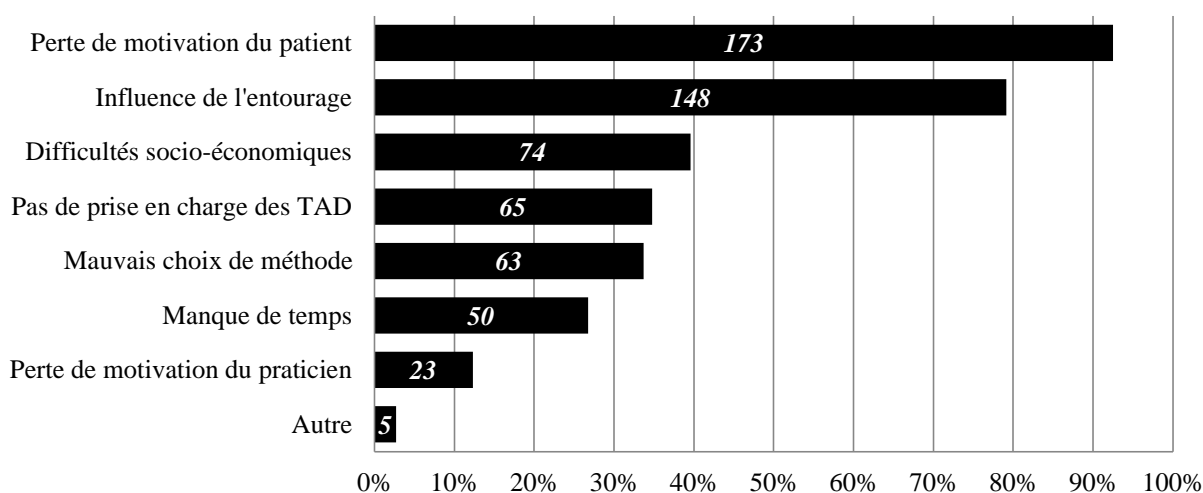
Les médecins généralistes étaient 63,6 % à rechercher l'apparition de troubles anxio-dépressifs à l'arrêt et 58,3 % à rechercher un craving.

Ils prévoyaient une consultation spécifique d'évaluation du sevrage dans 44,9 % des cas.

IV.2. Difficultés rencontrées

Les deux difficultés majeures responsables des échecs de sevrage étaient la perte de motivation du patient (92,5 %) et l'influence de l'entourage du fumeur (79,1 %).

Graphique 12 : Difficultés majeures responsables des échecs de sevrage (n=187)



Les médecins n'étaient que 12,3 % à évoquer la perte de motivation du praticien comme difficulté.

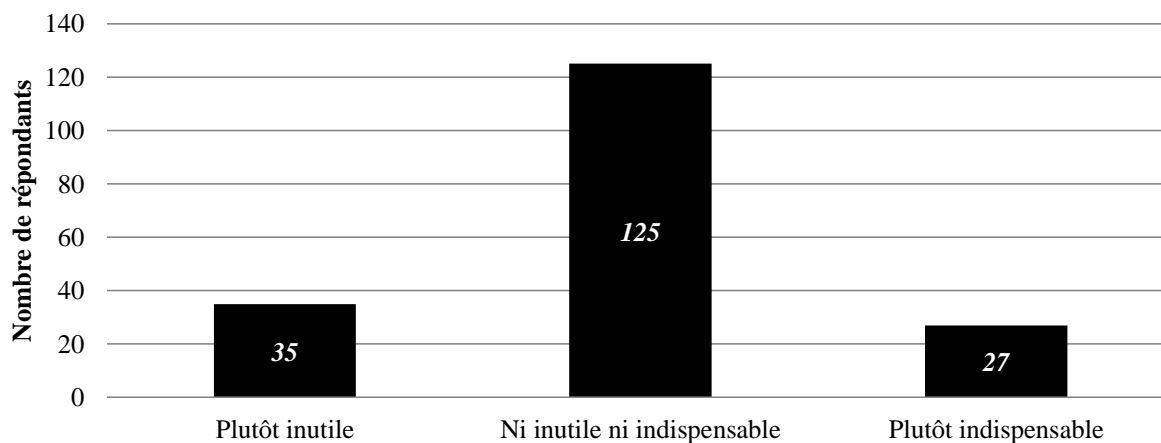
Paradoxalement, ceux ayant bénéficié d'une formation en tabacologie avaient tendance à citer plus souvent cette perte de motivation du médecin que leurs confrères sans formation (23,1 % vs 10,6 %). Par contre, ils étaient moins nombreux à citer l'influence de l'entourage (61,5 % vs 82 %, $p=0,021$).

La prise en charge du sevrage tabagique ne semblait pas être une activité chronophage. Le manque de temps était invoqué par 34,3 % des médecins comme raison pour ne pas pratiquer le conseil minimal (*graphique 6*) et par 26,7 % des praticiens dans le suivi sur le long terme (*graphique 12*).

IV.3. Sentiment d'efficacité dans la prise en charge

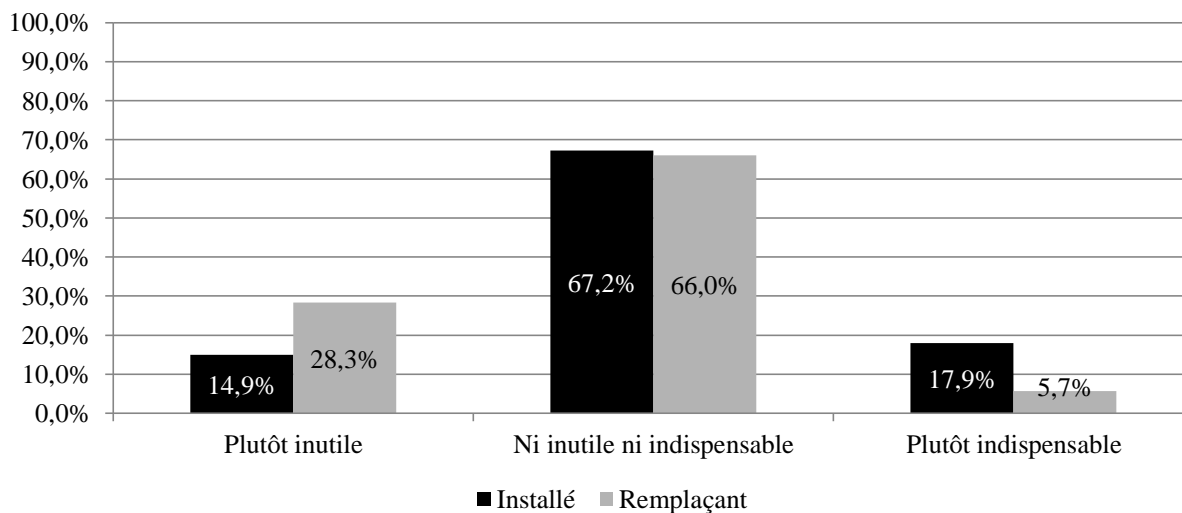
Le sentiment d'efficacité dans la prise en charge du sevrage tabagique était par définition une notion subjective puisque l'on demandait aux médecins de situer ce sentiment sur une échelle analogique.

Graphique 13 : Sentiment d'efficacité dans la prise en charge du sevrage (n=187)



Concernant la prise en charge du sevrage, 66,8 % de médecins avaient un sentiment neutre, ne se sentant ni inutiles ni indispensables.

Graphique 14 : Sentiment d'efficacité dans la prise en charge du sevrage en fonction du statut remplaçant/installé (n=187)

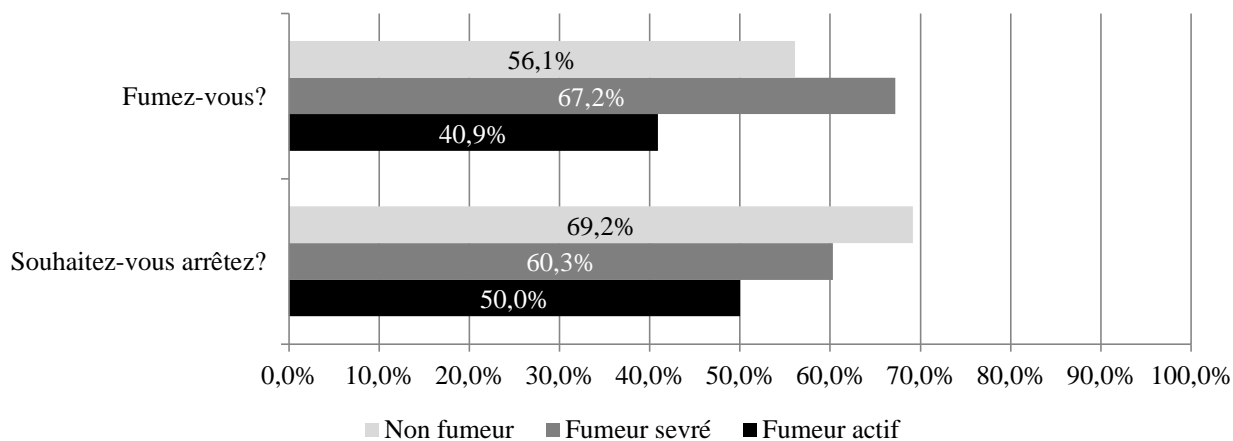


Les médecins installés étaient plus nombreux à penser avoir un rôle important dans la prise en charge du sevrage de leurs patients par rapport aux remplaçants ($p=0,023$).

V. Résultats concernant l'impact du statut tabagique dans la prise en charge

V.1 Le conseil minimal

Graphique 15: Influence du statut tabagique du médecin sur le conseil minimal (n=187)



Les médecins fumeurs actifs demandaient moins systématiquement « Fumez-vous ? » à leurs patients, les anciens fumeurs étant les plus nombreux ($p=0,09$).

Les médecins fumeurs demandaient également moins systématiquement à leurs patients fumeurs s'ils souhaitaient arrêter de fumer ($p=0,178$). Les médecins n'ayant jamais fumé étaient les plus nombreux à poser la deuxième question du conseil minimal.

Tableau 3: Facteurs amenant à demander aux patients s'ils fument en fonction du statut tabagique

	FDRCV	Symptômes ORL/pulmonaires
Non-fumeur	97,9%	100,0%
Fumeur sevré	100,0%	100,0%
Fumeur actif	84,6%	84,6%
<i>p</i>	<i>p=0,053</i>	<i>p=0,005</i>

Lorsqu'ils ne posaient pas la première question du conseil minimal, les médecins fumeurs actifs étaient moins nombreux à le faire en présence de facteurs de risque cardiovasculaires ou de symptômes ORL/pulmonaires.

Concernant les raisons avancées pour ne pas poser la deuxième question du conseil minimal, 56,5 % des fumeurs sevrés citaient le manque de temps, alors qu'ils n'étaient que 27,3 % des fumeurs actifs et 21,2 % des non-fumeurs ($p=0,026$).

V.2 Les moyens utilisés

Tableau 4: Moyens préconisés en fonction du statut tabagique (n=187)

	Fumeur actif	Fumeur sevré	Non-fumeur	<i>p</i>
TNS				<i>p=0,241</i>
1 ^{ère} intention	100,0%	87,9%	88,8%	
2 ^e intention	0,0%	12,1%	11,2%	
Jamais	0,0%	0,0%	0,0%	
Tabacologue				<i>p=0,217</i>
1 ^{ère} intention	4,5%	8,6%	11,2%	
2 ^e intention	54,5%	58,6%	68,2%	
Jamais	40,9%	32,8%	20,6%	
Varenicline/bupropion				<i>p=0,100</i>
1 ^{ère} intention	9,1%	17,2%	11,2%	
2 ^e intention	63,6%	56,9%	43,9%	
Jamais	27,3%	25,9%	44,9%	
E-Cigarette				<i>p=0,324</i>
1 ^{ère} intention	18,2%	19,0%	29,9%	
2 ^e intention	59,1%	60,3%	44,9%	
Jamais	22,7%	20,7%	25,2%	

Les médecins n'ayant jamais fumé avaient tendance à prescrire moins souvent la varenicline ou le bupropion.

Les médecins fumeurs étaient moins enclins à faire appel à un tabacologue.

Les fumeurs avaient tendance à toujours utiliser les TNS en première intention.

Parmi les médecins n'associant pas les galéniques entre elles, les fumeurs sevrés étaient les moins nombreux à citer la crainte d'un schéma trop complexe pour le patient par rapport à leurs confrères fumeurs actifs (6,9 % vs 22,7 %). Il en était de même concernant la crainte d'un surdosage en nicotine : ils étaient 10,3 % chez les fumeurs sevrés et 22,7 % chez les fumeurs actifs.

V.3 L'organisation du suivi

Les fumeurs actifs étaient 36,4 % à prévoir des consultations spécifiques dédiées au sevrage, alors qu'ils étaient 44,9 % chez les non-fumeurs et 48,3 % chez les fumeurs sevrés.

Concernant le craving, les fumeurs actifs étaient 68,2 % à le rechercher alors que les non-fumeurs étaient 57 %, ce pourcentage étant similaire chez les fumeurs sevrés.

V.4 Difficultés majeures responsables des échecs

Tableau 5: Difficultés majeures responsables des rechutes en fonction du statut tabagique (n=187)

	Fumeur actif	Fumeur sevré	Non-fumeur	p
Pas de prise en charge des TAD	45,5%	27,6%	36,4%	<i>p=0,278</i>
Perte motivation praticien	18,2%	20,7%	6,5%	<i>p=0,021</i>
Manque de temps	36,4%	22,4%	27,1%	<i>p=0,449</i>

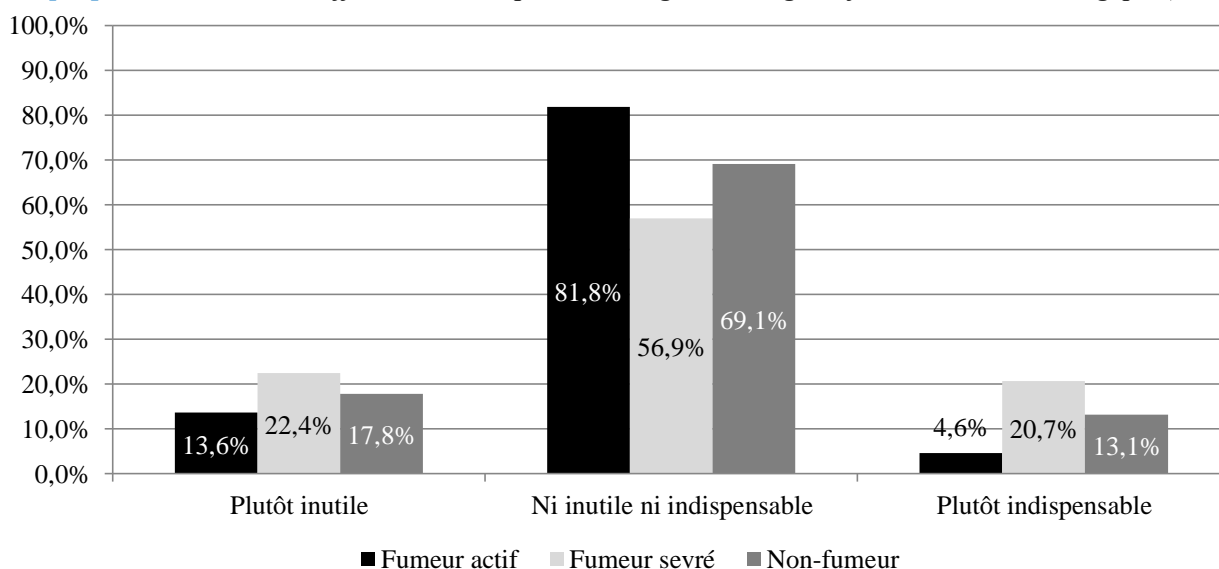
Les fumeurs actifs avaient tendance à citer plus fréquemment l'absence de prise en charge des troubles anxio-dépressifs comme facteurs de rechute.

Les non-fumeurs évoquaient moins souvent la perte de motivation du praticien que leurs confrères avec une expérience du tabagisme.

Les fumeurs actifs invoquaient plus souvent le manque de temps.

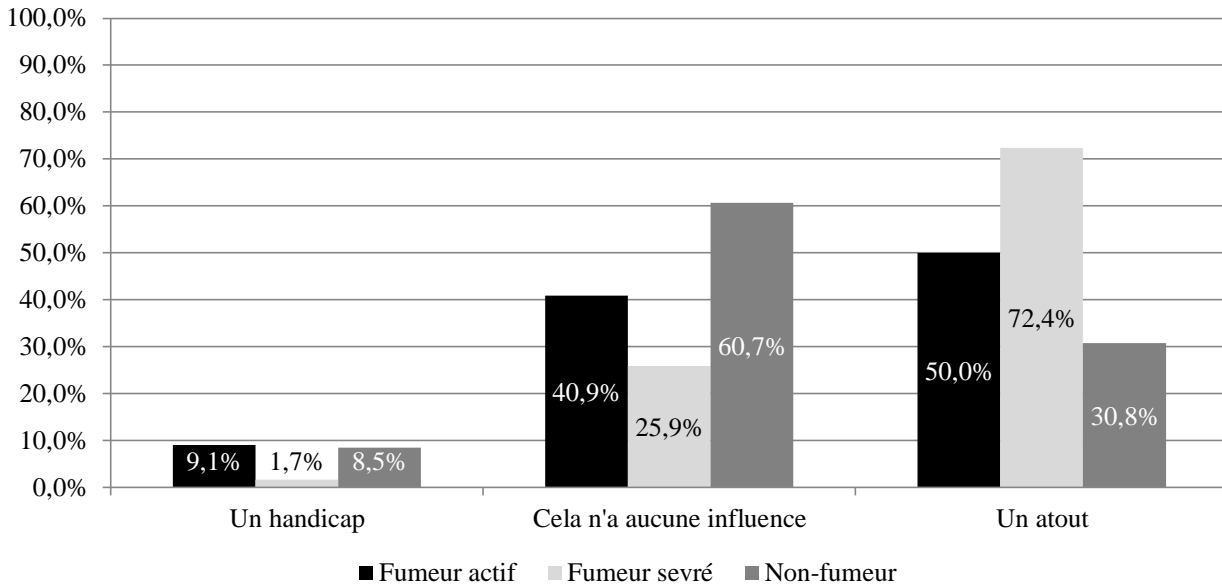
V.5 Evaluation de l'influence de son statut tabagique par le médecin

Graphique 16 : Sentiment d'efficacité dans la prise en charge du sevrage en fonction du statut tabagique (n=187)



Les fumeurs actifs étaient 8 sur 10 à évoquer un sentiment neutre vis-à-vis de leur sentiment d'efficacité dans le sevrage de leurs patients, se sentant ni inutiles, ni indispensables. Ils étaient plus nombreux que leurs confrères anciens fumeurs ou n'ayant jamais fumé dans ce cas.

Graphique 17 : Interrogation du statut en tant que handicap/atout en fonction du statut tabagique (n=187)



De manière significative ($p=0,001$), les fumeurs sevrés étaient plus des deux tiers à considérer leur statut tabagique comme un atout.

La moitié des fumeurs actifs considéraient leur statut tabagique comme un atout.

Les non-fumeurs étaient les seuls à considérer dans leur majorité que leur statut n'avait pas d'influence.

VI. Résultats des entretiens semi-directifs

Il s'agissait, à l'aide d'entretiens semi-directifs, d'analyser comment le statut tabagique pouvait éventuellement influencer la prise en charge des patients fumeurs à travers le dépistage, le questionnement du patient fumeur, les moyens utilisés et le suivi afin d'éviter les rechutes. Les thèmes spontanément abordés par les médecins et qui étaient récurrents ont également été analysés.

La répartition des médecins généralistes (MG) était la suivante :

- Les MG 1, 2 et 3 n'avaient jamais fumé.
- Les MG 4, 5, 6 et 7 étaient des fumeurs sevrés.
- Les MG 8, 9, 10 et 11 étaient des fumeurs actifs.

VI.1 Les médecins n'ayant jamais fumé : aucune influence

Les médecins n'ayant jamais fumé ne pensaient pas que leur statut tabagique les influençait, que ce soit dans le dépistage : « dans le cadre du dépistage, c'est clair que non, non, ça ne joue pas du tout, ça n'a pas d'influence du tout, en fait, le fait que je ne fume pas »

(MG1) ; dans le questionnement du patient fumeur : « Ben, heu... Je pense pas qu'il y ait une influence... » (MG3) ; ou dans les moyens utilisés : « En fait je me mets pas dans la peau de quelqu'un qui est non-fumeur, je me mets dans la peau du médecin qui a recours à des méthodes qui sont celles que j'ai apprises, qu'on m'a enseignées et du coup, voilà. » (MG2). Concernant le suivi des patients, si globalement il n'y avait pas de lien : « Il n'y a aucune relation. » (MG3), un médecin évoquait éventuellement une implication plus importante dans l'accompagnement des fumeurs, considérant son statut comme l'objectif à atteindre pour le patient : « je pense que je lâche moins l'affaire. Parce que je me dis que c'est possible et je pense aussi que voilà, je me sens bien en tant que non fumeuse et du coup, ça me dirait mieux s'il ne fume pas. » (MG2).

Le ressenti global était une absence d'influence du statut tabagique dans la prise en charge des fumeurs : « Non, du tout, j'ai vraiment l'impression que ça n'a aucune influence. » (MG1).

VI.2 Influence de l'expérience de la cigarette sur le dépistage

Deux médecins sevrés n'évoquaient pas d'influence dans le cadre du dépistage : « A ce moment-là, je te dirais non. » (MG6), « Dans le dépistage? Heu... Ça m'influence pas plus que ça au final. » (MG7). Un ancien fumeur évoquait un impact négatif : « peut-être que mon statut d'ancien fumeur fait que je dois certainement dépister un peu moins qu'un non-fumeur. Je dois être un peu [...] moins insistant on va dire. » (MG5) alors que le dernier y voyait un avantage : « Je fais plus attention à ces détails-là. » (MG8).

Parmi les médecins fumeurs actifs, l'impact du statut tabagique était globalement négatif concernant le dépistage du tabagisme, évoquant une banalisation du tabagisme : « Peut-être que le fait de fumer, on a tendance nous même à banaliser un peu le tabac et donc du coup à pas aller les chercher tout le temps. » (MG10), « Ben peut-être du coup à être, à moins traquer heu... Peut-être on banalise... » (MG11).

VI.3 Influence de l'expérience de la cigarette sur l'interrogatoire du fumeur

Pour les fumeurs sevrés, l'interrogatoire du patient fumeur n'était globalement pas influencé par leur statut : « Le questionnement de sa consommation, c'est Mon statut personnel n'influence en rien » (MG7), « En fait je trouve que la difficulté c'est de le rapprocher au fait que je sois fumeur en fait. Enfin, je vois pas en quoi ça influe

spécialement. » (MG6). L'un d'eux utilisait tout de même son expérience comme support afin d'amener une réflexion de la part du patient : « *Je les force à vite repérer les cigarettes qui sont pas utiles en me basant sur ma propre expérience en fait de tabagique sevré.* » (MG5).

Un médecin fumeur exprimait une influence de son expérience sur sa perception de la quantité de tabac fumé : « *La quantité qu'ils me déclarent, je la compare par rapport à la mienne, et quand c'est plus, je trouve que c'est beaucoup. Quand c'est moins je trouve que c'est pas beaucoup.* » (MG11). Ce même médecin reconnaissait être moins insistant avec ses patients fumeurs : « *Ben, je dois être moins incisive pour pousser au sevrage* » (MG11).

VI.4 Influence de l'expérience de la cigarette sur les moyens utilisés

Globalement les anciens fumeurs avançaient que leur expérience personnelle était une aide dans les conseils donnés et les moyens préconisés au patient, permettant selon eux d'être plus convaincants : « *Je crois que tu peux appuyer que c'est plus facile, parce que t'as tout essayé avant eux.* » (MG4), voire d'apporter des solutions qui leur semblaient plus pertinentes : « *Moi j'ai fait comme ça, donc je pense que j'essaie de leur appliquer la méthode que je me suis appliquée à moi-même.* » (MG5), « *Des conseils viennent plus facilement. Je sais ce qui fonctionne et je sais ce qui ne fonctionne pas.* » (MG7). Mais s'ils pouvaient proposer des éléments issus de leur expérience, ils s'en tenaient aux recommandations : « *Je pense pas non plus proposer des trucs ou des astuces, mais plutôt je reste sur des choses validées.* » (MG6).

Les médecins fumeurs utilisaient également leur expérience personnelle afin de conseiller leurs patients : « *J'ai l'impression d'avoir plus d'expérience de ce qui avait pour moi plus d'efficacité* » (MG8), et éventuellement afin de leur déconseiller certaines méthodes : « *J'ai déjà essayé la clope électronique, j'avoue que j'ai pas réussi. Ça n'a pas fonctionné chez moi donc c'est pas quelques chose que je vais...je vais proposer.* » (MG10). L'un d'entre eux s'interrogeait sur l'ambivalence de sa position en tant que fumeur non sevré : « *Je leur propose des moyens qui sur moi n'ont pas marché, alors c'est parfois un peu difficile d'être convaincant, en fait, je pense...* » (MG9).

VI.5 Influence de l'expérience de la cigarette sur le suivi

Les anciens fumeurs mettaient en avant leur empathie à travers leur expérience personnelle et les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer: « *Ben je sais quels sont les... les moments où j'ai pu retomber* » (MG4), « *Parce que je sais que ça peut créer des états*

d'angoisse, de nervosité assez particuliers » (MG7). Cette position semblait être un avantage, parce que, selon eux, elle permettait aux patients de s'identifier à eux : « M'utiliser un peu comme exemple, parce que bon c'est vrai que des fois c'est "Ben ouais, les médecins vous êtes toujours en train de nous dire qu'il faut arrêter de fumer mais bon, c'est compliqué, vous savez pas ce que c'est quoi." » (MG5).

Deux médecins fumeurs n'exprimaient pas d'influence de leur statut dans le suivi de leurs patients sevrés : « *Ca, je sais pas...je sais pas...* » (MG9), précisant parfois que cela relevait du manque d'expérience personnelle : « *à part les conseils théoriques qu'on connaît tous, n'ayant pas l'expérience du maintien du sevrage, je peux pas donner de conseils perso, donc pour le coup ça ne m'influence pas.* » (MG11). Mais un praticien fumeur pensait au contraire que cela pouvait être un avantage, mettant en avant l'empathie plus importante dont il pourrait faire preuve : « *Dans le suivi, de comprendre dans quoi ils sont, dans la galère dans laquelle ils sont, et bien c'est un atout pour la prise en charge.* » (MG10).

VI.6 Thèmes spontanément abordés

A) Parler de son expérience de la cigarette avec le patient

Les médecins sevrés semblaient adopter un discours positif, basé sur leur expérience personnelle de maintien dans l'abstinence : « *J'ai arrêté, j'ai recommencé, j'ai arrêté, j'ai recommencé. Et puis voilà, souvent j'utilise donc ça pour leur dire.* » (MG4), « *Ca influence le fait que ça me permet de leur dire que c'est possible et que c'est pas trop compliqué (rire)* » (MG5), « *Me sevrer, j'ai réussi. Donc j'ai jamais repris la cigarette. Donc de ce fait là, ça me permet de dire à mes patients: "Ben, moi j'ai arrêté!"* » (MG7).

L'un d'eux, cependant, insistait sur le fait que son statut ne servait jamais d'argument dans la discussion avec ses patients : « *Enfin, je me place jamais justement devant mon patient comme un... comme un fumeur ou un ancien fumeur.* » (MG6).

Cette tendance à ne pas évoquer son statut tabagique face au patient était plus marquée chez les fumeurs actifs : « *Alors j'utilise pas mon statut de fumeur comme argument.* » (MG8), « *J'expose ces bonnes raisons pour moi d'arrêter mon tabagisme [...] sans forcément leur dire que je suis fumeur...* » (MG9).

L'un des fumeurs expliquait exposer son statut tabagique différemment en fonction de sa perception du patient : « *Alors, ça dépend, parce qu'en fait il y a des fois où je dis que je*

suis fumeur et il y a des fois ou je dis pas que je suis fumeur [...]. Après je ne me mets pas au premier plan évidemment, je minimise souvent ma consommation de cigarettes » (MG10).

B) La compréhension du patient fumeur

Les médecins non-fumeurs comprenaient ce que pouvaient ressentir leurs patients en sevrage, et ils ne considéraient pas le fait de n'avoir jamais fumé comme un handicap : « *Je pense quand même, même si je ne fume pas, me rendre compte des difficultés que peut avoir un fumeur à arrêter de fumer » (MG1), « Je pense pas que je les juge. [...] J'arrive quand même je pense à comprendre que le tabagisme c'est une addiction. » (MG3).*

Les anciens fumeurs semblaient considérer avoir une meilleure compréhension des patients fumeurs par rapport à leurs confrères n'ayant jamais fumé : « *Je pense avoir une meilleure compréhension qu'un... que quelqu'un qui n'a jamais fumé, sur certains points. Par exemple sur la notion de plaisir » (MG6).* Leur expérience semblait être un atout certain et renforcer ce sentiment d'empathie: « *Je sais quelles sont les difficultés pour arrêter et je pense connaître un peu mieux les difficultés qui sont les nôtres quand on veut arrêter de fumer, je pense. » (MG4), « Et surtout que moi en tant qu'ancienne fumeuse, j'ai conscience que le sevrage tabagique pouvait avoir une influence sur le psychologique. » (MG7).*

Ce même sentiment d'empathie se retrouvait au sein des fumeurs actifs : « *Moi, le plus important, si on veut conclure, c'est vraiment de pouvoir se mettre à la place du patient. » (MG10),* parfois de manière plus marquée encore que chez les anciens fumeurs, notamment sur la notion de plaisir : « *Mais je pense que c'est vraiment important de prendre en charge, enfin, de comprendre cette notion de... de plaisir qu'a le fumeur. » (MG6), « Ben, je dois être [...] plus compréhensive sur le côté addictif, c'est difficile d'arrêter, c'est trop bien de fumer. » (MG11).* Ils mettaient également en avant une meilleure compréhension du patient fumeur par rapport à leurs confrères n'ayant jamais fumé, grâce à cette expérience du tabagisme : « *J'ai l'impression d'avoir une certaine expérience dans les tentatives et les échecs de sevrage et d'avoir déjà eu l'occasion de vivre le sevrage dans sa réalité et pas juste d'en avoir une approche conceptuelle » (MG8), « Je pense que je comprends la difficulté qu'ont les gens à arrêter leur consommation tabagique, mieux que si je n'étais pas fumeur. » (MG9).*

VII. Réponses aux objectifs

Objectif principal

Rappelons qu'il s'agissait d'observer les différences dans l'abord et la prise en charge du sevrage tabagique en fonction du statut tabagique du médecin.

Les non-fumeurs étaient les seuls à penser majoritairement que leur statut n'exerçait aucune influence, bien qu'ils fussent les plus nombreux à demander à leurs patients fumeurs s'ils souhaitaient arrêter. Les entretiens confirmaient cette absence d'influence.

Les fumeurs sevrés étaient les plus nombreux à considérer leur statut comme un atout et se sentaient les plus efficaces dans la prise en charge de leurs patients. Ils étaient également les plus nombreux à dépister systématiquement le tabagisme de leurs patients. Ils évoquaient moins souvent la crainte d'un surdosage nicotinique et d'un schéma trop complexe d'utilisation pour ne pas associer les TNS. Au cours des entretiens, ils mettaient plus souvent en avant leur expérience personnelle auprès des patients. Les médecins sevrés évoquaient fréquemment l'empathie qu'ils pouvaient éprouver envers eux.

Le sentiment de neutralité concernant l'efficacité de la prise en charge des patients était prédominant chez les fumeurs actifs. Néanmoins la moitié d'entre eux considéraient leur statut tabagique comme un atout alors qu'ils pratiquaient moins souvent le conseil minimal, même lors de la présence d'un facteur de risque cardio-vasculaire ou d'une symptomatologie pulmonaire. Dans les entretiens, ils reconnaissaient l'impact négatif de leur tabagisme en prévention primaire.

Les médecins fumeurs utilisaient uniquement les TNS en première intention. Ils recherchaient plus souvent le craving. En face-à-face, ils expliquaient utiliser leur expérience de sevrage pour ceux qui en avaient et ils évoquaient une empathie plus grande du fait de leur expérience du tabagisme, comme leurs confrères anciens fumeurs. En revanche, ils dévoilaient moins souvent leur statut tabagique aux patients.

Ils étaient moins enclins à faire appel à un tabacologue et prévoyaient moins souvent des consultations spécifiques au cours du suivi.

Objectif secondaire

Il s'agissait d'étudier les stratégies adoptées par le médecin généraliste picard dans la prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes en Picardie.

Les médecins prenaient d'avantage l'initiative d'aborder la question du tabagisme que leurs patients. Cependant, le conseil minimal restait insuffisamment abordé. Lorsqu'il l'était, c'était essentiellement par les médecins installés ou par ceux ayant bénéficié d'une formation en tabacologie.

La prise en charge du sevrage reposait en première intention sur l'utilisation des TNS, de façon plus marquée chez les remplaçants.

Bien qu'ils l'aient intégrée à leur pratique, les médecins picards avaient quelques réticences à préconiser l'utilisation de la cigarette électronique. Cette réticence était plus marquée chez les femmes et les remplaçants.

La Varenicline et le bupropion étaient utilisés en seconde intention.

La moitié des médecins picards utilisaient les TCC, ceux formés en tabacologie les utilisaient plus fréquemment.

Les praticiens picards abordaient la question du tabagisme avec leur patient sevré sans forcément prévoir de consultations spécifiques et, selon eux, les facteurs favorisant la rechute étaient principalement la perte de motivation du patient et l'influence de l'entourage.

Dans leur majorité, ils ne se sentaient ni inutiles ni indispensables dans la prise en charge du sevrage tabagique de leurs patients. Ce sentiment était plus marqué chez les médecins remplaçants.

Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

La question de l'influence du statut tabagique des médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage de leurs patients est une question soulevée depuis une vingtaine d'années, parallèlement au renforcement des mesures visant à combattre le tabagisme. Dans la majorité des travaux antérieurs, cette influence était fréquemment abordée sous l'angle du conseil minimal. Ce travail avait pour ambition d'évaluer l'influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge globale, c'est-à-dire aux différentes étapes par lesquelles passaient leurs patients arrêtant de fumer.

L'approche quantitative mettait en lumière les stratégies adoptées par les médecins généralistes. En croisant les données, on pouvait retrouver les tendances de la population en fonction du statut tabagique. L'approche semi-directive m'a permis de relier des exemples concrets à certains de mes résultats recueillis grâce au questionnaire en ligne ; elle m'a permis d'obtenir certaines explications et d'ouvrir sur de nouveaux thèmes.

La réalisation d'un questionnaire en ligne est un atout. Cela facilite sa lisibilité, son accessibilité (sur tout support numérique), son remplissage et le recueil des données. Le questionnaire, bien que comportant 21 questions et 3 questions accessoires, prenait tout au plus 5 minutes effectives à remplir. Le retour spontané des médecins y ayant eu accès était favorable. Cela a certainement contribué au taux de réponses satisfaisant pour ce type d'enquêtes sur internet (35 %). Un autre facteur expliquant ce taux de réponse est la méthode de prospection. Bien que cela soit fastidieux, le fait d'appeler personnellement les médecins afin de leur demander leur adresse de messagerie a pu attirer leur attention sur le message que je leur avais envoyé.

L'inconvénient d'un questionnaire en ligne est qu'un certain nombre de médecins ne pouvaient pas être interrogés : ceux n'étant pas informatisés ou peu enclins à utiliser l'informatique. L'autre inconvénient est le biais d'échantillonnage que cela peut engendrer. En effet, dans quelques cas, l'adresse fournie était une adresse de cabinet où pouvaient exercer plusieurs médecins. Le nombre de médecins ayant eu accès à mon questionnaire était probablement sous-estimé.

La taille de l'échantillon de 187 médecins n'a pas permis d'apporter des réponses significatives sur certains points. Afin d'avoir des résultats plus significatifs, j'ai dû abandonner la distinction entre fumeur actif avec sevrage et fumeur actif sans sevrage. J'ai également dû simplifier les échelles de Lickert, me privant des nuances qu'apporte ce type de réponses. Le problème était similaire pour la simplification des données des échelles d'auto-évaluation analogiques.

Malgré la répartition par genre similaire à celle de la Picardie, notre échantillon comporte un biais, les jeunes remplaçants y étant surreprésentés. Ceci explique sûrement la moyenne d'âge légèrement inférieure à celle mesurée en Picardie.

Il existe un biais d'investigation dans la réalisation de mes entretiens semi-directifs. En tant qu'enquêteur novice dans ce type d'études, j'ai pu manquer de rigueur. Certaines questions n'étaient peut-être pas formulées avec la neutralité requise, pouvant influencer les réponses des médecins interrogés. Je n'ai parfois pas su trouver la formulation adéquate pour obtenir des précisions sur certaines réponses.

II. Stratégie globale des médecins

La pratique du conseil minimal, moment primordial dans la prise en charge du sevrage tabagique, reste insuffisante. Et l'abord systématique du tabagisme des patients ne s'est que très peu amélioré depuis l'étude de Trédaniel et al. en 1987 (28). En effet, seuls 57,7 % des praticiens picards pratiquent systématiquement un dépistage du tabagisme chez leurs patients et 64,2 % d'entre eux demandent systématiquement à leurs patients fumeurs s'ils souhaitent arrêter.

Dans une étude picarde de 2016, les médecins étaient 55,8 % à évoquer l'arrêt du tabac à chaque consultation (31). Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés au cours du baromètre santé des médecins généralistes en 2009 où les médecins déclaraient aborder la question de la consommation du tabac dans 63 % des cas au moins une fois avec chaque patient (5). Ils sont cependant très supérieurs à ceux retrouvés en 2008 dans le Maine-et-Loire où 20 % des médecins posaient les 2 questions du conseil minimal (32).

Lorsque la première question du conseil minimal n'est pas posée, beaucoup d'éléments de l'interrogatoire amènent cette question. Néanmoins deux éléments semblent être des facteurs moins favorisant :

- Le premier est la présence de co-addictions, alors que la pratique des sevrages dits séquentiels (un produit après l'autre) semble être de moins en moins préconisée (4), ce que confirmait M. Vandenberghe, chef du CSAPA le Mail.
- Le deuxième est la rédaction d'un certificat médical. Ceci semble étonnant car la consultation pour certificat d'aptitude au sport est l'occasion de faire le point sur la prévention et sur les questions de santé chez des patients pour lesquels cela peut constituer l'unique contact avec un professionnel de santé.

Le tabagisme est un sujet facile à aborder pour le médecin picard, ce qui était confirmé par 89,2 % des médecins français interrogés en 2009 (26). Les campagnes de prévention et les décrets gouvernementaux sont des facteurs favorisant l'abord du tabagisme, tant par le médecin que par le patient. L'opération « Moi(s) sans tabac » ayant eu lieu au mois de novembre 2016 a connu un retentissement médiatique important et a été considérée comme une réussite (180 150 participants sur le site tabac-info-service.fr). Un article de 2008 expliquait d'ailleurs que les aides institutionnelles et les mesures incitatives et coercitives prises en 2006 (*décret Bertrand*) ont permis aux médecins de parler plus fréquemment du tabagisme avec leurs patients (32).

Malgré tout, le tabac reste un sujet insuffisamment abordé en consultation.

Une thèse picarde exposait que 23 % des patients déclaraient ne jamais parler du tabac avec leur médecin et 46 % n'évoquaient le sujet que "rarement" ou "de temps en temps". Elle concluait même que 60 % des patients pensaient que leur praticien n'était pas préoccupé par leur tabagisme (33). Un rapport de l'International Tobacco Control paru en 2011 estimait que la majorité des fumeurs ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé n'avaient pas reçu d'aide pour arrêter de fumer (34). Le fait de ne pas utiliser le conseil minimal par le médecin pourrait être interprété par le patient comme un désintéressement de sa part.

Demander à chaque consultation à des patients dont on connaît le statut tabagique s'ils fument peut paraître redondant. Néanmoins, il est important de s'enquérir d'un éventuel tabagisme aux différents moments de leur vie (adolescence, grossesse...). Ce statut doit être connu pour tous les patients. Les médecins picards ne sont pas si loin de cet objectif puisqu'ils connaissaient le statut tabagique de 85 % de leurs patients dans une thèse de 2009 (35).

Si cette prise en charge est encore insuffisante, cela pourrait être lié à une mauvaise connaissance de la définition du conseil minimal. En effet, un travail réalisé en 2016 auprès de 131 MG picards montrait que 37,7 % d'entre eux n'en connaissaient pas la définition (31).

S'agissant des outils d'évaluation du sevrage, alors que dans notre étude la part des médecins les utilisant est moyenne (55,1 %), il faut prendre en considération le fait que cette part a fortement progressé entre 2003 et 2009, passant de 6,3 % à 34 % de MG les utilisant (5). Les médecins picards sont donc de plus en plus nombreux à les intégrer dans leurs stratégies.

Conformément aux recommandations de la HAS, la varenicline et le bupropion sont essentiellement utilisés en deuxième intention.

Si l'EMA avait exposé des réserves sur leur utilisation, en particulier sur le rapport bénéfique/effets indésirables défavorable, une étude de 2016 a montré que l'usage de la varenicline, du bupropion ou des TNS n'était pas associé à un surrisque significatif d'évènements neuropsychiatriques indésirables (36).

Une étude menée en 2014 s'intéressait au schéma suivant : début d'utilisation de la varenicline une semaine avant l'arrêt poursuivie pendant 12 semaines, puis un relais était effectué soit par des patchs nicotiniques, soit par des patchs placebo. Ce schéma montrait qu'à 6 mois, l'abstinence était supérieure lorsque l'on combinait la varenicline avec les TNS plutôt qu'avec le placebo (37).

Une thèse soutenue à Amiens en 2016 observait que les trois quarts des praticiens recommandant la cigarette électronique étaient satisfaits des résultats obtenus chez leurs patients en sevrage (38). Dans notre étude, la cigarette électronique est préconisée par une large partie des médecins en seconde intention. Mais cela contraste avec l'inaptitude ressentie par la moitié d'entre eux pour recommander son utilisation.

Même si des professionnels ou des organismes tendent à prendre position, la plupart du temps en faveur de l'utilisation de la e-cigarette (23,25,39), cette défiance est vouée à persister tant que la HAS n'aura pas rendu claires les recommandations, ce que confirmait la thèse picarde (38). L'INPES, dans son baromètre santé 2015, expliquait que « le lien entre vapotage et consommation de tabac, et en particulier entre la durée de vapotage et son éventuel lien avec l'arrêt du tabagisme, fera l'objet d'une publication ultérieure. » (8).

En 2015, les premières normes AFNOR (Association Française de Normalisation), concernant la cigarette électronique, ont été publiées : la première s'intéressait au matériel et plus particulièrement au risque de surchauffe des atomiseurs ; la deuxième définissait une liste de produits autorisés ou interdits ainsi que des exigences liées au contenant ; la dernière, datant de 2016, définissait des exigences liées aux émissions. Les fabricants peuvent choisir de respecter ou non ces normes, mais ces mesure permettront peut-être d'atténuer ces réticences présentes également dans la population générale : en 2015, 52 % des Européens pensaient que la e-cigarette était dangereuse alors qu'ils n'étaient que 27 % en 2012 (résultats de l'*Eurobaromètre* de la Commission européenne).

Mme Bartholome, psychologue à la clinique de l'Europe, m'expliquait qu'elle utilisait les TCC afin d'insister sur les fausses croyances et afin de trouver des alternatives comportementales (comme troquer la cigarette par un verre de citron). Elle résumait sa pratique en expliquant qu'elle « remonte vers le lien amoureux avec la cigarette », responsable selon elle de la dépendance psychique. G. Lagrue insistait en 2003 sur l'intérêt de ces techniques et leur accessibilité : « Sans devenir un spécialiste des TCC, tout médecin peut en intégrer les principes généraux et modifier ainsi son approche dans la prise en charge des dépendances » (6). Les médecins picards sont la moitié à utiliser ces TCC.

Le baromètre santé de 2009 retrouvait une proportion de 94,5 % des médecins généralistes prenant globalement seuls en charge le sevrage tabagique de leurs patients et il estimait que cette part de médecins s'inscrivait dans un mouvement de baisse continue ; 21,9 % des médecins faisaient alors appel à une structure extérieure (5). Si dans notre étude, trois quarts des médecins recourent aux services d'un tabacologue, c'est en immense majorité en seconde intention. Les médecins généralistes picards n'hésitent pas à travailler en liaison avec une structure externe en deuxième intention.

Les trois structures de tabacologie interrogées m'expliquaient ne recevoir que peu de patients adressés par des médecins généralistes, cependant aucun tabacologue de ville n'a été interrogé dans ce travail. De plus, nous avons distingué dans notre étude les tabacologues « physiques » des aides en ligne ou sur internet, mais les entretiens téléphoniques de Tabac Info Service sont assurés par des tabacologues. Les médecins n'ont peut-être pas fait cette distinction dans leurs réponses.

Les consultations de suivi du CHU d'Amiens étaient marquées par un absentéisme important de la part des patients. Le cadre de la médecine générale, moins formel que celui de l'hôpital, permet certainement une meilleure observance du suivi de la part des patients. Par la proximité plus grande qui lie le médecin généraliste au patient, le fait de ne pas prévoir de consultations spécifiques peut être une volonté de s'adapter à chaque patient.

Ceux qui n'en prévoient pas intégraient peut-être ce sujet au sein de consultations pour un autre suivi (même si la moitié des médecins ne pratiquent pas le conseil minimal parce que le tabac n'était pas le motif de consultation initial). Le tabagisme est un sujet pouvant être abordé à de nombreuses occasions et sur des modalités différentes.

C'est peut-être pour cela que les médecins ne semblent pas invoquer majoritairement le manque de temps comme difficulté, tant dans le dépistage que dans le suivi. Une thèse portant sur le conseil minimal et soutenue en 2016 à Amiens montrait que le manque de temps était invoqué par 37 % des praticiens comme raison de la non-évocation du tabagisme (31). Ces chiffres sont comparables à ceux de notre étude. C'est un élément plutôt rassurant et il est peut-être important de rappeler à tous les médecins que la pratique du conseil minimal est brève, ne prenant qu'une minute.

Cela peut sembler contradictoire avec les résultats du baromètre de 2009 puisqu'à l'époque, pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, plus de 9 médecins sur 10 souhaitaient disposer de plus de temps (5).

Les médecins picards ont intégré les recommandations de la HAS concernant l'association des thérapeutiques médicamenteuses et du soutien comportemental dans la prise en charge du sevrage de leurs patients.

III. La particularité du statut de remplaçant

Si les médecins picards ne posent pas systématiquement la question « Fumez-vous ? », la différence est flagrante entre les praticiens installés et les praticiens remplaçants.

Les remplaçants ne sont que 32,8 % à poser cette première question du conseil minimal, alors que ce conseil est efficace quelle que soit la personne qui l'emploie. La moyenne d'âge des remplaçants, 30 ans, pourrait expliquer une réticence par inexpérience. La crainte de se répéter, comme cela avait été évoqué dans une thèse antérieure (31), peut difficilement être invoquée concernant des médecins qui sont fréquemment amenés à suivre des patientèles différentes. Il s'agit peut-être d'un sentiment de manque de légitimité, ou parce

qu'ils ne pensent pas devoir répéter les propos supposément tenus antérieurement par le médecin qu'ils remplacent, mais il semble de nouveau important d'insister sur le fait que c'est le conseil minimal qui est important, et non la personne qui le formule (40).

Les médecins installés sont plus nombreux à rechercher une anxiété sous-jacente. Le fait de suivre au long cours leurs patients, de connaître leurs parcours de vie est sûrement un avantage. De plus, certains patients peuvent avoir des réticences à exprimer certains troubles ou problèmes avec un médecin « de passage ». De manière assez logique, les médecins installés abordent plus fréquemment le tabagisme sur le long terme, d'où l'importance de connaître le statut tabagique du patient.

Si les remplaçants utilisent les TNS en première intention à la quasi-unanimité, ils sont moins nombreux que leurs confrères installés à expliquer aux patients l'aide financière dont ils pourraient bénéficier. Une meilleure information augmenterait l'efficacité de leurs prescriptions, le facteur financier incitatif étant un argument non-négligeable dans la prise de décision d'arrêt. La commission de transparence de la HAS préconisait même en 2016 l'inscription de ces traitements sur la liste des médicaments remboursables, ce qui pourrait faciliter leur accessibilité (41).

La différence d'implication se ressent dans l'importance du rôle accordé par les médecins dans la prise en charge du sevrage de leurs patients : les praticiens installés sont plus nombreux que leurs confrères remplaçants à se sentir indispensables dans le sevrage de leurs patients.

IV. L'influence du statut tabagique

Une thèse portant sur 131 MG picards en 2016 retrouvait 63 % de praticiens n'ayant jamais fumé, 25 % d'ex-fumeurs et 12 % de fumeurs actifs (31). Cette répartition est comparable à celle retrouvée dans notre échantillon.

Tout comme la littérature, notre étude met en évidence la différence de prise en charge du sevrage tabagique en fonction du statut tabagique du médecin.

La méta-analyse réalisée en 2014 sur 11 études anglaises et espagnoles montrait que les médecins fumeurs avaient tendance à moins inciter leurs patients à arrêter de fumer (43). Les thèses picardes abordant l'influence du statut tabagique sur la pratique du conseil minimal

confirmaient son utilisation moins systématique par le praticien fumeur (31,35). Au cours de nos entretiens, les fumeurs expliquaient que leur consommation pouvait entraîner une banalisation du tabagisme, les amenant à être moins insistants avec leurs patients fumeurs.

L'étude menée dans le Maine-et-Loire par De Col et al en 2008 montrait que les médecins fumeurs interrogeaient moins souvent les patients sur leur tabagisme, alors qu'ils ne pensaient pas que leur statut tabagique avait une influence sur leur pratique du conseil minimal. Ils étaient par ailleurs moins persuadés de l'efficacité du conseil minimal que leurs confrères non-fumeurs (32).

Dans un article de 2007, Vergnon et al. exposaient que les généralistes fumeurs étaient beaucoup moins incitatifs dans leur proposition de sevrage tabagique, ils attendaient plutôt que le patient en parle (44). Dans notre étude, alors que les médecins fumeurs sont aussi nombreux que leurs confrères à déclarer prendre l'initiative d'aborder le sujet du tabac, ils demandent moins souvent à leurs patients fumeurs s'ils désirent arrêter.

Cet article expliquait également que l'apparition chez leurs patients d'une pathologie liée au tabac était un facteur favorisant l'abord de la question du tabagisme chez les médecins fumeurs, alors que De Col et al. n'observaient pas de différence sur ce point. Cela contraste avec les résultats de notre étude dans la prévention secondaire, puisque les médecins fumeurs sont les moins nombreux à demander à leurs patients leurs statuts tabagiques en présence de facteurs de risque cardio-vasculaires ou de symptômes ORL ou respiratoires.

Une enquête menée dans la Vienne par Underner et al. en 2002 montrait également que les médecins fumeurs pratiquaient moins souvent le conseil minimal (45). Ces derniers pensaient plus souvent que leur tabagisme pouvait favoriser la communication avec leurs patients, ce que semblait confirmer une thèse du Calvados (46).

Dans notre étude les fumeurs actifs interrogés en face-à-face avaient tendance à moins dévoiler aux patients leur statut tabagique, contrairement aux fumeurs sevrés. Ces derniers partageaient plus souvent leur expérience du sevrage avec leurs patients, leur réussite venant appuyer leurs propos.

De Col et al. exposaient que les médecins fumeurs mettaient en avant leurs connaissances personnelles des méthodes de substitution, ce qui faisait naître une empathie vis-à-vis des patients (32). Cette notion d'empathie a été évoquée à de nombreuses reprises au cours de nos entretiens par les médecins avec une expérience du tabagisme.

Alors qu'ils prodiguent moins systématiquement le conseil minimal, la moitié des médecins fumeurs interrogés considèrent leur statut comme un atout. Cela traduit une surestimation de l'effet bénéfique que pourrait exercer le statut de fumeur, et peut être un excès de confiance : dans notre étude, les médecins fumeurs prennent plus souvent seul en charge leurs patients.

Une analyse en régression logistique effectuée sur une enquête menée en 1998 auprès de 2 073 MG français concluait que les fumeurs actifs se sentaient plus efficaces que les anciens fumeurs pour aider leurs patients à arrêter de fumer, alors qu'ils utilisaient moins souvent le conseil minimal (47).

Une étude portant sur 2 082 MG dans 11 pays européens montrait que les médecins généralistes fumeurs se sentaient moins efficaces à aider leurs patients à arrêter de fumer par rapport à leurs confrères non-fumeurs (48).

Les résultats de notre travail montrent qu'effectivement les médecins fumeurs sont moins nombreux à se déclarer plutôt indispensables dans la prise en charge du sevrage que leurs confrères anciens fumeurs ou n'ayant jamais fumé, mais il faut cependant nuancer ce constat : 8 fumeurs sur 10 ont globalement un sentiment neutre concernant l'efficacité de leur prise en charge.

Ainsi, l'influence est une notion subjective qui peut être difficile à percevoir, comme le concluait un médecin fumeur interrogé : « *Ben je viens de me rendre compte à quel point ça a l'air de m'influencer quand même (Rires). Je me rendais pas compte à quel point avant que tu me poses tes questions* ».

Conclusion

Malgré l'existence de biais liés au mode de recrutement et à la présence de données manquantes, notre étude montre que les médecins généralistes en Picardie respectent globalement les recommandations de la HAS dans le sevrage. Une nuance de taille doit être apportée : la pratique du conseil minimal reste insuffisante.

Les médecins fumeurs semblent moins impliqués dans le sevrage de leurs patients, particulièrement au moment du conseil minimal. Il serait peut-être important d'exposer au cours des études médicales et dans les formations médicales continues cette différence entre médecins dans la prise en charge du sevrage tabagique afin de sensibiliser les praticiens fumeurs.

D'autre part, cette influence du tabagisme a été abordée récemment dans plusieurs thèses, notamment au niveau régional. Il pourrait y avoir un intérêt à regrouper les personnes s'intéressant à ce sujet au sein d'un groupe de réflexion afin de trouver un moyen de sensibiliser les médecins fumeurs sur cette influence.

Bibliographie

1. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014 sept p. 55.
2. Debuissier S, et al. Diagnostic régional de santé 2015. OR2S; 2015 p. 96.
3. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode - Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé (HAS); 2013. 64 + 562 p. (Conference de consensus).
4. Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A, Jourdain-Menninger D. Traité d'addictologie. Paris: Lavoisier Médecine-Sciences; 2016. 539-626 p.
5. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *adsp*. déc 2011;(77):6-10.
6. Lagrue G, Dupont P. Sevrage tabagique: comment prévenir les rechutes. *Rev Prat Médecine Générale*. 22 janv 2003;(599):67-70.
7. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Union Européenne; 2015 p. 214. (Eurobarometer). Report No.: 429.
8. Andler R, Richard J-B, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Pasquereau A, Beck F, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015: premiers résultats du baromètre cancer 2015. *Bull Epidémiol Hebd* 2016. (30-31):502-7.
9. Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 11 juin 2012;172(11):837-44.
10. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):824-8.
11. Gooris J, Sautel O. 13 euros, c'est le prix du paquet de cigarettes « socialement responsable »! [Internet]. Paris: Microeconomix; 2015 mars [cité 21 nov 2016] p. 5. Disponible sur: http://www.microeconomix.fr/sites/default/files/20150308_projet_cp_cout_social_tabac_version_finale_pour_diffusions.pdf
12. OMS. OMS | La lutte antitabac permet d'économiser des milliards de dollars et de sauver des millions de vies. WHO.
13. Holford TR, Meza R, Warner KE, Meernik C, Jeon J, Moolgavkar SH, et al. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. *Jama*. 2014;311(2):164-171.
14. SHIFFMAN SM, PHIL C. The tobacco withdrawal syndrome. In: Cigarette smoking as a dependence process. s.l.: Krastegor N.A.; 1979. p. 158-84. (National institute on drug abuse research monograph series ; 23.).
15. Guignard R, Beck F, Wilquin J, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard J-B. La consommation de tabac en France et son évolution: résultats du baromètre santé 2014. *Bull Epidémiol Hebd* 2015. 281-8(17-18).
16. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol,

- cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 1 mai 2011;115(1-2):120-30.
17. HAS. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS. Questions/réponses: sevrage tabagique. 2014.
 18. Inoue-Choi M, Liao LM, Reyes-Guzman C, Hartge P, Caporaso N, Freedman ND. Association of Long-term, Low-Intensity Smoking With All-Cause and Cause-Specific Mortality in the National Institutes of Health–AARP Diet and Health Study. *JAMA Intern Med.* 1 janv 2017;177(1):87.
 19. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patient: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control.* 1995;(4):162-9.
 20. Lermenier-Jeannet A, OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. OFDT; 2016.
 21. Le Faou A-L, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. *Presse Médicale.* déc 2012;41(12, Part 1):1279-85.
 22. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* oct 1996;153(10 Suppl):1-31.
 23. Prescrire Redaction. Cigarettes électroniques et arrêt du tabac. Efficacité similaire à celle de la nicotine par d'autres voies, avec beaucoup d'incertitudes. *Rev Prescrire.* juin 2015;35(380):433-9.
 24. HCSP. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 avr p. 12.
 25. Costentin J, Dubois G, Goulle J-P. La cigarette électronique permet-elle de sortir la société du tabac ? | Académie nationale de médecine. 2015.
 26. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
 27. Aubin H-J, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, Vicaut E, Jeanpetit Y, Solesse A, et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health.* 2010;10(1):100.
 28. Trédaniel J, Karsenty S, Chastang C, Slama K, Hirsch A. Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français. *Rev Mal Respir.* 1993;10:35-8.
 29. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns.* janv 2009;74(1):118-23.
 30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2015. CNOM; 2015 p. 322.
 31. Culo M (1987-), Andréjak C (1979-). État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. UPJV; 2016.
 32. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abandon du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir.* mai 2010;27(5):431-40.
 33. Lefebvre F (1977-), Guillaumont C, Université de Picardie Jules Verne. Evaluation de l'influence du statut tabagique présumé du médecin traitant aux yeux de son patient sur la mobilisation de ce dernier à l'arrêt du tabac. [s.n.]; 2008.

34. Rapport national ITC (International Tobacco Control) France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada: INPES, INCa, Paris, France; 2011 oct.
35. Riazul I (1981-), Verfaillie F (1978-), Université de Picardie Jules Verne. Utilisation du conseil minimal auprès du patient tabagique en médecine générale en Picardie. [s.n.]; 2009.
36. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. juin 2016;387(10037):2507-20.
37. Koegelenberg CFN, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, et al. Efficacy of Varenicline Combined With Nicotine Replacement Therapy vs Varenicline Alone for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 9 juill 2014;312(2):155.
38. Lephy-Mota J, Vaysse B. Utilisation de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique par les médecins généralistes picards : pratiques, points de vue et attentes. [Amiens]: UPJV; 2016.
39. Dubois G. La cigarette électronique: Où en est-on? *OPA Prat*. avr 2016;(295):12.
40. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addict Abingdon Engl*. janv 1999;94(1):125-32.
41. HAS. Avis Champix. 2016 nov p. 37.
42. Ansquer J, Stoll L, Lagrue G. Enquête sur le tabagisme des médecins généralistes. *Sem Hôp Paris*. 1992;68:1312-3.
43. Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, Purssell E, While A. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis: Doctors' smoking and their smoking cessation practice. *Addiction*. nov 2014;109(11):1811-23.
44. Vergnon JM, Denis-Vatant C. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur la prise en charge du tabagisme de leurs patients. *Rev Mal Respir*. 1 nov 2007;24(9):1157-8.
45. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue A., Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir*. 2006;23:426-9.
46. Barbier Legrand A. Abord du tabac en consultation et application du conseil minimal par les médecins généralistes du Calvados influence du propre statut tabagique du médecin. Caen; 2011.
47. Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brücker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health*. févr 2005;15(1):33-8.
48. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. mai 2005;40(5):595-601.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de Fagerström en 6 questions.

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit	Oui	1
	Non	0
A quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
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
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée?	Oui	1
	Non	0
Total		

Score (sur 10)	Degré de dépendance à la nicotine
0 à 2	Pas de dépendance, conseils de type comportementaux
3 à 4	Dépendance faible, traitement pharmacologique en cas de manque ou de difficulté passagère
5 à 6	Dépendance moyenne, traitement pharmacologique recommandé
7 à 10	Dépendance forte, traitement pharmacologique recommandé. Consultation spécialisée si nécessaire

D'après Heatherton et <http://www.tabac-info-service.fr>

Annexe 2 : Q-MAT, questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac.

	Score
1) Pensez-vous que dans 6 mois:	
* Vous fumerez toujours autant?	0
* Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette?	2
* Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette?	4
* Vous aurez arrêté de fumer?	8
2) Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer?	
* Pas du tout	0
* Un peu	1
* Beaucoup	2
* Enormément	3
3) Pensez-vous que dans 4 semaines:	
* Vous fumerez toujours autant?	0
* Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette?	2
* Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette?	4
* Vous aurez arrêté de fumer?	6
4) Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer?	
* Jamais	0
* Quelquefois	1
* Souvent	2
* Très souvent	3
Total	

Score (sur 20)	Niveau de motivation du patient
inférieur à 7	insuffisant
entre 7 et 13 inclus	moyen
supérieur à 13	bon

D'après Aubin et coll. (2004) et Lagrue et coll. (2002)

Annexe 3 : Questionnaire en ligne.

Disponible jusqu'au mois de juillet 2017 à <https://goo.gl/forms/8K3HRvMvdwInKwW13>.

I) Quelques informations vous concernant

1) Quel est votre âge ? ans

2) Vous êtes ?

Une femme	Un homme

3) Vous êtes ?

Médecin généraliste installé	Médecin généraliste remplaçant

4) Avez-vous bénéficié d'une formation en tabacologie ?

Non	Oui

II) La préparation au sevrage

5) Demandez-vous systématiquement à chaque patient s'il fume ?

Non	Oui

⇒ Si non quels sont les éléments ci-dessous qui vous incitent à poser cette question ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
L'existence de facteurs de risque cardio-vasculaire				
Une grossesse				
Une contraception oestroprogestative				
La présence d'autre(s) addiction(s)				
Une symptomatologie pulmonaire ou ORL				
La rédaction d'un certificat d'aptitude				

6) Demandez-vous systématiquement à vos patients fumeurs s'ils ont envie d'arrêter de fumer?

Non	Oui

→ Si non, pour quelles raisons ?

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Par manque de temps				
Par oubli				
Par appréhension de la réaction du patient				
Parce que cela ne correspond pas au motif de consultation				

7) Qui aborde le sevrage tabagique ? (1 signifie que c'est toujours à l'initiative du patient, 5 signifie que c'est toujours à votre initiative)

	1	2	3	4	5	
Le patient						Vous

8) Face à un patient souhaitant arrêter de fumer:

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous estimez la consommation personnelle actuelle				
Vous évaluez son niveau de dépendance grâce à un questionnaire type Fagerström				
Vous recherchez l'existence de tentative(s) de sevrage préexistante(s)				
Vous recherchez l'existence de trouble(s) anxio-dépressif(s) sous-jacent(s)				
Vous recherchez l'existence d'autre(s) addiction(s)				

III) A l'initiation du sevrage

9) Concernant les moyens utilisés pour l'aide au sevrage, vous préconisez l'utilisation:

	En première intention	En deuxième intention ou ultérieurement	Jamais
Des traitements nicotiques de substitution			
Des Thérapies Cognitives Comportementales (TCC)			
De la cigarette électronique			
Du Varenicline® (Champix) ou du Bupropion® (Zyban)			
Du recours à un tabacologue ou à une structure spécialisée en tabacologie			
D'un support extérieur type brochure, site internet ou aide téléphonique			
D'homéopathie, d'acupuncture, de sophrologie, d'hypnose			

10) Avez-vous les coordonnées d'un professionnel de santé extérieur pouvant être un appui dans le sevrage tabagique?

Non	Oui

11) Si vous utilisez les substituts nicotiques, associez-vous les galéniques entre elles?

Non	Oui

⇒ Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Schéma trop complexe à utiliser pour le patient	Crainte d'un surdosage en nicotine	Inefficacité d'une telle mesure	Je ne pensais pas que cela était possible	Autre

12) Si vous utilisez les substituts nicotiniques, expliquez-vous au patient qu'il peut bénéficier d'une aide financière de l'assurance maladie ?

Non	Oui

IV) Concernant la cigarette électronique

13) Vous sentez-vous apte à conseiller vos patients concernant l'utilisation de la cigarette électronique?

Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait

14) Pensez-vous que l'utilisation de la cigarette électronique prolonge une certaine dépendance?

Non	Oui

15) Estimez-vous nécessaire une formation complémentaire sur la cigarette électronique?

Non	Oui

V) L'accompagnement au sevrage

16) Dans l'organisation du suivi du sevrage:

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Prévoyez-vous une ou des consultation(s) spécifique(s) spécialement dédiée(s) à la réévaluation du sevrage?				
Recherchez-vous des signes de sevrage tel que le craving ("envie impérieuse de fumer")?				
Recherchez-vous la survenue d'un trouble anxiodépressif à l'arrêt du tabac?				

VI) Difficultés rencontrées et rechute

17) Dans le suivi à long terme du sevrage, continuez-vous à aborder le tabac avec vos patients (évaluation du risque de rechute) ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

18) Quelles sont les difficultés majeures que vous rencontrez et qui sont responsables des échecs de sevrage ?

	Non	Oui
Perte de motivation du patient		
Perte de motivation du praticien		
Difficultés socio-économiques		
Mauvais choix de la technique de sevrage		
Influence de l'entourage		
Non prise en charge conjointe des troubles anxio dépressifs associés		
Manque de temps		
Autre, précisez :		

19) Sur l'échelle suivante, à combien estimeriez-vous votre sentiment d'efficacité dans la prise en charge de vos patients en sevrage tabagique?

1		5										
(je me sens inutile)	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5						(je me sens indispensable)
1	2	3	4	5								

VII) Le médecin et son expérience personnelle du tabagisme

20) Vous êtes ?

Non-fumeur	Fumeur sevré actuellement	Fumeur actif ayant déjà fait une ou plusieurs tentative(s) de sevrage	Fumeur actif sans tentative de sevrage antérieure

21) Dans l'accompagnement du sevrage de vos patients, votre statut tabagique est-il?

Un handicap	Un atout	Cela n'a aucune influence

Annexe 4 : Questionnaire des entretiens semi-directifs.

Merci d'accepter de m'aider dans mon travail.

Permettez-vous que j'enregistre cet entretien ?

Cet entretien a pour but d'évaluer l'influence de votre statut tabagique sur la prise en charge du sevrage tabagique de vos patients.

Les résultats seront anonymisés et utilisés pour mon travail de thèse.

I) Vous êtes fumeur actif, ancien fumeur ou vous n'avez jamais fumé ?

II) Comment le fait [d'être fumeur *ou* d'être ancien fumeur *ou* de n'avoir jamais fumé] influence la prise en charge du sevrage de vos patients ?

Questions de relance :

1) Comment cela vous influence dans le dépistage du tabagisme ?

2) Comment cela vous influence lorsque vous interrogez les patients fumeurs sur leur consommation ?

3) Comment cela vous influence sur les moyens que vous préconisez pour un sevrage ?

4) Comment cela vous influence lorsque vous conseillez vos patients afin de leur éviter les rechutes ?

5) Avez-vous quelque chose à rajouter ?