



HAL
open science

La cigarette électronique dans l'aide au sevrage tabagique : connaissances et conseils donnés aux patients par les médecins généralistes en Aquitaine, étude qualitative originale par la méthode du patient simulé

Géraud Barlatier

► **To cite this version:**

Géraud Barlatier. La cigarette électronique dans l'aide au sevrage tabagique : connaissances et conseils donnés aux patients par les médecins généralistes en Aquitaine, étude qualitative originale par la méthode du patient simulé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01810070

HAL Id: dumas-01810070

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01810070>

Submitted on 7 Jun 2018

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 75

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par Barlatier Géraud, François, Francis

Né le 19 Mars 1988 à Toulon

Le 31 Mai 2018

La cigarette électronique dans l'aide au sevrage
tabagique : connaissances et conseils donnés aux
patients par les médecins généralistes en Aquitaine.
Etude qualitative originale par la méthode du patient
simulé.

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Durieux William

Membres du jury

| | |
|---|------------|
| Monsieur le Professeur Gay Bernard | Président |
| Monsieur le Professeur Auriacombe Marc | Juge |
| Monsieur le Professeur Castera Philippe | Juge |
| Madame le Docteur Lajzerowicz Nathalie | Juge |
| Monsieur le Docteur Prothon Emmanuel | Rapporteur |

Remerciements

A monsieur le Président du jury,

Monsieur le Professeur Gay Bernard

Professeur Universitaire - Médecin généraliste

Département de médecine générale

Université de Bordeaux

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance.

A mon rapporteur,

Monsieur le Docteur Prothon Emmanuel

Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur d'évaluer et de vous prononcer sur l'intérêt de ce travail.

Veillez trouver l'expression de ma gratitude la plus sincère.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Castera Philippe

Professeur associé - Médecin généraliste

Université de Bordeaux

Vous me faites un grand honneur en acceptant de participer à mon jury.
Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Auriacombe Marc

Professeur universitaire - Praticien hospitalier

Chef de département hospitalier - Pôle addictologie

Centre hospitalier Ch. Perrens - Bordeaux

Vous me faites un grand honneur en acceptant de participer à mon jury.
Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance.

Madame le Dr Lajzerowicz Nathalie

Tabacologue

Hopital du Bouscat - Bordeaux

Vous me faites un grand honneur en acceptant de participer à mon jury.
Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Professeur Durieux William

Professeur Universitaire - Médecin généraliste

Département de médecine générale

Université de Bordeaux

Merci William de m'avoir suivi patiemment tout au long de ce travail et de m'avoir orienté et guidé dans la réalisation de cette méthodologie originale. La conception et la réalisation de cette thèse ont été une expérience unique pour moi.

Aux médecins que j'ai rencontrés tout au long de mon internat qui m'ont permis de devenir le praticien que je suis aujourd'hui.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail de recherche.

A ma famille présente aujourd'hui, qui reste proche de moi malgré les kilomètres qui nous séparent.

A Hélène ma moitié avec qui tous les projets sont permis et promis. A elle qui me permet d'avoir la confiance et l'envie d'aller plus loin.

Aux amis de l'externat marseillais, avec qui les années étudiantes ont filées vite, Henri, Greg, Alexis, Carole Anne, Célia, Sandrine, Noé, Manu, Guillaume, Sylvie.

A Nico et Anne so et maintenant Nathan qui ont eux aussi fait la grande traversée du sud avec moi.

A Adrien qui m'a fait découvrir la région et sans qui l'internat n'aurait pas été le même. A tous ces colloqs et co internes avec qui j'ai partagé mon quotidien pendant cet internat. Aussi à Mélo qui est maintenant la maman du petit Aloïs.

Aux fabuleux amis de Pau Vincent, Nicolas, Céline, Simon, Benoit, Lise avec qui le quotidien oscille entre l'escalade, la montagne, la randonnée, le ski, les week-ends hispaniques et tous ces autres moments pendant lesquels on se retrouve.

Aux vieux amis varois et hyérois que je vois moins souvent mais toujours avec plaisir, Cyril, Delphine, Mathieu ...

Table des matières

| | |
|---|-------|
| 1. Introduction | P.10 |
| 1.1 Justification de l'étude | P.10 |
| 1.2 La situation législative de la EC en France | p.13 |
| 2. Les connaissances et pratiques des médecins face à la EC | p.15 |
| 2.1 Les avis d'experts | p.15 |
| 2.2 Les études sur les connaissances et pratiques des médecins généralistes | p.15 |
| 3. Etat des lieux de l'utilisation des patients fictifs pour évaluer les pratiques | p.17 |
| 4. L'étude | p.18 |
| 4.1 Introduction | p.18 |
| 4.2 Matériel et méthode | p.19 |
| 4.2.1 La méthode | p.19 |
| 4.2.1.1 Le type d'étude | p.19 |
| 4.2.1.2 Population étudiée et mode d'inclusion | p.19 |
| 4.2.2 Le matériel | p.20 |
| 4.2.2.1 La trame du scénario | p.20 |
| 4.2.2.2 La formation du patient fictif | p..21 |
| 4.2.2.3 Les sujets inclus | p.21 |
| 4.2.2.4 Déroulement d'une consultation | p.23 |
| 4.2.2.5 Retranscription des consultations | p.22 |
| 4.2.2.6 La méthode d'analyse | p.23 |
| 4.3 Résultats | p.23 |
| 4.3.1 Caractéristiques des entretiens | p.23 |
| 4.3.2 Résultats de la retranscription des enregistrements | p.24 |
| 4.3.2.1 Les informations spécifiques à la EC délivrées par les médecins | p.24 |
| 4.3.2.1.1 Les informations scientifiques valides sur l'efficacité de la EC comme moyen de sevrage | p.24 |

| | | |
|-----------|--|------|
| 4.3.2.1.2 | Les informations scientifiques valides sur la nocivité de la EC | p.25 |
| 4.3.2.1.3 | Les informations issues de l'expérience professionnelle des médecins et leur avis personnel | p.27 |
| 4.3.2.1.4 | Les connaissances des médecins sur la prise en charge du remboursement de la EC | p.28 |
| 4.3.2.2 | Les éléments en rapport avec la consultation de sevrage tabagique « classique » | p.29 |
| 4.3.2.2.1 | Les éléments en rapport avec la consommation du tabac et la dépendance au tabac | p.29 |
| 4.3.2.2.2 | Les éléments en rapport avec les co dépendances | p.29 |
| 4.3.2.2.3 | Les éléments en rapport avec les co morbidités | p.29 |
| 4.3.2.2.4 | Les éléments en rapport avec la motivation au sevrage | p.30 |
| 4.3.3 | Les éléments de consultation en rapport avec la consultation de médecine générale | p.31 |
| 4.3.4 | Vécu des médecins ayant participé à cette étude d'analyse de pratiques cliniques par patient simulé | p.32 |
| 5. | Discussion | p.32 |
| 5.1 | Discussion de la méthode | p.33 |
| 5.1.1 | Le nombre de sujets inclus | p.33 |
| 5.1.2 | Le scénario et la formation du patient fictif | p.33 |
| 5.1.3 | La retranscription | p.34 |
| 5.1.4 | La méthode du patient fictif | p.35 |
| 5.2 | Discussion des résultats | p.35 |
| 5.2.1 | La qualité des résultats apportés par la méthode | p.35 |
| 5.2.2 | Les informations apportées par les médecins généralistes sur la EC comme moyen de sevrage | p.36 |
| 5.2.3 | Les informations apportées par les médecins généralistes à propos la toxicité de la EC | p.36 |
| 5.2.4 | Les informations apportées par les médecins généralistes sur la prise en charge du remboursement de la EC | p.37 |
| 5.3 | Utilité du vécu des sujets dans la perspective de la réalisation de nouvelles études de pratiques par patient fictif | p.37 |

| | |
|------------------|------|
| 6. Perspectives | p.38 |
| 7. Conclusion | p.39 |
| 8. Bibliographie | p.41 |
| Serment médical | p.44 |
| RESUME | P.45 |

Liste des abréviations

EC : e-cigarette ou cigarette électronique.

EL : e-liquide, liquide utilisé dans la EC permettant via cette dernière la formation d'un aérosol.

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

HAS : haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

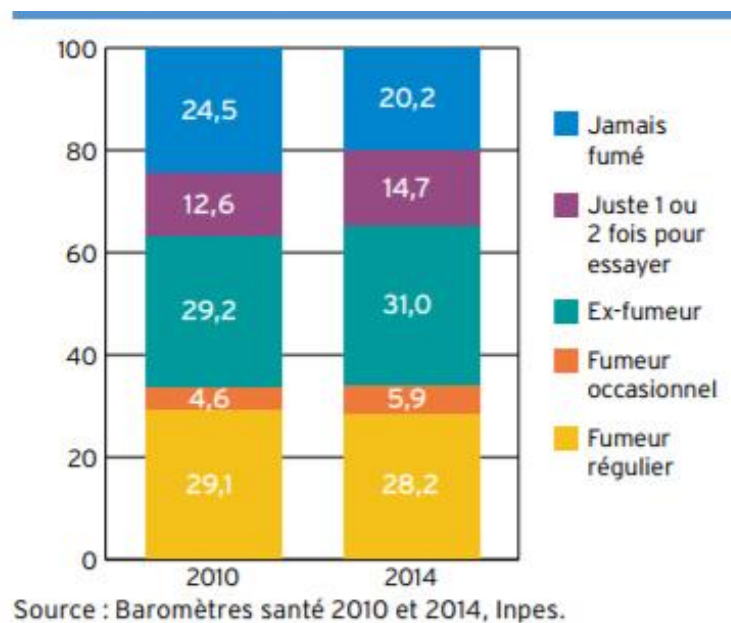
OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFT : office français de prévention du tabagisme

1. Introduction

1.1 Justification de l'étude

Le tabac représente un enjeu de santé publique depuis plusieurs décennies. Il y a environ 16 millions de fumeurs en France soit près d'un tiers de la population des 15-75 ans selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (graphique 1). (1)



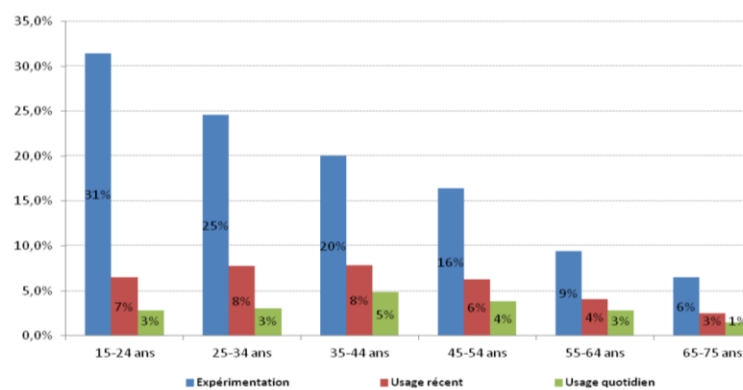
Graphique 1 : Evolution du statut tabagique entre 2010 et 2014 (en pourcentage)

Dans ce cadre, des politiques de santé sont mises en place avec un programme national de réduction du tabagisme. Parmi les plus usitées on peut noter la hausse du prix du tabac, le paquet neutre, les campagnes de sensibilisation et d'information, la mise à disposition d'une ligne téléphonique pour l'aide au sevrage tabagique, la mise en place du remboursement des substituts nicotiques à hauteur de 150 euros par an depuis 2015 pour certaines populations. (2) (3)

Jusqu'à récemment, les moyens de sevrages tabagiques recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) étaient majoritairement représentés par les substituts nicotiques médicamenteux ; mais en 2005 l'ingénieur chinois Hon lik dépose le brevet de la

technologie « Electronic Nicotine Delivery System » (4). La quasi-totalité des cigarettes électroniques (EC) actuelles vendues en France utilisent ce système pour la création de l'aérosol qui est inhalé par l'utilisateur de EC.





























Entre 2005 et 2013, le nombre de personnes utilisant la EC a augmenté rapidement. Une étude réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) fin 2013 montre que 88% des français (et 93% des 15-24ans) déclarent savoir ce qu'est la EC ; 18% l'ont déjà essayé et 3% l'utilisent quotidiennement. Les différents profils d'utilisation varient en fonction de la tranche d'âge comme le montre le graphique 2 avec une nette prédominance de la proportion de consommateurs dans la population de moins de 55 ans. (5) Cette tendance se confirme sur le bulletin épidémiologique hebdomadaire réalisé en 2016 (6).



Source : Enquête ETINCEL-OFDT (novembre 2013)

Graphique 2 - Proportion d'expérimentateurs, d'usagers récents (utilisation dans le mois précédent l'étude) et d'usagers quotidiens de EC selon la classe d'âge. (5)

Une étude faite à la demande de la commission européenne en 2012 (7) retrouve une utilisation bien moindre (graphique 3) de la EC aussi bien en France que dans les autres pays par rapport à l'étude de l'OFDT de 2013. Ces différences montrent l'évolution exponentielle du nombre d'utilisateurs d'EC ces dernières années dans notre société.

| | Yes, you use or used it regularly | Yes, you use or used it occasionally | Yes, you tried it once or twice | No | Don't know |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----|------------|
|  EU27 | 1% | 1% | 5% | 93% | 0% |
|  BG | 1% | 2% | 11% | 86% | 0% |
|  DK | 2% | 2% | 9% | 87% | 0% |
|  PL | 1% | 3% | 9% | 87% | 0% |
|  CZ | 1% | 2% | 9% | 88% | 0% |
|  LV | 0% | 2% | 10% | 88% | 0% |
|  EL | 2% | 1% | 8% | 89% | 0% |
|  EE | 1% | 2% | 7% | 90% | 0% |
|  LU | 0% | 2% | 7% | 90% | 1% |
|  HU | 1% | 2% | 6% | 91% | 0% |
|  RO | 2% | 3% | 3% | 91% | 1% |
|  UK | 1% | 2% | 6% | 91% | 0% |
|  CY | 0% | 1% | 7% | 92% | 0% |
|  DE | 1% | 1% | 5% | 93% | 0% |
|  FR | 0% | 1% | 6% | 93% | 0% |
|  SI | 0% | 1% | 6% | 93% | 0% |
|  FI | 0% | 2% | 5% | 93% | 0% |
|  IE | 1% | 0% | 3% | 94% | 2% |
|  NL | 0% | 1% | 5% | 94% | 0% |
|  AT | 1% | 1% | 4% | 94% | 0% |
|  ES | 1% | 1% | 3% | 95% | 0% |
|  LT | 0% | 1% | 4% | 95% | 0% |
|  MT | 1% | 2% | 2% | 95% | 0% |
|  BE | 0% | 1% | 3% | 96% | 0% |
|  IT | 1% | 1% | 2% | 96% | 0% |
|  PT | 0% | 0% | 4% | 96% | 0% |
|  SK | 0% | 1% | 2% | 97% | 0% |
|  SE | 1% | 0% | 1% | 98% | 0% |

Graphique 3 - Proportion d'usagers ayant utilisé la EC de façon quotidienne, occasionnellement ou une à deux fois en Europe.(7)

Les médecins se sont retrouvés face aux faits suivants :

- Un nombre significatif de leurs patients sont des consommateurs de EC et il s'agit d'un sujet qui sera nécessairement abordé lors de certaines consultations en cabinet de médecine générale. Par ailleurs malgré l'absence d'indication officielle (8) environ un tiers de ces utilisateurs de EC l'utilisent comme première tentative de sevrage tabagique (9).
- Les études réalisées à ce jour concernant la EC sont de faible niveau preuve (8,10).
- Les médecins se retrouvent avec un potentiel nouvel outil de « réduction du risque et des dommages » (11). Effectivement la EC semble être moins nocive que le tabac ; dans la perspective de la réduction du risque et des dommages de son patient le médecin doit être capable de le conseiller dans son utilisation.

Le liquide de EC (EL) et l'aérosol de EC ont des compositions particulières qui obligent le médecin à se questionner afin d'apporter des conseils aux patients concernant l'innocuité de ce dispositif. Les EL sont composés essentiellement de propylène glycol, glycérol, d'arôme (de composition eux-mêmes très variable), d'eau et parfois de nicotine (figure 1) (12).

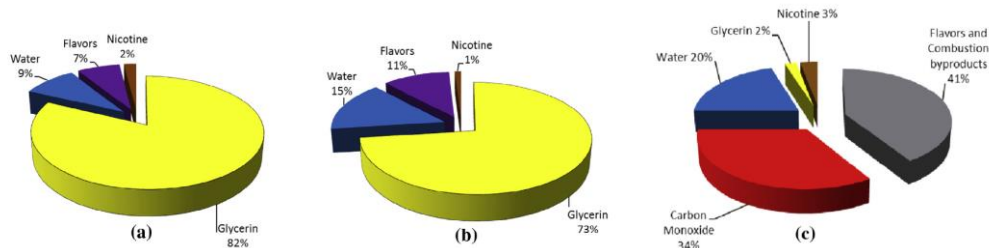


Figure 1 - Exemple des proportions d'agents retrouvés dans les EL (a), l'aérosol de EC (b) et la fumée d'une cigarette classique (c). (12)

Des études (12) (13) concernant l'analyse des EL et des aérosols montrent la présence en quantité très faible des substances suivantes dans certains EL:

- Des aldéhydes
- Des nitrosamines
- Des métaux (cadmium, nickel, plomb, chrome)
- Des alcaloïdes
- Autres agents chimiques (naphtalène, acénaphthylène, acénaphène, fluorine, phénanthrène, anthracène ...)

Notre sujet de thèse trouve son origine dans le fait que les médecins généralistes se trouvent dans une situation où ils doivent apporter différents conseils aux patients concernant la EC en elle-même et la EC comme moyen de sevrage tabagique.

1.2 La situation législative sur la EC en France

Il faut noter que la EC se trouve dans un statut législatif particulier. Sur le plan médical, elle n'est pas considérée comme un médicament mais reste un mécanisme de substitution nicotinique.

Sur le plan légal, le code de la santé publique (14) ne parle pas spécifiquement de la EC à ce jour, la réglementation concerne les produits du tabac. Dans leur définition il s'agit de produits destinés à être fumés ce qui implique une combustion ; sont exclus les produits à usage médical. Afin d'intégrer la EC aux produits du tabac, il faudrait en revoir la définition ou que la EC obtienne une autorisation de mise sur le marché (AMM) afin d'être reconnue comme médicament (ce que les industriels de la EC voudraient éviter afin de ne pas restreindre le marché de la EC via une législation trop restrictive).

Le code général des impôts (15) définit différemment les produits du tabac (« *les cigarettes et produits à fumer, même s'ils ne contiennent pas de tabac* »), en interprétant cette définition la EC peut y être incluse.

La Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) a adressé en Mars 2013 un avis à l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) listant les points de législation en vigueur qui s'appliquent à la vente de EC et EL. (16).

Une demande d'avis a été réalisée auprès du Conseil d'Etat en octobre 2013 (17) afin de savoir si l'utilisation de la EC était interdite ou non dans les lieux publics. Le Conseil d'Etat précise qu'à ce jour la vente et la publicité des EC sont libres. La loi interdit le fait de fumer dans les lieux publics, or par définition vapoter n'est pas fumer. Le Conseil d'Etat a donc statué qu'en l'état des définitions juridiques actuelles l'utilisation de la EC ne pouvait pas être interdite dans les lieux publics. Il aborde le sujet des zones de promiscuité tels que les transports en communs, il y serait justifié d'y limiter la liberté de vapoter afin de ne pas nuire aux autres voyageurs.

Dans la pratique judiciaire, cette décision de différencier fumer et vapoter s'est vérifiée en cour de cassation où la décision de la Cour d'appel contre une utilisatrice de EC dans l'enceinte d'une gare a été annulée (18). Paradoxalement un commerçant faisant de la publicité et vendant des EC dans une boutique à Toulouse ainsi que sur un site internet a été condamné à fermer sa boutique et son site internet. La plainte a été posée par un buraliste qui estimait que le vendeur de EC violait la loi en faisant la publicité (19) d'un produit du tabac, et sa vente qui est un monopole des buralistes (20) . Cette décision judiciaire s'appuyait sur le code des impôts (15). On voit dans ce duo d'exemples la nécessité de légiférer dans le domaine de la EC.

La loi Hamon dont la mise en place débutée le 2 Mai 2013 et s'étalant jusqu'en 2016 interdit la vente de EC aux mineurs (21). Un décret rentré récemment en vigueur (octobre 2017) (22) interdit l'utilisation de la EC dans les établissements scolaires, les lieux d'hébergement pour mineur ainsi que dans les transport publics.

2. Les connaissances et pratiques des médecins face à la EC

2.1 Les avis d'experts

Les avis d'experts français les plus récents datent d'Avril 2014 (10). Ils insistent sur le flou qui persiste autour du statut de la EC qui n'est pas reconnu en France comme médicament ni comme dispositif médical, pour le moment la EC est un produit de consommation courant. Les substituts classiques tels que les patches et les gommes restent la référence en matière de substituts nicotiniques. Les experts insistent aussi sur le recul insuffisant concernant les effets secondaires de la EC et déconseillent formellement son utilisation par les non fumeurs.

Cet avis (10) ainsi que celui du Haut Conseil de la Santé Publique (23) donnent une information afin d'aider les professionnels de santé pour le conseil dans l'utilisation de la EC :

- La EC peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique, mais les autres moyens de sevrage doivent rester l'option de première intention.
- Malgré les incertitudes il est très probable que la EC soit moins nocive que la cigarette classique et constitue un mode de réduction du risque et des dommages.
- Il est important que la EC et le EL utilisés respectent la réglementation en vigueur, il faut tenir les flacons de EL à distance des enfants pour éviter une intoxication.
- Dans la mesure où nous n'avons pas de données scientifiques sur l'exposition au long cours à la EC, il est préférable de limiter la durée de son utilisation.

L'HAS a émis de nouvelles recommandations concernant le sevrage tabagique en 2014 (8), concernant la EC elle reprend l'avis d'expert de 2014 (10) en recommandant d'utiliser les moyens de sevrages validés et non la EC, néanmoins « *si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, l'utilisation de la EC ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt ou de réduction du tabac avec accompagnement psychologique* ».

2.2 Les études sur les connaissances et pratiques des médecins généralistes

Une thèse réalisée en 2016 (24) en Picardie étudie les habitudes de pratiques ainsi que l'origine des connaissances des médecins généralistes sur la EC. Sur les 128 médecins généralistes picards ayant répondu au questionnaire en ligne (soit un taux de participation de 23,6%), 87,5% n'ont jamais eu l'occasion d'utiliser la EC. Les médecins attribuent majoritairement l'origine de leurs connaissances sur la EC aux médias et à l'entourage personnel et 88,3% jugent les recommandations actuelles insuffisantes (tableau 1).

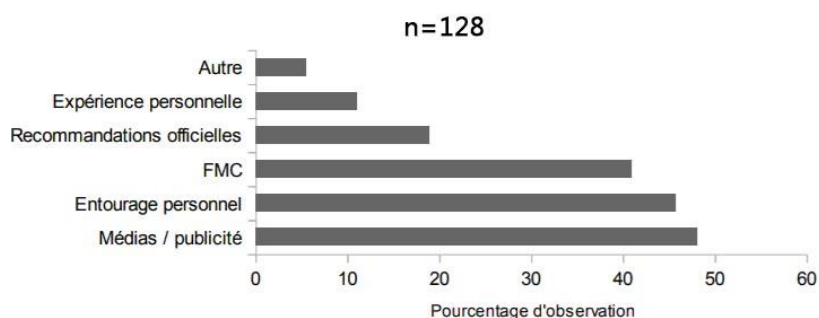


Tableau 1 : Origine des connaissances sur le EC selon la thèse de Lephay-Mota J.(24)

Les médecins qui ont tendance à ne pas utiliser la EC comme moyen de sevrage le font surtout à cause du manque de recul. Ils dédient une place secondaire à son utilisation bien que 15% des médecins généralistes (sur l'effectif répondant à cette question) l'utilisent en 1^{ère} intention (tableau 2).

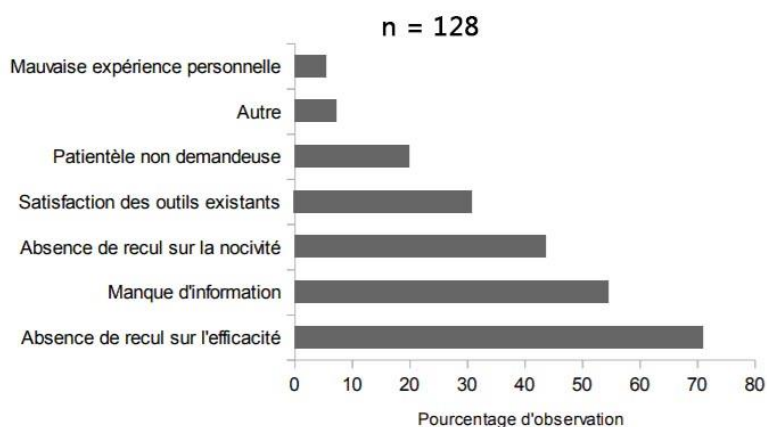


Tableau 2 : Raison de non utilisation de la EC comme moyen de sevrage (24)

Un autre travail de thèse réalisé en 2015 a étudié les attitudes et attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la EC (25).

Dans cette thèse les médecins évoquent le fait que les patients débutent la EC sans consulter de médecin généraliste au préalable, ils imputent cette attitude au fait que la EC soit en vente libre et que les commerçants forment les patients à l'utilisation de la EC.

Les médecins disent être insuffisamment formés sur la EC du fait de sa vente libre. Ils pensent que la EC devrait être soumise à prescription médicale afin de mieux encadrer le sevrage tabagique.

La plupart des médecins dans cette étude se montrent favorables à l'utilisation de la EC par les patients comme moyen de sevrage tabagique mais ne la recommandent jamais formellement du fait de la méfiance concernant les éventuels effets secondaires (notamment cancérigène) ainsi que le manque d'études scientifiques valables. Paradoxalement les médecins interrogés ont une méconnaissance des études sorties à ce jour. Certains médecins ont lu quelques études mais mettent en cause les sources qu'ils n'estiment pas fiables, ou bien les contradictions entre les différentes études.

Concernant les informations délivrées par les médias, les médecins se montrent méfiant à cause du faible niveau de preuve et de la probable influence de l'industrie de la EC.

Globalement les médecins sont plutôt favorables à l'utilisation de la EC mais les autres méthodes de sevrages tabagiques priment sur la EC car ils les trouvent plus efficaces notamment le patch. Dans le cadre de l'utilisation de la EC comme moyen de sevrage tabagique, les médecins s'accordent sur le fait que l'utilisation de la EC doit rester temporaire.

3. Etat des lieux de l'utilisation des patients fictifs pour évaluer les pratiques

Cette méthode trouve ses racines aux Etats-Unis dans les années 60. Un neurologue pour évaluer les internes de son service a développé cette méthode qui s'est affinée au cours des années avant de devenir un outil pédagogique fréquemment utilisé dans les universités nord américaines. On le retrouve actuellement aussi bien dans l'enseignement universitaire que dans la formation médicale continue (ex : formation des urgentistes et autres acteurs intervenant dans l'urgence sur une simulation d'accident avec victimes multiples). Devant l'efficacité de l'outil pédagogique, la méthode a été utilisée au courant des années 80 pour l'analyse des pratiques professionnelles aboutissant à la rédactions d'articles scientifiques d'abord outre-Atlantique puis l'apparition de la méthodologie en

Europe a commencé aux Pays-Bas. Une revue systématique de la littérature réalisée en 2007 ne retrouve que 21 études réalisées (26) et seulement 3 études comportaient un feed-back. Les deux premières études françaises sont plus tardives (2006), l'une étudie la prise en charge de l'IDM et de l'HTA chez les cardiologues libéraux l'autre étudie la dispensation de la pilule du lendemain par les pharmaciens d'officines (27).

En 2016, une étude évalue le contenu de 33 articles qui utilisent la méthode du patient standardisée dans un objectif d'amélioration des pratiques cliniques (parmi ces 33 études 24 étaient dédiées à l'amélioration des compétences cliniques des étudiants) (28). Il a été mis en évidence un net bénéfice dans l'amélioration des pratiques des professionnels de santé dans la mesure où un feed-back est réalisé.

On retrouve à l'université de Paris 7 Diderot un groupe de patient fictif (sous le nom de GREPAFI = groupe d'étude par patients fictifs) qui regroupe donc un ensemble de patients fictifs formés (en général des internes) ainsi que des maitres de stages. Les maitres de stages et internes sur terrains de stage sont en simple aveugle face au patient fictif. L'objectif de ce groupe est d'analyser les pratiques du professionnel (27). Un débriefing est réalisé après la consultation afin que le consultant puisse améliorer ses pratiques.

En dehors de cela, le groupe « Alphega » (29) de pharmaciens indépendants s'est attaché à évaluer la qualité de la pratique professionnelle de ses adhérents et a pour cela eu recours à la méthode du patient fictif. Ce groupe européen qui présente plus de 6000 adhérents dont plus de 500 pharmacies situées en France, soustraite ce travail à une société spécialisée dans l'évaluation de la satisfaction client « Vitalis » (30).

Alphega met au point le scénario voulu, la société Vitalis forme ses patients fictifs (nommés dans les enquêtes satisfaction client « clients mystères ») qui réalisent le scénario et recueillent les données. La société Vitalis analyse les données et transmet des rapports détaillés à chaque pharmacie participante. J'ai recueilli ces informations en prenant contact par téléphone.

4. L'étude

4.1 Introduction

La question de recherche est la suivante : « Quels conseils prodiguent les médecins généralistes aux patients en demande de sevrage tabagique via la EC? »

L'objectif du travail de thèse était de décrire les pratiques des médecins généralistes face à une demande de sevrage tabagique par la EC. Ceci correspond à une situation clinique

où les niveaux de preuve sont bas et laissent donc une grande latitude au médecin et à son patient (8).

Comme dit précédemment (cf. 1.a « Justification de l'étude »), nous nous sommes questionnés sur cette situation car les médecins généralistes ont une partie de leurs patients qui utilisent la EC à des fins de sevrage tabagiques.

4.2 Matériel et méthode

4.2.1 La méthode

4.2.1.1 Type d'étude

Nous réalisons une étude qualitative par analyse thématique des enregistrements obtenus lors de consultations réalisées en aveugle avec un patient fictif.

Le choix d'une analyse qualitative permet de mettre en évidence l'éventail des connaissances pratiques et théoriques des médecins généralistes sans préjugés sur le sujet.

Certaines données sont cependant connues grâce à des études utilisant des questionnaires ou des entretiens semi dirigés. Mais toujours il s'agit de méthodes purement déclaratives qui ont pour biais principal de ne pas refléter la réalité des pratiques. Le choix d'utiliser un patient fictif permet de révéler en situation de consultation authentique pour le médecin, l'éventail des pratiques et des contenus d'une consultation dont le motif est une demande de sevrage tabagique par la EC.

4.2.1.2 Population étudiée et mode d'inclusion

La population visée par l'étude est « les médecins généralistes libéraux exerçant en Aquitaine ». Sont exclus les médecins travaillant en centre de tabacologie ainsi que les médecins ayant eu un diplôme en rapport avec le sevrage tabagique. Les médecins sont tirés au sort en choisissant le 4^{ème} médecin de chaque page des pages jaunes sur leur site internet www.pagesjaunes.fr à partir de la recherche « médecin généraliste » en région Aquitaine dont les résultats sont classés aléatoirement. En cas de non inclusion d'un médecin généraliste, le 4^{ème} médecin de la page suivante est contacté.

Le premier contact est réalisé par téléphone, le travail de thèse est présenté comme étant une étude par analyse de pratique sur le thème du tabac réalisé avec un patient simulé

que le thésard jouera. Le médecin ne connaîtra pas son identité avant la fin de la consultation. Le médecin donne son accord oral sur le principe du patient simulé avec enregistrement audio dissimulé et anonymisation de la retranscription de la consultation. Il est informé qu'il sera dans la possibilité de demander une suppression de l'enregistrement ainsi que de ne pas participer à l'étude s'il le désire à la fin de la consultation ; que le rendez vous est pris au moins 2 mois après l'appel téléphonique ; que le patient est joué par le thésard selon le scénario prédéfini ; que la consultation est enregistrée sur un dictaphone dissimulé et retranscrite avec anonymisation.

4.2.2 Le matériel

4.2.2.1 La trame du scénario

Dans cette étude, le patient simulé joue le rôle suivant :

« Le patient simulé dans le rôle suivant : le patient est un homme de 27 ans vivant maritalement avec un enfant de 3 mois. Il travaille pour La Poste et fait des remplacements sur l'Aquitaine, cet emploi est confortable dans la mesure où on lui a promis un poste fixe en début d'année prochaine sur Bordeaux. Cela fait un mois qu'il travaille à La Poste de la ville la plus proche du cabinet du médecin qu'il consulte, il est logé par La Poste dans un studio dédié. Ce remplacement se termine dans un mois.

Il vient pour une demande de conseil concernant le sevrage de son tabagisme actuel. Il fume ½ à 1 paquet par jour, la première cigarette le matin après le café (commence à 6h30 le travail), une à la pause en matinée, une avant midi, il finit le travail à 15h et fume le reste de son paquet de cigarettes au long de la journée. Sa conjointe qui vit sur Bordeaux avec leur petit garçon, lui a offert le week-end dernier une EC, car il avait dit qu'il arrêterait bien de fumer.

Il vient car il a entendu parler que la sécurité sociale prend en charge 50 euros pour arrêter de fumer sur prescription médicale. Du coup il en profite pour vouloir obtenir des informations médicales sur l'intérêt de l'utilisation de la EC.

En plus c'est un patient qui fait confiance à la médecine en général donc il préfère un avis médical pour lever ses doutes. »

Le patient fictif essaie d'aborder un ensemble de questions lors de la consultation. Si le médecin aborde les autres alternatives d'arrêt du tabac, le patient fictif le laisse parler et présenter ses arguments sur les différents moyens de sevrage tabagique.

Le patient simulé essaie d'amener le médecin généraliste à aborder les questions suivantes si le médecin ne les aborde pas spontanément :

- 1. Y a-t-il une prise en charge financière de la EC, notamment les 50 euros remboursés par la sécurité sociale pour les substituts nicotiques ?*
- 2. Est-ce que vous pouvez me dire quels dangers je cours à utiliser cette EC ?*
- 3. Mes chances de sevrage sont-elles aussi bonnes qu'avec d'autres substituts nicotiques ?*
- 4. Quand je fume, je fais attention d'être dehors pour éviter que mon enfant n'aspire pas la fumée, avec la EC y a-t-il un risque pour mon enfant et ma femme si je fume à l'intérieur ?*
- 5. Dans votre expérience avec d'autres patients est-ce que ça a marché ?*
- 6. Sur quoi vous basez-vous concernant cette problématique ? Des convictions personnelles ou la littérature scientifique concernant ce sujet ?*

4.2.2.2 La formation du patient fictif

Le patient fictif joué par le thésard a réalisé une formation avant de faire les consultations avec les sujets inclus. La formation a consisté en la simulation de la consultation avec le directeur de thèse pendant une demi-journée.

4.2.2.3 Les sujets inclus

Sur 197 cabinets de médecins contactés, seulement 130 médecins ont pu avoir une présentation du projet de thèse, les autres n'ont pu être contactés directement soit par barrage du secrétariat soit par refus direct du médecin. Sur les 130 médecins en question seuls 6 médecins ont accepté de participer à cette thèse.

Sur les 6 médecins inclus, 2 ont été exclus car l'un a arrêté d'exercer et l'autre n'ayant pas de secrétaire et ne prenant pas de nouveau patient l'anonymat aurait dû être levé lors de la prise de rendez vous.

Afin de compléter ce groupe de médecin, 4 autres médecins ont accepté d'être inclus sur demande du directeur de thèse. Il a présenté la thèse par mails aux participants en précisant les mêmes points que lors du contact téléphonique, notamment la présence du patient fictif avec enregistrement audio dissimulé dont il sera possible de demander une suppression en fin de consultation. Il s'agissait de médecins connus de lui soit par proximité géographique soit par l'intermédiaire de son réseau professionnel.

Parmi les 8 médecins inclus :

- 3 d'entre eux sont des hommes travaillant en cabinet de groupe en semi rural et étant en début de carrière en Gironde.
- 1 est une femme travaillant en maison médicale en semi rural en début de carrière en Gironde.
- 1 est un homme travaillant en zone urbaine dans un cabinet de deux médecins en milieu de carrière en Gironde.
- 1 est un homme travaillant seul en zone urbaine en fin de carrière en Gironde.
- 1 est une femme travaillant dans une maison médicale en zone urbaine en milieu de carrière dans les Pyrénées atlantiques.
- 1 est un homme travaillant en zone urbaine dans un cabinet de deux médecins en fin de carrière en Gironde.

4.2.2.4 Déroulement d'une consultation

Le patient fictif se présente en tenue de postier le jour de la consultation et lance l'enregistrement audio dissimulé dans la salle d'attente.

Le patient déroule sa trame en essayant de soulever les questions prédéfinies tout en laissant le médecin réaliser sa consultation de sevrage. A la fin de la consultation l'anonymat est levé, le médecin a le choix de refuser de faire partie de l'étude. Les éventuels points non abordés lors de la consultation en simple aveugle sont abordés à ce moment de l'entrevue.

4.2.2.5 Retranscription des consultations

Une retranscription des consultations est réalisée (annexes) grâce aux enregistrements audios afin de faire l'analyse des verbatims, le médecin est désigné par la lettre M et le patient fictif par la lettre P.

4.2.2.6 La méthode d'analyse

Après lecture des enregistrements, les verbatims ont été retranscrits. Le codage a été effectué manuellement, sans logiciel, fragmenté et réarrangé en une liste dégageant les thèmes principaux. Il a permis de réaliser l'analyse thématique. Le recueil des données s'est arrêté lorsque les éléments des dernières consultations n'apportaient plus d'éléments nouveaux. Afin de s'assurer d'une bonne analyse, les codages ont été faits par le thésard et son directeur assurant ainsi la triangulation des données.

Selon la théorie de la recherche qualitative, la méthode d'analyse des données avec le patient fictif s'apparente plus à une analyse par étude de cas. Mais nous avons utilisé les bases d'analyse de la théorie ancrée dans la mesure où le patient fictif réalisait finalement un entretien de type semi-directif.

4.3 Résultats

4.3.1 Les caractéristiques des entretiens

La durée des entretiens a été chronométrée à partir de l'enregistrement. La répartition du temps de paroles a été arrondie ne faisant pas l'objet d'une analyse quantitative.

| | Temps de paroles total | Temps approximatif de parole du médecin | Temps approximatif de parole du patient |
|-----------|------------------------|---|---|
| Médecin 1 | 9 minutes | 5 minutes | 4 minutes |
| Médecin 2 | 11 minutes | 5 minutes | 6 minutes |
| Médecin 3 | 19 minutes | 12 minutes | 7 minutes |
| Médecin 4 | 31 minutes | 22 minutes | 9 minutes |
| Médecin 5 | 9 minutes | 5 minutes | 4 minutes |
| Médecin 6 | 11 minutes | 6 minutes | 5 minutes |
| Médecin 7 | 8 minutes | 4 minutes | 4 minutes |
| Médecin 8 | 9 minutes | 5 minutes | 4 minutes |

Aucun des médecins n'a découvert qu'il s'agissait d'un patient fictif au cours des consultations réalisées. A la fin des consultations aucun médecin n'a demandé une suppression de l'enregistrement avec exclusion de l'étude.

Parmi tous les médecins interrogés, aucun n'a pris le parti de refuser de répondre aux questions apportées par le patient sur la EC.

4.3.2 Résultats de la retranscription des enregistrements

4.3.2.1 Les informations spécifiques à la EC délivrées par les médecins

L'analyse des enregistrements montre que les médecins ont une connaissance réelle des informations scientifiquement validées malgré la précocité de l'apparition de la EC et des études qui en découlent.

4.3.2.1.1 Informations scientifiques valides sur l'efficacité de la EC comme moyen de sevrage

Concernant l'efficacité, les médecins évoquent le manque de recul pour garantir une efficacité du système de EC dans le sevrage tabagique.

« -M1 : Concernant les études on a pas beaucoup de recul sur la question »

D'après les médecins interrogés, l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique aurait été démontrée dans des études scientifiques, en particulier à l'étranger.

« - M5 : Alors en France on est toujours à mettre des parapluies pour se prémunir d'éventuelles retombées. Mais dans les pays anglo-saxons, ils sont plus pragmatiques et on se rend compte que chez eux ça marche plutôt pas mal. [...] mais ce n'est pas encore bien prouvé que ce soit efficace »

«-M1 : Il y a beaucoup d'études au niveau mondial et toutes celles réalisées

montrent des voyants au vert. »

Les médecins valident l'indication de la EC comme moyen de sevrage utilisable et supposé efficace à travers leurs réponses. Par ailleurs ils précisent que le EC a un bon niveau d'acceptabilité de la part des patients.

« -M3 : C'est une bonne indication c'est vrai.[d'utiliser la EC comme moyen de sevrage si le patient est spontanément motivé et a besoin du geste] »

« -M1 : [...] nous on la propose et on l'utilise en technique de sevrage et on peut l'associer aux patchs ou Nicorette. Donc ca fait parti de l'arsenal que l'on utilise pour le sevrage.

[...] Vous avez bien dit que le geste vous manquait, chaque fumeur est différent et pour ceux dont le geste est très important, on sait que la EC est une bonne solution. »

Malgré l'approbation des médecins sur l'utilisation possible de la EC comme moyen de sevrage, ils continuent à mettre en avant les autres moyens de sevrage comme étant mieux éprouvés dans le sevrage tabagique.

« -M4 : [...] Concernant l'efficacité il est un peu tôt pour le dire, nous avons un meilleur recul sur les autres moyens de sevrage. »

Les médecins précisent qu'avec la EC on essaie de sevrer le patient du tabac, mais la dépendance à la nicotine peut perdurer si le patient ne fini pas par utiliser un EL sans nicotine. Ils estiment que la question du « geste de fumer » n'est pas abordée non plus.

« -M4 : [...] Tout ce qui accompagne le geste et l'arrêt d'une substance on ne l'aborde pas avec la EC car vous continuez la nicotine et le geste de la EC. »

4.3.2.1.2 Les informations scientifiques valides sur la nocivité de la EC

Les médecins évoquent l'irritation que peut entraîner la fumée de EC notamment avec la présence d'arôme sucré.

« -M7 : la fumée [de la EC] c'est nocif [...] il y a les arômes qui s'ajoutent [...] »

« -M1 : Par rapport au nourrisson il vaut mieux éviter car ça peut être irritatif [...] »

Les médecins se veulent rassurant sur la nocivité de la EC tout en précisant que le manque de recul limite les médecins pour apporter une information éclairée et claire sur ce sujet.

« -M 8 : A priori oui vous pouvez fumer à l'intérieur, si vous utilisez les produits du commerce, il n'y a à priori pas de substance vraiment nocive à l'intérieur, mais comme je vous disais nous avons très peu de recul. »

« -M 1 : Les études actuelles nous disent que le risque zéro n'est pas éliminé mais que l'on sera toujours moins nocif qu'avec une cigarette. On manque de recul mais pour le moment aucun risque n'a été mis en évidence en dehors de sensation de sécheresse buccale ; mais aucun effet secondaire grave en tout cas. »

Les médecins évoquent la question de la toxicité des solvants du EL. Ils rassurent le patient en lui indiquant que la composition ne pose pas de souci particulier et que les traces de composés cancérigènes sont comparables à celles retrouvées dans des dispositifs médicaux.

« -M2 : Pour ce qui est des dangers une chose est sûre c'est que c'est bien moins dangereux que la cigarette. Après se pose la question des solvants qui sont dans les liquides de EC mais il n'y a pour le moment rien d'alarmant. Après il faudra voir dans 10 ans mais s'il y avait un risque important on l'aurait vu rapidement. Pour mettre en évidence certains risques il faut parfois des années. »

« -M3 : Au niveau de ce paragraphe (le médecin montre une étude au patient) il est précisé que « le glycérol et le propylène glycol consommés aux doses d'un vapoteur n'ont montré aucune toxicité. Le taux de composés nocifs ou cancérigènes été trouvé de 9 à 400 fois plus faible que dans la fumée de cigarette et souvent comparable aux traces retrouvés dans les inhalateurs à nicotine. »

Les médecins sont partagés sur les précautions à prendre pour l'inhalation passive de l'aérosol de EC par l'entourage mais encouragent majoritairement le patient à éviter cette exposition.

« -M1 : En tout cas il n'y a pas de tabagisme passif comme avec la cigarette. »

« -M2 : Non à priori il n’y a pas de risque [concernant l’exposition de votre enfant si vous fumez à l’intérieur], il n’y a pas de tabagisme passif comme on peut voir avec la cigarette. »

« -M4 : Pour moi les mesures de précaution par rapport à l’entourage seront les même que la cigarette tant que l’on n’est pas complètement sûr. »

Concernant la nocivité les médecins pensent à évoquer le risque d’ingurgitation de EL par l’enfant qui fait parti des risques toxiques référencés.

« -M2 : [...] Par contre le risque se situe dans la manipulation des dosettes de liquide de EC. On a noté des intoxications donc il faut les mettre dans un placard bien fermé. »

4.3.2.1.3 Les informations issues de l’expérience professionnelle des médecins et leur avis personnel.

Les médecins ont volontiers exposé leur expérience professionnelle concernant l’efficacité de la EC. Ces retours d’expériences sont favorables à la EC bien que les médecins précisent que malgré l’arrêt du tabac, une partie de leurs patients poursuivent la EC au delà de ce que les médecins considèrent comme un usage adapté de cette EC.

« -M5 : Oui tout à fait [j’ai des patients qui ont réussi à arrêter de fumer avec la EC]. Ce qui m’a surpris c’est que les psys, malgré une très grosse dépendance ont tendance à rester abstinents avec la EC. Autant qu’avec d’autres méthodes j’ai l’impression. »

« -M3 : Oui [j’ai des patients qui ont réussi à arrêter de fumer avec la EC] j’en ai qui ne fument plus que la EC et certains qui ont même arrêté la EC. Il y a de tout, j’en ai beaucoup aussi qui ont arrêté par d’autres moyens mais à priori la EC fonctionne plutôt bien. »

« -M8 : Oui j’en ai qui ont complètement arrêté mais j’en ai aussi qui poursuivent avec la EC. [...] Concernant l’efficacité, j’ai l’impression que ça va mais on manque encore de recul pour étudier ça. »

Sur la base d’un avis personnel les médecins informent le patient qu’il y a un risque plus grand de rechuter dans le tabac dans le cadre d’un sevrage avec la EC.

« -M4 : Et mon avis c'est que le risque de rechuter dans le tabac est plus grand avec la EC mais je ne pense pas qu'il y ai eu d'étude sur ce point là. »

4.3.2.1.4 Les connaissances des médecins sur la prise en charge du remboursement de la EC

La prise en charge de la EC est un sujet encore méconnu des médecins. Cette carence peut s'expliquer par le manque d'information sur le sujet dans les formations et revues médicales. Un certain nombre de mutuelles en fonction des contrats souscrits peuvent prendre en charge une partie des frais liés à la EC (31).

On note donc dans cette étude une certaine disparité des réponses réparties en deux catégories : ceux qui affirment qu'il n'y a pas de prise en charge et ceux qui orientent le patient vers sa mutuelle pour une éventuelle prise en charge.

Une partie des médecins informent les patients qu'il n'y a pas de remboursement possible pour les frais liés à la EC et ils partagent leur méconnaissance sur cette question.

« -M1 : Non [il n'y a pas de prise en charge financière de la EC comme les 50 euros pour les substituts nicotiques] car ce n'est pas considéré comme un dispositif médical. Donc comme ce n'est pas un médicament que l'on achète en pharmacie vous ne pouvez pas vous faire rembourser. »

« -M 4 : Vous me posez une colle. Je ne crois pas [qu'il y a une prise en charge financière de la EC] mais vous pouvez toujours demander mais je serai étonné. »

«-M 5: Non [il n' y a pas une prise en charge financière de la EC] car ce n'est pas encore reconnu comme outil de sevrage. »

D'autres médecins ont orienté le patient vers sa mutuelle. Un médecin a évoqué un remboursement à hauteur de 50 euros, mais il est possible que le médecin ait fait un amalgame entre la prise en charge par la sécurité sociale à hauteur de 50 euros de substituts nicotiques et la prise en charge de la EC par les mutuelles.

« -M8 : Oui ca marche aussi avec ça [le remboursement des frais liés à la EC], chaque année vous pouvez vous faire rembourser 50 euros. »

« -M6 : Non je ne pense pas [qu'il y ait une prise en charge mais] mais demandez à votre mutuelle [...] »

4.3.2.2 Les éléments de consultation en rapport avec la consultation de sevrage tabagique « classique »

Dans les consultations réalisées, les médecins abordent systématiquement le sevrage tabagique en lui-même au-delà de la demande d'information sur la EC. Ils abordent au moins en partie les éléments d'évaluation initiaux recommandés par la HAS (8): la consommation et la dépendance au tabac, les co dépendances, les comorbidités, la motivation.

4.3.2.2.1 Les éléments en rapport avec la consommation de tabac et la dépendance au tabac

Les médecins évaluent la dépendance du patient au tabac notamment avec l'utilisation du test de Fagerström.

« -M 1: J'ai une petite question ; vous fumez combien de cigarettes par jour ? [...] Depuis combien de temps ? »

4.3.2.2.2 Eléments en rapport avec les co dépendances

Les médecins recherchent dans leur interrogatoire les co dépendances telles que l'alcool ou les drogues.

« - M 2: Consommez-vous de l'alcool ? [...] Consommez vous des drogues ?[...] En semaine et en week-end ?»

4.3.2.2.3 Les éléments en rapport avec les comorbidités

A travers leur anamnèse les médecins recherchent des comorbidités comme les co dépendances (cf. 4.c.2.b.2) mais aussi des éventuels antécédents personnels ou familiaux.

« -M 2: Avez-vous déjà eu des interventions chirurgicales ? [...] Y a-t-il des antécédents particuliers dans votre famille ? [...] Prenez vous des médicaments ? [...] »

« -M 8: Avez-vous des antécédents familiaux d'infarctus, accident vasculaire ou diabète ? [...] Pas de cancer du poumon ? »

4.3.2.2.4 Les éléments en rapport avec la motivation au sevrage

Les médecins ont évalué la motivation du patient au sevrage tabagique à travers différentes questions. Ils ont exploré à la fois le niveau de motivation du patient lors des anciennes tentatives de sevrage et la motivation du patient dans le cadre de sa tentative de sevrage tabagique actuelle.

« -M 7: Vous êtes motivé pour arrêter de fumer ? [...] Vous avez déjà tenu combien de temps sans fumer ? »

« -M 4: Vous parliez d'un essai d'arrêt ? [...] Quand vous avez fait votre tentative de sevrage vous aviez arrêté complètement ? »

4.3.3 Les éléments de consultation en rapport avec la consultation de médecine générale

Dans les consultations réalisées, tous les médecins organisent leur consultation en suivant les éléments de la grille de Calgary Cambridge (32). Ils débutent la consultation avec un mot d'accueil, un élément de bienveillance et de respect.

« -M 3: Bonjour désolé du retard. [...] Oui c'est sûr [que cela peut arriver] mais tout le monde n'est pas aussi compréhensif que vous. »

« -M 4: Bonjour. [...] Désolé pour le retard mon collègue est absent il y a beaucoup de choses compliquées à gérer. Avez-vous votre carte vitale pour que je puisse créer votre dossier ? »

Dans un second temps les médecins identifient la raison de la consultation du patient.

« -M 8: Qu'est ce qui vous amène ? »

Une fois le motif de consultation relevé, les médecins explorent en détail le motif de consultation du patient afin de faire du recueil d'informations.

«-M 7: Ca s'était bien passé pendant cette période [de tentative de sevrage tabagique] ? [...] Vous avez repris il y a longtemps [votre consommation de tabac] ? [...] Vous voudriez réessayer [de vous sevrer actuellement] ? »

« -M 4: Vous me disiez que vous vouliez des informations sur la EC, de quelles informations auriez vous besoin ? »

Les médecins essaient de reformuler et de synthétiser certaines parties de la consultation afin d'être sûr d'avoir compris la demande du patient pour apporter une réponse claire.

« -M 1: Et donc aujourd'hui c'est plutôt avec la cigarette électronique que vous vous voyez faire le sevrage ? »

« -M 3: Je vois donc la question qui vous fait venir c'est est-ce que la EC est plutôt quelque chose de positif et vous ne savez pas si cela a des effets secondaires. »

Les médecins établissent une relation de confiance notamment en faisant du renforcement positif à travers cette consultation de sevrage, ils valorisent l'effort que fait le patient d'essayer de se sevrer du tabac.

«-M 3: Vous faites bien d'arrêter maintenant. »

«-M 4: A oui quand même [cela fait trois jours que vous ne fumez plus de tabac] ! »

Les médecins ont pris le temps dans leur consultation d'expliquer et de vulgariser leurs propos pour les rendre accessibles au patient.

« -M 3: Le principe de la EC ; on ne va pas guérir votre addiction puisqu'elle contient aussi de la nicotine. Je vais vous faire un schéma.

[Schéma et explications comparatives sur les différences cigarette classique/EC] :

- Explication sur le fait que la nicotine n'est pas nocive pour le corps.

- Explication sur les composés néfastes de la cigarette classique qui entraînent les différentes maladies.
- Explication sur le fait que la EC ne contient pas ces composés, absence de tabagisme passif.
- Débat sur la présence de formaldéhyde utilisé comme produit de combustion pour la EC mais absence de donnée sur le fait que cela soit néfaste.
- Il y a d'un côté la cigarette pour laquelle il a été prouvé de façon certaine une action néfaste et de l'autre côté la EC pour laquelle il n'y a aucune preuve d'effet néfaste.
- La EC ne règle pas l'addiction qui est le problème de fond. Mais il est possible de diminuer progressivement les doses afin de se sevrer en douceur, mais à priori on ne règle pas l'addiction avec la EC. »

4.3.4 Vécu des médecins ayant participé à cette étude d'analyse de pratiques cliniques par patient simulé

Quelques mois après le recueil de données les médecins ayant participé à l'étude ont été recontactés par téléphone afin de recueillir leur vécu de la consultation.

L'ensemble des médecins estiment avoir eu une bonne expérience et seraient prêt à participer à une autre étude utilisant la méthodologie du patient fictif en simple aveugle. Ils n'avaient pas de critique particulière à formuler concernant la trame du scénario et le patient fictif.

Je leurs ai demandé s'ils accepteraient de participer à ce genre d'étude si le scénario mettait en place une situation déstabilisante (ex : patient très agressif). Les médecins étaient ouverts à cette possibilité mais avec plus de réserve.

J'ai ensuite posé la question aux médecins s'ils se rappelaient avoir accepté de participer à ce type d'étude avec la présence d'un enregistrement dissimulé lors de la consultation. Tous les médecins se rappelaient avoir donné leur accord ; un seul d'entre eux avait oublié la présence de l'enregistrement dissimulé et aurait préféré avoir un document à signer.

5. Discussion

5.1 Discussion de la méthode

5.1.1 Le nombre de sujet inclus

Au cours de cette étude, un nombre limité de sujets a pu être inclus. L'inclusion s'est heurtée à de nombreux facteurs limitants. Dans un premier temps le contact téléphonique avec les médecins généralistes n'a pas permis de présenter le travail de thèse de façon systématique pour une des raisons suivantes : barrage de la part de la secrétaire, le médecin n'a pas pris le temps de reprendre contact malgré plusieurs relances, le médecin a coupé court à la conversation lorsqu'il prenait connaissance du motif de l'appel.

Ensuite lorsque le travail de thèse a pu être présenté, la quasi-totalité des médecins (95,4%) se sont montrés réfractaires à participer à cette étude en précisant rarement le motif de leur refus. Les médecins ont rejeté cette requête malgré la garantie de l'anonymat et la possibilité d'être exclu de l'étude avec suppression des documents relatifs à leur participation à tout moment sur simple demande.

Cette opposition est très probablement liée à la nature intrusive de la méthodologie dans la pratique du médecin. Lorsque le médecin précisait la nature du refus il était systématiquement en rapport avec une surcharge de travail ne lui permettant pas de se rendre disponible le temps d'une consultation. Notre recrutement aléatoire n'a donc pas pu être réalisé. Nous avons choisi de le compléter par la technique « boule de neige » des études qualitatives classiques. Cependant nous sommes conscients qu'il introduit potentiellement un biais d'homogénéité des pratiques parmi les connaissances du directeur de thèse.

Il sera probablement nécessaire qu'un plus grand nombre d'études qualitatives par analyse de pratique soit réalisé afin que la méthode « rentre dans les mœurs » des pratiques liées au travail de recherche.

5.1.2 Le scénario et la formation du patient fictif

Le scénario a permis d'apporter un nombre de réponses convenables sans que le patient fictif ne soit découvert. Un patient fictif plus expérimenté à ce genre d'exercice aurait très probablement pu recueillir un nombre d'informations plus grand en guidant le médecin à travers des questions et un jeu d'acteur plus fourni. Dans les enregistrements de cette thèse certaines réponses de médecins aux questions du patient ne permettaient pas une analyse qualitative systématique pour différentes raisons :

- Réponse floue, évasive de la part du médecin.
- Changement du sujet de conversation de la part du médecin.
- Difficulté occasionnelle du patient fictif à ramener de façon naturelle certaines questions pour lesquelles il n'a pas eu les réponses.

Dans le cas de cette étude, le patient fictif n'a pas été découvert mais dans la situation d'une étude de plus grande envergure, le risque devient plus important ce qui constitue un frein. On peut citer comme exemple une étude durant laquelle sur 287 consultations de patients fictifs, 74 d'entre eux avaient été détectés comme de faux patients par les praticiens (33).

On voit donc que le travail de formation du patient fictif peut être une limite supplémentaire à la mise en place de ce genre d'étude.

5.1.3 La retranscription

La retranscription des enregistrements est un élément important de ce genre d'études qui soulève une question de standardisation. La quasi-totalité de la retranscription ne pose pas de problème technique particulier.

Cependant lors de l'écoute des entretiens, il est parfois impossible de retranscrire certains passages durant lesquels les médecins formulent une phrase ou information floue, hermétique voir incompréhensible à cause de certains éléments de langage :

- Bafouillage.
- Interruption de la phrase sans l'avoir complétement aboutie.
- Reformulation de l'information à plusieurs reprises, qui reste malgré tout incomplète et libre à interprétation pour l'analyse thématique.
- Utilisation du langage corporel ou d'un moyen de langage dérivé comme le schéma ou le dessin.

Ainsi il est parfois difficile de savoir si ces informations doivent être supprimées ou bien reformulées pour être intelligibles quand cela est possible. Ces obstacles ont été décrits lors d'une table ronde d'une vingtaine d'enseignants en médecine générale au cours de laquelle

ont été débattues les difficultés inhérentes à l'encadrement du travail de thèse qualitative (34).

5.1.4 La méthode du patient fictif

L'objectif de l'utilisation de cette méthode était d'éviter le biais de désirabilité qui est très présent dans les enquêtes déclaratives. Au cours des consultations réalisées, aucun des médecins consultés ne semblait s'attendre à ce que la consultation du patient fictif porte sur l'utilisation de la EC. Cependant, l'aptitude de l'intervenant à « interviewer » un sujet est un facteur limitant connu dans ce genre d'étude (34).

L'inclusion des médecins dans l'étude ne les a à priori pas poussés à se former spécifiquement sur la question de la EC. Cette méthodologie a permis d'analyser ce que les médecins font réellement lors des consultations durant lesquelles ils apportent un conseil de sevrage tabagique chez un patient qui désire arrêter avec la EC.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1 Les informations apportées par les médecins généralistes sur la EC comme moyen de sevrage

Les consultations réalisées montrent des réponses homogènes à ce sujet. La saturation rapide des données indique que le nombre de sujets étudiés était suffisant (35).

Les médecins évoquent l'existence d'études scientifiques anglo-saxonnes qui mettent en évidence l'existence d'une potentielle efficacité de la EC comme moyen de sevrage ainsi qu'une bonne acceptabilité du dispositif par le patient (36,37).

Comme décrit dans la thèse de Slambrouck J. (25), les médecins consentent actuellement à faire rentrer la EC dans leur arsenal thérapeutique tout en gardant les autres substituts en première ligne par principe de précaution et manque de recul ce qui est actuellement recommandé (8,10). Cette pratique favorable à l'utilisation de la EC est le résultat de l'association des éléments suivants : les études scientifiques discréditent peu la EC ; une expérience professionnelle dans laquelle des patients ont arrêté la cigarette avec la EC ; un avis personnel en faveur de la EC.

Cette étude montre que les médecins considèrent la EC comme étant un moyen de sevrage ayant une réelle efficacité, néanmoins il faut noter que le scénario créait une situation où le patient apporte lui-même son moyen de sevrage avec sa motivation, ce que le médecin pouvait avoir envie d'encourager.

5.2.2 Les informations apportées par les médecins généralistes sur la toxicité de la EC

Sur cette thématique les réponses sont homogènes, les médecins généralistes utilisent le principe de précaution afin de sensibiliser le patient à d'éventuels effets secondaires non connus à ce jour mais en dehors de cela ils se veulent rassurants sur ce sujet. Ils informent leur patient d'un effet bénin d'irritation locale qui est majoré par les arômes sucrés (38).

Ils précisent toutefois qu'il y a un risque de toxicité pour l'enfant en cas d'ingestion du produit (39).

Un seul point diverge concernant l'information apportée par les médecins. Il s'agit de l'inhalation passive de l'aérosol. Une partie des médecins conservent le principe de précaution sur ce sujet afin d'éviter l'exposition de l'entourage alors qu'une autre partie considère d'emblée l'aérosol comme non toxique pour l'entourage. Cette thématique serait à approfondir afin de préciser la vision qu'ont les médecins de l'inhalation passive de l'aérosol de EC. Il serait préférable d'éviter l'exposition passive de l'entourage. Effectivement une étude met en évidence l'existence dans l'aérosol de EC de 1,2-propanediol (qui peut constituer des particules fines responsables d'une réponse inflammatoire sur le plan pulmonaire), de la glycérine et de la nicotine (40).

5.2.3 Les informations apportées par les médecins généralistes sur la prise en charge du remboursement de la EC

Les verbatims montrent que les médecins ne sont pas informés sur cette question. Leur approche est cohérente dans le fait que la EC n'est pas un dispositif médical et à ce titre n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Cependant il existe un remboursement pris en charge par des complémentaires de santé (31). On note toute fois que lorsque les médecins apportent cette réponse « d'absence de prise en charge », ils précisent qu'ils ne sont pas sûrs de leur affirmation et orientent le patient vers sa mutuelle.

Cette absence de connaissance des médecins s'explique par trois points : l'apparition récente de la EC ; l'absence de formation sur le sujet de la prise en charge du remboursement de celle-ci ; la réaction précoce de certaines mutuelles qui proposent dans leurs services une prise en charge partielle des frais. Il faut aussi noter que souvent les mutuelles ne précisent pas de précision sur ce sujet dans leur contrat ce qui est un facteur confusiogène.

Il serait utile dans les supports d'informations comme les recommandations d'experts de donner une information sur la prise en charge financière. Concernant les participants, un « feed-back » serait possible en leur délivrant un document de synthèse sur le sujet abordé par l'étude à la fin de l'entretien, cette démarche pourrait participer à la formation médicale.

5.2.4 Les éléments de consultation en rapport avec une consultation « classique » de sevrage ou de médecine générale

Au moins la moitié des consultations étaient dédiées à la thématique de la consultation « classique » de sevrage tabagique ou à des éléments de consultation de médecine générale. Cet aspect étant chronophage lors d'un entretien dont la durée est limitée, il peut être considéré comme limitant dans l'exhaustivité des données qualitatives avec cette méthode. Effectivement si la totalité de l'entretien était ciblé sur la question de recherche, à temps équivalent, le volume de données recueillies serait majoré.

Néanmoins dans la réalisation d'une étude de pratique in situ, il est impossible de se soustraire à cet aspect de la consultation afin de conserver l'anonymat du patient fictif et de rester au plus proche des pratiques habituelles des médecins généralistes.

5.3 Utilité du vécu des sujets dans la perspective de la réalisation de nouvelles études de pratiques par patient fictif

Il m'a semblé important de recueillir le vécu des médecins suite à la réalisation de l'étude. La méthode avait à la fois l'avantage et l'inconvénient d'être intrusive et de permettre d'étudier de la façon la plus réaliste les pratiques des médecins.

Le bon retour d'expérience des médecins et le fait qu'ils soient ouverts pour participer à nouveau à ce type d'étude sont essentiels afin que cette méthode trouve plus de crédit dans l'esprit de la communauté médicale.

Nous aurions pu remercier et prendre l'option d'envoyer ou fournir à posteriori de la consultation un dossier documentaire sur les dernières informations sur la consultation de sevrage ou la EC. Cela semble aller dans le sens de l'intérêt de l'évaluation des pratiques par le patient fictif qui permet d'améliorer les compétences du généraliste (28) . Présenter cette méthode comme outil d'amélioration des pratiques pourrait permettre une meilleure acceptabilité. Notre expérience au travers de ce travail de thèse nous laisse penser que sans acceptation et donc généralisation à grande échelle, elle ne peut pas devenir un outil de recherche.

6. Perspectives

Malgré des réponses homogènes, ce travail de thèse met en lumière des carences dans les connaissances des médecins sur la EC. Il semble important que les données actualisées à porter à la connaissance des médecins puissent être facilement accessibles et faire l'objet de publications et de diffusion via les institutions faisant autorité (comme la HAS ou l'INPES). Les médecins doivent pouvoir en cas de besoin s'y référer et continuer ainsi de développer la culture d'une formation continue contextualisée au cas du patient mais basée sur la recherche de sources fiables synthétisées et analysées selon les niveaux de preuve.

Concernant la EC comme moyen de sevrage tabagique, les médecins se trouvent actuellement dans la situation confortable où la EC semble avoir une efficacité acceptable sans effet secondaire sérieux ce qui facilite le positionnement de la EC dans leur arsenal thérapeutique. Cette zone de confort sera amenée à changer. Que la EC trouve du crédit ou non à travers les futures études, les médecins seront dans tous les cas confrontés à la réévaluation de deux questions : « la EC est elle efficace dans le sevrage tabagique ; est elle plus efficace que d'autres substituts nicotiques ? » et « La EC est elle nocive ? » Dans quelques années, une nouvelle étude de ce genre sera utile afin de suivre l'évolution des pratiques.

La perspective de la réalisation en plus grand nombre de ce genre d'études par patient fictif paraît compromise face au faible taux d'acceptation des médecins généralistes. Il semble donc nécessaire de réaliser des expérimentations de ce genre afin de faire connaître et de valoriser cet outil d'évaluation des pratiques. On pourrait notamment l'utiliser parmi les outils de développement professionnel continu au même titre qu'un audit de pratique.

7. Conclusion

Depuis quelques années, la EC s'est démocratisée comme méthode de sevrage tabagique dans la population générale. Cette situation s'est imposée à la communauté médicale. Les médecins généralistes se sont rapidement retrouvés dans la situation de conseil vis-à-vis de la EC. N'ayant à disposition que des avis d'experts et des études à faible niveau de preuve, les pratiques des médecins généralistes étaient susceptibles d'être variées. Cette étude montre au contraire que le discours des médecins est homogène.

La EC trouve sa place dans la pratique de chaque médecin, ils reconnaissent tous une efficacité réelle dans l'arrêt de la cigarette classique. Cette efficacité ressort à la fois dans les études dont ils ont pris connaissance qu'à travers leurs expériences professionnelles avec certains patients qui ont réussi à se sevrer du tabac avec la EC. Néanmoins, les substituts nicotiques classiques restent leur traitement de première intention.

Concernant la toxicité les médecins ont tendance à rester prudents par principe de précaution. Pour le moment ils n'évoquent aucun effet secondaire grave, ils informent simplement de la présence d'un effet irritatif local buccal lié à l'aérosol de EC notamment avec les arômes sucrés. Ils précisent qu'actuellement nous manquons de recul afin de garantir l'absence d'effets secondaires sur le plus long terme. A l'exception d'un médecin, ils conseillent de ne pas fumer à l'intérieur et d'éviter l'exposition passive de l'entourage à la fumée de EC. Ils attirent l'attention du patient sur les précautions à prendre pour éviter l'ingestion du EL par un enfant.

Dans le conseil que les médecins apportent, on retrouve des informations issues d'avis personnels comme le plus grand risque de rechute dans le cadre d'un sevrage tabagique avec la EC.

La prise en charge financière de la EC reste le principal point de méconnaissance des médecins. Ils déclarent au patient que contrairement aux substituts de sevrage tabagique classique, il n'y a pas de prise en charge de la EC. Ils nuancent leurs propos en précisant qu'ils ne sont pas sûrs de cette information et conseillent à juste de titre au patient de s'orienter vers sa mutuelle.

Un des points importants de cette étude réside dans sa méthode originale qui permet de supprimer le biais de désirabilité présent dans les études déclaratives. Cette pratique est courante dans l'analyse de la « satisfaction consommateur » (30), mais elle l'est beaucoup moins dans le travail de recherche. Sur le plan méthodologique ses avantages sont évidents mais c'est plus sur le plan humain et déontologique que ce type d'étude peut faire débat.

Un des facteurs limitants de la réalisation de ce genre d'étude est le faible pourcentage de médecins volontaires acceptant de participer. Seuls 4,6% des médecins ayant eu une présentation du projet de recherche ont accepté d'être inclus. Le « bon vécu » de cette expérience exprimé par les médecins ayant participé à l'étude prouve qu'il est possible de réaliser ce type de travail de recherche sans que les médecins ne se sentent « trahis » par la réalisation de la consultation en simple aveugle. Il est évident que l'anonymisation, le droit de rétractation et le type de scénario mis en place restent des éléments importants afin que les médecins aient une bonne expérience de cette « fausse consultation ».

8. Bibliographie

1. R. Guignard et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolution*. (31):2.
2. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. [cited 2017 Aug 31]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
3. Ameli. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? [Internet]. [cited 2017 Aug 31]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
4. Government of Canada IC. CIPO - Canadian Patents Database [Internet]. [cited 2015 Feb 8]. Available from: <http://brevets-patents.ic.gc.ca/opic-cipo/cpd/eng/patent/2518174/summary.html>
5. Lermenier A. et al. Prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs de la cigarette électronique. [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 23]. Available from: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/resultats-de-lenquete-etincel-ofdt-sur-la-cigarette-electronique-prevalence-comportements-dachat-et-dusage-motivations-des-utili/>
6. Pasquero A. et al. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017 Jan 19;(12):214–22.
7. European commission. Special eurobarometer 385 - Attitudes of europeans towards tobacco [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 2]. Available from: https://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers_en
8. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Feb 14] p. 34–6. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
9. Maïa DOUVILLE DE FRANSSU. La cigarette électronique: Profils des utilisateurs et modifications comportementales depuis leur expérimentation. Thèse d'exercice. [Nantes]: Université de Nantes; 2014.
10. Adler M. et al. Avis d'expert - Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ? [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 23]. Available from: <http://www.ahfmc.fr/wp-content/uploads/2015/12/avis-experts-OFT.pdf>
11. Kinouani S. et al. La cigarette électronique : répondre aux questions des patients et aux doutes des médecins. *exercer*. 138:457–69.
12. Tayyarah R, Long GA. Comparison of select analytes in aerosol from e-cigarettes with smoke from conventional cigarettes and with ambient air. *Regul Toxicol Pharmacol*. 70–3:704–10.
13. Cheng T. Chemical evaluation of electronic cigarettes. *Tob Control*. 2014 May 1;23(suppl 2):ii11-ii17.

14. Légifrance - Code de la santé publique - Article L3511-1 Modifié par Ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016 - art. 1.
15. Légifrance - Code général des impôts, CGI. - Article 564 decies.
16. Dautzenber B. et al. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Internet]. 2013 Mai [cited 2014 Jun 11] p. 212. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000328/>
17. Conseil d'état section sociale. Demande d'avis relative à l'interdiction de l'utilisation de la cigarette électronique dans les lieux à usage collectif [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 13]. Available from: http://www.conseil-etat.fr/content/download/34441/296790/version/2/file/avis_387797.pdf
18. Légifrance - Cour de cassation, Chambre criminelle, 26 novembre 2014, 14-81.888. 2014.
19. Légifrance - Code de la santé publique - Article L3511-4 Modifié par Ordonnance n°2006-596 du 23 mai 2006 - art. 5 JORF 25 mai 2006 Abrogé par Ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016 - art. 1.
20. Légifrance - Code général des impôts, CGI. - Article 568 Modifié par LOI n°2016-1917 du 29 décembre 2016 - art. 106.
21. Légifrance - LOI n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation- Article 36. p. 5400.
22. Légifrance - Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif.
23. HCSP. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 Feb. Available from: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>
24. Lephay-Mota J. Utilisation de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique par les médecins généralistes picards : pratiques, points de vue et attentes. Thèse d'exercice. Université d'Amiens; 2016.
25. Juliette SLAMBROUCK. Attitudes et attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la cigarette électronique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés - Thèse d'exercice. [Lille]: FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG; 2015.
26. Rethans J-J, Gorter S, Bokken L, Morrison L. Unannounced standardised patients in real practice: a systematic literature review. *Med Educ.* 2007 Jun;41(6):537-49.
27. Catrice M, et al. Elaboration d'un protocole d'étude basé sur la méthode du patient standardisé pour améliorer les pratiques des maitres de stage des universités [Internet]. [cited 2016 Oct 8]. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5029_151203_patient_standardise_grepafi.pdf
28. Williams B, Song JY. Are simulated patients effective in facilitating development of clinical competence for healthcare students? A scoping review. *Adv Simul.* 2016 Jan;1(1).
29. Pharmacie de proximité - Alphega Pharmacie [Internet]. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <https://www.alphega-pharmacie.fr/>

30. Cabinet de Conseil spécialisé dans l'amélioration de la Satisfaction Client [Internet]. Vitalis Consulting. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://vitalis-consulting.com/>
31. Myriade groupe Eovi Mcd. Contrat évolution 1.5 - "mutuelle myriade" [Internet]. [cited 2018 Jun 5]. Available from: https://www.myriade.fr/Fiches_produit/Evolution_1.5.pdf
32. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2003 Aug;78(8):802–9.
33. Maiburg BHJ, Rethans J-JE, van Erk IM. Fielding incognito standardised patients as "known" patients in a controlled trial in general practice. *Med Educ*. 2004 Dec;38(12):1229–35.
34. Aubin-Auger I. et al. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer*. 21(93):111–4.
35. Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 19(84):142–5.
36. Steinberg MB, Zimmermann MH, Delnevo CD, Lewis MJ, Shukla P, Coups EJ, et al. E-Cigarette Versus Nicotine Inhaler: Comparing the Perceptions and Experiences of Inhaled Nicotine Devices. *J Gen Intern Med*. 2014 May 15;29(11):1444–1450.
37. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Nov 16;382(9905):1629–37.
38. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors Produced by Electronic Cigarettes and E-Juices with Flavorings Induce Toxicity, Oxidative Stress, and Inflammatory Response in Lung Epithelial Cells and in Mouse Lung. *PLoS ONE*. 2015 Feb 6;10(2):e0116732.
39. Vakkalanka JP, Hardison LS, Holstege CP. Epidemiological trends in electronic cigarette exposures reported to U.S. Poison Centers. *Clin Toxicol*. 2014 May 5;52(5):542–8.
40. Schober W, Szendrei K, Matzen W. Use of electronic cigarettes (e-cigarettes) impairs indoor air quality and increases FeNO levels of e-cigarette consumers. *Int J Hyg Environ Health*. 2014 Jul;217(6):628–37.

Serment Médical

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction :

Le tabac représente un enjeu de santé publique depuis plusieurs décennies. Au cours des 15 dernières années la cigarette électronique (EC) est apparue et la proportion d'utilisateurs a augmenté de façon exponentielle. L'objectif de cette étude est d'analyser les conseils délivrés par médecins généralistes (MG) en Aquitaine aux patients qui désirent se sevrer avec la EC.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude qualitative de pratique in situ utilisant le patient simulé afin de s'affranchir du biais de désirabilité. Avec l'accord des MG sollicités, nous avons réalisé une consultation en simple aveugle afin de faire le recueil de données. Un scénario pré établi a été utilisé afin que le patient fictif questionne les MG de manière dirigée et reproductible. Les consultations bénéficiaient d'un enregistrement dissimulé afin de réaliser la retranscription et l'anonymisation des données. 8 MG ont été inclus dans l'étude.

Résultats

Les réponses des MG sont homogènes et s'appuient à la fois sur des convictions personnelles, des connaissances scientifiques et leur expérience professionnelle. Ils reconnaissent l'efficacité de la EC comme moyen de sevrage. Les effets secondaires sont minimes mais les MG restent prudents concernant les effets secondaires par principe de précaution. Ils mettent en garde le patient contre le risque d'ingestion de liquide de EC par les jeunes enfants. Les MG présentent par contre une méconnaissance de la prise en charge financière qui existe par certaines mutuelles. Concernant le retour d'expérience sur cette méthodologie originale, les MG se disent favorable pour participer à nouveau à une étude de ce type.

Conclusion

Malgré l'absence d'étude à haut niveau de preuve les MG apportent une information adaptée à leurs patients concernant le EC sauf au sujet de la prise en charge financière. Le bon retour d'expérience sur la méthodologie du patient simulé laisse espérer que celle-ci sera reproduite dans de futures études.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés

cigarette électronique

sevrage tabagique

étude qualitative

patient simulé

étude de pratique in situ
