



HAL
open science

Comment optimiser le repérage du tabagisme et l'intervention brève ? Enquête auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France

Hassan Yazit

► **To cite this version:**

Hassan Yazit. Comment optimiser le repérage du tabagisme et l'intervention brève ? Enquête auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02288095

HAL Id: dumas-02288095

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02288095>

Submitted on 13 Sep 2019

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.

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale**

Mardi 25 Juin 2019 à 18 H 00

Salle des thèses - Bâtiment E – 2^{ème} étage
3, Rue des Louvels

Monsieur Hassan YAZIT

TITRE DE LA THESE :

**COMMENT OPTIMISER LE REPERAGE DU TABAGISME ET L'INTERVENTION BREVE ?
ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE**

N° de thèse : 2019 - 64

Vu les Membres du Jury

Le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Les Juges,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Le directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Remerciements

A mon Directeur de thèse et Président de Jury,

Monsieur le Professeur Alain Dervaux

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre aide et vos conseils précieux tout au long de ce travail.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mes sentiments respectueux et de ma reconnaissance sincère.

A mes maîtres et juges,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier (Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie » (D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS,
Maitre de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier
Pharmacologie clinique

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le docteur Bernard ANGERVILLE,

Docteur en psychiatrie

Chef de clinique au CHU d'Amiens

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Je dédie cette thèse,

A mes parents tout d'abord, sans qui je ne serai pas là aujourd'hui. Merci pour votre soutien tout au long de ces longues années d'études. Merci maman pour ta présence et ta tendresse inconditionnelle. Merci papa de m'avoir toujours encouragé dans mes études depuis le CP. J'espère que vous êtes fiers de votre fils.

A vous, mes deux princesses Inès et Manel. Je vous aime plus que tout. Vous êtes mes trésors et vous comblez mon foyer de bonheur.

A toi Amel, merci pour tous ces moments de bonheur partagés ensemble. Merci d'être une maman formidable pour nos filles.

A mes frères et sœurs, merci pour tous les moments de complicité partagés depuis notre enfance.

A toute ma belle-famille, merci pour tous les moments agréables.

A tous mes amis, merci pour les moments partagés ensemble.

A toute ma famille, en France, au Canada et en Algérie.

A tous les médecins, équipes paramédicales et co-internes que j'ai pu rencontrer au cours de mes études, j'ai beaucoup appris de chacun d'entre vous.

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
JRM	Journée Régionale de Médecine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
SFT	Société Française de Tabacologie
TNS	Traitement Nicotinique Substitutif

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	10
2. Matériel et méthodes	16
3. Résultats	19
4. Discussion	26
5. Conclusion.....	39
Références bibliographiques	40
Annexes	44

1. INTRODUCTION

1.1 TABAGISME EN FRANCE

En 2017, 32% de la population française consommait du tabac dont 27% de fumeurs quotidiens, soit un total de 14,4 millions de fumeurs. Le coût social lié au tabac en 2010 est estimé à 120 milliards d'euros (1). C'est un problème de santé publique majeur : le tabagisme est responsable de 90 % des cancers du poumon (2) et 73000 décès prématurés chaque année (3), soit plus de 200 morts par jour. Il s'agit de la première cause de mortalité évitable en France.

La prévalence du tabagisme parmi les 15-75 ans a augmenté entre 2005 et 2010, puis s'est stabilisée entre 2010 et 2016 avec 35,1% des personnes qui déclarent fumer et 29,4% de fumeurs quotidiens en 2016. Selon le baromètre santé 2017, ces prévalences ont respectivement baissé de 3,2 et 2,5 points par rapport à 2016 (1). Ces chiffres restent largement supérieurs à certains pays comme la Grande-Bretagne ou l'Australie qui ont réussi à faire diminuer la prévalence des fumeurs quotidiens en deçà de 20% au cours de la dernière décennie (4). Par exemple en Australie, grâce à différentes mesures de prévention et de sevrage mises en place, la prévalence des fumeurs réguliers a diminué à 12,8% en 2013 contre 27% en 1998 (5). La région des Hauts-de-France est la région la plus touchée en France avec une prévalence de tabagisme quotidien à 30,5% après la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (1).

En France un programme national de réduction du tabagisme a été mis en place par le gouvernement en septembre 2014. Il vise à prévenir la consommation, l'addiction au tabac et accompagner les fumeurs vers le sevrage. Il a probablement contribué à la baisse de la consommation de tabac en 2017. Un des axes de ce programme s'appuie surtout sur les professionnels de santé notamment les médecins généralistes qui jouent un rôle primordial dans la lutte contre le tabagisme (6).

1.2 DEPENDANCE AU TABAC

L'OMS définit le syndrome de dépendance comme « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. » (7). Selon la HAS, la dépendance au tabac est considérée comme plus forte que celle de l'alcool, du cannabis ou de la cocaïne (8). La nicotine est le principal principe actif addictif du tabac. En effet, elle est absorbée au niveau pulmonaire et renvoyée en moins de 10 secondes au cerveau. Elle se fixe sur les récepteurs nicotiques cholinergiques et active le système dopaminergique au niveau du noyau accumbens et stimule le système de récompense mésolimbique (9). L'état de dépendance apparaît progressivement avec la répétition des prises et se caractérise par le phénomène du *craving*, qui correspond à un besoin impérieux de la substance et pousse l'individu à sa recherche compulsive.

Il existe trois types de dépendance au tabac nécessitant chacune une prise en charge spécifique (10) :

- la dépendance physique liée essentiellement au manque de nicotine.
- la dépendance comportementale liée au geste, aux rites et habitudes.
- la dépendance psychologique liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure plaisir, détente, stimulation intellectuelle, euphorie et coupe-faim.

1.3 ARRET DU TABAC

Le sevrage tabagique correspond à l'arrêt de la consommation de tabac, dans le but de s'affranchir de la dépendance. Il est souvent difficile et son intensité est variable selon le degré de motivation et d'addiction du patient. La prise en charge initiale de la dépendance physique est une étape cruciale dans l'accompagnement à l'arrêt et conditionne son succès. L'objectif de l'aide à l'arrêt est d'obtenir et de maintenir une abstinence totale à long terme. Un professionnel de santé peut beaucoup aider à l'arrêt du tabagisme. Selon la HAS, la quasi-totalité (97 %) des fumeurs qui essaient d'arrêter seul échouent (11).

1.4 ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'ARRET DU TABAC

En raison de sa relation privilégiée avec ses patients, le médecin généraliste joue un rôle clé dans l'initiation au sevrage du tabac en donnant des conseils d'arrêt. Selon l'OMS, le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister la consommation de tabac, conseiller l'arrêt aux fumeurs, évaluer l'intention des patients d'arrêter le tabac, aider au sevrage et mettre en place un suivi (12). Le conseil minimal a été défini en 1995 par Slama *et all* et consiste à poser les deux questions suivantes : « fumez-vous ? » puis « voulez-vous arrêter de fumer ? ». Si la réponse est positive, il convient de distribuer au patient une brochure anti-tabac (13). En fonction du temps disponible, il doit être poursuivi par un conseil bref d'arrêt.

Un conseil bref d'arrêt réalisé par le médecin traitant auprès des patients tabagiques conduit à un arrêt sur 50 fumeurs ayant reçu les conseils. Réalisé systématiquement, il pourrait permettre 200 000 arrêts supplémentaires par an (14). Il s'inscrit dans une démarche de prise en charge plus complète du sevrage tabagique et son utilisation est recommandée par l'AFSSAPS en 2003 et l'ANAES en 1998 et en 2004 (15). Une étude réalisée en Provence-Alpes-Côte d'Azur a effectivement mis en évidence que les patients ayant bénéficié de conseils d'arrêt de la part de leur médecin généraliste avaient des taux d'abstinence quatre fois plus importants à 12 mois (14).

1.5 OUTILS DE REPERAGE ET INTERVENTION BREVE

Il existe des outils validés à disposition des médecins généralistes permettant d'évaluer la situation tabagique du patient et d'initier la prise en charge : l'outil d'aide au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB) mis en place par la HAS vise à dépister la consommation de tabac, évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt.

Le médecin peut également s'appuyer sur la méthode des 5A, décrite et détaillée dans diverses recommandations internationales notamment américaines, australiennes, canadiennes et néo-zélandaises (16) :

1. **Ask** : interroger sur la consommation de tabac « fumez-vous ? »
2. **Advice** : conseiller l'arrêt du tabac « vous devriez arrêter de fumer »
3. **Assess** : évaluer la préparation à l'arrêt du tabac

4. **Assist** : aider le patient à arrêter de fumer
5. **Arrange the follow up** : proposer un suivi de la démarche d'arrêt

Il existe également de nombreuses échelles d'évaluation sur le tabagisme. En 2010, une revue de la bibliographie réalisée à la demande de la SFT a recensé les échelles et questionnaires disponibles dans la littérature (17). On y retrouve :

- Les échelles de dépendance : le test de Fagerstrom (avec ses différentes versions), le Tabaco Dépendance Sceener (TDS) principalement utilisé au Japon, l'échelle de la dépendance à la cigarette (CDS) avec une version courte à 5 questions (CDS-5) et une version longue à 12 questions (CDS-12) et le Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS).

- Les échelles de raison de fumer : le Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68) et sa version courte le WISDM-37, le Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS) et le Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire (M-NRQ).

- Les échelles d'évaluation des symptômes de sevrage tabagique : le Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) à 8 questions, La Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS) à 2 questions, Shiffman Scale (SS) à 14 questions, le Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) à 28 questions et le Cigarette Withdrawal Scale (CWS) à 20 questions.

- Les échelles d'évaluation d'envie de fumer : le Questionnaire of Smoking Urges (QSU) en 32 questions et sa version brève (QSU-brief) en 10 questions et le Tobacco Craving Questionnaire (TCQ) en 47 questions et sa version courte en 12 questions (TCQ-SF).

Ce sont principalement des échelles d'évaluation, il ne propose pas une prise en complète du sevrage tabagique, notamment dans l'orientation et le traitement des patients.

L'OMS a mis en place un questionnaire ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) contenant 8 questions, il permet un dépistage bref des consommations diverses substances psychoactives (18). Sa réalisation demande entre 4 et 15 minutes en fonction du nombre de substances consommées. Cependant, ce questionnaire est un préambule à la réalisation d'une intervention brève, il est non spécifique au tabac.

Le site tabac-info-service.fr propose un outil « Repère pour votre pratique » qui donne une conduite à tenir dans la prise en charge du sevrage tabagique (19). Ce document est intéressant car il aborde les différentes étapes de la prise en charge du sevrage (conseil minimal, évaluation de la dépendance, traitements pharmacologiques et prise en charge de la

dépendance psychologique). Cependant en pratique clinique, sa réalisation semble chronophage.

L'INPES a proposé une brochure à destination des professionnels de santé « Tabac : ouvrons le dialogue » qui souligne l'intérêt d'un conseil bref (20). Le recours à ces outils semble avoir fortement progressé. Plus d'un tiers des médecins (34%) déclarent utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, comme des tests ou des échelles (21). Certains de ces outils semblent réalisables par le médecin généraliste en pratique clinique mais requièrent du temps. Il semblerait difficile d'aborder tous ces aspects du sevrage tabagique lors d'une première consultation de médecine générale dont la durée moyenne est de 16 minutes (22).

1.6 TEMPS ET CONSEIL AU SEVRAGE

De multiples freins gênent l'implication du médecin généraliste dans l'évaluation initiale de la situation tabagique des patients. Dans une thèse réalisée en septembre 2016 en Picardie, le manque de temps était un facteur avancé par un grand nombre de médecins généralistes (37%) (23). Le site respir.com, propose « la méthode des 5A » et la durée théorique nécessaire à la réalisation de chaque étape (24).

D'après la HAS, la durée d'une intervention brève varie d'une à cinq minutes selon son contenu. Une durée supérieure, par exemple 15 minutes, ne peut correspondre à une intervention brève en médecine générale (11). Selon les recommandations américaines du Public Health Service, « les interventions minimales durant moins de trois minutes augmentent les taux globaux d'abstinence tabagique » (25).

Un article de 2005 en Australie a comparé des stratégies de conseils au sevrage tabagique réalisées en une, trois et dix minutes menées par les médecins généralistes. Pour obtenir un arrêt de tabac, environ huit interventions de trois minutes étaient nécessaires (soit près de 25 minutes au total) contre 38 interventions d'une minute (soit 38 minutes au total) et sept interventions de 10 minutes (pour un total d'environ 67 minutes). En effet, en augmentant le temps de conseil, on augmente le taux de réussite mais on diminue le nombre de patients conseillés. Le meilleur rapport temps-efficacité pour le conseil au sevrage tabagique était de trois minutes (26).

1.7 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Elle a été réalisée à partir des bases de données PubMed, Google Scholar et Em Premium. Les mots clés suivants ont été utilisés : general practitioner, stop smoking, smoking cessation counselling, minimal advice. La gestion des références bibliographiques a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

1.8 OBJECTIFS

L'objectif principal de cette thèse était de proposer trois scénarios structurés d'intervention brève en une, trois et cinq minutes en indiquant les éléments cliniques les plus pertinents à évaluer.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer le temps optimal pour réaliser cette tâche selon les médecins généralistes.
- de comparer les connaissances et les pratiques des médecins fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs.
- d'élaborer une brochure d'intervention brève utilisable en pratique clinique par les médecins.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative prospective, observationnelle, réalisée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France, au cours des mois d'octobre et novembre 2017.

2.2 POPULATION ETUDIEE

Le recueil de données a été réalisé lors de formations médicales regroupant un grand nombre de participants en distribuant personnellement les questionnaires afin d'obtenir un taux de réponse élevé. Le questionnaire a été distribué une première fois lors des Journées Régionales de Médecine à Lille les 6 et 7 octobre 2017 (FMC non spécifique au tabac) Il y avait 251 participants, dont 88 médecins généralistes et 69 internes de médecine générale. 119 questionnaires ont été distribués, 92 ont été restitués remplis et seuls 87 ont pu être analysés. Une deuxième FMC a été choisie sur le thème du tabac le 23 novembre 2017 à Lille, avec 117 participants (en majorité des pharmaciens) dont 48 médecins généralistes. 43 questionnaires ont été distribués, 38 questionnaires ont été restitués remplis, seuls 34 ont pu être analysés.

Tous les médecins généralistes participant aux Journées Régionales de Médecine, ainsi qu'à la FMC spécialisée portant sur le sujet du tabac pouvaient être inclus. Tous les internes de médecine générale ayant réalisé leur stage chez le praticien ou ayant effectué des remplacements en médecine générale pouvaient être inclus. Etaient exclus, les médecins et les internes d'autres spécialités et les pharmaciens.

Lors de l'enquête, il était systématiquement demandé aux participants, s'ils étaient médecins généralistes, et pour les internes, s'ils avaient déjà effectué un stage chez le praticien ou réalisé des remplacements. Ce recueil a été effectué à l'aide d'un questionnaire standardisé anonyme, comprenant des questions fermées ou à choix multiples. Il comportait 20 questions.

2.3 OUTILS

Un questionnaire spécifiquement construit pour l'étude a été testé initialement auprès de trois médecins généralistes pour évaluer leur compréhension du questionnaire.

2.3.1. La première page contenait un message expliquant le projet de thèse.

2.3.2. La partie initiale du questionnaire comprenait deux questions sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins participants et 12 questions qui évaluaient leurs connaissances et leurs pratiques concernant la prise en charge du sevrage tabagique.

2.3.3. Dans la seconde partie, trois scénarios de prise en charge réalisés à partir des recommandations de bonne pratique de la HAS notamment l'outil RPIB ainsi que sur « la méthode des 5 A » :

Le scénario d'une minute comportait les items 1 à 5, celui de trois minutes les items 1 à 8 et celui de cinq minutes les 10 items.

- L'item 1 (le conseil minimal) correspond à la partie « ASK » ainsi qu'à l'étape « consommation déclarée » du RPIB.
- L'item 2 (le conseil d'arrêt) correspond à « ADVICE » mais également à l'étape « évaluation du risque » de l'outil RPIB.
- L'item 3 (proposer une brochure) est la deuxième étape du conseil minimal.
- Les items 4 et 5 (orienter le patient vers un spécialiste et proposer un rendez-vous ultérieur) correspondent à partie « ARRANGE DE FOLLOW UP » et à l'étape « accompagnement » du RPIB.
- Les items 6 et 7 (évaluer la dépendance et la motivation du patient) correspondent à « ASSESS », ainsi qu'à l'étape « intervention brève » du RPIB. Les échelles proposées (échelle de Fagerström à 2 questions et échelle analogique de motivation) proviennent des recommandations de l'HAS.
- Les items 8 et 9 (proposer un substitut nicotinique et un traitement pharmacologique) correspondent à la partie « ASSIST »
- L'item 10 (informer le patient sur les risques liés au tabac) fait partie de l'étape « intervention brève » du RPIB.

Pour finir, il était demandé aux médecins si ces scénarios étaient réalisables en pratique et lequel serait choisi pour être proposé à leurs patients.

2.4 ANALYSE DES DONNEES

Les résultats ont été intégrés dans un tableur Excel. Les variables quantitatives ont été exprimées sous la forme de moyenne \pm écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme de valeur absolue (% \pm écart standard à la moyenne). Pour les variables catégorielles, le test de Chi2 a été utilisé. Un p inférieur à 0,05 était considéré comme significatif.

3. RESULTATS

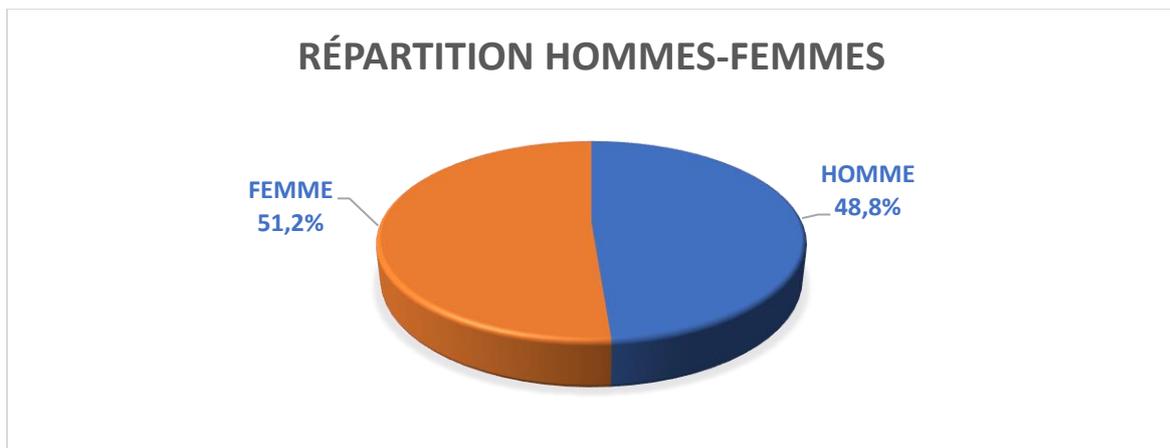
3.1 TAUX DE PARTICIPATION ET TAUX DE REPONSE

Lors des deux formations médicales, 162 questionnaires ont été distribués, 130 ont été remplis et 121 ont pu être analysés. Soit un taux de réponse globale de 80,2 %. Neuf questionnaires ont été exclus en raison de données manquantes sur les questions principales.

3.2. PROFIL ET TYPE DES MEDECINS GENERALISTES

Notre échantillon global était composé de 121 médecins généralistes et internes en médecine générale : 48,8% étaient des hommes et 51,2% des femmes (**Figure 1**).

Figure 1 : Répartitions des médecins en fonction du sexe



Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le sexe ($\chi^2 = 0,17$, NS). Il existait une différence significative entre notre population de médecins et la population médecins généralistes des Hauts-de-France (2017) concernant le sexe ($\chi^2 = 5,24$, $p = 0,02$) (23) : en effet, notre échantillon comportait un pourcentage plus élevé de femmes. L'âge moyen était d'environ 43 ans. Les extrêmes d'âges étaient de 25 ans et 64 ans.

La durée moyenne de leurs consultations était de 16 minutes. Parmi les médecins interrogés, deux tiers ont déclaré être non-fumeurs, moins d'un tiers ex-fumeurs et moins de 10% fumeurs. La quasi-totalité des médecins (97,5%) ont déclaré avoir un rôle central dans l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques.

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : Caractéristiques des 121 médecins : variables qualitatives

Caractéristiques	n (%)
Sexe Masculin	59 (48,8%)
Tranche d'âge :	
≤ 30 ans	29 (24%)
31 ans à 40 ans	30 (24,8%)
41 ans à 50 ans	22 (18,2%)
51 ans à 60 ans	30 (24,8%)
> 60 ans	10 (8,2%)
Statut tabagique du médecin :	
Non-Fumeurs	82 (67,8%)
Ex-Fumeurs	28 (23,1%)
Fumeurs	11 (9,1%)
Rôle central du médecin généraliste :	
Oui	118 (97,5%)
Non	3 (2,5%)

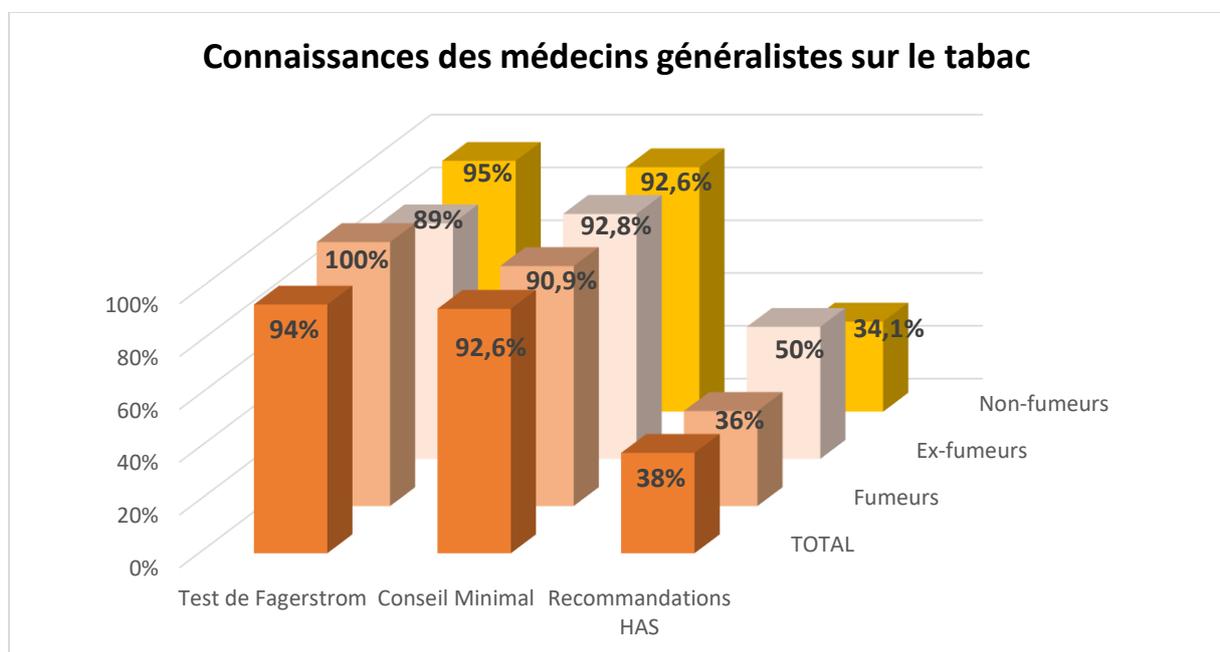
Tableau 1 : Caractéristiques des 121 médecins : variables quantitatives

Caractéristiques	Valeur
Âge moyen (années)	42,8 ± 12,4
Durée moyenne de consultation (minutes)	15,9 ± 3,1

3.3 CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE

Les médecins ont déclaré avoir tendance à connaître le statut tabagique de leurs patients. Ainsi, 28 (23%) ont déclaré le connaître « parfaitement », 86 (71%) « souvent » et 7 (5,8%) « parfois ». Aucun médecin n'a déclaré ne pas le connaître du tout. Les deux questions du conseil minimal : « fumez-vous ? » puis « voulez-vous arrêter de fumer ? » étaient connues par 112 des médecins répondants soit 92,6%. La connaissance des recommandations de la HAS sur le sevrage tabagique et du test de Fagerström était respectivement de 38% et de 94%.

Figure 1 : Connaissances des médecins généralistes sur le sevrage tabagique

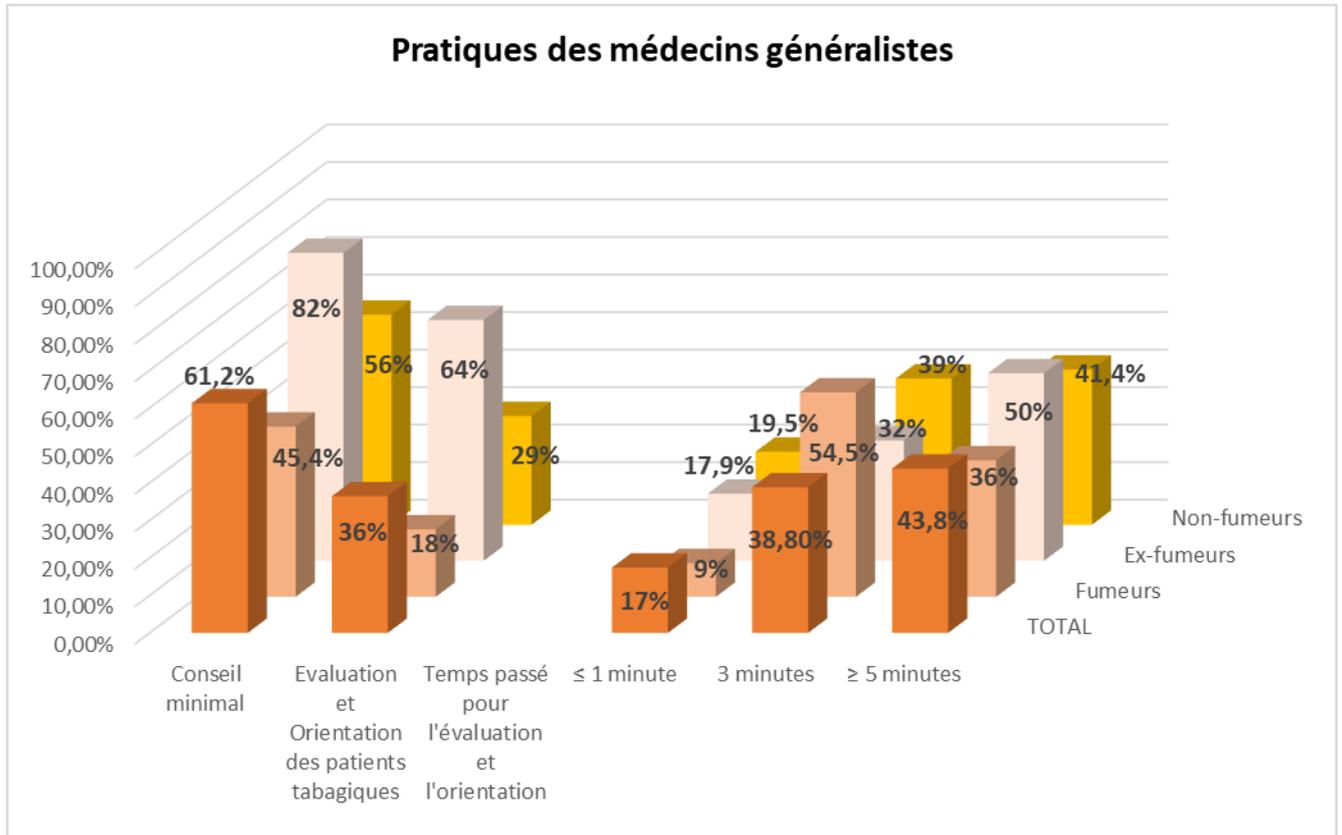


Les sujets ont très majoritairement déclaré avoir un manque de formations complémentaires en tabacologie. Seuls six médecins sur 87 (7%) ayant participé aux Journées Régionales de Médecine avaient bénéficié de formations spécifiques à cette thématique. Seuls deux médecins étaient titulaires d'un DU de tabacologie.

En pratique clinique, environ deux tiers des médecins interrogés ont déclaré réaliser systématiquement le conseil minimal. Un tiers des médecins interrogés ont déclaré pratiquer systématiquement une évaluation plus complète et une orientation des patients tabagiques. Le temps passé pour l'évaluation et l'orientation tabagique des patients était variable, les médecins avaient tendance à passer plus de cinq minutes pour près de la moitié d'entre eux, trois minutes pour plus d'un tiers d'entre eux contre une minorité à moins d'une minute (**Figure 2**).

Le temps était considéré comme un frein à l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques pour 57% des médecins interrogés.

Figure 2 : Pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge du sevrage tabagique



3.4 COMPARAISON DES PRATIQUES DES MEDECINS EX-FUMEURS ET NON-FUMEURS

Concernant les connaissances du test de Fagerström, du conseil minimal et des recommandations de la HAS, il n'y avait pas de différence significative entre les médecins ex-fumeurs et non-fumeurs. Les médecins ex-fumeurs ont déclaré délivrer plus fréquemment le conseil minimal que les médecins non-fumeurs. Les médecins ex-fumeurs ont déclaré réaliser aussi plus souvent une évaluation et une orientation des patients tabagiques que les médecins non-fumeurs. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de médecins concernant le temps consacré pour réaliser une intervention brève.

L'effectif des médecins fumeurs était trop faible (11 médecins) pour pouvoir le comparer avec les médecins non-fumeurs et ex-fumeurs.

Tableau 2 : Comparaison des connaissances et pratiques des médecins ex-fumeurs et non-fumeurs

	Médecins ex-fumeurs (n=28)	Médecins non-fumeurs (n=82)	Chi 2	P
Connaissance du test de Fagerström	89%	95%	1,19	NS
Connaissance du conseil minimal	93%	93%	0,97	NS
Connaissance des recommandations de la HAS	50%	34%	2,2	NS
Pratique du conseil minimal	82%	56%	6,05	0,01
Pratique d'une évaluation et orientation des patients tabagiques	64%	29%	10,8	0,001
Temps passé pour l'intervention brève :				
1 minute	17,9%	19,5%	0,04	NS
3 minutes	32%	39%	0,4	NS
5 minutes	50%	41,4%	0,61	NS

3.5 CHOIX DES DIFFERENTS SCENARIOS D'INTERVENTION BREVE

Parmi les trois scénarios qui étaient proposés aux médecins, celui à trois minutes a été choisi par 50% des médecins, le scénario à cinq minutes par 39% et celui à une minute par 7%. Seuls 3% ont répondu qu'aucun des scénarios proposés ne leur convenait. Parmi les 121 médecins, 111 (92%) ont déclaré que ces scénarios étaient réalisables en pratique clinique.

Les items choisis pour les trois scénarios proposés sont résumés dans le **tableau 3**.

Dans le scénario à une minute, les trois éléments les plus choisis pour aborder le sevrage tabagique étaient : le conseil minimal, le conseil d'arrêt, proposer un rendez-vous ultérieur.

Dans le scénario à trois minutes, les cinq items sélectionnés par une majorité de médecins étaient : le conseil minimal, le conseil d'arrêt, proposer un rendez-vous ultérieur, réaliser le test de Fagerström et proposer un traitement nicotinique.

Dans le scénario à cinq minutes, les six items sélectionnés par plus de la moitié des médecins étaient : le conseil minimal, le test de Fagerström, proposer un traitement nicotinique, le conseil d'arrêt, proposer un rendez-vous ultérieur et informer les patients sur les risques liés au tabac.

La quasi-totalité des médecins généralistes interrogés (92%) ont déclaré que ces scénarios d'intervention structurés étaient réalisables en pratique clinique.

Il n'y avait pas de différence significative dans le choix des items du scénario à trois minutes entre les médecins qui connaissaient les recommandations de la HAS et les autres : le conseil minimal ($\chi^2 = 0,29$, $p = \text{NS}$), le conseil d'arrêt ($\chi^2 = 0,54$, $p = \text{NS}$), brochure anti-tabac ($\chi^2 = 0,57$, $p = \text{NS}$), orienter vers un tabacologue ($\chi^2 = 0,14$, $p = \text{NS}$), rendez-vous ultérieur ($\chi^2 = 0,10$, $p = \text{NS}$), test de Fagerström à 2 questions ($\chi^2 = 0,23$, $p = \text{NS}$), échelle de motivation ($\chi^2 = 0,23$, $p = \text{NS}$) et substitut nicotinique ($\chi^2 = 0,08$, $p = \text{NS}$).

Tableau 3 : Items proposés par les 121 médecins ayant répondu au questionnaire

Caractéristiques	Valeur*
Scénario 1 minute:	
1. Conseil minimal	115 (95%)
2. Conseil d'arrêt	67 (55,4%)
3. Brochure/Adresse Web	35 (28,9%)
4. Orienter vers tabacologue	26 (21,5%)
5. Rendez-vous ultérieur	66 (54,5%)
Scénario 3 minutes:	
1. Conseil minimal	117 (96,7%)
2. Conseil d'arrêt	82 (67,8%)
3. Brochure/Adresse Web	50 (41,3%)
4. Orienter vers tabacologue	42 (34,7%)
5. Rendez-vous ultérieur	68 (56,2%)
6. Test de Fagerström à 2 questions	81 (66,9%)
7. Echelle de motivation	43 (35,5%)
8. Substitut nicotinique	73 (60,3%)
Scénario 5 minutes:	
1. Conseil minimal	117 (96,7%)
2. Conseil d'arrêt	84 (69,4%)
3. Brochure/Adresse Web	57 (47,1%)
4. Orienter vers tabacologue	50 (41,3%)
5. Rendez-vous ultérieur	72 (59,5%)
6. Test de Fagerström à 2 questions	100 (82,6%)
7. Echelle de motivation	54 (44,6%)
8. Substitut nicotinique	98 (81%)
9. Bupropion et Varénicline	25 (20,7%)
10. Informations sur les risques	72 (59,5%)

*Les variables qualitatives ont été mis sous la forme de valeur absolue (%)

4. DISCUSSION

4.1 RESULTATS PRINCIPAUX

La quasi-totalité des participants ont déclaré que le médecin généraliste jouait un rôle central dans l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques. Même si la grande majorité des médecins connaissaient le conseil minimal et le test de Fagerström, les recommandations de la HAS étaient peu connues (38%). De plus, 7% seulement des médecins du groupe participant aux JRM de Lille avaient bénéficié de formations spécifiques concernant le tabac.

Cependant dans leurs pratiques, environ deux tiers des médecins interrogés ont déclaré réaliser systématiquement le conseil minimal. Un tiers des médecins interrogés ont déclaré pratiquer systématiquement une évaluation plus complète et une orientation des patients tabagiques. Le temps consacré à cette tâche était de cinq minutes pour près de la moitié des médecins et trois minutes pour un peu plus d'un tiers d'entre eux.

Parmi les scénarios proposés de prise en charge, la moitié des médecins avaient choisi le scénario de trois minutes, plus d'un tiers celui à cinq minutes. Les médecins ont choisi d'intégrer lors du scénario à trois minutes les éléments suivants : le conseil minimal, le conseil d'arrêt, le test de Fagerström à 2 questions, proposer un traitement nicotinique substitutif et enfin un rendez-vous ultérieur.

Les médecins ont choisi d'intégrer lors du scénario à cinq minutes les mêmes items avec en plus l'item « informer les patients sur les risques liés au tabac ».

Enfin le scénario à une minute était proposé par moins de 10% des médecins et les éléments à intégrer étaient : le conseil minimal, le conseil d'arrêt et proposer un rendez-vous ultérieur.

4.2 REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON DES SUJETS AYANT REPONDU A L'ENQUETE

Notre échantillon était plus jeune (43 ans) que la moyenne de la population des médecins des Hauts-de-France (51 ans environ) d'après les données de l'atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins au 1^{er} janvier 2017. Notre échantillon comportait plus de médecins de sexe féminin (51% environ) que la moyenne de la population des médecins des Hauts-de-France avec 42% de femmes médecins (27).

Ces résultats peuvent s'expliquer par la présence d'internes de médecine générale lors des FMC qui fait baisser l'âge moyen et augmenter le pourcentage de femmes médecins, ceci semble lié à la féminisation de la profession médicale (27). Les médecins de notre échantillon ont déclaré une durée moyenne de consultation d'environ 16 minutes, inférieurs aux résultats de la DRESS 2012 qui était un peu moins de 18 minutes (28). Cela pourrait s'expliquer par la faible densité de médecins généralistes dans la région des Hauts-de-France (27).

4.3 ROLE CENTRAL DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE

Le taux de réponse élevé (80%) au questionnaire de l'étude montre l'intérêt porté par les médecins généralistes concernant le sevrage tabagique. En effet, les médecins généralistes interrogés ont estimé à 98% avoir un rôle central dans la prévention du tabac, ce qui correspond aux données de l'enquête du baromètre santé de 2009 avec 99,3% des praticiens qui avaient déclaré que la prévention du tabac faisait partie de leur rôle (27).

Notre travail a retrouvé que les médecins avaient tendance à bien connaître le statut tabagique de leurs patients. Environ deux tiers d'entre eux abordent la situation tabagique du patient de manière systématique à travers le conseil minimal, ce qui correspond aux données du baromètre santé 2009 avec deux tiers des médecins qui abordent ce sujet avec chaque patient (21).

En raison de sa situation de premier recours dans le système de soins, la prise en charge initiale du sevrage tabagique incombe principalement au médecin généraliste. Il peut cependant s'appuyer sur les autres professionnels de santé pour l'aider dans la démarche de prévention contre le tabac et toucher un plus grand nombre de patients.

Une étude Australienne de 2006 a comparé les attitudes des médecins généralistes (n= 269) aux pharmaciens (n=265) et dentistes (n=334) concernant le sevrage tabagique. Les médecins généralistes avaient davantage confiance en leur efficacité et réalisaient plus fréquemment des interventions brèves, en comparaison aux autres professionnels de santé (29). Cela s'expliquait par le fait que les médecins généralistes étaient mieux formés que les autres professionnels de santé, ils disposaient de plus de moyens d'action, notamment les traitements pharmacologiques. Ils avaient également une meilleure connaissance des comorbidités et des effets néfastes du tabagisme.

Une méta-analyse portant sur plus de 200 articles publiés entre 1990 et 2004 a mis en évidence que les interventions sur le sevrage tabagique des médecins généralistes étaient plus efficaces que les dentistes ou les infirmiers (30). Ces résultats pouvaient s'expliquer par le fait que les médecins prodiguaient plus souvent des conseils d'arrêt que les dentistes et infirmiers. Deux tiers des infirmiers et dentistes considéraient qu'il était de leur devoir de donner des conseils d'arrêt, alors que ces taux sont plus élevés chez les médecins généralistes. Les dentistes déclaraient également percevoir plus d'obstacles et avoir moins de connaissances et de compétences que les autres professionnels de santé (30).

Une étude réalisée aux Pays-Bas en 2017 a comparé l'efficacité d'une intervention brève de sevrage menée par des médecins généralistes et une prise en charge intensive par des infirmiers sur un échantillon de 295 fumeurs qui bénéficiaient d'un traitement par varénicline sur une période de six mois. Les taux d'abstinence à six mois étaient de 39% chez le groupe suivi par les médecins généralistes contre 32% pour le groupe suivi par les infirmiers (OR=0,71 ; 95% IC=0,44-1,16). Les consultations intensives par les infirmiers n'avaient pas augmenté les taux d'abstinence par rapport aux conseils brefs des médecins généralistes. Ces différences pouvaient s'expliquer par une observance thérapeutique supérieure chez les patients suivis par les médecins généralistes.(31)

Le médecin généraliste peut s'appuyer sur des tabacologues ou des centres spécialisés. En effet, ces interventions des tabacologues ou des centres spécialisés ont prouvé leur efficacité avec un taux d'abstinence à un mois de 45% chez les patients ayant eu recours à un tabacologue (32). Ces résultats élevés peuvent s'expliquer en partie par le fait que les patients ayant recours aux tabacologues sont plus motivés. Cependant, dans une revue du haut conseil de santé publique de 2011 sur les pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention, 22% des médecins généralistes seulement faisaient appel à une structure extérieure pour la prise en charge de leurs patients tabagiques, même si cet appui est plus fréquent qu'en 2003 (13,5%)

(33). Dans notre étude, une minorité de médecins a proposé d'adresser leurs patients vers un tabacologue dans les divers scénarios proposés.

4.4 INFLUENCE DU STATUT TABAGIQUE DU MEDECIN GENERALISTE SUR SA PRATIQUE

Parmi les médecins de notre étude, 68% ont déclaré être non-fumeurs, 23% ex-fumeurs et 9% fumeurs. Dans une enquête menée en 2008 auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire, 18% des médecins ont déclaré fumer, 34% ont déclaré être anciens fumeurs et 47% ont déclaré n'avoir jamais fumé (34). Nous retrouvons une plus faible proportion de fumeurs dans notre étude. Cela peut s'expliquer par le fait que la consommation de tabac a nettement diminué chez les médecins généralistes ces dernières années et reste inférieure à la population générale. En 2015, selon l'INPES, 16 % des praticiens déclaraient fumer (sans différence significative selon le sexe ou l'âge) contre 29% en 2003 (35).

Dans notre étude, le statut tabagique n'a pas d'influence sur la connaissance du test de Fagerström, du conseil minimal ou des recommandations de la HAS. Cependant concernant leurs pratiques, on remarque que le conseil minimal ainsi que l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques sont significativement plus souvent réalisés par les praticiens ex-fumeurs par rapport aux médecins n'ayant jamais fumé. Une revue de la littérature réalisée sur plusieurs études européennes avait retrouvé que les médecins généralistes fumeurs donnaient moins fréquemment des conseils d'arrêt au sevrage (36).

4.5 OBSTACLES A L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE

Notre étude a retrouvé que les médecins généralistes se sentaient impliqués dans le sevrage tabagique. Cependant, dans leurs pratiques, ils ont déclaré majoritairement que le manque de temps était un frein à l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques. Seule une minorité de médecins réalisait une évaluation et une orientation des patients tabagiques. Dans différentes études européennes, le manque de temps est évoqué comme le principal obstacle à l'implication des médecins dans la prévention du tabac (37). Pourtant les interventions brèves prennent peu de temps et ont prouvé leur efficacité. L'oubli est un facteur évoqué dans une thèse de médecine générale réalisée en 2016 (23). Noter systématiquement le statut tabagique du patient dans le

dossier médical facilite l'abord de la question du tabac auprès des patients. En effet, cette pratique permet d'augmenter le taux d'intervention du médecin (37).

Le manque de connaissances et de formations semble être également un frein important à la prise en charge des patients tabagiques. Dans notre étude, seulement une minorité (38%) de médecins connaissait les recommandations de la HAS sur le tabac. Uniquement 6 % des médecins du groupe FMC des JRM (FMC non spécifique au tabac) avaient bénéficié d'une formation en tabacologie. Il existe une insuffisance de formation évidente, pourtant la HAS recommande aux médecins de se former au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac. Sachant qu'il s'agit de la première cause de mortalité évitable en France, il serait important que tous les médecins généralistes puissent bénéficier de formations régulières en tabacologie. La participation à ces formations augmente de manière significative le taux d'intervention des médecins généralistes (21) (37).

Il existe des formations à destination des personnels de santé, comme NICOMEDE par exemple, mais elles semblent peu connues des médecins (38). Il s'agit d'un logiciel d'informations et d'un outil de formation au sevrage tabagique ; développé par la Ligue contre le cancer, et validé par le ministère de la Santé. Il est à destination des professionnels de santé notamment des médecins généralistes et du grand public. Le site internet de la Société Française de Tabacologie a mis en place un module de formation en accès libre à destination des infirmiers dans lequel une stratégie de prise en charge initiale est proposée (39). La version pour les médecins généralistes est en cours d'élaboration.

4.6 EFFICACITE DES INTERVENTIONS BREVES ET DES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE

Il est recommandé de réaliser systématiquement le conseil minimal (15). En effet, sa réalisation systématique suivie de la remise d'une brochure à des patients souhaitant arrêter de fumer doublait le taux de succès d'arrêt à long terme par rapport à un arrêt spontané (40). Ce conseil minimal doit être poursuivi par un conseil d'arrêt au tabac. Selon la HAS, « Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois) ». L'efficacité de ces interventions brèves varie en fonction de la durée d'intervention, du temps total d'interaction et du nombre de rencontres entre le médecin généraliste et le patient. En effet, une méta-analyse issue des recommandations américaines montrait qu'une intervention brève de moins de trois minutes permettait d'obtenir un taux

d'abstinence à six mois de 13,4% (2,5% de plus que le groupe contrôle), une intervention entre trois et 10 minutes un taux de 16% (5% de plus que le groupe contrôle) et une intervention supérieure à 10 minutes un taux de 22% (11% de plus que le groupe contrôle).

Les traitements nicotiques ont une place prépondérante dans la prise en charge du sevrage tabagique en France. Ils existent sous différentes formes : dispositifs transdermiques ayant une action lente, et les gommes à mâcher, pastilles, inhalateurs, sprays buccaux ayant une action rapide. Les TNS augmentent les réussites de sevrage entre 50% et 70%. Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les différentes formes, mais l'association d'une forme lente à une forme rapide augmente les chances de succès (41).

D'autres traitements médicamenteux sont à disposition des médecins généralistes : la varénicline (Champix®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux qui a obtenu l'AMM en 2006 dans le sevrage tabagique. Elle a fait preuve de son efficacité notamment chez les populations atteintes de maladies cardio-vasculaires, de BPCO et chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, cependant le taux d'abstinence à un an est peu élevé. Elle n'est utilisée en France qu'en seconde intention après échec des TNS. Le service médical rendu est important pour les patients ayant une forte dépendance (Test de Fagerström ≥ 7) (42).

Le bupropion (Zyban®) est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et la dopamine. C'est un antidépresseur qui a une efficacité supérieure au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois. Il n'a pas montré sa supériorité aux TNS, et est inférieur à la varénicline. En raison de ses effets secondaires (états dépressifs, risques suicidaires), il n'est utilisé qu'en seconde intention (43).

L'utilisation combinée des conseils de sevrage, des traitements nicotiques et des traitements médicamenteux chez certains patients permet d'augmenter les chances de succès. D'autres méthodes telles que l'hypnose, l'homéopathie, l'acupuncture sont utilisées, mais leur efficacité clinique n'est pas aujourd'hui validée par les recommandations scientifiques.

4.7 PROPOSITION DE SCENARIOS DE RPIB STRUCTURES A UNE, TROIS ET CINQ MINUTES.

Dans leurs pratiques 17% des médecins seulement réalisaient l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques en une minute. Néanmoins 7% ont choisi le scénario structuré d'une minute.

Pour le scénario d'une minute, les médecins ont déclaré qu'il était possible d'aborder le conseil minimal, suivi du conseil d'arrêt et enfin de proposer un rendez-vous ultérieur. Ce temps semble trop court pour réaliser cette tâche, il permet éventuellement de réaliser le conseil minimal et de donner une brochure anti-tabac (24). Une étude réalisée en Australie a mis en évidence que réaliser le conseil au sevrage en une minute permettait de toucher un plus grand nombre de patients mais était moins efficace que les interventions plus longues (26). Le fait de donner une brochure anti-tabac a été choisi par moins d'un tiers des médecins de notre étude contrairement aux recommandations HAS ainsi qu'à la définition de Slama *et al* du conseil minimal (38).

Dans notre étude, les médecins ont déclaré le plus souvent réaliser une intervention brève en cinq minutes (44%) et trois minutes (38%). Cependant, parmi les scénarios structurés proposés, ils ont majoritairement sélectionné le scénario à trois minutes comme étant le plus pertinent. Le choix des médecins généralistes correspond aux données de l'étude australienne qui met en évidence l'efficacité supérieure des interventions de trois minutes (26). En effet, intervenir trois minutes auprès d'un fumeur peut doubler ses chances de réussite de sevrage tabagique (29).

Dans la thèse de Guilbaud réalisée en 2007 à Nantes, les éléments délivrés aux patients fumeurs par les médecins généralistes correspondent par ordre de fréquence aux items choisis dans le scénario de trois minutes. En effet, après avoir reçu un conseil minimal, les patients interrogés déclaraient avoir reçu un conseil d'arrêt dans 70 % des cas, puis un traitement pharmacologique (18%) suivi par une brochure anti-tabac (7,5%) et enfin une adresse pour une consultation spécialisée (6%) (44). Une thèse picarde de 2017 montre que très peu de médecins donnaient des brochures anti-tabac aux patients (23).

Dans notre étude, un peu plus d'un tiers des médecins ont choisi un scénario structuré à cinq minutes. Les praticiens proposaient d'aborder les mêmes items que le scénario de trois minutes en y ajoutant une information sur les risques liés au tabac.

4.8 COMPARAISON DU SCENARIO STRUCTURE DE TROIS MINUTES CHOISI PAR LES MEDECINS ET L'OUTIL RPIB DE LA HAS.

Les recommandations de la HAS sur le sevrage tabagique proposent une conduite à tenir globale concernant le sevrage tabagique et son suivi. La HAS a mis en place l'outil RPIB à disposition des personnels de santé pour les orienter dans la prise en charge initiale des sevrages au tabac, à l'alcool et au cannabis. Dans notre étude, il n'y avait pas de différence significative dans le

choix des items entre les médecins qui connaissaient les recommandations de la HAS et les autres. Il existait des similitudes entre les items proposés par les médecins et cet outil (RPIB). Effectivement, le conseil minimal était proposé en première intention suivi d'un conseil d'arrêt, ce qui correspond aux deux premières étapes du RPIB.

On note trois différences significatives dans la prise en charge initiale entre notre enquête et les propositions de prise en charge du RPIB, à savoir le fait de donner une brochure anti-tabac, de réaliser un test d'évaluation de la dépendance et de proposer un traitement nicotinique :

- L'outil RPIB suggère de proposer une brochure anti-tabac aux patients alors qu'une minorité de médecins ont choisi cet item dans les scénarios proposés de notre étude.
- Les médecins généralistes proposent également en troisième et quatrième position de réaliser le test de Fagerström en 2 questions et de proposer un TNS. Ces deux éléments ne figurent pas dans le RPIB.

Enfin, nos médecins proposent successivement de donner un rendez-vous ultérieur, distribuer une brochure anti-tabac, mesurer l'échelle de motivation et orienter le patient vers un tabacologue. Ces derniers éléments sont proposés par le RPIB dans sa partie « intervention brève » et « accompagnement ».

Cet outil RPIB de la HAS est intéressant mais il serait peut-être pertinent de mettre en place un outil spécifique au tabac en se basant sur le point de vue des médecins et des recherches scientifiques réalisées sur ce sujet et de le faire connaître davantage auprès des médecins généralistes.

4.9 COMPARAISON DU SCENARIO STRUCTURE DE TROIS MINUTES CHOISI PAR LES MEDECINS ET DE LA METHODE DES 5 A

Les résultats de notre étude confirment l'intérêt de la méthode des 5 A. Le choix des items par ordre de fréquence correspond à la chronologie des cinq étapes de la méthode des 5 A. En effet, le conseil minimal était choisi en première intention et correspond à la partie « ASK », en deuxième intention le conseil d'arrêt était préconisé correspondant à la partie « ADVICE », puis l'évaluation de la dépendance avec le test de Fagerström concordant avec la partie « ASSESS ». Les médecins ont ensuite choisi de proposer un TNS, correspondant à la partie « ASSIST » et en dernière intention un rendez-vous ultérieur, soit la partie « ARRANGE THE FOLLOW UP ». Cette méthode est préconisée dans de nombreux pays pour traiter le

tabagisme. Elle est décrite et détaillée dans les recommandations américaines de 2008 (Fiore 2008), néo-zélandaises, australiennes, canadiennes (16). Cette méthode était également préconisée en 2004 par la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de l'ANAES (16).

Cette étude met en évidence que les stratégies d'intervention structurées, proposées par les médecins généralistes, sont en adéquation avec la méthode des 5A.

4.10 MODELE THEORIQUE DES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

Il s'agit d'un modèle théorique de changement de comportement du patient en fonction des étapes du sevrage. Il part du principe que le patient passe par une série d'étapes de motivations avant d'arrêter de fumer. Il existe cinq étapes :

- la pré-intention : le patient ne souhaite pas arrêter de fumer
- l'intention : le patient commence à percevoir le tabagisme comme un problème
- la préparation : le patient exprime sa volonté d'arrêter de fumer
- l'action : le patient entreprend son sevrage
- le maintien : le patient s'efforce de maintenir son sevrage et évite les rechutes

La HAS propose des attitudes et des prises en charge en fonction des étapes où se trouve le patient (annexe 4). Notre étude n'a pas pris en compte ces étapes car elle concerne l'évaluation initiale et l'orientation de tous les patients fumeurs quel que soit l'étape à laquelle ils se situent, sachant qu'en population générale, la grande majorité des fumeurs sont aux stades de pré-intention et d'intention (45). Cependant il aurait pu être intéressant d'intégrer ce paramètre dans les items proposés.

4.11 STRATEGIES DE SANTE PUBLIQUE ANTI-TABAC EN FRANCE ET A L'ETRANGER

L'actuel programme national de lutte contre le tabac (2018-2022) s'articule autour de quatre axes et fixe des ambitions sur les années à venir :

-Promotion de la santé, prévention (« protégeons nos enfants ») et éviter l'entrée dans le tabagisme

-Encourager et accompagner les fumeurs vers le sevrage

-Agir sur l'économie du tabac

-Surveiller, évaluer et diffuser les connaissances relatives au tabac

Aussi, depuis 2016, le « moi(s) sans tabac » est un mouvement de campagne nationale créé par le ministère de la santé et promu par le site Tabac-infos-service.fr, il soutient et encourage les fumeurs à s'engager vers le sevrage tabagique en misant sur une dynamique de groupe positive (46). Il est inspiré de la campagne britannique *Stoptober* qui avait prouvé son efficacité avec 350000 tentatives d'arrêt de tabac supplémentaires en 1 mois (47). Des événements sont organisés partout en France lors de ce mois sans tabac, dont la distribution gratuite des kits d'aide à l'arrêt du tabagisme. Les professionnels de santé sont invités à promouvoir ces opérations « grand public » qui participent aux chiffres encourageants du baromètre 2017, près d'un million de fumeurs en moins entre 2016 et 2017 (1).

L'Australie est l'un des pays les plus « antitabac » du monde : paquet neutre depuis 2012, prix élevés jusqu'à l'équivalent de 17 euros pour un paquet de cigarettes, images et allocutions « chocs ». Ces mesures touchent également l'économie du tabac, hausse du prix du paquet de 12,5% chaque année, mesures restrictives qui concernent aussi les cartouches détaxées des aéroports, multiplication des lieux sans tabac comme les arrêts de bus ou les plages publiques, proposition d'interdiction de vente de cigarettes aux mineurs. Les politiques de santé australiennes sont prises en exemple puisqu'elles semblent avoir réduit de moitié le nombre fumeurs en 20 ans (12,5% en 2013 contre 25% en 1993) (48). Les autorités de santé australiennes s'appuient beaucoup sur les médecins généralistes pour la lutte contre le tabac. Ils ont mis à disposition des médecins généralistes un guide de sevrage tabagique (*Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice*) où l'action du médecin généraliste est valorisée notamment concernant l'efficacité de ses interventions et de sa crédibilité auprès des patients (49).

Au Canada, la lutte contre le tabagisme est également d'actualité ces dernières années, des lois québécoises sont de plus en plus strictes pour interdire l'usage du tabac (ainsi que les cigarettes électroniques) au sein des lieux publics et même dans un rayon de « 9 mètres » autour de ceux-ci. Il existe une interdiction de vente aux mineurs, interdiction de publicités « protabac » ou

distributions par les fabricants de tabac, enfin obligation d'apposition de mises en garde type « smoking kills », aussi des sanctions strictes concernant les personnes ne respectant pas les dernières lois antitabac (50).

Ces lois sont importantes mais peuvent être insuffisantes car le tabagisme demeure la première cause de décès prématurés au Canada, une récente enquête statistique révèle cependant de manière encourageante que la baisse des fumeurs est significative dans le groupe des adolescents en comparaison au groupe des fumeurs plus âgés.

Un groupe de travail canadien place le médecin généraliste comme intervenant principal auprès des jeunes fumeurs, dès l'adolescence. Une cote « A » dans la classification des recommandations (A = « On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique ») est attribuée par le guide canadien de médecine préventive et le *United States Guide to Clinical Preventive Services* concernant l'intervention clinique du médecin face au tabagisme (51).

On peut aussi considérer le Royaume-Uni comme un exemple de politique efficace antitabac puisque les chiffres 2014 révèlent aujourd'hui moins de 20% d'adultes fumeurs (on comptait 70% d'adultes hommes fumeurs en 1962), les mesures générales sont toujours l'interdiction de fumer dans les lieux publics (depuis 2007, comme en France), une hausse drastique des prix du paquet de tabac, la prévention et l'aide au sevrage ; le modèle de centres pluridisciplinaires « Stop Smoking Centers » à formation spécifique est même pris en exemple par les addictologues français (52).

4.12 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

L'approche quantitative a permis d'obtenir des résultats chiffrés. Le reflet des pratiques quotidiennes d'un grand nombre de médecins répond à l'objectif de l'étude. Le recueil de données réalisé lors de la FMC sur le tabac a permis de recueillir le point de vue de médecins intéressés ayant bénéficié d'une formation dans le domaine de l'addiction au tabac.

Cette étude s'est intéressée à l'avis des médecins généralistes, qui sont des acteurs de premier plan, sur les éléments cliniques à évaluer lors de la prise en charge initiale du sevrage tabagique ainsi que le temps pour réaliser cette tâche. L'originalité de cette étude était d'aborder l'aspect temporel de l'intervention brève sur le tabac car il est peu développé dans la littérature.

L'objectif était d'améliorer les pratiques en élaborant un questionnaire réalisable en un temps minimal.

Cette étude comporte plusieurs limites. Effectivement, on retrouvait un biais de sélection (ou de recrutement) : le recueil de données a été réalisé lors de formations médicales continues, ce qui ne correspond pas forcément un échantillon représentatif des médecins généralistes de la région. Cependant ce mode de recueil a permis d'obtenir un taux de réponse élevé (80,2%), cela reflète l'intérêt des médecins généralistes concernant la question du sevrage tabagique. Le faible effectif de médecins fumeurs (11 médecins) a limité l'analyse de nos résultats concernant l'influence du statut tabagique du médecin généraliste sur sa pratique.

4.13 PERSPECTIVES ET PISTES DE RECHERCHE

Il existe aujourd'hui une réelle prise de conscience sur les risques liés au tabagisme en France. Initier le sevrage par la réalisation du conseil minimal est le premier pas d'une prise en charge médicale complète. La part des consultations spécialisées en tabacologie reste faible, c'est pourquoi le suivi du patient fumeur est une priorité en médecine générale.

Cette étude confirme le rôle central du médecin généraliste dans la prévention du risque tabagique. Les médecins généralistes de première ligne sont insuffisamment formés dans ce domaine spécifique, les autorités de santé publique devraient inciter davantage sur la formation continue, l'actualisation des connaissances. Par exemple, des interventions ponctuelles collectives à destination des professionnels de santé permettraient d'améliorer les pratiques médicales, et l'efficacité des approches du sevrage. Des incitations financières ont été mises en place par l'assurance maladie depuis 2016 à l'intention des médecins généralistes effectuant une intervention brève auprès des patients à travers les Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP) (53). Ces mesures ont prouvé leur efficacité notamment en Angleterre et ont permis d'améliorer le taux de dépistage et la réalisation d'une intervention brève sur le tabac (54). Ces nouvelles données peuvent avoir des retombées sur la prévalence des patients tabagiques, diminuer l'incidence des cancers liés au tabagisme, améliorer la qualité de vie du patient fumeur, et diminuer les coûts de santé publique.

Ce travail est une première étape, il a permis de mettre au point une brochure d'intervention brève (annexe 5) plus adaptée aux médecins généralistes, qui pourrait être utilisée lors d'une première intervention auprès du patient fumeur. Les items choisis pour réaliser cette brochure

ont été les items sélectionnés par plus de la moitié des médecins dans les différents scénarios. La quasi-totalité des médecins interrogés considéraient que les scénarios proposés étaient réalisables en pratique clinique. Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude auprès des médecins généralistes afin d'évaluer l'efficacité de cette brochure. La diffusion d'outils pratiques auprès des médecins généralistes est importante pour permettre leur utilisation plus fréquente. Ce genre d'outil peut être intégré dans les logiciels informatiques des médecins généralistes pour faciliter leur utilisation.

5. CONCLUSION

Notre étude met en évidence l'implication des médecins généralistes des Hauts-de-France dans l'évaluation et l'orientation des patients fumeurs. Parmi trois stratégies d'intervention brèves structurées (une, trois, ou cinq minutes), élaborées à partir de la méthode des 5A et de l'outil RPIB de la HAS, la majorité des médecins interrogés a choisi une intervention structurée en trois minutes. Elle comprend le conseil minimal, le conseil bref, la réalisation du test de Fagerström à 2 questions, l'instauration d'un traitement nicotinique et proposer un rendez-vous ultérieur. Quelques points divergent par rapport à l'outil RPIB avec une place mineure laissée à la distribution de brochures anti-tabac dans notre étude. Réaliser un test d'évaluation de la dépendance et proposer un traitement nicotinique substitutif ne sont pas mentionnés dans cet outil alors que les médecins de notre étude le préconisent. Les résultats de notre étude sont plutôt en adéquation avec la méthode des 5A.

L'expérience du tabac chez les médecins sevrés avait une influence sur leurs pratiques : le conseil minimal et l'évaluation plus complète étaient significativement plus souvent réalisés par les praticiens ex-fumeurs par rapport aux médecins non-fumeurs.

Le médecin généraliste reste au centre de la prévention sur le tabac. Il réalise plus fréquemment des conseils d'arrêt et l'efficacité de ses interventions est supérieure aux autres professionnels de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pasquereau A. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. Tobacco consumption in France : Preliminary results from the 2017 health barometer :9.
2. INPES - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé [en ligne]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1523.pdf>
3. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. oct 2015;25(5):824-8.
4. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2016;(30-31):528-40.
5. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) - National Drug Strategy Household Survey detailed report 2013. Disponible sur : https://www.aihw.gov.au/getmedia/c2e94ca2-7ce8-496f-a765-94c55c774d2b/16835_1.pdf.aspx?inline=true
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National de réduction du tabagisme 2014-2019. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf
7. OMS - Syndrome de dépendance. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr
8. Haute Autorité de Santé - Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS - Questions/réponses : sevrage tabagique. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf
9. Abrous N, Aubin HJ, Berlin I, Junien C, Kaminsk M. M. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2004. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/149>
10. Tabac-info-service. Disponible sur : <http://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac?>
11. Haute Autorité de Santé - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, novembre 2014. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
12. Guide OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Le rôle de professionnels de santé dans la lutte anti-tabac. Comment lutter contre l'épidémie de tabagisme. Journée Mondiale Sans Tabac 31 mai 2005. Disponible sur : <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/layoutfinalf.pdf>
13. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomised, controlled trial in France. Tobacco control 1995 ; 4 : 162-169

14. Faou A-LL, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. /data/revues/07554982/v41i12sP1/S0755498212005180. 14 déc 2012 ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/774293>
15. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence - Argumentaire scientifique octobre 2013. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
16. Haute Autorité de Santé. Présentation de la méthode des 5a - 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf
17. Le Houezec J. Echelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie : synthèse de recensement, de traduction et de validation. Société française de tabacologie (SFT) ; 2010. 14 p. Disponible sur : http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf
18. Netgen. Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives. Revue Médicale Suisse. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Questionnaires-de-depistage-et-d-evaluation-des-consommations-de-substances-psychoactives>
19. Tabac-info-service. Professionnels de santé / Espaces professionnels / Accueil. Disponible sur : https://www.tabac-info-service.fr/Espaces-professionnels/Professionnels-de-sante#Outils_pour_votre_pratique
20. Inpes - Tabac-Ouvrons le dialogue-Guide pratique pour le professionnel. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/LivretMedecin.pdf>
21. Inpes - Baromètre santé médecins généralistes 2009. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
22. DREES - La durée des séances des médecins généralistes - n°481 avril 2006. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
23. Culo M, Andréjak C. État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. Amiens, France : Université de Picardie ; 2016.
24. Sevrage tabagique | La méthode des 5 A. Disponible sur : <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacSevrage5A.asp>
25. Gorin SS. Prevention Practice in Primary Care. OUP USA; 2014. 338 p.
26. Litt J. Smoking and GPs: time to cough up: successful interventions in general practice. Aust Fam Physician. juin 2005;34(6):425-9.
27. Conseil National de l'ordre des médecins - Atlas de la démographie médicale en France - 1er janvier 2017. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
28. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats, numéro 797, mars 2018 :8.

29. Edwards D, Freeman T, Litt J, Roche Ann M. GPs Confidence in and Barriers to Implementing Smoking Cessation Activities : Compared to Dentists, Dental Hygienists and Pharmacists. Australian Journal of Primary Health. 2006 ; 12(3) : 177-125.
30. Gorin SS, Heck JE. Meta-analysis of the efficacy of tobacco counseling by health care providers. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol. déc 2004;13(12):2012-22.
31. Van Rossem C, Spigt M, Viechtbauer W, Lucas AEM, van Schayck OCP, Kotz D. Effectiveness of intensive practice nurse counselling versus brief general practitioner advice, both combined with varenicline, for smoking cessation : a randomized pragmatic trial in primary care. Addiction. déc 2017;112(12):2237-47.
32. Baha M, Boussadi A, Le Faou AL. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2016;(30-31) : 541-7.
33. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Actualité et dossier en santé publique. 2011 ; 77 : 6-10.
34. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. Revue des Maladies Respiratoires. Mai 2010;27(5):431-40.
35. Andler A., Guignard G., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 5 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>.
36. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, et al. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. British Journal of General Practice. Septembre 2009.
37. Dr Pierre Nys - Comment vaincre les résistances au sevrage tabagique?. La revue de la médecine générale - n°287, novembre 2011 - p 372-377
38. Haute Autorité de Santé - Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - octobre 2014. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
39. Société Francophone de Tabacologie - Cours infirmier - Stratégie de prise en charge. Disponible sur: <http://www.sft-steps.net/course/view.php?id=12>
40. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomised, controlled trial in France. Tob Control. juin 1995;4(2):162-9.
41. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: The Cochrane Library. John Wiley & Sons, Ltd ; 2012.
42. Haute Autorité de Santé - Commission de transparence. Avis du 9 novembre 2016 - Varénicline. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>

43. Haute Autorité de Santé - Outil associé à la recommandation de bonne pratique " Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence - Bupropion - octobre 2014. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
44. Guilbaud G, Ghiringhelli M. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste : point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis. France ; 2007.
45. Dr Jean-Francois ETTER - L'évaluation psychologique du fumeur - 20 juin 2005. Disponible sur : <https://www.stop-tabac.ch/PPT/PPT2/>.
46. Tabac info service. Mois Sans Tabac. Disponible sur : <http://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
47. Guignard R. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec mois sans tabac : premiers résultats observés dans le baromètre santé 2017. Quit attempts in the last quarter of 2016 and relation with mois sans tabac : first results from the 2017 health barometer. :6.
48. Caroline Taix (Sydney). Les mesures-chocs de l'Australie contre la cigarette. 30 mai 2016 ; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/m-moyen-format/article/2016/05/30/cigarette-non-grata-en-australie_4928706_4497271.html
49. Zwar PN, Richmond PR. Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. . Background. :69.
50. Site officiel du gouvernement du Québec. Loi concernant la lutte contre le tabagisme. Disponible sur : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/saines-habitudes-de-vie/mode-de-vie-sans-tabac/loi-concernant-la-lutte-contre-le-tabagisme/>
51. Services publics et Approvisionnement Canada D générale des services intégrés. Guide canadien de médecine clinique préventive / Préparé par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. : H21-117/1994F - Publications du gouvernement du Canada - Canada.ca. 2002.
52. Adult smoking habits in the UK - Office for National Statistics. Disponible sur : <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2016>
53. Ameli. Convention 2016 - Nouvelle ROSP. Disponible sur : <http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>
54. Brown J, West R, Angus C, Beard E, Brennan A, Drummond C, et al. Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. Br J Gen Pract. janv 2016;66(642):e1-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE :

Q1. Êtes-vous ? un homme une femme

Q2. Quel est votre âge ? |_|_|

Q3. Quelle est la durée moyenne de consultation de MG (en minutes) ? |_|_|

Q4. Connaissez-vous le statut tabagique de vos patients ?

Pas du tout Parfois Souvent Parfaitement

Q5. Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle central dans l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques ?

Oui Non

Q6. Votre statut tabagique ?

Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

Q7. Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire en tabacologie ?

Oui Non

Q8. Si Oui laquelle : DU FMC DPC Presse médicale

Autres (en clair...) :

Q9. Connaissez-vous le conseil minimal au sevrage tabagique = poser les 2 questions suivantes : "fumez-vous" puis "voulez-vous arrêter de fumer" ?

Oui Non

Q10. Réalisez-vous systématiquement le conseil minimal du sevrage tabagique auprès de vos patients ?

Oui Non

Q11. Faites-vous systématiquement l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques ?

Oui Non

Q 12. Connaissez-vous l'échelle de Fagerström ?

- Oui Non

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1.	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
2.	Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
	Moins de 5 minutes	3
	6 à 30 minutes	2
	31 à 60 minutes	1
	Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

Q13. Connaissez-vous les recommandations de la HAS concernant le sevrage tabagique ?

- Oui Non

Q14. Considérez-vous le facteur temps comme un frein à l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques ?

- Oui Non

Q15. Combien de temps passez vous en moyenne pour l'évaluation et l'orientation des patients tabagiques ?

- 0 minute ≤ 1 minute 3minutes ≥ 5 minutes

Sachant qu'il n'est pas possible d'aborder en quelques minutes tous les aspects de l'évaluation de la dépendance tabagique et de l'aide au sevrage tabagique.

3 SCENARIOS possibles :

Q16. Durée 1 MINUTE. Quels éléments pensez-vous possible d'aborder lors d'un conseil bref au sevrage tabagique ? 3 ITEMS MAXI SEULEMENT

- item 1 : Conseil minimal : "fumez-vous" puis "voulez-vous arrêtez de fumer ?"
- item 2 : Conseil d'arrêt : (exemple : "Je pense qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé")
- item 3 : Proposer au patient un dépliant/brochure anti-tabac ou l'adresse d'un site web
- item 4 : Orienter le patient vers un tabacologue ou à une structure spécialisée en tabacologie
- item 5 : Proposer un rendez-vous ultérieur
- Autres :



Échelle analogique d'évaluation de la motivation

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

→ Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

- 0 signifie : « Ce n'est pas du tout important »
- 10 signifie : « C'est extrêmement important »

→ Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Q17. Durée : 3 MINUTES, quels éléments pensez-vous possible d'aborder lors d'un conseil bref au sevrage tabagique ? 6 ITEMS MAXI SEULEMENT

- item 1 : Conseil minimal : "fumez-vous" puis "voulez-vous arrêtez de fumer ?"
- item 2 : Conseil d'arrêt : (exemple : "Je pense qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé")
- item 3 : Proposer au patient un dépliant/brochure anti-tabac ou l'adresse d'un site web
- item 4 : Orienter le patient vers un tabacologue ou à une structure spécialisée en tabacologie
- item 5 : Proposer un rendez-vous ultérieur
- item 6 : Evaluer la dépendance avec le test de Fagerström (version 2 questions HAS)
- item 7 : Mesurer la motivation à l'aide d'une échelle analogique de motivation HAS
- item 8 : Proposer un traitement nicotinique substitutif (TNS)
- Autres :

Q18. En 5 MINUTES, quels éléments pensez-vous possible d'aborder lors d'un conseil bref au sevrage tabagique ? 8 ITEMS MAXI

- item 1 : Conseil minimal : "fumez-vous" puis "voulez-vous arrêtez de fumer ?"
- item 2 : Conseil d'arrêt : (exemple : "Je pense qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé")
- item 3 : Proposer au patient un dépliant/brochure anti-tabac ou l'adresse d'un site web
- item 4 : Orienter le patient vers un tabacologue ou à une structure spécialisée en tabacologie
- item 5 : Proposer un rendez-vous ultérieur
- item 6 : Evaluer la dépendance avec le test de Fagerström (version 2 questions HAS)
- item 7 : Mesurer la motivation à l'aide d'une échelle analogique de motivation (HAS)
- item 8 : Proposer un traitement nicotinique substitutif (TNS)
- item 9 : Proposer en plus un traitement pharmacologique (bupropion, varénicline)
- item 10 : Informer sur les risques concernant la consommation de substance
- Autres :

Q19. Pensez-vous que ces scénarios soient réalisables en pratique clinique ?

- Oui Non

Si Non, pour quelle(s) raison(s) :

Q20. Quel scénario souhaiteriez-vous proposer à vos patients ?

- Scénario 1 minute Scénario 3 minutes Scénario 5 minutes Aucun

MERCI

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, veuillez noter votre adresse mail ci -dessous :

MAIL :

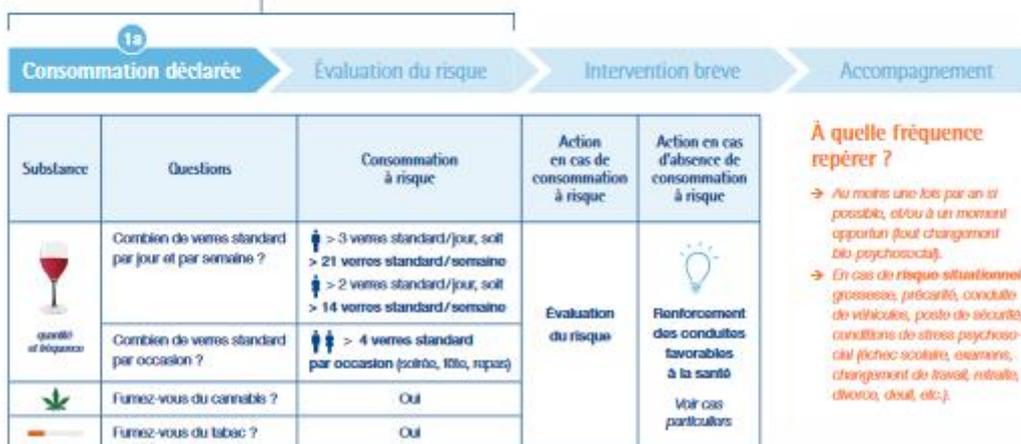
Annexe 2 : Outil RPIB

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio psychosocial).
- En cas de risque situationnel : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (fiche scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; Score :
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; Score :
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : renforcement des conduites favorables à la santé
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : intervention brève
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresso, ivresse aigüe) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse

 aepas.fr



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 10 cl de vin à 12° ; 25 cl de boissons à 6° (bière, sodas alcoolisés (alcopops - prémix)) ; 7 cl de vin ou à 18° ; 3 cl d'alcool à 40° (whisky, paste ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque foetal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

DDOURES INFO SERVICE
 Plus d'infos sur www.dddoures.fr

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

DDOURES INFO SERVICE
 Plus d'infos sur www.dddoures.fr

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance.
- Évaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les attentes du consommateur.
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- Proposer des objectifs et laisser le choix.
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum...



→ Adopter une posture partenariale favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa motivation, sa confiance dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le bon moment, grâce à 3 échelles sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.

→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



Annexe 3 : méthode des 5'As : site respir.com

Sevrage tabagique La méthode des 5 A

Créé le 01/08/2005

Auteur : A. Taytard

(Mis à jour le 28/10/2006)

Sommaire

- Interroger sur la consommation de tabac
- Conseiller l'arrêt
- Vérifier la motivation à l'arrêt du tabac
- Aider au sevrage tabagique
- Organiser le suivi

Interroger sur la consommation de tabac : Ask < 1 minute

Fumez vous ?

Réponse **non** : félicitations. Conseils pour éviter l'exposition au tabagisme passif social et à la maison

Réponse **oui** : mesurer le monoxyde de carbone expiré puis passer à la 2ème étape

Conseiller l'arrêt : Advise < 1 minute

Conseil clair, ferme et personnalisé d'aide à l'arrêt : "En tant que médecin je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé"

Information sur les risques

Vérifier la motivation à l'arrêt du tabac : Assess < 1 minute

Souhaitez vous arrêter de fumer ?

Réponse **oui** : passer à l'étape suivante

Réponse **non** : renforcer les motivations à l'arrêt, donner une brochure d'aide à l'arrêt

Aider au sevrage tabagique : Assist > 3 minutes

Mesurer le CO expiré

Proposer un [traitement adapté](#) à la dépendance

Encourager le fumeur à avoir un soutien et à ne pas être exposé au tabagisme passif social et familial.

Eventuellement l'adresser à une consultation de tabacologie

Organiser le suivi : Arrange follow-up

Mesurer le CO expiré, valoriser les bénéfices en cas d'arrêt, assurer le suivi

Annexe 4 : Attitude et action du soignant recommandées en fonction du stade de changement du patient

Stade de changement du patient	Attitude et action du soignant recommandées
<p>Le patient ne pense même pas à arrêter de fumer, le tabagisme n'étant pas perçu comme un problème.</p> <p>► Exemples : « Pour moi, fumer n'est pas plus dangereux que la pollution qui nous entoure ! » ou « Pas maintenant » ou « Vous savez, j'arrête quand je veux »</p> <p style="text-align: center;">Stade précédant l'intention = Stade de pré-intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Comprendre, sans juger les représentations qu'a le patient de son tabagisme (est-ce pour lui un problème ou non ?) et les avantages qu'il en retire. • Identifier les circonstances et le contexte qui favorisent la consommation de tabac (quel type de fumeur est-il ?). • Proposer une évaluation de son niveau de dépendance. • S'informer avec tact sur la connaissance du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses). Aider le patient à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer. • Conseiller l'arrêt. • Proposer une approche de réduction de la consommation.
<p>Le patient commence à percevoir le tabagisme comme un problème. Il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac, même s'il est ambivalent. Il montre son intention d'arrêter.</p> <p>► Exemples : « Oui, c'est vrai que j'aimerais bien arrêter de fumer, mais ce n'est pas si simple » ou « Il serait temps pour moi d'arrêter de fumer, mais d'un autre côté, ça me détend tellement ! »</p> <p style="text-align: center;">Ambivalence de la réflexion = Stade de l'intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme (Cf. Dossier INPES). • Aider le patient à identifier et exprimer ses inquiétudes et ses freins à l'idée d'arrêter le tabac. • Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac. • Évaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient (Cf. Dossier INPES). • Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui (Cf. Entretien motivationnel). • Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps.

Stade de changement du patient	Attitude et action du soignant recommandées
<p>Le patient montre clairement sa volonté d'arrêter de fumer, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir. Il prend sa décision et élabore la méthode pour y parvenir.</p> <p>▶ Exemple : « Cette fois, c'est décidé, je vais arrêter de fumer ».</p> <p style="text-align: center;">Elaboration du sevrage = Stade de prise de décision</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. ● Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, les meilleures stratégies pour arrêter de fumer. ● Explorer le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.). ● Proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre. ● L'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche.
<p>Le patient a entrepris son sevrage. Il met en œuvre sa décision.</p> <p>▶ Exemple : « Ca y est, je ne fume plus ! »</p> <p style="text-align: center;">= Stade de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. ● Si le patient le souhaite, l'accompagner et l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite du projet (gestion de la dépendance comportementale et physique). ● Encourager le patient en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés. ● Anticiper les difficultés telles que le faux pas et la rechute et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer.
<p>Le patient est heureux d'avoir réussi le sevrage. Il s'efforce de prévenir ou d'éviter une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action.</p> <p>▶ Exemple : « Vous savez, je suis très heureux d'avoir réussi à arrêter, et j'espère tenir... »</p> <p style="text-align: center;">Le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction = Stade de maintien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. ● Conforter le patient en rappelant et en valorisant ses efforts réalisés. ● Encourager le patient à renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter. ● Comprendre les nouvelles difficultés et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer.
<p>Le patient se sent souvent coupable et découragé</p> <p>▶ Exemple : « j'ai recommencé à fumer, je m'en veux tellement ! »</p> <p style="text-align: center;">= Rechute</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. ● Dédramatiser la situation sans la banaliser pour autant. ● Chercher à comprendre les raisons de la rechute. ● Aider le patient à tirer les enseignements de la rechute en identifiant les situations et comportements à risque et les pensées permissives associées. ● Aider le patient à réengager le processus, en sachant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.

Annexe 5 : Brochure d'intervention brève réalisée à partir des différents scénarios proposés aux médecins généralistes :



INTERVENTION BREVE SUR LE TABAC



1 min. **CONSEIL MINIMAL** : FUMEZ-VOUS? VOULEZ-VOUS ARRÊTER DE FUMER?

2 min. **CONSEIL D'ARRÊT** : EX: "IL EST IMPORTANT QUE VOUS ARRÊTEZ DE FUMER ET JE PEUX VOUS AIDER"

3 min. **TEST DE FAGERSTRÖM (2 QUESTIONS) :**

1. COMBIEN DE CIGARETTES FUMEZ-VOUS PAR JOUR ? 2. DANS QUEL DÉLAI APRÈS LE RÉVEIL FUMEZ-VOUS VOTRE PREMIÈRE CIGARETTE ?

10 OU MOINS = 0 11 À 20 = 1 21 À 30 = 2 31 OU PLUS = 3	MOINS DE 5 MINUTES = 3 6 À 30 MINUTES = 2 31 À 60 MINUTES = 1 APRÈS PLUS D'1 HEURE = 0	
---	---	--

0 - 1 = PAS DE DÉPENDANCE 2 - 3 = DÉPENDANCE MODÉRÉE 4 - 5 - 6 = FORTE DÉPENDANCE

4 min. **SUBSTITUT NICOTINIQUE** : 0 - 1 = PAS DE SUBSTITUT
2 - 3 = SUBSTITUT NICOTINIQUE
4 - 6 = SUBSTITUT NICOTINIQUE +/- TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

INFORMATIONS SUR LES RISQUES LIÉS AU TABAC : CANCERS, CARDIO-VASCULAIRES, BPCO...

5 min. **PROPOSER SYSTÉMATIQUEMENT UN RENDEZ-VOUS ULTÉRIEUR !**

Annexe 6 : Poster Yazit H, Naassila M, Dervaux A. Comment optimiser les interventions brèves sur la consommation de tabac en Médecine Générale ? *Journées de la Société Française d'Alcoologie (SFA) : E-santé, innovations technologiques et addictologie : enjeux et expériences.* Amiens, 14-15 mars 2019



Comment optimiser les interventions brèves sur la consommation de tabac en Médecine Générale ?

Dr Hassan Yazit¹, Pr Naassila Mickael^{2,3}, Pr Dervaux Alain^{1,2,3}

1. Service de Psychiatrie et et Addictologie de liaison. 80054 CHU Amiens.
2. INSERM U1247, Groupe de Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances (GRAP), Amiens
3. Université de Picardie Jules Verne.

INTRODUCTION

- Le manque de temps est souvent évoqué par les médecins généralistes dans l'abord du tabagisme des patients. Le temps moyen de consultation en médecine générale en France est de 16 minutes.
- L'objectif de cette étude était de proposer 3 scénarios structurés d'intervention brève en 1, 3 et 5 minutes en indiquant les éléments cliniques les plus pertinents à évaluer.
- Les objectifs secondaires étaient de comparer les connaissances et les pratiques des médecins fumeurs, ex-fumeur et non-fumeurs.

MÉTHODES

- Etude quantitative prospective, observationnelle, réalisée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France, en octobre et novembre 2017.
- Questionnaire comprenant 3 scénarios de prise en charge d'interventions brèves sur le tabac en s'inspirant des RPIB de la HAS et 5 A.
- Sur 162 médecins généralistes des Hauts-de-France sollicités, 121 ont répondu (80%).

RESULTATS

- 97% des médecins généralistes ont déclaré avoir un rôle central dans l'initiation du sevrage tabagique.
- Durée moyenne des consultations : 15 minutes 52 secondes (\pm 3 minutes).
- Parmi les médecins interrogés, 82 (68%) ont déclaré être non-fumeurs, 28 (23%) ex-fumeurs et seulement 11 (9%) fumeurs.
- 28 médecins (23,1%) ont déclaré connaître le statut tabagique de leurs patients « parfaitement », 86 (71,1%) « souvent » et 7 (5,8%) « parfois ».
- Parmi les 3 scénarios proposés, 50% ont déclaré préférer une intervention structurée en 3 minutes comprenant:
 - Un conseil minimal (97%)
 - Un conseil d'arrêt (68%)
 - Proposer un rendez-vous ultérieur (56%)
 - Un test de Fagerström en 2 questions (66%)
 - Proposer un traitement nicotinique substitutif (60%)
- Les autres moyens ont été moins choisis : brochures ou sites Internet (41%), orientation vers un tabacologue (35%), échelle de motivation (36%).
- Les stratégies structurées choisies par les médecins généralistes sont plus en adéquation avec la méthode des 5 A (Ask, Advice, Assess, Assit, Arrange) qu'avec les recommandations HAS.
- 39% des médecins ont choisi un scénario à 5 minutes et 7% un scénario à 1 minute.
- Les médecins ex-fumeurs ont délivré plus fréquemment les conseils minimaux que les non-fumeurs (tableau 3).

CONCLUSIONS

- Parmi 3 stratégies d'interventions brèves structurées (1, 3, ou 5 minutes), la majorité des médecins interrogés a préféré une intervention structurée en 3 minutes comprenant le conseil minimal, le conseil bref, la réalisation du test de Fagerström à 2 questions, l'instauration d'un traitement nicotinique substitutif. La distribution de brochures anti-tabac était peu réalisée contrairement aux recommandations. Les interventions brèves par les médecins généralistes sont peut-être plébiscitées parce qu'elles sont personnalisées.

Tableau 1 : connaissances déclarées des médecins généralistes sur le RPIB tabac

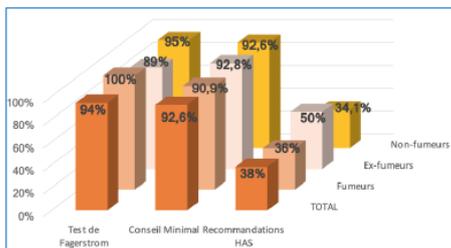


Tableau 2 : pratiques des médecins généralistes du RPIB tabac

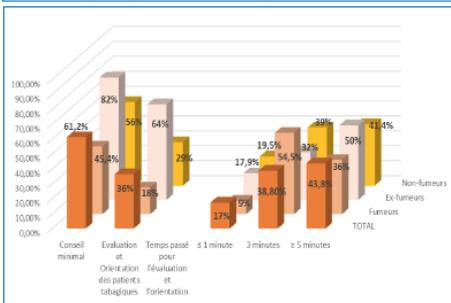


Tableau 3 : Connaissances et pratiques des médecins généralistes ex-fumeurs et non-fumeurs

	médecins ex-fumeurs (n=28)	médecins non fumeurs (n=82)	Chi 2	p
Connaissance du test de Fagerström	89%	95%	1,19	NS
Connaissance du conseil minimal	93%	93%	0,97	NS
Connaissance des recommandations HAS	50%	34%	2,2	NS
Pratique du conseil minimal	82%	56%	6,05	0,01
Pratique de l'évaluation et de l'orientation des patients tabagiques	64%	29%	10,8	0,001
Temps moyen de l'intervention brève: 1 minute	18%	20%	0,04	NS
Temps moyen de l'intervention brève: 3 minutes	32%	39%	0,04	NS
Temps moyen de l'intervention brève: 5 minutes	50%	41%	0,61	NS

COMMENT OPTIMISER LE REPERAGE DU TABAGISME ET L'INTERVENTION BREVE ? ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE.

RESUME

Introduction. Le manque de temps est souvent évoqué par les médecins généralistes dans l'abord du tabagisme des patients. Or, le temps moyen de consultation en médecine générale est de 16 minutes. L'objectif de cette étude était de proposer 3 scénarios structurés d'intervention brève en 1, 3 et 5 minutes. Les objectifs secondaires étaient de comparer les connaissances et les pratiques des médecins fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs.

Méthodes. Un questionnaire comprenant 3 scénarios de prise en charge d'interventions brèves sur le tabac en s'inspirant des RPIB de la HAS et de la méthode des 5 A. Sur 162 médecins généralistes des Hauts-de-France sollicités en octobre et novembre 2017, 121 ont répondu (80%).

Résultats. 97% des médecins généralistes ont déclaré avoir un rôle central dans l'initiation du sevrage tabagique. Parmi les médecins interrogés, 82 (68%) ont déclaré être non-fumeurs, 28 (23%) ex-fumeurs et seulement 11 (9%) fumeurs. Parmi les 3 scénarios proposés, 50% ont déclaré préférer une intervention structurée en 3 minutes regroupant le conseil minimal (97%), le conseil d'arrêt (68%), proposer un rendez-vous ultérieur (56%), le test de Fagerström en 2 questions (66%) et proposer un traitement nicotinique substitutif (60%) ; 39% des médecins ont choisi un scénario à 5 minutes et 7,4% à 1 minute. Les médecins ex-fumeurs délivraient plus les conseils minimaux que les non-fumeurs.

Conclusion. La majorité des médecins interrogés a préféré une intervention structurée en 3 minutes. La distribution de brochures anti-tabac était peu réalisée contrairement aux recommandations. Les interventions brèves par les médecins généralistes sont peut-être plébiscitées parce qu'elles sont personnalisées.

Mots clés : conseil minimal - arrêt du tabac - médecin généraliste – sevrage tabagique

HOW TO OPTIMIZE SPOTTING OF SMOKING AND BRIEF INTERVENTION : SURVEY OF GENERAL PRACTITIONERS OF HAUTS-DE-FRANCE.

ABSTRACT

Objectives. The lack of time is often mentioned by general practitioners in the approach of smoking patients. However, the average consultation time in general practice is 16 minutes. The objective of this study was to propose 3 structured scenarios of brief intervention in 1, 3 and 5 minutes. The secondary objectives were to compare the knowledge and practices of smokers, ex-smokers and non-smokers.

Methods. A questionnaire comprising 3 scenarios for the management of brief interventions on tobacco, inspired by the HAS and 5 A RPIBs. Of the 162 general practitioners from the Hauts-de-France asked in October and November 2017, 121 responded (80%).

Results. 97% of GPs reported having a central role in initiating smoking cessation. Of the physicians surveyed, 82 (68%) said they were non-smokers, 28 (23%) were former smokers and only 11 (9%) were smokers. Of the 3 scenarios proposed, 50% said they preferred a structured intervention in 3 minutes involving the minimum counseling (97%), the stop council (68%), proposing a later appointment (56%), the test of Fagerström in 2 questions (66%) and offer nicotine replacement therapy (60%); 39% of physicians chose a scenario at 5 minutes and 7.4% at 1 minute. Ex-smokers dispensed minimal counseling more than non smokers.

Conclusions. The majority of physicians preferred a structured intervention in 3 minutes. The distribution of anti-smoking brochures was poorly implemented, contrary to the recommendations. Brief interventions by general practitioners may be popular because they are personalized.

Keywords : minimal advice - smoking cessation - general practitioner – stop smoking