

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018/2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 25 avril 2019

par

Mme FLEURY Lucy

Née le 04 Juillet 1990 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

L'influence du statut tabagique des internes de médecine générale sur la prise en charge de leurs patients fumeurs.

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Professeur BABIN Emmanuel

Monsieur le Professeur LAUNOY Guy

Madame la Docteure VAN DER SCHUEREN Marie

Directrice de thèse : Dr VAN DER SCHUEREN Marie

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie – réanimation et médecine
	péri-	
		opératoire
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie – réanimation et médecine
	péri-	
		opératoire
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
	prévention	
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie – réanimation et médecine
	péri-	
		opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et
	prévention	
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et
	prévention	
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale

M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie

M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale

Remerciements

A monsieur le professeur Xavier LE COUTOUR, président de mon jury,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Vous m'avez apporté votre aide à un moment important de ma vie professionnelle et m'avez accueillie dans la spécialité de santé publique et médecine sociale. Je vous suis reconnaissante de toute l'aide que m'avez apportée durant ces années de formation.

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Guy LAUNOY, membre du jury,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail.

Recevez mes sincères remerciements et tout mon respect.

A monsieur le Professeur Emmanuel BABIN,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail

Vous me connaissez depuis mon enfance et je vous remercie d'être présent aujourd'hui

Recevez mes sincères remerciements

A Madame la docteure Marie VAN DER SCHUEREN, directrice de thèse et membre du jury,

Je vous remercie de m'avoir guidée durant tout ce travail de thèse. Votre aide a été très précieuse pour ce travail. Vous avez pris de votre temps pour m'aider et vous m'avez guidée tout au long de ce travail, je vous suis très reconnaissante et je vous remercie pour tout cela.

Recevez ma gratitude et ma toute ma reconnaissance.

Je remercie monsieur le Docteur Remy MORELLO qui m'a accueillie en stage dans son service et m'a aidée à mieux comprendre les statistiques. Votre aide m'a été précieuse pour ce travail. Je remercie aussi monsieur Fabien CHAILLOT de son aide pour toute la partie éthique de cette thèse.

Je remercie le docteur Sylvie VIAL pour l'aide dans la relecture de ce travail de thèse.

Merci à Laure-Marine, Alexandra, Félix, Justine et Pierre-Elie d'avoir accepté de tester mon questionnaire.

Merci à tous les internes de santé publique de m'avoir aidée et soutenue durant ce travail.

Je remercie les internes de médecine générale d'avoir bien voulu répondre et participer à ce travail.

A Amélie et Céline, mes amies depuis tant d'années. Vous avez été à mes côtés dans les bons et les mauvais moments de ma vie. Votre soutien m'a toujours été précieux, merci de tout cœur.

A Sandra, Céline et Marion, mes amies d'externat, vous avez été là quand j'en avais le plus besoin et vous m'avez supportée pendant tout ce travail. Merci à vous.

A Anne-Laure, ma grande sœur, qui m'a soutenue malgré la distance. Tu as toujours su trouver les mots pour m'aider à me déstresser. Merci Anne-Laure.

A Emilie, ma grande sœur, qui m'a apporté son soutien durant tout ce travail. Tu étais là au début mes études de médecine et tu es là à leur fin. Merci Emilie

A Alice, ma petite sœur. Reçois ma gratitude éternelle pour tout le temps que tu as passé à corriger ce travail thèse et je sais que je t'ai donné beaucoup de travail. Merci Alice.

A Sébastien, Anaïs et Pierre, mes neveux et nièce, merci de m'avoir changé les idées lorsque j'en avais besoin.

A papa, tous les chocolats chauds que tu m'as apportés n'auront pas été vains. Tu as toujours cru en moi et je te remercie de cette confiance et de ton soutien. Merci mon papa.

A maman,

Tes remarques sur mon orthographe et ma grammaire ne m'ont jamais autant manquées que durant ce travail. Je sais que tu attendais avec impatience ma soutenance de thèse malgré le travail de relecture que je t'aurais donné.

Tu me manques.

Abréviations

ALD : Affection de longue durée

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVC : Accident vasculaire cérébrale

DAI : Inventaire d'anxiété de Beck

BDI : Inventaire de la dépression de Beck

CAGE : Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

CAST : Cannabis abuse screening test

CDS : Cigarette Dependence Scale

CLERS : Comité local d'éthique pour la recherche en santé

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisé complémentaire

DFASM : Formation approfondie en science médicale

DSM-IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV

DU : Diplôme universitaire

ECN : Examen classant national

ECNi : Examen classant national informatisé

FST : Formation spécialisée transversale

GAAP : Groupe d'apprentissage à l'analyse pratique

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

GEU : Grossesse extra-utérine

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute autorité de santé

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

ORL : Oto-rhino-laryngologique

PNLT : Programme national de lutte contre le tabagisme

PNRT : Programme national de réduction du tabagisme

Q-MAT : Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac

RPIB : Repérage précoce et intervention brève

SIMBAN : Syndicat des internes bas normand de médecine générale

TCC : Thérapies cognitives et comportementales

UE : Unité d'enseignement

Tableaux

Tableau 1 : Réponses des questions sur les connaissances des différents outils utilisés en tabacologie

Tableau 2 : Résultats de la question sur la fréquence d'utilisation des différents outils en tabacologie

Tableau 3 : Résultats des questions sur l'intérêt des différents outils dans le sevrage tabagique

Tableau 4 : Résultats des questions sur la fréquence de prescription des différents traitements pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique

Tableau 5 : Résultats des questions sur les difficultés rencontrées par les internes avec la prescription des traitements pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique

Tableau 6 : Résultats des questions sur le délai entre une première consultation d'aide au sevrage et la première consultation de suivi

Tableau 7 : Résultats de la question sur l'intérêt du vaporisateur personnel dans le sevrage tabagique

Tableau 8 : Comparaison des internes non-fumeurs et des internes fumeurs

Tableau 9 : Comparaison de la fréquence de prescription des substituts nicotiques par rapport au statut tabagique des internes

Tableau 10 : Comparaison du sentiment de légitimité face au tabagisme des patients par rapport au statut tabagique des internes

Tableau 11 : Répartition du niveau de connaissance du test de Fagerström en fonction d'une formation pendant un stage

Tableau 12 : Répartition du niveau de connaissance du test de Fagerström simplifié en fonction d'une formation durant un stage

Tableau 13 : Répartition du score d'influence du statut tabagique sur la prise en charge du tabagisme en fonction d'une formation durant l'externat

Illustration

Illustration 1 : Le cycle de Prochaska et Di Clemente

Illustration 2 : Répartition des internes selon leur année d'internat

Illustration 3 : Répartition des internes selon leur statut tabagique

Illustration 4 : Les moyens d'aide pour le sevrage tabagique utilisés par les internes pour leur sevrage tabagique

Illustration 5 : Les formations en tabacologie reçues par les internes de médecine générale

Illustration 6 : Les formations en tabacologie souhaitées par les internes de médecine générale

Illustration 7 : Le niveau de connaissance des outils utilisés en tabacologie

Illustration 8 : Les difficultés rencontrées par les internes avec la prescription des traitements d'aide au sevrage

Illustration 9 : Avis des internes sur l'influence de leur statut tabagique sur leur prise en charge du tabagisme (en nombre de réponses)

Illustration 10 : Fréquence de prescription des substituts nicotiques selon le statut tabagique des internes

Illustration 11 : Graphique présentant les connaissances sur le fonctionnement des vaporisateurs personnels en fonction du statut tabagique des internes de médecine générale

Illustration 12 : Sentiment de légitimité des internes face au tabagisme de leurs patients en fonction de leur statut tabagique des internes

Illustration 13 : Connaissance du test de Fagerström en fonction d'une formation en tabacologie durant un stage

Illustration 14 : Connaissance du test de Fagerström simplifié en fonction d'une formation durant un stage

Illustration 15 : Avis des internes sur l'intérêt d'une formation pour diminuer l'influence du statut tabagique selon l'ancienneté des internes

Sommaire

Introduction	1
Contexte de l'étude	2
I. Généralités sur le tabac et le tabagisme	2
a) Histoire du tabac et de la lutte contre le tabagisme en France	2
b) La composition de la fumée de tabac.....	4
c) Les différentes formes de tabagisme	5
d) La dépendance aux produits du tabac	6
e) Le risque du tabagisme	7
II. Le tabagisme en médecine générale	9
a) Le cycle de Prochaska et Di Clemente	9
b) La place du médecin généraliste dans la lutte contre le tabagisme.....	11
c) Les outils disponibles en médecine générale.....	11
d) La prise en charge du sevrage tabagique	15
e) Le vaporisateur personnel	21
f) La formation des internes de médecine générale	22
III. Le tabagisme des médecins	25
a) Les médecins généralistes et le tabagisme	25
b) Les internes en médecine et le tabagisme.....	26
Notre problématique	28
Nos objectifs	29
I. L'objectif principal	29
II. Les objectifs secondaires	29
Méthodologie	30
I. Généralités	30
II. Population	30
a) Description de notre population.....	30
b) Critères d'inclusion et d'exclusion	30
c) Nombre de sujets nécessaires	31
III. Les données utilisées	31
a) Moyen de collecte.....	31
b) Mise en ligne du questionnaire.....	31
c) Le questionnaire	32
d) Anonymat.....	33
IV. Analyses statistiques	34
V. Autorisation et éthique	34
Résultats	35
I. Statistiques descriptives	35

a)	Nombre de réponses	35
b)	Description de l'échantillon	35
c)	Les réponses aux questions	39
II.	Analyses statistiques	45
a)	Particularités de la population	45
b)	L'influence du statut tabagique	46
c)	Résultats secondaires	48
Discussion	52
I.	Rappel des résultats importants	52
II.	Les points forts et limites de notre étude	53
a)	Les points forts	53
b)	Limites et biais	54
III.	Le statut tabagique en médecine générale	55
IV.	La tabacologie en médecine générale	56
a)	Les différents outils utilisés en tabacologie	56
b)	La prise en charge du sevrage	59
V.	L'influence du statut tabagique	62
VI.	La formation en tabacologie des internes	63
a)	Les formations reçues par les internes	63
b)	Les formations souhaitées par les internes	64
c)	Perspectives de formation	65
Conclusion	68
Bibliographie	70
Annexes	78

Introduction

Le tabagisme est un des fléaux de nos sociétés modernes. Il est la première cause de mortalité évitable en France et dans le monde. Dans notre pays, on estime à 73 000, et à 4 780 en Basse-Normandie le nombre de décès imputables à la consommation de tabac par an en 2017, ces chiffres pourraient doubler d'ici 2025. En effet avec 26,9% des adultes et 25,1% des adolescents fumeurs, l'espoir de voir la mortalité secondaire au tabagisme diminuer est faible (1–4).

Le médecin généraliste, étant souvent l'un des seuls liens entre ses patients et le monde médical, possède un statut particulier auprès de la population. Le médecin généraliste pourrait devenir le promoteur principal de la lutte contre le tabagisme. C'est pour cette raison que les hautes instances de la santé l'ont mis au centre de leurs dispositifs de lutte contre le tabagisme. Les recommandations de bonnes pratiques éditées en 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS) décrivent bien ce rôle (1).

Cependant, près de la moitié des médecins généralistes en exercice ont été fumeurs au cours de leur vie (18% de fumeurs actifs et 34% d'anciens fumeurs (5)). Certaines études ont montré des disparités de prise en charge des patients fumeurs selon le statut tabagique de leur médecin traitant, notamment sur la recherche du statut tabagique (6). Notre étude cherche à savoir si les futurs généralistes sont influencés par leur statut tabagique dans leur pratique, de la même façon que leurs aînés ou de manière différente.

Contexte de l'étude

I. Généralités sur le tabac et le tabagisme

a) Histoire du tabac et de la lutte contre le tabagisme en France

Le tabac est une plante originaire d'Amérique du sud initialement utilisée par les sociétés précolombiennes, fumée au cours des cérémonies religieuses ou simplement mâchée au quotidien. Elle fut introduite en Europe par Christophe COLOMB et son équipage. Elle bénéficiera par la suite d'un essor important, favorisé par les vertus miraculeuses que les médecins de l'époque lui attribuèrent, dans toute l'Europe mais aussi au Moyen-Orient et en Asie (7). En France, c'est l'ambassadeur de France au Portugal, Jean NICOT, qui introduisit la plante comme traitement antimigraineux pour la reine Catherine de Médicis au 16^{ème} siècle. Le tabac devient alors « l'herbe de la reine » et prend le nom de *Nicotiana Tabacum* en l'honneur de l'ambassadeur Français (8).

Dans les années 1950, la publication des premières études démontrant les effets néfastes de sa consommation sur la santé mettent fin à son statut de traitement miracle. Elle est dès lors perçue comme une plante toxique et nocive (7). En France, les premières mesures de lutte et les campagnes de communication contre le tabagisme ont été mises en place en 1976 avec la loi Veil. Elles seront suivies en 1991 par la loi Evin, qui interdit le tabagisme dans les lieux publics ainsi que la publicité de tous les produits de l'industrie du tabac (9).

Avec le ralentissement de la diminution de la consommation tabagique dans les années 2000, les pouvoirs publics mettent en place des mesures plus « agressives » pour lutter contre le tabagisme. Cela s'est traduit en 2003 par l'interdiction de la vente aux personnes âgées de moins de 16 ans et par l'interdiction des paquets de dix

cigarettes ainsi que par plusieurs hausses successives des taxes sur le tabac (9). Cette dernière mesure est vue comme l'une des plus dissuasives chez les jeunes et les plus défavorisés ayant entraîné une diminution de 4% du nombre de consommateurs en lien avec une hausse d'au moins 10% du prix de tous les produits du tabac (10). Cependant les hausses effectuées en France entre 2008 et 2012 se sont révélées peu efficaces (hausse des prix de moins de 10% et ne concernant qu'un seul type de produit) (11). D'autres mesures importantes ont été prises comme la stricte application de la loi Evin avec l'interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics en 2007 (9).

Depuis 2014 la lutte contre le tabagisme s'est intensifiée avec la mise en place du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT) (12). Ainsi dans le cadre de ce programme de nombreuses mesures ont été mises en place. Le paquet neutre fait partie de ces mesures bien que les emballages des produits du tabac aient déjà connu des modifications. En effet l'évolution des emballages des produits du tabac a commencé en 2003 avec la mise en place des messages sanitaires sur chacune des faces du paquet, suivie en 2010 de la mise en place d'illustration sanitaire associée au message sanitaire (13). Le Paquet neutre a été voté en novembre 2016 avant de devenir obligatoire en 2017, faisant de la France le second pays à le mettre en place après l'Australie (14). L'emballage des produits n'est pas le seul changement récent puisque les prix ont aussi été revus, avec une augmentation progressive de ces derniers pour atteindre en 2020 le prix symbolique de 10 euros le paquet. En plus des mesures mises en place pour dissuader les fumeurs, l'Etat a instauré des mesures incitant au sevrage tabagique, avec une augmentation du remboursement des substituts nicotiques passant de 50 à 150 euros en novembre 2016, et sont remboursés par l'assurance maladie depuis janvier 2019 à hauteur de 65%. De plus, la mise en place du mois sans tabac en 2016 a permis de médiatiser le sevrage tabagique et d'apporter des nouveaux outils d'aide aux fumeurs (12, 15 – 17).

Ces quatre dernières années, de nombreuses mesures ont été déployées pour lutter contre le tabagisme en France, malgré une entrée en vigueur récente, elles ont déjà un impact positif. En effet Santé publique France a noté une baisse de 1,4% de la vente des produits du tabac et parallèlement une augmentation de 28,5% de la vente des traitements d'aide au sevrage. De plus le nombre de fumeurs a diminué pendant cette période pour atteindre 26,9% de fumeurs en France. La Région Normande a particulièrement bénéficié du PNRT puisque c'est une des régions ayant enregistré une baisse significative de la prévalence du tabac depuis 2014 (4, 12, 16).

Suite aux résultats encourageants du PNRT, un second programme a été mis en place : le programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT). Certaines de ses actions sont la continuité directe du PNRT comme le paquet de cigarettes à 10 euros et la meilleure prise en charge des substituts nicotiques. D'autres sont propres au PNLT et se concentrent sur les professionnels de santé, leur formation et leur implication dans la lutte contre le tabagisme. L'objectif final de ces deux programmes nationaux est de faire des enfants nés en 2014 la première « génération sans tabac » (génération avec moins de 5% de fumeurs) (14, 18).

b) La composition de la fumée de tabac

Les cigarettes industrielles manufacturées contiennent plus de 2000 substances chimiques, mais après la combustion c'est près de 4000 substances qui composent la fumée inhalée par le fumeur. Les principaux composants sont la nicotine (responsable de la dépendance), près de 50 substances cancérigènes connues (les hydrocarbures, les goudrons, le polonium 210), de l'arsenic, des métaux lourds (plomb, chrome, mercure), des irritants et des additifs multiples et divers (19, 20).

Une mauvaise combustion du tabac libère des quantités plus importantes de polluants que la combustion d'une cigarette industrielle manufacturée. C'est le cas des

cigarettes roulées (avec libération de trois à quatre fois plus de polluants) et surtout de la Chicha qui est celui qui libère le plus de polluants inhalés par ses utilisateurs (21).

c) Les différentes formes de tabagisme (21 – 23)

L'industrie du tabac, pour séduire le maximum de consommateurs a développé de nombreux produits dont les principaux sont décrits ci-dessous.

→ **Les cigarettes industrielles manufacturées** : Inventées il y a plus de 150 ans, c'est le mode de consommation du tabac le plus répandu au monde.

→ **Le tabac à rouler** : Par son prix moins élevé que les cigarettes industrielles manufacturées, sa consommation augmente surtout auprès des jeunes. Malheureusement il libère beaucoup de toxiques pendant sa combustion.

→ **La pipe et le cigare** : Leur utilisation est plus rare. Avec une fumée plus alcaline que les cigarettes, l'absorption de nicotine se fait au niveau des muqueuses buccales.

→ **La Chicha ou Narghilé** : Cette méthode consiste à inhaler de la fumée créée par la combustion d'un mélange de tabac et de mélasse après avoir traversé de l'eau. Elle est vue par ses utilisateurs comme le mode de consommation le moins toxique. C'est en fait le procédé qui libère le plus de particules fines, de cancérigènes et de monoxyde de carbone.

→ **Le tabac à mâcher** : C'est le produit du tabac le moins consommé en France. Ses risques seraient moins importants mais ont été très peu étudiés.

→ **Le SNUS** : Produit d'origine Nordique, il est interdit en France. Il consiste à mettre un sachet contenant du tabac et d'autres substances au niveau de la face interne de la joue pour avoir une absorption de la nicotine au niveau buccal.

d) La dépendance aux produits du tabac (24, 25)

La nicotine est responsable de la dépendance aux produits du tabac. Elle agit sur les neurones de l'aire tegmentale ventrale et du noyau accumbens, tous les deux impliqués dans le circuit de la récompense. Elle se fixe sur les récepteurs nicotiques cholinergiques des canaux sodiques des neurones, entraînant la dépolarisation de la membrane par entrée de sodium et de calcium dans le neurone. La stimulation de ces neurones provoque la libération de neurotransmetteurs, dont la dopamine qui active le circuit neuronal de la récompense et du plaisir. C'est l'activation de la voie de la récompense qui est à l'origine de la dépendance. D'autres neurotransmetteurs sont libérés par l'action de la nicotine et favorisent la dépendance comme le GABA, le glutamate, la sérotonine et la noradrénaline. Ces différents neurotransmetteurs diminuent la sensation de faim, l'anxiété et les troubles de l'humeur tout en stimulant le sentiment de bien-être, l'attention et les apprentissages.

Sa pharmacocinétique rend la nicotine particulièrement addictive autant par son absorption que par son délai d'action très rapide. En effet la nicotine est une substance lipophile et hydrosoluble rapidement absorbée par les muqueuses. Elle entre dans l'organisme par les muqueuses pulmonaires et donc par le système veineux pulmonaire ce qui lui permet d'atteindre le cerveau en une dizaine de secondes. La demi vie courte de la nicotine (deux heures) oblige ses utilisateurs à fumer de manière régulière pour maintenir une nicotémie suffisante. Ainsi, au cours de la journée, la nicotémie est maintenue mais elle décroît rapidement au cours de la nuit, obligeant le consommateur à fumer dès le matin. La consommation de tabac nécessite une consommation régulière qui suit un rythme nyctéméral. Ce mode de consommation qui se répète quotidiennement fait que la dépendance qui s'installe est très stable et donc très forte.

Par sa pharmacocinétique particulière et son action sur le circuit de la récompense, la nicotine est la substance la plus addictive. En effet 32% des

consommateurs de tabac sont dépendants contre 23% pour l'héroïne, 17% pour la cocaïne et 15% pour l'alcool.

e) Le risque du tabagisme

➤ Les pathologies cancéreuses

Le tabac, par les nombreuses substances cancérigènes contenues dans sa fumée, est le plus grand facteur de risque de cancer connu. Il est responsable de près de 30% des cancers toutes localisations confondues (19) et représente 24% des décès attribuables aux cancers (26).

Le cancer pulmonaire est le principal cancer secondaire au tabagisme (90% des cancers du poumon). Il en existe deux types majoritaires en fonction du type de tabac consommé : les épidermoïdes proximaux (tabac brun) et les adénocarcinomes distaux (tabac blond) (27). Hormis les cancers pulmonaires, il existe d'autres localisations. Certaines sont dues au contact direct avec la fumée : les cancers des voies aérodigestives supérieures. Les autres sont secondaires aux cancérigènes ayant pénétré dans la circulation systémique avec des localisations très variées : la vessie, les reins, l'urètre, le foie (forme primaire), le pancréas, le colon, le rectum, la prostate et l'utérus (28).

➤ Les pathologies pulmonaires

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est dans 90% des cas la conséquence du tabagisme. Celle-ci est responsable, au bout d'une dizaine d'années de l'apparition d'une dyspnée initialement d'effort puis de repos allant jusqu'au handicap respiratoire (27).

Bien que non responsable, le tabagisme a une influence sur l'asthme en rendant les crises plus intenses et plus fréquentes. Il existe aussi une diminution des défenses

immunitaires pulmonaires secondaire à l'exposition aux polluants contenus dans la fumée, responsable d'infections pulmonaires plus fréquentes (28).

➤ **Les pathologies cardio-vasculaires**

Le tabac est un facteur de risque majeur pour les pathologies cardio-vasculaires. Par son action thrombogène de vasoconstriction, il est impliqué dans la majorité des pathologies athéromateuses (infarctus du myocarde, anévrisme de l'aorte, AVC, artériopathies oblitérantes des membres inférieurs). L'effet ischémique est majoré par le monoxyde de carbone présent dans la fumée (29).

➤ **Les effets sur la contraception et la grossesse**

La fertilité des fumeurs est diminuée de manière différente en fonction du sexe. Chez l'homme, la qualité et la quantité des spermatozoïdes sont atteintes et 80% des troubles de l'érection peuvent être attribués au tabac. Chez les femmes, on note des dysménorrhées avec des cycles courts et irréguliers. Le risque de grossesse extra-utérine chez les fumeuses est augmenté par les anomalies de mobilité des cils tubaires (30).

L'intoxication chronique maternelle au monoxyde de carbone est responsable d'une hypoxie tissulaire chez l'enfant à naître avec des conséquences différentes en fonction du stade de la grossesse. Au 1^{er} trimestre, cela entraîne un risque de fausse couche spontanée et de mauvaise implantation placentaire (GEU et placenta prævia). En revanche aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, l'hypoxie entraîne un retard de croissance intra-utérin même avec une faible consommation de tabac (perte d'environ 250g (31)) avec des risques prénataux associés (mort subite, prématurité, mort fœtale in utero) (30).

➤ **Les autres pathologies**

Le tabagisme est connu comme facteur de risque de nombreuses autres pathologies comme les ulcères digestifs, la dégénérescence maculaire, la cataracte ou les maladies parodontales (27). Il aggrave aussi d'autres maladies chroniques : la fibrose de l'hépatite C, le lupus, la maladie de Crohn et les néphropathies chroniques (26).

➤ **Le tabagisme passif**

Le tabagisme passif est maintenant reconnu comme polluant domestique depuis plusieurs décennies. Ce type de pollution entraîne les mêmes risques que le tabagisme actif. Il existe cependant quelques spécificités concernant les enfants : une augmentation des infections ORL et bronchiques ainsi qu'un risque plus important de mort subite chez les plus jeunes (22).

II. Le tabagisme en médecine générale

a) Le cycle de Prochaska et Di Clemente (1, 32)

Il existe différents stades par lesquels passent les fumeurs pour arriver à l'abstinence tabagique. Le cycle de Prochaska et Di Clemente illustre parfaitement ces différents changements de comportement du fumeur vis-à-vis de leur tabagisme.

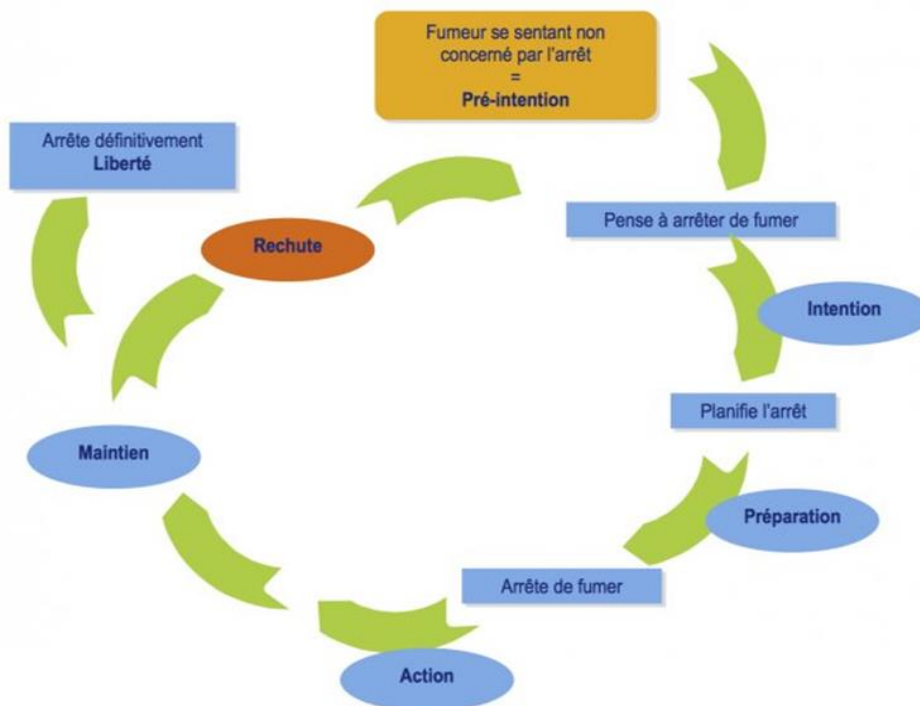


Illustration 1 : le cycle de Prochaska et Di Clemente (1)

La prise en charge proposée au patient sera adaptée au stade auquel ce dernier se situe dans sa démarche.

→ **Stade pré-intentionnel** : L'utilisation du conseil minimal à chaque consultation du patient au cabinet pour le faire réfléchir à sa consommation et à la possibilité d'un

Le conseil minimal :

C'est un moyen simple et facile d'aborder le tabagisme des patients pendant la consultation. Il est recommandé de le faire lors de chaque consultation

Il se compose de deux questions courtes :

- « Est-ce que vous fumez ? »
- et si oui « Envisagez-vous d'arrêter »

sevrage.

→ **Stade d'intention** : L'utilisation du conseil minimal accompagné de plus d'information et éventuellement de documentation sur le sevrage.

→ **Stade de préparation** : Réalisation d'une consultation consacrée uniquement au sevrage du tabac et mise en place avec le patient d'une stratégie thérapeutique.

→ **Stade d'action** : Utilisation des moyens de sevrage.

b) La place du médecin généraliste dans la lutte contre le tabagisme

Les médecins généralistes ont une place particulière dans la santé des patients. Ce sont eux qui suivent en globalité les patients et coordonnent leur parcours de soin. Les médecins généralistes connaissent bien tout ce qui touche à santé de leurs patients mais aussi leur environnement familial, professionnel et socio-économique. Du fait de cette proximité, les médecins généralistes ont acquis la confiance de leurs patients et ont une grande influence sur la santé de ces derniers. Les médecins généralistes, par leur fonction de coordinateur de soins, sont les praticiens ayant le plus de contacts avec les patients. Ils sont d'ailleurs, pour certains de leurs patients le seul lien avec le monde médical (33, 34).

C'est cette position et ce rôle si particulier du médecin généraliste qui en fait le professionnel de santé le plus important dans la lutte contre le tabagisme. Les recommandations de l'HAS de 2014 confirment l'importance des médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme (1). En effet ces dernières, bien que concernant tous les professionnels de santé au contact des patients, étaient surtout destinées aux médecins généralistes.

c) Les outils disponibles en médecine générale

➤ L'évaluation de la dépendance

Le test de Fagerström est un test évaluant la dépendance physique à la nicotine. Il se compose habituellement de six questions simples (annexe 1). Il existe aussi une variante simplifiée en deux questions (annexe 2). Son utilisation permet d'adapter le sevrage en fonction du niveau de dépendance du patient fumeur (1). Cependant ce test présente une limite : il manque de validité pour l'évaluation de la dépendance physique chez les fumeurs peu dépendants. Néanmoins sa facilité d'utilisation et de mémorisation permet de l'intégrer facilement à l'anamnèse (35), c'est pour cela qu'il est

recommandé par l'HAS pour l'évaluation de la dépendance tabagique en médecine générale (1).

Il existe d'autres échelles évaluant différents paramètres. Le CDS (Cigarette Dependence Scale) permet une meilleure évaluation de la dépendance tabagique car il évalue tous les items de la dépendance définis par les DSM-IV mais son utilisation est trop complexe pour être mise en place en médecine générale. D'autres échelles moins courantes portant sur les envies de fumer (Questionnaire of Smoking Urgent et le Questionnaire de Manque de Tabac) ou sur les raisons de fumer des patients (Wisconsin Inventory of Smoking Motives) sont plus simples d'utilisation (35, 36).

➤ **La recherche des comorbidités**

- Le syndrome anxiodépressif

Les fumeurs présentant un syndrome anxieux et/ou dépressif ont moins de chance de réussir leur sevrage tabagique. Il existe plusieurs raisons à cette diminution de chance : une dépendance accrue au tabac, un syndrome de sevrage intense et la décompensation de leurs troubles anxiodépressifs à l'arrêt du tabac (1).

Il existe trois échelles conseillées par l'HAS pour dépister ce syndrome anxiodépressif (1, 37) :

➔ **Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)** : questionnaire simple composé de quatorze questions (sept évaluant l'anxiété et sept la dépression).

➔ **Inventaire d'Anxiété de Beck (BAI)** : échelle composée d'une liste de vingt et un items reprenant les symptômes de l'anxiété du DSM-IV.

➔ **Inventaire de la dépression de Beck (BDI)** : échelle permettant de repérer la dépression. Tout comme le BAI, elle se compose de vingt et un items basés sur le DSM-IV.

En tabacologie c'est l'HAD qui est le plus utilisé grâce à sa facilité d'application pendant une consultation. C'est pour cette raison que l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes) l'a intégré au dossier de consultation de tabacologie qu'elle fournit aux médecins (1).

- Les co-addictions

Les fumeurs ayant d'autres addictions présentent plus de difficultés pendant leur sevrage et risquent d'augmenter la consommation d'autres substances addictives (38). Dans ce contexte l'HAS recommande de rechercher toutes les addictions que peut présenter le patient (stupéfiants ou comportementales) (1).

Les deux addictions les plus souvent associées au tabagisme sont l'alcoolisme et le cannabisme. L'HAS préconise l'utilisation de tests pour les rechercher spécifiquement (1) :

→ **Le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool)** : basé sur le test anglophone CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener), évalue l'addiction à l'alcool. C'est un questionnaire composé de quatre questions, facilement incorporable à l'anamnèse dans une consultation de médecine générale.

→ **Le CAST (Cannabis Abuse Screening Test)** permet d'évaluer le cannabisme des patients.

➤ **La motivation au sevrage**

Le Q-MAT (Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac) des docteurs LAGRUE et LEGERON (annexe 3) évalue la motivation des fumeurs pour l'arrêt de leur consommation tabagique. Il repose sur quatre questions qui explorent différentes facettes de la motivation et la classe en trois catégories (motivation insuffisante, moyenne et bonne) (39). Il peut être utilisé comme auto-questionnaire pour guider les

patients dans leur démarche ou dans le cadre des consultations de tabacologie pour adapter la prise en charge du patient (19).

La motivation peut aussi être évaluée par une échelle analogique, utilisable sur le même modèle que celle pour l'évaluation de la douleur. Pour cela, le patient doit répondre à une question (« A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? ») en graduant sa réponse sur une échelle de 0 à 10 (0 : pas du tout motivé et 10 : extrêmement motivé). Cependant cette méthode est plus subjective que le Q-MAT (34).

Connaître la motivation des patients permet d'adapter la prise en charge au niveau de motivation du patient et de le placer au sein du cycle de Prochaska et Di Clemente (19).

➤ **Le repérage précoce et intervention brève**

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) peuvent être utilisés par tous les professionnels de santé de premier recours (médecin, infirmier, pharmacien, sage-femme, dentiste). Le RPIB a fait ses preuves dans la prise en charge de l'alcoolisme puisque son utilisation a permis de diminuer la mortalité des patients dépendants à l'alcool. C'est pour cela que l'HAS recommande l'utilisation du RPIB dans la prise en charge des autres addictions, dont celle aux produits du tabac depuis novembre 2014 (40).

Le RPIB se compose de deux parties. La première est le repérage précoce qui prend une à deux minutes. Le praticien recherche la présence d'une consommation de produits du tabac et évalue le niveau de dépendance avec le test de Fagerström. La seconde partie est l'intervention brève qui ne doit pas dépasser 5 minutes. Le praticien explique au patient sa dépendance, l'impact de sa consommation sur sa santé, les méthodes utilisables pour arrêter ou limiter sa consommation et propose au patient des

objectifs de sevrage. À la suite de cela le médecin laisse le patient faire son choix et lui donne la possibilité de réévaluer sa consommation lors d'une rencontre ultérieure. Le praticien remet à tous les patients dépendants aux produits du tabac un livre d'explication, même si ces derniers n'envisagent pas le sevrage au moment de la consultation (41).

Le RPIB est facile d'utilisation dans la pratique des médecins généralistes. Mais il nécessite une formation spécialisée, d'une journée, pour être correctement utilisé par les praticiens (40, 41).

➤ **Les marqueurs biologiques en tabacologie (42 – 44)**

Il existe de nombreux marqueurs biologiques dont deux sont plus couramment utilisés en tabacologie :

➔ **La cotinine** : principale métabolite de la nicotine. Son taux se dose dans le sang, la salive mais le plus souvent dans l'urine. Son dosage permet de mesurer un degré de dépendance à la nicotine de manière objective. Cette mesure est utilisée en consultation de spécialité et n'est remboursée que dans certaines circonstances.

➔ **Le CO expiré** : son dosage peut être réalisé au cabinet de médecine de ville. En effet l'appareil de mesure est peu coûteux (entre 250 et 300 euros), facile d'utilisation et le dosage se fait en une minute. Le CO expiré permet d'évaluer l'exposition au tabagisme passif et la consommation tabagique au cours des dernières heures.

d) La prise en charge du sevrage tabagique

Le suivi de tous les patients souhaitant entrer dans une démarche de sevrage au tabac, quel que soit le moyen employé, doit être mis en place par le médecin généraliste de manière systématique. Ce suivi doit être régulier, avec une consultation

dans la première semaine suivant le début du sevrage puis adaptée à la prise en charge du patient, et peut être prolongé sur au moins une année (45).

➤ **La prise en charge médicamenteuse**

○ Les substituts nicotiques (1)

➔ **Le patch** : Formes à absorption transdermique lente et continue. Il est facile d'utilisation. Il est possible d'associer plusieurs patchs pour obtenir la dose de nicotine efficace.

➔ **Les gommes** : Premiers substituts commercialisés en France. Ils utilisent la voie d'absorption buccale à action rapide.

➔ **Les comprimés à sucer** : Même voie d'absorption rapide que les gommes

➔ **L'inhaleur** : Ce dispositif permet au patient d'adapter sa consommation de nicotine en fonction de ses besoins par variation de l'intensité et de la fréquence de ses inhalations. Il passe par une voie d'absorption buccale.

➔ **Le spray buccal** : Même voie d'absorption que les gommes et les comprimés à sucer.

Les substituts nicotiques sont à utiliser en première intention car ils présentent une bonne efficacité avec peu d'effets secondaires. Ils n'ont pas de contre-indications particulières et peuvent même être proposés aux femmes enceintes et aux patients coronariens.

Pour une efficacité maximale il est recommandé d'utiliser une forme cutanée à action continue avec une ou plusieurs formes orales à action courte. La posologie des substituts nicotiques doit être réévaluée après une semaine de traitement selon les

signes de sous-dosage (trouble de l'humeur, insomnie, irritabilité, envie de fumer, anxiété) ou de surdosage (nausées, palpitations, diarrhée, lipothymie) (34).

Le prix des substituts nicotiques varie en fonction des pharmacies et du type de produit, passant de 4 euros pour une boîte de douze comprimés à sucer à environ 60 euros pour une boîte de vingt-huit patchs (46). Les substituts nicotiques sont remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 65% depuis janvier 2019. Le reste à charge peut être assuré par la mutuelle des patients. Chez les patients en ALD, les substituts nicotiques sont remboursés à 100%. Pour que le remboursement soit effectif il faut que les substituts soient prescrits par un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier, chirurgien-dentiste et kinésithérapeute). De plus le remboursement ne concerne que certains types de substituts nicotiques (les pastilles, les comprimés à sucer, les gommes à mâcher et les patchs) (17).

- La VARENICLINE (Champix®)

C'est un agoniste des récepteurs nicotiques alpha 2 cérébraux. Elle aide au sevrage tabagique en diminuant la sensation de récompense et de plaisir que provoque la prise de nicotine (34). Le traitement débute une à deux semaines avant l'arrêt du tabac pour une durée de traitement de 12 semaines. La posologie doit être augmentée au bout d'une semaine et doit donc être réévaluée par le médecin (47).

Son utilisation était étroitement surveillée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour certains effets secondaires qu'on lui attribuait (état dépressif majeur et la majoration du risque suicidaire) (1). Cependant l'étude EAGLES a démontré que l'utilisation de la Varénicline n'augmentait pas le risque de pathologies neuropsychiatriques, y compris chez les patients aux antécédents psychiatriques et que son efficacité dans le sevrage tabagique était supérieure au patch nicotinique seul et au Bupropion (48). L'HAS a donc révisé en novembre 2016 son avis

sur l'utilisation de la Varénicline. Ce traitement est maintenant à utiliser en seconde intention dans la prise en charge du sevrage tabagique. Il est, de ce fait, entièrement pris en charge pour tous les patients ayant un score supérieur ou égale à 7 au test de Fagerström (47). Il est remboursé à 65% par l'assurance maladie depuis mai 2017. Le reste à charge est remboursé par la mutuelle des patients. Ce remboursement est de 100% en cas d'ALD (49).

- Le BUPROPION (Zybam®)

Cet inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du système nerveux central était utilisé pour le sevrage tabagique.

Cependant il provoque de nombreux effets secondaires potentiellement graves : neurologiques (convulsions, céphalées, vertige, confusion), cardiologiques (bouffée vaso-motrice, syncope, douleur thoracique, hypertension artérielle), digestifs (anorexie, nausées, vomissements) et réactions allergiques (50). Le Bupropion est suspecté d'être à l'origine de 6 décès dont 2 pour lesquels le lien avec le Bupropion ne peut être exclu (51). Le Bupropion est, depuis le 12 avril 2012, soumis à une restriction de prescription par l'ANSM (52).

➤ **Les traitements non médicamenteux**

- L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une approche psychologique jouant sur les motivations des patients pour modifier leurs comportements (45). Dans le cas du tabagisme, il existe de nombreux motifs évoqués par les patients ayant motivé leur arrêt du tabac : les risques pour la santé (cause la plus fréquente), le tabagisme passif pour l'entourage, le coût des produits du tabac, la grossesse et une naissance (plus fréquente chez les femmes) mais aussi la baisse des performances sportives, les campagnes de lutte contre le tabac et les conséquences esthétiques (53, 54). L'objectif

est de modifier les comportements du patient concernant le tabagisme. Il repose sur l'empathie du praticien qui prend en charge le patient, l'évaluation et le renforcement de la motivation (par valorisation des réussites sans se focaliser sur les possibles échecs et en rappelant au patient ses motifs d'arrêt du tabac.) et le renforcement du sentiment de réussite du patient (45, 55).

L'entretien motivationnel nécessite une coopération entre le médecin et son patient. C'est pour cette raison, du fait de sa proximité et des liens déjà établis, que cette pratique est intéressante en médecine générale (34). Il est facile à mettre en place puisqu'il ne nécessite que des consultations régulières d'environ vingt minutes dédiées au sevrage et à son suivi. Il est important d'avoir un suivi du patient car la motivation évolue de manière fluctuante dans le temps et nécessite une réévaluation à chaque consultation (50).

- Les thérapies cognitives et comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) étaient initialement utilisées pour traiter les phobies mais aussi les troubles anxiodépressifs. Actuellement l'HAS recommande leur utilisation dans la prise en charge des addictions et donc du tabagisme (45). En effet une prise en charge associant un traitement pharmaceutique (notamment les substituts nicotiques) et les TCC multiplie par deux les chances de réussite du sevrage à six mois d'abstention tabagique (55, 56).

Les TCC fonctionnent selon la « règle des 4R » : Recontextualiser, Reformuler, Résumer et Renforcer. Il existe de nombreuses techniques de TCC : la balance décisionnelle, l'histoire de vie avec évolution à court et long terme, la lettre de rupture au tabac (45). Ces approches psychologiques ont pour but de changer les représentations et les comportements du fumeur vis-à-vis du tabac et de sa

consommation personnelle. Elles aident à trouver des alternatives aux situations propices à fumer, variables pour chaque fumeur (7).

Tout comme l'entretien motivationnel, les TCC nécessitent une collaboration entre le médecin et son patient mais elles nécessitent des consultations plus longues (en moyenne 45 minutes) et une formation à leur pratique (45).

- Les traitements non conventionnels

L'utilisation de ces traitements dit « non conventionnels » n'est pas à proprement parler recommandée par l'HAS, elle n'est pas non plus déconseillée du fait de l'absence d'effets secondaires. En effet, chez les patients souhaitant les utiliser pour leur sevrage, l'effet placebo de ces techniques permet d'augmenter les chances de réussite du sevrage tabagique en association avec les thérapeutiques conventionnelles (1).

➔ **L'hypnose** : Cette technique issue de la psychothérapie a été introduite par le docteur CHARCOT pour le traitement de l'hystérie. Elle est depuis utilisée dans le traitement de nombreuses pathologies où son efficacité a été démontrée (le stress post-traumatique, les effets secondaires des chimiothérapies, les douleurs liées aux gestes invasifs chez les enfants) (57).

➔ **L'acupuncture** : Cette pratique millénaire issue de la médecine traditionnelle chinoise s'appuie sur l'utilisation du Qi (prononcé « tchi ») (57). Elle fut employée au cours des siècles derniers pour diminuer le syndrome de sevrage des fumeurs d'opium. Son utilisation aurait un bénéfice dans certaines pathologies (cervicalgie et lombalgie chroniques, migraines) (50). Cependant son intérêt dans le sevrage tabagique n'est pas scientifiquement prouvé (1).

➔ **L'activité sportive** : Elle est recommandée pour tout le monde et en particulier chez les fumeurs et les patients souhaitant arrêter le tabac. Une étude du docteur

UNDERNER et son équipe montre que l'activité sportive diminuerait les symptômes du sevrage tabagique et permettrait un meilleur contrôle du craving (pulsion d'envie de fumer) (58).

e) Le vaporisateur personnel

Initialement nommé « cigarette électronique », le premier vaporisateur personnel a été inventé par un pharmacien chinois dans les années 2000. Les premiers vaporisateurs ne permettaient pas d'avoir une nicotémie suffisante pour éviter l'apparition d'un syndrome de manque (taux sanguin de 4ng/ml contre 10-20 ng/ml avec le tabac). En 2011, avec les avancées technologiques, les dernières générations de vaporisateurs personnels permettent d'obtenir une nicotémie égale à celle induite par la fumée du tabac (59).

Son fonctionnement repose sur un clearomiseur, alimenté par une batterie, qui chauffe un liquide permettant l'obtention d'une « vapeur ». Cette dernière est inhalée par les utilisateurs, et tout comme la fumée du tabac, provoque initialement un apport rapide de nicotine dans le sang par son absorption au niveau de la gorge. Elle est cependant absorbée par les alvéoles pulmonaires. Le liquide du vaporisateur personnel est composé de propylène glycol, de glycérine, d'arôme, de nicotine (avec des taux variables), d'eau et parfois d'additif et d'alcool (60, 61).

A ce jour le statut des vaporisateurs personnels est assez flou. Ils ne sont pas considérés comme des médicaments ou des dispositifs médicaux ni comme des produits du tabac (1) même s'ils tombent sous le coup de la loi Evin qui interdit leur publicité (61). Ils sont seulement considérés comme des produits de consommation. C'est paradoxalement ce statut qui est à l'origine de leur expansion rapide sur le marché français (59).

Les e-liquides utilisées dans les vaporisateurs personnels sont constitués de composants chimiques potentiellement toxiques. Des effets indésirables ont d'ailleurs été retrouvés dans de récentes études. Les utilisateurs des vaporisateurs personnels peuvent souffrir d'irritation buccale ou pharyngée avec une toux sèche. Il existe aussi une diminution de la capacité pulmonaire chez ses utilisateurs, cependant moins importante que celle induite par le tabagisme. Une inhalation de vapeurs trop concentrées peut entraîner des effets neurologiques allant des vertiges aux céphalées en passant par des nausées. Cependant, du fait de sa création récente, nous n'avons pas assez de recul sur l'utilisation des vaporisateurs personnels et sur ses potentiels effets indésirables à long terme (62 – 64).

Des études ont montré que les vaporisateurs personnels avec nicotine permettaient à ses utilisateurs de diminuer de presque 50% leur consommation de tabac. Certaines études n'ont pas prouvé d'efficacité des vaporisateurs personnels pour le sevrage tabagique (59, 66). Une étude récente de février 2019 du New England trouvait au contraire une supériorité des vaporisateurs personnels sur les substituts nicotiques pour le sevrage tabagique mais seulement lorsque les deux sont associés à un suivi intensif des patients au début du sevrage (67).

Dans ce contexte où les études divergent sur l'efficacité réelle des vaporisateurs personnels et l'absence de données sur les risques à long terme, l'HAS ne recommande pas leur utilisation dans le sevrage tabagique mais demande de ne pas décourager les patients qui les utilisent déjà pour leur sevrage (1).

f) La formation des internes de médecine générale

La tabacologie a rejoint officiellement le programme des études de médecine en 1998. En 2004, l'examen classant national (ECN) est mis en place. Il clôturait le second cycle des études de médecine. Le programme de l'ECN était divisé en 345 items (68). La tabacologie faisait partie de l'item 45 (addiction et conduites dopantes) qui regroupait

toutes les pathologies addictives. La réforme du deuxième cycle des études de médecine s'est achevée en 2016 avec le remplacement de l'ECN par l'examen classant national informatisé (ECNi). En amont de ce changement, les programmes du deuxième cycle ont aussi été révisés. Le programme actuel comporte 362 items répartis en 11 unités d'enseignement (UE). La tabacologie devient alors un item indépendant des autres pathologies addictives : l'item 73 (addiction au tabac) (69, 70).

L'item « addiction au tabac » fait partie intégrante de l'UE 3 (Maturation – Vulnérabilité – Santé mentale – Conduites addictives) qui regroupe la psychiatrie, l'addictologie et les troubles du développement de l'enfant. Les objectifs de ce chapitre sont centrés autour de trois grands axes :

- Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac
- Indication et principe du sevrage thérapeutique
- Argumenter l'attitude et planifier le suivi du patient

Le programme de l'item 73 se concentre essentiellement sur les pathologies secondaires à l'usage du tabac et à l'évaluation de l'addiction aux produits du tabac. Le sevrage tabagique ne compose qu'une partie du chapitre et seuls les TCC et les substituts nicotiques sont réellement abordés dans cet item. La Varénicline et le Bupropion sont présentés brièvement au sein d'une même sous-partie sans réelle mise en valeur de l'efficacité de la Varénicline ou de la restriction de prescription du Bupropion. Le suivi du sevrage tabagique est décrit sur quelques lignes qui énoncent l'importance du suivi et la durée minimale de ce dernier (70, 71).

Dans la faculté de médecine de Caen, l'enseignement de l'UE 3 est réalisé au cours de la deuxième année du diplôme de formation approfondie en science médicale (DFASM 2). Cette UE comporte 60 heures de cours magistraux normalement

obligatoires pour tous les étudiants. La tabacologie s'effectue sur une section de cours de 2 heures réalisée par un addictologue du CHU de Caen.

La plus grande partie de la formation des internes, en dehors des stages cliniques, se fait en autoformation par le portfolio. Ce dernier permet d'évaluer les internes sur leurs acquis. Les internes choisissent les thèmes étudiés en fonction des difficultés qu'ils ont pu rencontrer au cours de leurs stages (72).

Pour se former en tabacologie les internes peuvent réaliser des formations complémentaires et facultatives. Certaines sont gratuites comme les formations spécialisées transversales (FST) dispensées par les différentes UFR de médecine de France. Les FST ont été mises en place avec la réforme de l'internat en 2016. Les internes de médecine générale peuvent avoir accès à différentes FST dont une sur l'addictologie. Bien que gratuites, les FST nécessitent une année d'internat supplémentaire et le nombre de place est limité (73).

D'autres formations existent comme les diplômes universitaires (DU), qui sont historiquement les premières formations en tabacologie à destination des soignants. Le premier des DU de tabacologie a été mis en place à Paris VII par le Professeur MOLLIMARD avec l'aide du Professeur LAGRUE en 1986 puis, au fil des années, de nombreuses UFR parisiennes et de provinces ont mis en place leur propre DU d'addictologie ou de tabacologie. Actuellement la formation en tabacologie est homogène en France (68, 74). L'UFR de médecine de Caen dispose elle aussi d'un DU permettant d'acquérir des compétences en tabacologie : le DU d'addictologie. Cependant, contrairement à la FST d'addictologie, les DU sont des formations payantes. Le coût de l'inscription au DU d'addictologie de l'UFR de médecine de Caen s'élevait à un montant d'environ 800 euros en formation initiale et plus de 4 500 euros

en formation continue, coût auquel s'ajoutent des frais d'inscription à l'université en 2017 (75).

III. Le tabagisme des médecins

a) Les médecins généralistes et le tabagisme

En 2010 la population des généralistes français comptait 18% de fumeurs et 34% d'anciens fumeurs (5). Ils ont donc un tabagisme inférieur à celui la population générale (29% de fumeurs) (1).

De nombreuses études ont cherché à voir s'il existe des disparités de prise en charge des fumeurs en fonction du statut tabagique du soignant. Les médecins généralistes français pensent que leur crédibilité est influencée par leur statut de fumeur (76). Cependant, ils ont l'impression que cela ne modifie par leur prise en charge du sevrage tabagique (77). Pour les praticiens des autres pays d'Europe c'est le contraire (78).

Les études prouvent que certains des aspects de la prise en charge tabagique sont modifiés par le statut tabagique des médecins. Trois études ont mis en évidence une recherche du statut tabagique des patients et une utilisation du conseil minimal moindre chez les médecins fumeurs (76, 77, 79). Les médecins fumeurs semblent même douter de la réelle efficacité du conseil minimal (76). L'utilisation du test de Fagerström est, au contraire, plus importante chez les généraliste fumeurs (79). La prise en charge thérapeutique du sevrage n'est pas influencée par le statut tabagique du médecin. Les connaissances sur le tabagisme et son sevrage sont lacunaires et cela indépendamment du statut tabagique des soignants. En effet le conseil minimal n'est connu que de la moitié des médecins et le test de Fagerström par 77% d'entre eux (79). Concernant les substituts nicotiniques, 95% des praticiens les utilisent en première intention pour le sevrage tabagique (76, 80). Mais les contre-indications à ces produits

ne sont pas bien connues puisque 60% ne les prescrivent pas aux femmes enceintes et presque 50% aux patients coronariens (76), alors que l'abstinence tabagique chez ces populations est considérée comme un enjeu majeur en santé publique (1). L'utilisation du Bupropion et des TCC est également peu maîtrisée par les médecins. Le Bupropion, traitement de dernière intention, est prescrit par la moitié des médecins généralistes (de 32 à 58,6%) alors que les TCC, recommandées en première intention, sont utilisées par moins d'un quart des praticiens (19,5% à 23%) (76, 77).

Du fait de l'arrivée récente des vaporisateurs personnels sur le marché, les connaissances les concernant sont faibles chez les médecins. Cependant, ils sont demandeurs d'information de la part des hautes instances de santé publique et sont nombreux à l'avoir intégré dans leur prise en charge du tabagisme (80).

b) Les internes en médecine et le tabagisme

Le taux de fumeurs chez les internes en médecine est supérieur à celui de leurs aînés : 28,8% sont fumeurs (dont 17,2% de fumeurs quotidiens et 11,6% de fumeurs occasionnels) et 7,9% sont d'anciens fumeurs (81).

De même que pour l'ensemble de la population, l'initiation au tabac se fait le plus souvent au collège avec une moyenne d'âge de 15 ans et l'installation de la consommation au lycée ou au début des études universitaires (82).

Chez les internes, il existe des facteurs particuliers influençant leur consommation tabagique. Il y a majoration en cas de charge de travail importante, de pression des seniors, de stress, de la facilité des pauses grâce au tabac (« les pauses clopes »). D'autres facteurs limitent la prise de tabac : le stage chez le praticien, la difficulté pour fumer (locaux non adaptés, peu de pauses, patients présents dans les lieux « fumeur »). Mais les pathologies et décès secondaires au tabac rencontrés lors des stages n'ont pas d'influence sur le tabagisme de l'interne (82).

Tout comme pour leurs aînés, il existe des disparités dans la prise en charge des fumeurs en fonction du statut tabagique de l'interne. Paradoxalement, il y a une moins bonne utilisation du conseil minimal chez les non-fumeurs (83). Ces différences semblent être liées à un manque de connaissances, il semblerait que les internes non-fumeurs aient plus de lacunes en tabacologie (82). Mais tous les internes présentent un manque de connaissances des outils d'évaluation de la dépendance et de la motivation au sevrage (83). Les internes ont conscience de leurs lacunes puisque la majorité dit être peu à l'aise avec les substituts nicotiques et est demandeuse de formations complémentaires (81).

L'étude de KYUNG DO et BAUTISTA conclut également que le statut tabagique des internes est un frein à la bonne prise en charge du tabagisme, avec un avis moins favorable pour les différentes mesures de lutte contre le tabac, et ce au niveau mondial (84).

Notre problématique

Le tabac est actuellement la première cause de décès évitable en France. En effet la consommation de tabac est responsable d'un décès sur huit. Malgré toutes les connaissances à notre disposition sur les risques encourus par sa consommation, de nombreuses personnes continuent de fumer et cela même parmi les médecins qui connaissent mieux les risques de sa consommation.

Nous l'avons vu le statut tabagique des médecins généralistes, même s'ils n'en ont pas tous conscience, influence leur prise en charge du tabagisme. Les praticiens fumeurs recherchent moins le statut tabagique de leurs patients et ont une utilisation plus faible du conseil minimal, doutant de son efficacité. Les plus anciens n'ont d'ailleurs pas eu dans leur cursus d'enseignement dédié au tabagisme. C'est pourquoi aujourd'hui ils connaissent mal l'utilisation des différents traitements pour le sevrage et des outils mesurant la dépendance ou la motivation au sevrage.

Nous pouvons supposer que le statut des internes de médecine générale, tout comme celui de leurs aînés, a une influence sur la prise en charge des fumeurs. Cependant il y a peu d'études réalisées spécifiquement sur les internes de cette spécialité nous permettant de l'attester.

Nous pouvons ainsi nous demander si : **le statut tabagique des internes de médecine générale de l'ancienne Basse-Normandie modifie-t-il leur prise en charge des patients fumeurs et leur pratique du sevrage tabagique ?**

Nos objectifs

I. L'objectif principal

- Evaluer l'influence du statut tabagique des internes de médecine générale sur la prise en charge des patients fumeurs.

II. Les objectifs secondaires

- Décrire la population des internes sur certains critères : leur statut tabagique, leur prise en charge du sevrage tabagique et leur formation en tabacologie.
- Evaluer l'influence du statut tabagique sur le sentiment de légitimité des internes dans la prise en charge tabagique.
- Evaluer l'influence d'une formation en tabacologie des internes sur la prise en charge du tabagisme

Méthodologie

I. Généralités

Notre étude est descriptive, transversale et exhaustive

II. Population

a) Description de notre population

Notre population d'étude se compose des internes de médecine générale de l'UFR de médecine de Caen lors du semestre d'été 2018. Durant cette période il y avait 270 internes de médecine générale avec la répartition suivante :

- 70 internes en première année d'internat (37 femmes et 33 hommes)
- 91 internes en deuxième année d'internat (45 femmes et 46 hommes)
- 109 internes en troisième année d'internat (56 femmes et 53 hommes)

b) Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les internes de médecine générale étaient inclus dans notre étude, y compris ceux ayant pris une disponibilité, en stage hors filière, en congé maternité ou en arrêt-maladie. Les internes devaient dépendre de l'UFR de médecine de Caen pendant le semestre d'été 2018 soit de mai à octobre 2018.

Comme nous voulions réaliser une étude descriptive exhaustive, il n'y avait pas de critère d'exclusion pour notre étude.

c) Nombre de sujets nécessaires

Notre étude ne nécessitait pas d'avoir un nombre minimal de sujets. Cependant notre objectif était d'avoir le plus de réponses possibles de la part des 270 internes de médecine générale présents pendant le semestre d'été.

III. Les données utilisées

a) Moyen de collecte

Pour récupérer les données nécessaires pour les analyses statistiques nous avons réalisé un questionnaire à destination des internes de médecine générale. Nous avons mis en ligne ce dernier sur Lyme Survey par l'intermédiaire du compte de l'UFR de médecine de Caen.

b) Mise en ligne du questionnaire

Le lien vers le questionnaire Lime Survey a été transmis aux internes de médecine générale sur leur adresse mail étupass, par l'intermédiaire de Madame GAUTHIER, responsable informatique de l'UFR de médecine de Caen, ainsi que sur la page Facebook du groupe fermé du SIMBAN (le syndicat des internes bas-normands de médecine générale). Le lien vers le questionnaire était accompagné d'un message (annexe 4 et 5).

Notre questionnaire a été transmis aux internes le 3 octobre 2018. Un rappel avec les mêmes messages accompagnant le lien a été effectué le 15 octobre 2018. La fin de la collecte de données s'est faite le 5 novembre 2018 à 00h00 (le dernier jour du semestre d'été) avec l'inactivation du questionnaire sur Lyme Survey.

c) Le questionnaire

Pour récupérer les données nécessaires à notre étude nous avons mis au point un questionnaire de 25 questions réparties en 6 parties. L'ensemble des questions est disponible en annexe 6.

Partie 1 : Nous cherchions à connaître l'intérêt que les internes portaient à la prise en charge du tabagisme en médecine générale ainsi que leur sentiment de légitimité face à la prise en charge du tabagisme de leurs patients. Nous avons demandé aux internes ne se sentant pas totalement légitimes si une formation améliorerait cette légitimité.

Partie 2 : Nous avons questionné les internes sur les outils les plus facilement utilisables en médecine générale (le conseil minimal, le Fagerström et sa version simplifiée et le Q-MAT). Nous cherchions à connaître les connaissances, l'intérêt en médecine générale et la fréquence d'utilisation ces derniers dans les consultations de tabacologie des internes.

Partie 3 : Cette partie questionnait les internes sur leur prise en charge du sevrage tabagique. Deux questions se concentraient sur le traitement d'aide au sevrage tabagique (substituts nicotiques, Bupropion et Varénicline) avec la fréquence de prescription et les difficultés des internes. La dernière question portait sur les délais entre la première et la seconde consultation en fonction de l'aide au sevrage utilisé (les trois traitements pharmaceutiques ou aucun). Pour cette dernière question nous avons donné aux internes de nombreuses possibilités de réponse : de 1 semaine à 6 semaines, « pas de consultation » et « ne sait pas ».

Partie 4 : Nous avons questionné les internes sur leur connaissance du fonctionnement et l'intérêt pour le sevrage tabagique des vaporisateurs personnels.

Partie 5 : Nous avons recherché le statut tabagique des internes interrogés. Les internes fumeurs devaient répondre à des questions sur leur niveau et type de consommation tabagique ainsi que sur leur tentative de sevrage et moyens d'aide utilisés. Les internes anciens fumeurs, étaient questionnés sur les moyens de sevrage qu'ils avaient utilisé. Ils pouvaient indiquer un ou plusieurs moyens de sevrage utilisés. Nous avons aussi demandé aux internes leur avis sur l'influence de leur statut tabagique sur leur pratique. Nous avons demandé aux internes considérant que leur statut tabagique avait une influence sur leur pratique si une formation diminuerait cette influence.

Partie 6 : Nous avons demandé aux internes quel type de formation ils avaient reçu pendant leurs études de médecine et celles qu'ils souhaitaient recevoir. Ils avaient la possibilité de donner plusieurs réponses à ces questions.

Partie 7 : Nous avons demandé un certain nombre de données personnelles aux internes : leur semestre d'internat (nous avons classé les internes selon leur année d'internat), leur sexe et la réalisation du stage de premier niveau de médecine générale.

Pour toutes questions portant sur l'intérêt du tabagisme, des outils et des traitements et également pour celles au sujet du score d'influence du statut tabagique sur la pratique des internes et du sentiment de légitimité, nous avons utilisé une échelle numérique allant de 1 (pas d'intérêt, pas d'influence ou ne se sent pas légitime) à 5 (intérêt majeur, influence majeure ou se sent parfaitement légitime »). Seule la question sur l'intérêt des outils en tabacologie, du fait de la nécessité de connaître ces derniers pour donner son avis, possédait une option de réponse supplémentaire : « sans avis ».

d) Anonymat

Notre étude portant sur un sujet potentiellement sensible, l'addiction au tabac chez les soignants, toutes les réponses aux questions étaient anonymes et le

questionnaire ne comportait pas de question permettant d'identifier l'interne qui y répondait.

IV. Analyses statistiques

Nous avons utilisé le logiciel IBS-SPSS pour la réalisation de nos analyses statistiques. Les données que nous souhaitons analyser étant des variables qualitatives ordinales ou catégorielles, nous avons réalisé des tests de Khi d'indépendance et des tests exacts de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Nous avons mis le seuil de signification à 5%.

Les différents graphiques et tableaux de l'étude ont été réalisés avec l'aide du logiciel EXCEL 2016.

V. Autorisation et éthique

Pour la réalisation de notre étude nous avons demandé l'avis éthique du CLERS (Comité local d'éthique pour la recherche en santé). Nous avons reçu un avis positif pour la réalisation de notre étude.

Résultats

I. Statistiques descriptives

a) Nombre de réponses

Sur les 270 internes de médecine générale de l'UFR de médecine de Caen, 109 (40,3%) ont répondu totalement ou partiellement à notre questionnaire. Sur l'ensemble des questionnaires remplis, 89 étaient complets et donc exploitables. Notre échantillon contenait donc 33% (89 sur 270) de la population des internes de médecine générale de l'UFR de médecine de Caen.

b) Description de l'échantillon

➤ Les informations personnelles

Notre échantillon se composait de 65,2% de femmes (58 sur 89) et de 34,8% d'hommes (31 sur 89).

L'internat de médecine générale se compose de six semestres, soit trois années d'internat. Nos internes sont donc répartis en trois promotions en fonction de leurs années d'internat. Notre échantillon comportait 21 (23,6%) internes de première année, 25 (28,1%) en deuxième année et 43 (48,3%) internes en troisième année d'internat.

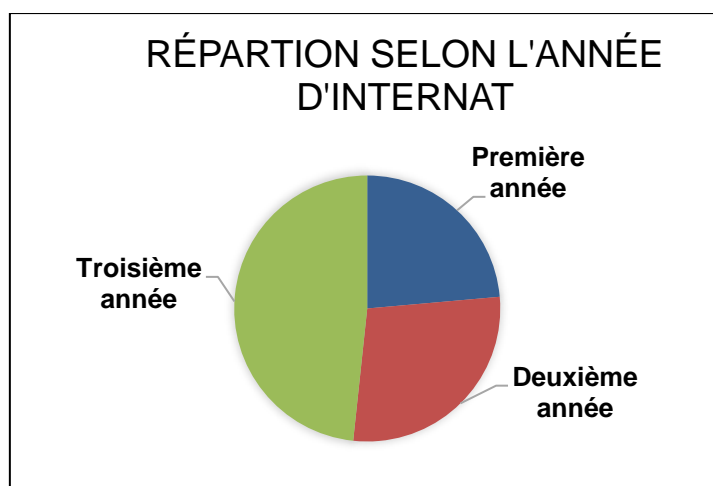


Illustration 2 : Répartition des internes selon leur année d'internat

Parmi les internes interrogés, 19 n'avaient pas effectué le stage chez le praticien de premier niveau. Ils étaient 4 à être en première année d'internat (2 en premier semestre et 2 en deuxième semestre) et 15 en troisième année d'internat (tous en dernier semestre).

➤ Le statut tabagique des internes

Notre échantillon se composait de 61 internes non-fumeurs (68,5%), 4 internes anciens fumeurs (4,5%) et 24 internes fumeurs actifs ou occasionnels (27%).

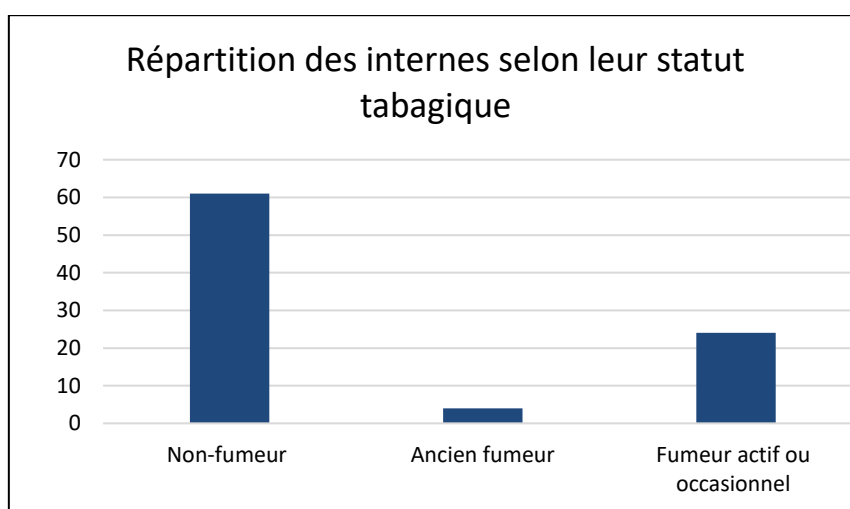


Illustration 3 : Répartition des internes selon leur statut tabagique

La consommation tabagique des internes se faisait pour 95,8 % (23 sur 24) par des cigarettes roulées, soit industrielles (79,1%) soit roulées manuellement (16,7%). Un seul interne a cité un autre mode de consommation : les cigares ou cigarillos. Les internes fumeurs avaient une consommation inférieure à 21 cigarettes par jour. Nous avons 6 internes avec une consommation de moins de 7 cigarettes par semaine, 6 avec une consommation entre 1 à 10 cigarettes par jour et 4 avec une consommation entre 11 et 20 cigarettes par jour.

Concernant les internes avec le statut d'ancien fumeur, ils avaient tous les quatre réalisé leur sevrage depuis plus de 6 mois au moment de l'étude.

➤ Le sevrage tabagique des internes

Dix-huit internes avaient tenté au moins une fois un sevrage tabagique (14 fumeurs actifs ou occasionnels et les 4 anciens fumeurs). La moitié d'entre eux avait utilisé un ou plusieurs moyens d'aide au sevrage tabagique. Six internes avaient utilisé des substituts nicotiques cutanés, 6 des substituts nicotiques oraux, 6 le vaporisateur personnel et 1 la méditation. Aucun des internes interrogés n'a utilisé le Bupropion, la Varénicline ou les TCC.

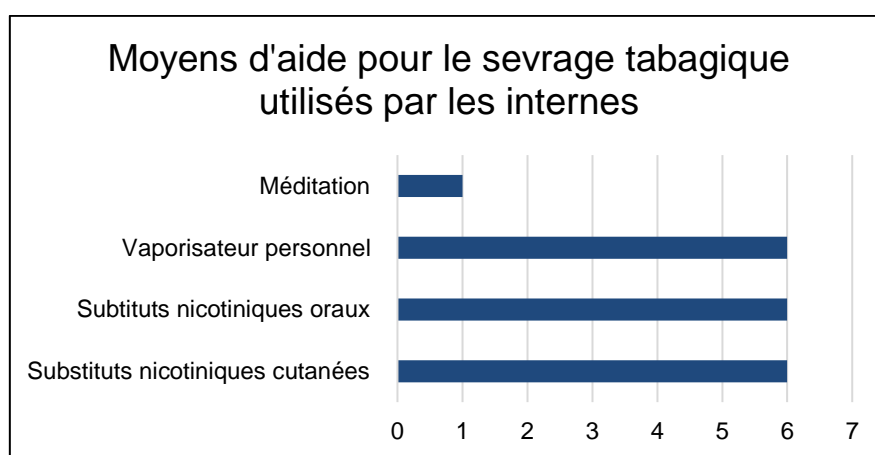


Illustration 4 : Les moyens d'aide pour le sevrage tabagique utilisés par les internes pour leur sevrage tabagique

➤ La formation en tabacologie

Quatre-vingt-neuf virgule neuf pour cent (80 sur 89) des internes déclaraient avoir eu au moins une formation en tabacologie au cours de leurs études de médecine. Parmi ces derniers, ils étaient 32 à avoir reçu plusieurs formations différentes. Les différents types de formations reçues par les internes étaient les suivantes :

- Cours pendant l'externat (72 internes)
- Cours pendant l'internat (9 internes)
- Formation pendant un stage (34 internes)
- Participation à des consultations de tabacologie (2 internes)
- Formation au cours d'un DIU (1 interne)
- Autre : formation à l'entretien motivationnel, congrès ou revue (3 internes)

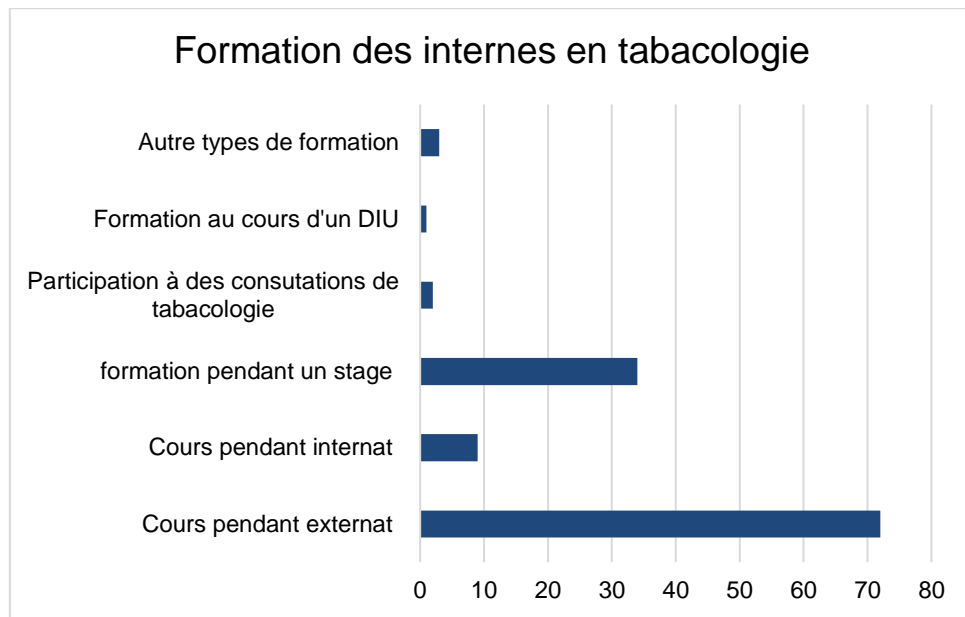


Illustration 5 : Les formations en tabacologie reçues par les internes de médecine générale

➤ **Les demandes des internes pour une formation en tabacologie**

Les internes étaient 92,1% (82 sur 89) à demander une formation en tabacologie. Deux des internes interrogés ont donné un autre moyen de formation, l'un a donné deux moyens de formation présents dans la liste présentée aux internes (ses réponses ont été ajoutées aux catégories citées) et le second a informé qu'il réalisait un DESC spécialisé (il a été intégré dans la catégorie « sans avis »).

Les envies de formation des internes se répartissaient ainsi :

- 6 internes souhaitaient des cours magistraux
- 35 internes souhaitaient des cours en petit groupe
- 20 internes souhaitaient des cours en ligne
- 21 souhaitaient avoir juste un document sur la prise en charge du tabagisme
- 4 internes ne souhaitaient pas de formation
- 4 internes n'ont pas souhaité donner leur avis en matière de formation ou réalisaient DESC

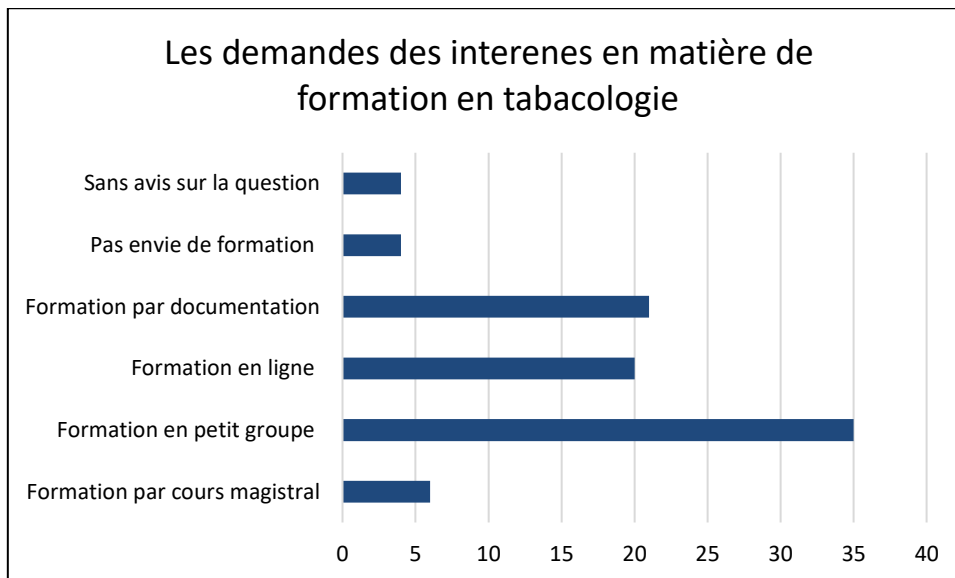


Illustration 6 : Les formations en tabacologie souhaitées par les internes de médecine générale

c) Les réponses aux questions

➤ **Intérêt de la tabacologie en médecine générale**

Dans notre échantillon, les internes considèrent que la prise en charge du sevrage tabagique est une mission importante et ayant toute sa place en médecine générale. En effet ils étaient 91% (81 sur 89) à considérer que la tabacologie avait un intérêt majeur en médecine générale (score de 5/5) et 9% un intérêt important avec un score de 4/5.

➤ **Le sentiment de légitimité des internes par rapport à leurs patients fumeurs**

Les internes se considéraient comme légitimes pour aborder avec leurs patients leur tabagisme et le sevrage tabagique. Soixante-quatre internes se considéraient parfaitement légitimes pour la prise en charge du tabagisme (Score de 5/5), 19 se sentaient très légitimes (score à 4/5) et 6 internes qui se considéraient un peu moins légitimes (score de 3/5).

Sur les 25 internes ne se considérant pas comme parfaitement légitimes, 92% (23 sur 25) ont déclaré qu'une formation en tabacologie permettrait de les rendre plus légitimes face à la prise en charge du tabagisme de leurs patients.

➤ **Les outils de tabacologie utilisés en médecine générale.**

Le conseil minimal était l'outil le plus connu des internes de médecine générale avec 53,9% des internes qui le connaissent bien alors qu'ils étaient entre 0 et 39,3% à bien connaître les autres outils. Le Q-MAT était même pratiquement inconnu des internes, en effet 77,5% d'entre eux (69 sur 89) ne le connaissaient pas. La grande disparité de connaissance entre le Q-MAT et les trois autres outils utilisés en tabacologie est présentée dans l'illustration 7.

L'ensemble des données sur la connaissance des différents outils utilisés en tabacologie est noté dans le tableau 1.

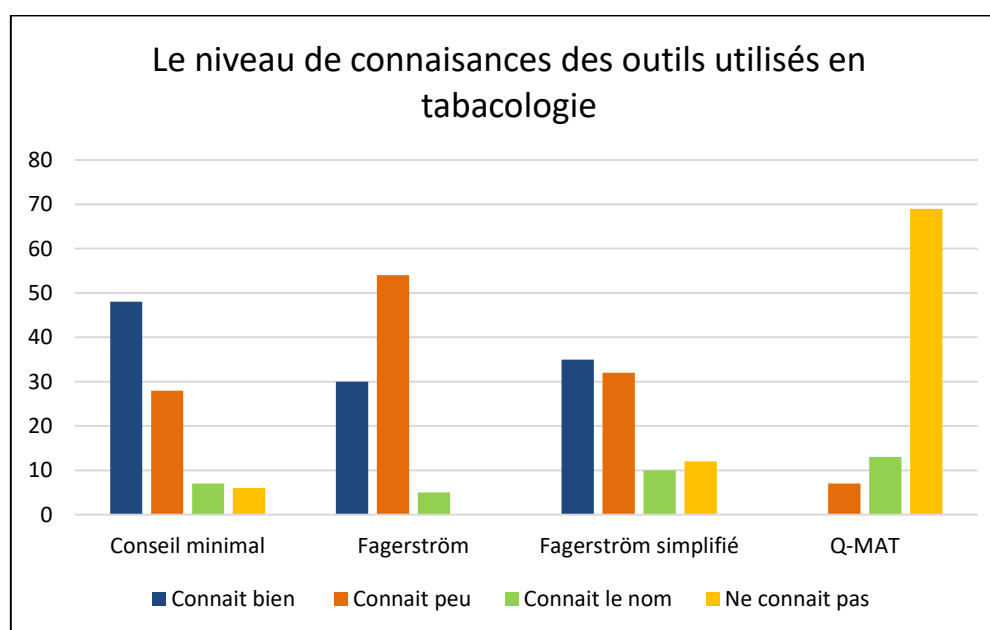


Illustration 7 : Le niveau de connaissance des outils utilisés en tabacologie

	Connait bien	Connait peu	Connait le nom	Ne connait pas	Total
Conseil minimal	48 (53,9%)	28 (31,5%)	7 (7,9%)	6 (6,7%)	89 (100%)
Fagerström	30 (33,7%)	54 (60,7%)	5 (5,6%)	0 (0%)	89 (100%)
Fagerström simplifié	35 (39,3%)	32 (36%)	10 (11,2%)	12 (13,5%)	89 (100%)
Q-MAT	0 (0%)	7 (7,9%)	13 (14,6%)	69 (77,5%)	89 (100%)

Tableau 1 : Réponses des questions sur les connaissances des différents outils utilisés en tabacologie

L'outil le plus utilisé par les internes était le conseil minimal avec 31,5% des internes qui l'utilisaient toujours lors de leur consultation en tabacologie (28 sur 89). Le Q-MAT était le moins utilisé avec 89,9% des internes qui déclaraient ne jamais l'utiliser dans leur pratique (80 sur 89). Toutes les données concernant l'utilisation des différents outils utilisés par les internes de médecine générale sont précisées dans le tableau 2.

	Toujours	Souvent	Peu	Jamais	Total
Conseil minimal	28 (31,5%)	37 (41,6%)	13 (14,6%)	11 (12,3%)	89 (100%)
Fagerström	3 (3,4%)	25 (28,1%)	39 (43,8%)	22 (24,7%)	89 (100%)
Fagerström simplifié	5 (5,6%)	25 (28,1%)	32 (36%)	27 (30,3%)	89 (100%)
Q-MAT	0 (0%)	0 (0%)	9 (10,1%)	80 (89,9%)	89 (100%)

Tableau 2 : Résultats de la question sur la fréquence d'utilisation des différents outils en tabacologie

Nous avons demandé aux internes l'intérêt des différents outils dans la prise en charge du tabagisme. Les internes étaient 70,8% à considérer que le conseil minimal possédait un intérêt important (score de 4/5 et 5/5) dans les consultations de tabacologie. Pour le Q-MAT les internes n'étaient que 11 (soit 12,4%) à s'être prononcés sur l'intérêt de cet outil en tabacologie, du fait qu'ils n'étaient pas nombreux à connaître ce dernier. L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 3.

Score d'intérêt	1	2	3	4	5	Pas d'avis	Total
Le conseil minimal	2 (2,2%)	2 (2,2%)	11 (12,4%)	21 (23,6%)	42 (47,2%)	11 (12,4%)	89(100%)
Le Fagerström	2 (2,4%)	10 (11,2%)	23 (25,8%)	31 (34,8%)	15 (16,9%)	8 (8,9%)	89(100%)
Le Fagerström simplifié	1 (1,1%)	3 (3,4%)	14 (15,7%)	31 (34,8%)	19 (21,3%)	21 (23,6%)	89(100%)
Le Q-MAT	2 (2,2%)	2 (2,2%)	3 (3,4%)	3 (3,4%)	1 (1,1%)	78 (87,6%)	89(100%)

Tableau 3 : Résultats des questions sur l'intérêt des différents outils dans le sevrage tabagique

➤ Les traitements pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique

Parmi les deux traitements pouvant être utilisés en médecine général, les substituts nicotiques étaient prescrits par la majorité des internes avec 61,8 % (55 sur 89) qui les prescrivent souvent, alors que la Varénicline n'était jamais prescrite par

84,3% (75 sur 89) des internes et aucun ne la prescrit souvent.

Le Bupropion, qui ne devrait pas être utilisé en médecine générale, serait prescrit par 18% (16 sur 89) des internes de médecine générale.

Toutes les données sur les prescriptions des traitements d'aide au sevrage sont décrites dans le tableau 4.

	Souvent prescrit	Peu prescrit	Jamais prescrit	Total
Substituts nicotiniques	55 (61,8%)	31 (34,8%)	3 (3,4%)	89 (100%)
Bupropion	0 (0%)	16 (18%)	73 (82%)	89 (100%)
Varénicline	0 (0%)	14 (15,7%)	75 (84,3%)	89 (100%)

Tableau 4 : Résultats des questions sur la fréquence de prescription des différents traitements pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique

Les internes étaient nombreux, 54% (48 sur 89), à présenter des difficultés avec l'utilisation de la Varénicline. Pour les substituts nicotiniques c'est le contraire puisque 64% (57 sur 89) des internes déclaraient ne pas avoir de difficulté et ils n'étaient que 3,4 % à ressentir beaucoup de difficultés (3 sur 89) avec la prescription de ces derniers.

L'ensemble des résultats concernant les difficultés des internes selon le traitement pharmaceutique d'aide au sevrage tabagique est donné dans le tableau 5.

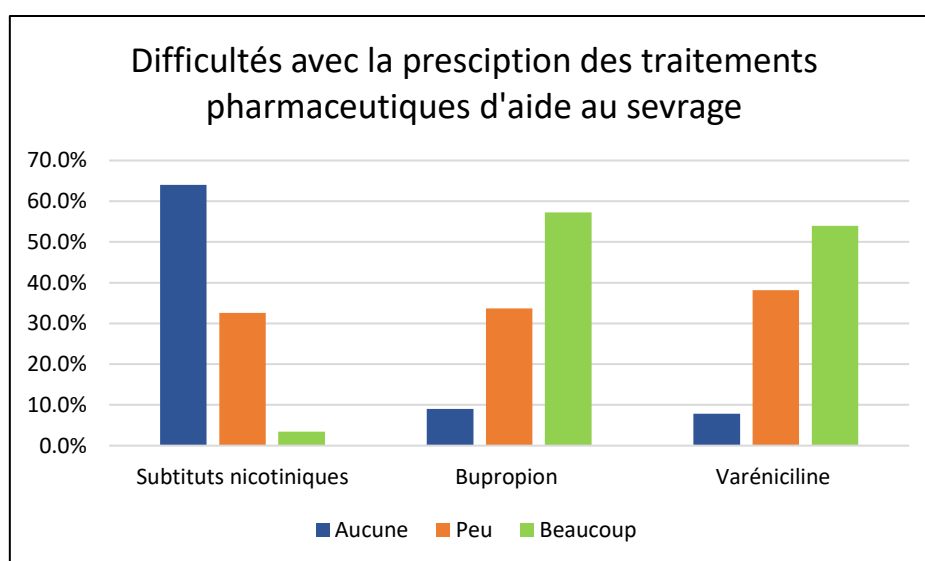


Illustration 8 : Les difficultés rencontrées par les internes avec la prescription des traitements d'aide au sevrage

Difficulté	Aucune	Peu	Beaucoup	Total
Substituts nicotiniques	57 (64%)	29 (32,6%)	3 (3,4%)	89 (100%)
Bupropion	8 (9%)	30 (33,7%)	51 (57,3%)	89 (100%)
Varéniciline	7 (7,8%)	34 (38,2%)	48 (54%)	89 (100%)

Tableau 5 : Résultats des questions sur les difficultés rencontrées par les internes avec la prescription des traitements d'aide au sevrage tabagique

➤ **Délais de consultation après une première consultation pour un sevrage**

Les internes de médecine générale étaient peu nombreux à ne pas proposer de consultation de suivi d'un sevrage tabagique lorsqu'il y a un traitement pharmaceutique d'aide au sevrage. Concernant le suivi d'un sevrage sans traitement pharmaceutique, ils étaient un peu plus nombreux à ne pas recommander de consultation de suivi, 7,9 % (7 sur 89), contre 1,1 % (1 sur 89) avec un traitement pharmaceutique.

Les internes ont déclaré ne pas savoir quel était le délai pour une consultation de suivi pour les traitements avec lesquels ils avaient le plus de difficulté. Ainsi ils étaient 70,8% (63 sur 89) à ne pas connaître le délai entre la première consultation et une seconde de suivi en cas de prescription de Bupropion et 67,4% pour la Varéniciline (60 sur 89).

Nous avons constaté que des délais entre une première consultation et une consultation de suivi étaient plus souvent cités par les internes pour les prises en charge avec les substituts nicotiniques et sans traitement pharmaceutique. Nous avons ainsi respectivement 36% (32 sur 89) et 32,6% (29 sur 89) des internes donnaient une consultation de suivi à 2 et 4 semaine de la première consultation d'aide au sevrage avec des substituts nicotiniques et 33,7 % (30 sur 89) et 24,7 % (22 sur 89) pour le sevrage sans traitement pharmaceutique.

L'ensemble des résultats sur les délais séparant une consultation initiale et une consultation de suivi pour le sevrage tabagique est donné dans le tableau 6.

Délais de consultation	Substituts nicotiniques	Bupropion	Varénicline	Sans traitement pharmaceutique
Pas de consultation	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0 (0%)	7 (7,9%)
1 semaine	13 (14,6%)	11 (12,4%)	13 (14,6%)	12 (13,5%)
2 semaines	32 (36%)	5 (5,6%)	7 (7,9%)	30 (33,7%)
3 semaines	5 (5,6%)	1 (1,1%)	0 (0%)	3 (3,4%)
4 semaines	29 (32,6%)	8 (9%)	9 (10,1%)	22 (24,7%)
5 semaines	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
6 semaines	5 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (5,6%)
"Ne sait pas"	4 (4,5%)	63 (70,8%)	60 (67,4%)	10 (11,2%)
Total	89 (100%)	89 (100%)	89 (100%)	89 (100%)

Tableau 6 : Résultats des questions sur le délai entre une première consultation d'aide au sevrage tabagique et la première consultation de suivi

➤ Les vaporisateurs personnels

Les internes de médecine générale étaient 65,2% à déclarer qu'ils ne connaissaient pas le fonctionnement des vaporisateurs personnels.

L'intérêt du vaporisateur personnel dans l'aide au sevrage n'était pas très important pour les internes de médecine générale interrogés. En effet ils étaient 47,2% à considérer que les vaporisateurs personnels avaient un intérêt modéré (score de 3/5) dans l'aide pour le sevrage. Le reste des résultats concernant l'intérêt des vaporisateurs personnels est présenté dans le tableau 7.

Score d'intérêt	Nombre de réponse	Pourcentage
1	2	2,2%
2	10	11,2%
3	42	47,2%
4	26	29,2%
5	9	10,1%
Total	89	100%

Tableau 7 : Résultats de la question sur l'intérêt du vaporisateur personnel dans le sevrage tabagique

➤ L'avis des internes sur l'influence de leur statut tabagique

L'avis des internes de médecine générale sur l'influence de leur statut tabagique sur leur pratique était assez hétérogène, comme le montre l'illustration 9.

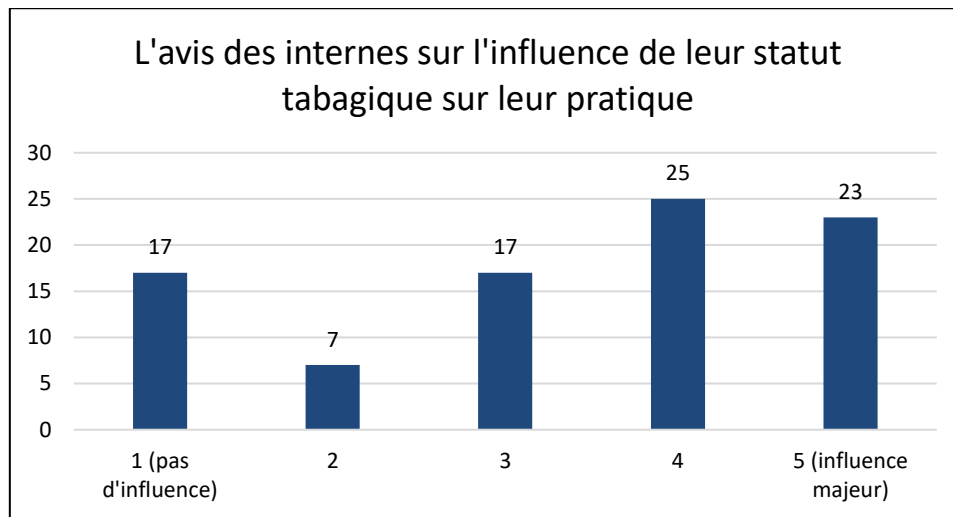


Illustration 9 : L'Avis des internes sur l'influence de leur statut tabagique sur leur prise en charge (en nombre de réponses)

Soixante-douze internes considéraient que leur statut tabagique avait une influence sur leur prise en charge de leurs patients fumeurs. Parmi ces derniers 37% (27 sur 72) déclaraient qu'une formation en tabacologie permettrait de limiter l'influence de leur statut tabagique sur leur prise en charge du tabagisme.

II. Analyses statistiques

Nous avons dû, pour avoir des données interprétables, mettre les 4 internes anciens fumeurs dans une des deux autres catégories de statut tabagique. Nous avons décidé de les réunir avec les internes non-fumeurs.

a) Particularités de la population

Nous avons recherché s'il existe de différences entre les populations d'internes non-fumeurs et les internes fumeurs avant d'analyser leurs connaissances et leur pratique en matière de tabacologie.

Nous avons ainsi trouvé une différence dans la répartition des hommes et des femmes selon le statut tabagique ($P < 0,001$). En effet les anciens et non-fumeurs comportent 86,2% de femme (50 sur 58) contre 48,4 % (15 sur 31) chez les fumeurs actifs.

		Internes non fumeur		Internes Fumeurs		
		nombre d'internes	pourcentage	Nombre d'internes	pourcentage	p
Sexe	femme	50	86,2%	15	48,4%	< 0,001
	homme	8	13,8%	16	51,6%	
années d'internat						
	première année	13	20,0%	8	33,3%	0,2
	deuxième année	17	26,1%	8	33,3%	
	troisième année	35	53,9%	8	33,3%	
formation en tabacologie						
	oui	57	87,7%	23	95,8%	
type de formation						
	cour externat	51	78,5%	21	87,5%	0,2
	cour internat	4	6,0%	4	16,7%	0,09
	formation en stage	21	32,3%	13	14,6%	1

Tableau 8 : Comparaison des populations des internes non-fumeurs et des internes fumeurs

Hormis la relation des hommes et des femmes selon le statut tabagique, il n'y avait pas d'autre différence entre les fumeurs actifs et les anciens et non-fumeurs.

b) L'influence du statut tabagique

➤ Fréquence de prescription

Les internes fumeurs prescrivait moins souvent les substituts nicotiques ($p=0,023$) que les non-fumeurs. En effet les internes fumeurs étaient 54,2% (13 sur 24) à prescrire souvent des substituts nicotiques pour le sevrage tabagique de leurs patients contre 66,2% (43 sur 65) des internes non-fumeurs.

L'ensemble des données comparant les internes fumeurs aux non-fumeurs sur leurs prescriptions de substituts nicotiques est détaillé dans le tableau 9.

	Souvent	Peu	Jamais	Total
Internes non fumeurs	43 (66,2%)	22 (33,8%)	0 (0%)	65 (100%)
Interne fumeurs	13 (54,2%)	8 (33,3%)	3 (12,5%)	24 (100%)

Tableau 9 : Comparaison de la fréquence de prescription des substituts nicotiques par rapport au statut tabagique des internes

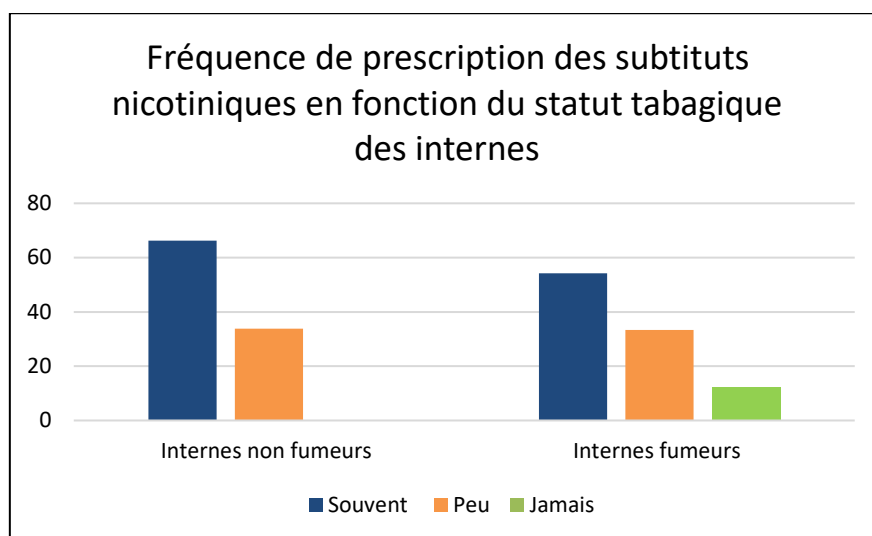


Illustration 10 : Fréquence de prescription des substituts nicotiniques selon le statut tabagique des internes

➤ Sentiment de légitimité

Les internes non-fumeurs présentaient un sentiment de légitimité plus fort face au tabagisme de leurs patients que celui des internes fumeurs ($p=0,016$). En effet les internes non-fumeurs étaient 80% (52/65) à se considérer comme parfaitement légitimes (score de 5/5) contre 50 % chez les internes fumeurs (12/24). L'ensemble des scores de légitimité est donné dans le tableau 10.

Setiment de légitimité	1 (pas du tout légitime)	2	3	4	5 (parfaitement légitime)	Total
Internes non-fumeurs	0 (%)	0 (%)	3 (4,6%)	10 (15,4%)	52 (80%)	65 (100%)
Internes fumeurs	0 (0%)	0 (%)	3 (12,5%)	9 (37,5%)	12 (50%)	24 (100%)

Tableau 10 : Comparaison du sentiment de légitimité face au tabagisme des patients par rapport au statut tabagique des internes

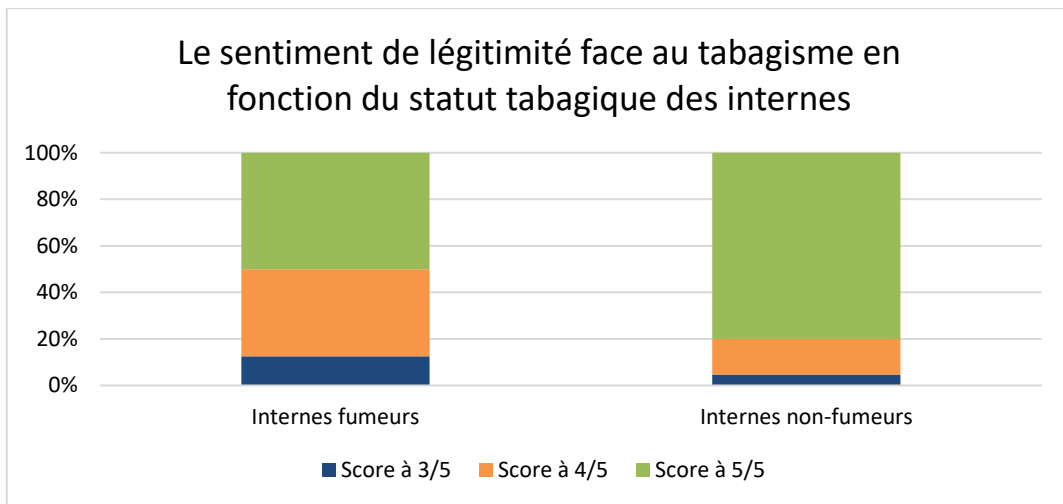


Illustration 11 : Sentiment de légitimité des internes face au tabagisme de leurs patients en fonction de leur statut tabagique

➤ Les vaporisateurs personnels

Les internes fumeurs avaient une meilleure connaissance des vaporisateurs personnels ($p=0,026$) avec 54,2% (13 sur 24) qui connaissent leur fonctionnement contre 27,7% (18 sur 65) des internes non-fumeurs. Cette différence est illustrée par l'illustration 13.

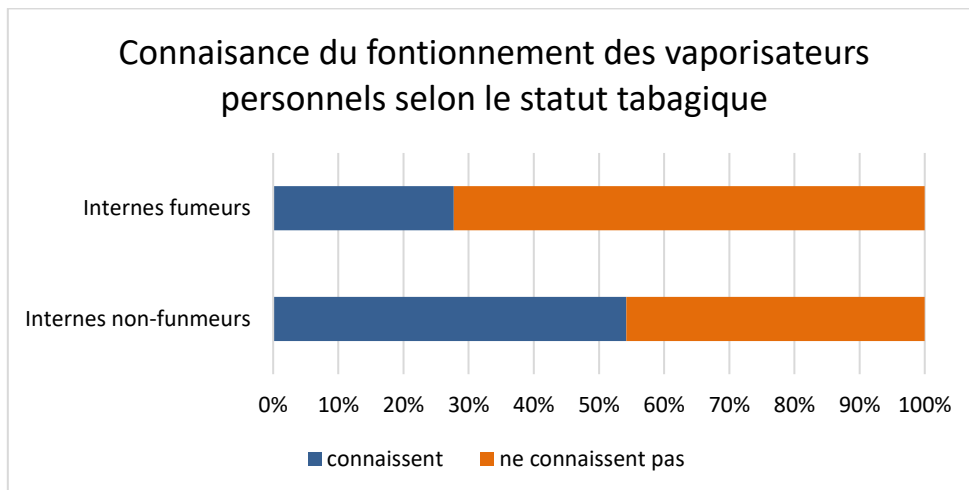


Illustration 12 : Connaissances sur le fonctionnement des vaporisateurs personnels en fonction du statut tabagique des internes

c) Résultats secondaires

Nous avons aussi analysé les pratiques et les connaissances des internes par rapport à d'autres facteurs que le statut tabagique.

➤ **L'influence d'une formation pendant un stage sur les connaissances des outils en tabacologie.**

Les internes ayant reçu une formation pendant un stage présentaient une meilleure connaissance du test de Fagerström ($p=0,002$). En effet ils étaient 58,8% à déclarer bien connaître ce dernier (20 sur 34) contre 18,2% chez les autres internes (10 sur 55).

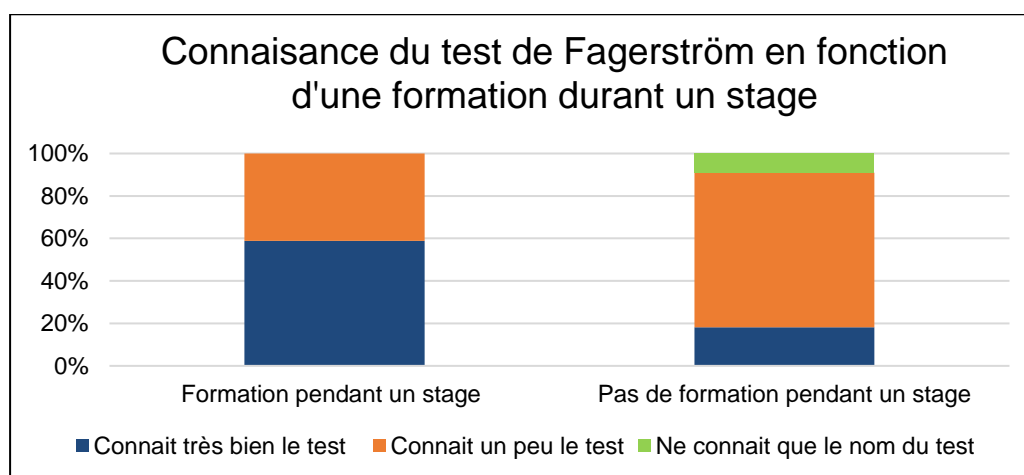


Illustration 13 : Connaissance du test de Fagerström en fonction d'une formation en tabacologie durant un stage.

L'ensemble des niveaux de connaissances du test de Fagerström selon la formation est décrit dans le tableau 11 et l'illustration 13.

	Connait bien	Connait peu	Connait le nom	Ne connait pas	Total
Formation pendant stage	20 (58,8%)	14 (42,2%)	0 (0%)	0 (0%)	34 (100%)
Pas de formation pendant	10 (18,2%)	40 (72,7%)	5 (9,1%)	0 (0%)	55 (100%)

Tableau 11 : Répartition du niveau de connaissance du test de Fagerström en fonction d'une formation durant un stage

La connaissance de la version simplifiée du test de Fagerström était aussi influencée par la présence d'une formation pendant un stage ($p < 0,001$) avec des internes connaissant mieux ce dernier lorsqu'ils avaient reçu une formation pendant un de leurs stages. L'ensemble du niveau de formation du Fagerström simplifié selon la

présence ou non d'une formation est donné dans le tableau 12 et présenté dans l'illustration 14.

	Connait bien	Connait peu	Connait le non	Ne connait pas	Total
Formation pendant un stage	21 (61,8%)	5 (14,7%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)	34 (100%)
Pas de formation pendant un stage	14 (25,4%)	27 (49,1%)	5 (9,1%)	9 (16,4%)	55 (100%)

Tableau 12 : Répartition du niveau de connaissance du test de Fagerström simplifié en fonction d'une formation durant un stage.

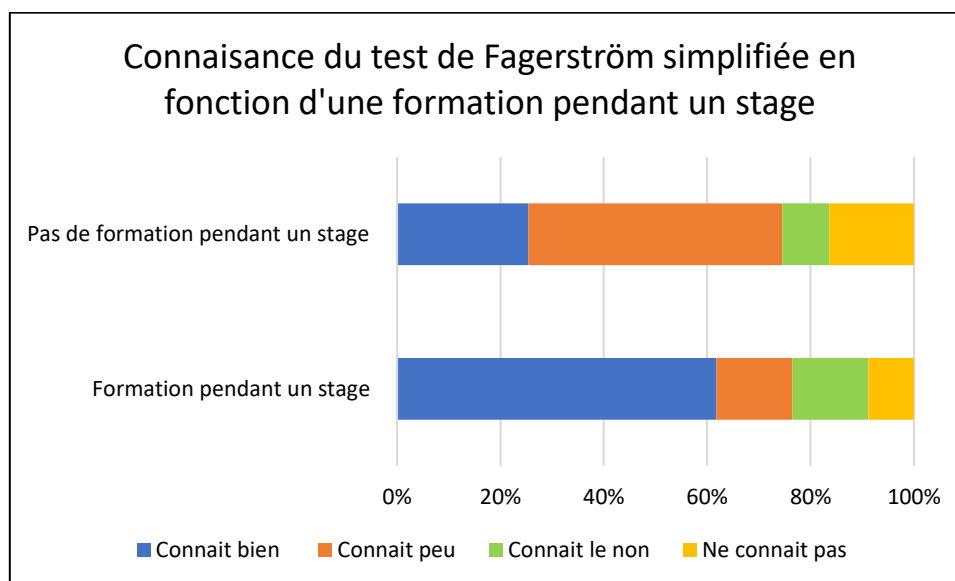


Illustration 14 : Connaissance du test de Fagerström simplifié en fonction d'une formation durant un stage

➤ L'influence de l'ancienneté des internes sur l'intérêt d'une formation

Il existait une différence en fonction de l'ancienneté de l'interne ($p=0,048$) sur l'intérêt d'une formation en tabacologie. C'est surtout entre les étudiants de troisième années et les étudiants des deux premières années d'internat que cette différence était présente. En effet chez les internes en troisième année d'internat nous avons 22,8% de réponses positives à la question sur l'intérêt d'une formation pour diminuer l'influence du statut tabagique contre 52,9% et 50% chez les internes de première et seconde années d'internat. Les résultats sont présentés dans l'illustration 15.

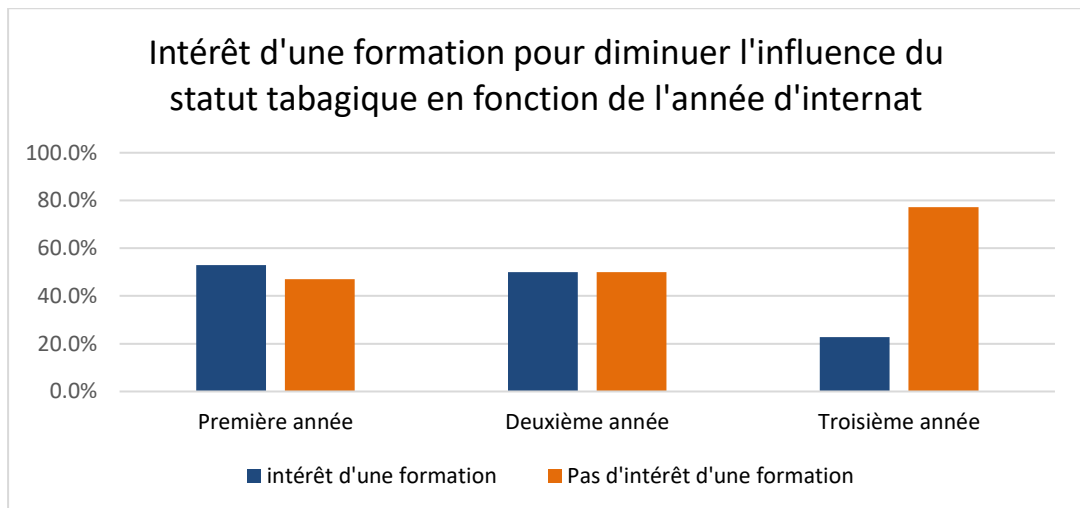


Illustration 15 : Avis des internes sur l'intérêt d'une formation pour diminuer l'influence du statut tabagique selon l'ancienneté des internes

➤ **L'influence de la présence de cours pendant l'externat sur l'avis des internes sur l'influence de leur statut sur leur pratique.**

Les internes déclarant avoir reçu une formation en tabacologie pendant leur externat considéraient que leur statut tabagique avait une influence sur leur prise en charge du tabagisme ($p = 0,033$). En effet ils étaient 30,6% (22 sur 72) à déclarer que leur statut tabagique avait une influence majeure sur la prise en charge de leurs patients fumeurs contre 5,9% (1 sur 17) chez les autres internes. L'ensemble des données sur l'influence du statut tabagique est précisé dans le tableau 13.

Score d'influence	1 (pas d'influence)	2	3	4	5 (influence majeure)	Total
Cours pendant l'externat	15 (20,8%)	7 (9,7%)	12 (16,7%)	16 (22,2%)	22 (30,6%)	72 (100%)
Pas de cours pendant l'externat	2 (11,8%)	0 (0%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)	1 (5,9%)	17 (100%)

Tableau 13 : Répartition du score d'influence du statut tabagique sur la prise en charge du tabagisme en fonction de leur formation pendant l'externat

Discussion

I. Rappel des résultats importants

La différence significative entre les fumeurs et non-fumeurs sur la prescription des substituts nicotiques est le résultat principal de notre étude. En effet nous avons trouvé que les internes fumeurs prescrivaient moins de substituts nicotiques et donc que leur statut tabagique influençait leur pratique en tabacologie. Ce résultat répond à la problématique de notre étude.

La présence d'une formation lors d'un stage influence la connaissance du test de Fagerström et sa version simplifiée, qui est très intéressante. Cela nous permet de constater que l'absence de formation se traduit par une différence significative des connaissances entre les internes ayant eu une formation et ceux n'en ayant pas reçue.

Nous avons collecté de nombreuses données descriptives sur la prise en charge des patients fumeurs par les internes de médecine générale. Certaines se révèlent particulièrement intéressantes. C'est le cas des connaissances et de l'utilisation du conseil minimal, du Fagerström et de sa version simplifiée. Ces trois outils sont indispensables dans la prise en charge du tabagisme. En effet ces trois tests recherchent le statut tabagique, le souhait de sevrage et le niveau de dépendance des fumeurs, données déterminantes pour permettre d'avoir la prise en charge la plus appropriée du patient. Nous avons aussi retrouvé des données importantes sur la prise en charge du sevrage tabagique. Les données sur les prescriptions et difficultés rencontrées avec les substituts nicotiques et la Varénicline ainsi que le suivi du sevrage tabagique sont des données très instructives. Toutes ces données sur la pratique et les connaissances des internes en matière de tabacologie nous permettent d'identifier les domaines dans lesquels ils présentent des lacunes sur la thématique de la tabacologie.

Nous avons aussi obtenu des informations sur les formations reçues et souhaitées par les internes de médecine générale en matière de tabacologie. Ces dernières associées aux données sur les lacunes des internes en matière de tabacologie que nous avons repérées, nous permettraient d'apporter des pistes d'amélioration pour la formation des internes. Les données de notre étude mettent en lumière des points importants sur lesquels devraient s'axer la formation des internes (utilisation des outils en tabacologie, prise en charge pratique et le suivi du sevrage tabagique) ainsi que le mode de formation le plus plébiscité et adapté à l'emploi du temps des internes. Nous pourrions ainsi proposer la formation la plus adaptée aux internes de médecine générale, ce qui est la finalité de notre étude.

Les données sur le statut tabagique des internes, en plus de permettre de répondre à notre objectif principal, permettent d'obtenir la prévalence du tabagisme dans notre population. La prévalence du statut tabagique est souvent recherchée dans les études sur le tabagisme. Notre population d'étude confirme une baisse de la dépendance, actuelle ou ancienne, aux produits du tabac débutée ces dernières années chez les praticiens de médecine générale (6, 79, 81).

II. Les points forts et limites de notre étude

a) Les points forts

➤ Notre population d'étude

Le sevrage tabagique est une thématique régulièrement étudiée en médecine générale. Notre étude se concentrait sur les futurs praticiens de cette spécialité : les internes de médecine générale. Le choix de cette population est un des points forts de notre étude puisque ces derniers sont les médecins de demain. De plus les internes possèdent encore le statut d'étudiant ce qui permet de mettre facilement en place une formation dispensée par l'UFR de médecine.

Pour notre étude nous voulions interroger l'ensemble des internes de médecine générale de Caen pour avoir une vision globale des internes de cette spécialité et éviter les possibles biais de sélection.

➤ **Les objectifs de notre étude**

Notre objectif principal était l'étude de l'influence du statut tabagique des internes de médecine générale sur leurs connaissances et leurs pratiques en tabacologie. Cet objectif est original puisque ce dernier a été peu étudié chez les internes. De plus l'évaluation de cette influence ne se limitait pas aux connaissances ou à la prise en charge du sevrage tabagique mais concernait aussi le sentiment de légitimité des internes ou leur avis sur l'intérêt de la tabacologie.

Notre étude n'avait pas pour seul objectif l'évaluation du statut tabagique. Nous avons aussi recherché des pistes pour améliorer la prise en charge des fumeurs. Pour cela nous avons interrogé les internes sur les formations en matière de tabacologie qu'ils avaient reçues et celles qu'ils estimeraient intéressantes de recevoir durant leur internat.

b) Limites et biais

L'une des limites de notre étude était la présence d'un biais de sélection. En effet sur les 270 internes de médecine générale que comptait l'UFR de médecine de Caen, nous avons reçus 89 questionnaires entièrement renseignés. Les internes ayant rempli intégralement notre questionnaire étaient probablement plus réceptifs à la question du tabagisme et de la prise en charge du sevrage tabagique. De plus il existait une différence avec la population d'origine puisque le sex-ratio était différent. Il était de 0,5 dans notre échantillon alors que celui de la population des internes de médecine générale de l'UFR de médecine de Caen était de 0,96. Les internes manquants à notre étude étaient donc majoritairement des hommes.

De plus, avec le nombre de réponses que nous avons obtenues, certains de nos résultats ne pouvaient pas être interprétés. Ainsi nous n'avons pas pu comparer les trois statuts tabagiques puisque nous n'avons que 4 internes anciens fumeurs. Nous avons inclus ces derniers dans la catégorie « non-fumeur », comme cela a été fait dans d'autres études.

Nous avons aussi un biais de réponse du fait d'une mauvaise compréhension d'une des questions. La question sur la réalisation du stage chez le praticien de premier niveau n'a pas été comprise puisque les internes qui déclaraient ne pas avoir réalisé ce stage étaient en dernier semestre (6^{ème} semestre). Ce stage est obligatoire durant l'internat et doit être réalisé avant le début de la troisième année d'internat. La non-compréhension de cette question aurait biaisé les analyses et nous avons donc décidé de ne pas les intégrer à notre étude.

III. Le statut tabagique en médecine générale

Dans notre échantillon, 31,5% des internes avaient déjà été fumeurs et 27% l'étaient encore au moment de la réalisation de l'étude. Ce pourcentage est similaire à celui des internes de médecine générale de l'UFR de Poitiers avec 28% de fumeurs (81). Le taux de fumeurs chez les internes était inférieur à celui de la population générale pour la même tranche d'âge (25-34 ans) avec un pourcentage de fumeurs de 35,5% (16). Tout comme dans notre échantillon, il existait une différence entre les hommes et les femmes, avec une proportion d'hommes fumeurs plus importante (35,2% d'hommes fumeurs contre 26,7% de femmes) (16).

Le pourcentage de fumeurs dans notre population était supérieur à celui des médecins généralistes séniors. Les médecins généralistes étaient 11% à être fumeurs contre 27% chez nos internes. Il est aussi important de noter que le pourcentage d'anciens fumeurs est plus important avec 31% chez les médecins généralistes contre

4,5% chez les internes (6). Cette différence entre nos internes et leurs aînés s'explique par l'âge qui les sépare. En effet l'âge moyen des médecins généralistes est de 46,7 ans (6) alors que chez les internes l'âge moyen était de 27,6 ans toutes spécialités confondues (81). Il est donc normal qu'ils aient eu moins d'opportunités pour tenter et réussir un sevrage tabagique. De plus la période de l'internat n'est pas une période propice pour arrêter la consommation de tabac. Les internes ont même tendance à augmenter leur consommation durant le troisième cycle des études de médecine (81).

Nous pouvons aussi noter une diminution de la dépendance, actuelle et passée aux produits du tabac chez les praticiens de médecine générale. En effet les médecins généralistes installés étaient 53% à avoir eu une dépendance aux produits du tabac en 2007 (79) contre 41% en 2017 (6). Et cette baisse continue avec les internes puisqu'ils étaient 36,6% à avoir déjà été fumeurs en 2012 (81) et 31,5% dans notre étude en 2018.

IV. La tabacologie en médecine générale

a) Les différents outils utilisés en tabacologie

➤ Connaissance des outils

Le conseil minimal est l'outil de tabacologie le mieux connu des internes avec 53,9% qui déclarent très bien le connaître contre 39,3% pour le Fagerström, le deuxième test le mieux connu. Cependant le Fagerström était connu par plus d'internes que le conseil minimal. En effet 94,4% des internes avait un minimum de connaissance sur le test Fagerström et 85,4% le conseil minimal. Les internes de notre étude connaissent mieux ces tests que ceux de l'étude d'Anne DANSOU, où 4% des internes ne connaissaient pas le Fagerström contre 0% dans notre étude (83). Le niveau de connaissance du conseil minimal est aussi plus élevé dans notre population avec 85,4% le connaissant contre 78% dans cette même étude. Cette différence est encore

plus importante avec les médecins généralistes séniors, puisqu'ils n'étaient que 56% à connaître le conseil minimal et 67% le Fagerström en 2007 (79). Au-delà des différences méthodologiques, notre étude confirme donc une progression des connaissances chez les praticiens de médecine générale en matière de tabacologie déjà amorcée depuis plusieurs années. Cette évolution est certainement le résultat des nouvelles politiques de lutte contre le tabagisme avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics et plus récemment de la mise en place du mois sans tabac.

➤ **Utilisation en pratique**

Dans notre échantillon 73,1% des internes recherchent le statut tabagique de leurs patients, ce résultat est similaire à ceux de la thèse de Yann BRABANT sur les internes du Poitou-Charentes puisque dans cette dernière, les internes étaient 76,4 % à réaliser la première question du conseil minimal¹ (56). Les médecins généralistes séniors utilisaient moins le conseil minimal dans leur consultation puisque seulement 39% le connaissant l'utilisaient réellement dans leur pratique. Dans cette étude ils n'étaient que 56 % à connaître le conseil minimal (76). Cependant il semblerait que les médecins généralistes utilisent le conseil minimal sans en avoir conscience. En effet dans la thèse de Thibault DESCAMPS, les médecins généralistes séniors étaient 67,2% à rechercher le statut tabagique de leurs patients et 64,2% à rechercher le désir d'arrêter le tabac chez les fumeurs (62). Le conseil minimal était donc réalisé par de nombreux médecins sans que ces derniers n'en soient réellement conscients.

Concernant l'utilisation des autres outils, ils sont moins mis en pratique que le conseil minimal. Le conseil minimal est plus utilisé que le Fagerström alors même qu'il est connu par moins d'internes de médecine générale. En effet bien qu'ils soient 94,4 % à connaître le Fagerström et 85,4% à connaître le conseil minimal, les internes sont plus nombreux à utiliser régulièrement (souvent ou toujours) le conseil minimal. Ils sont 73,1

¹ 1^{er} question du conseil minimal : « Est-ce que vous fumez ? »

% à utiliser le conseil minimal contre 31,5% pour le Fagerström. Le Fagerström recherche le niveau de dépendance des fumeurs aux produits du tabac, alors que le conseil minimal recherche le statut tabagique et le souhait de débiter un sevrage. Les internes recherchent donc moins souvent le niveau de dépendance si leur patient ne souhaite pas débiter un sevrage d'où une utilisation moindre du Fagerström, d'autant plus que ce dernier, composé de six questions, est plus long.

Il était intéressant de voir que la version simplifiée du test Fagerström, bien que moins connue que sa version complète, soit autant utilisée que ce dernier. En effet 35,1% des internes utilisent le Fagerström et 33,7% le Fagerström simplifié. Contrairement au test de Fagerström, sa version simplifiée ne contient que 2 questions, permettant d'évaluer rapidement la dépendance aux produits tabac. Il n'est donc pas étonnant que les internes connaissant les deux versions du test de Fagerström privilégient sa version simplifiée qui est plus facile à intégrer à l'interrogatoire des patients fumeurs.

Ainsi avec quatre questions simples les internes peuvent rapidement aborder la question du tabagisme de leurs patients, leur envie de sevrage ainsi que leur dépendance aux produits du tabac. Cependant l'utilisation du conseil minimal n'est pas suffisante pour déclencher un sevrage chez un patient dépendant aux produits du tabac. En effet seuls les patients qui sont intéressés par l'arrêt de leur consommation tabagique reçoivent une information complémentaire sur les méthodes de sevrage. Or 40% des fumeurs n'envisagent pas le sevrage lors d'une consultation et ne bénéficient donc pas d'information complémentaire qui aurait pu les faire entrer dans une démarche de sevrage tabagique. Le RPIB, contrairement au conseil minimal et au test de Fagerström, donne des informations à tous les patients fumeurs tout en évaluant leur dépendance et ce quelle que soit leur motivation au sevrage. Le RPIB a fait ses

preuves sur l'addiction à l'alcool, c'est pour cela que l'HAS recommande son utilisation dans le sevrage tabagique plutôt que celui du conseil minimal (40).

b) La prise en charge du sevrage

➤ Traitement d'aide au sevrage

Presque tous les internes prescrivent des substituts nicotiques, ils ne sont que 3 sur les 89 internes à ne pas en prescrire pour l'aide au sevrage tabagique de leurs patients. Ce constat est aussi présent chez les médecins généralistes séniors puisqu'ils avaient des taux de prescription de substituts nicotiques proches de 100% (6).

Les autres traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique sont bien moins prescrits. Nous avons remarqué que la Varénicline est peu connue et peu prescrite par les internes de médecine générale alors que cette dernière est reconnue comme étant le traitement d'aide au sevrage le plus efficace (48). La thèse d'Elena VAVILINA qui présentait l'opinion des médecins généralistes sur les traitements d'aide au sevrage, expose la principale raison de la faible utilisation de la Varénicline : le manque de formation dans le domaine de la tabacologie (85). Actuellement le programme de tabacologie ne présente que les bases de la prise en charge du sevrage tabagique et ce sont les thérapies cognitive-comportementales et les substituts nicotiques qui sont surtout présentés. La Varénicline est très peu abordée dans le programme, seules ses contre-indications et ses effets indésirables sont exposés (69, 71). Les indications de la prescription de la Varénicline, et notamment son efficacité supérieure aux substituts nicotiques et au Bupropion, ne semblent pas connues des internes. Il serait donc intéressant de former les internes sur l'intérêt de la Varénicline et sa bonne utilisation totalement compatible avec la médecine générale.

A côté d'une bonne prescription des substituts nicotiques et d'une faible prescription de la Varénicline, nous avons été surpris de constater que 18 % des

internes prescrivent encore du Bupropion alors que ce dernier est soumis à une restriction de prescription depuis 2012. La principale hypothèse est qu'ils ont probablement confondu le Bupropion avec la Varénicline. Ces deux traitements partagent la même sous-partie dans le programme des ECNi, ce qui est probablement à l'origine de la confusion des internes entre les deux traitements (71). Il est possible aussi que certains internes aient prescrit du Bupropion pour le sevrage tabagique de leurs patients, comme c'est le cas des médecins généralistes séniors. En effet en 2016 et 2017 il a été recensé plus de 8000 délivrances de Bupropion par les officines (85). Le taux de prescription de ce traitement controversé est donc probablement supérieur à son taux de délivrance. Certains internes, à l'instar de leurs aînés, pourraient prescrire du Bupropion comme traitement d'aide au sevrage pour le sevrage de leurs patients.

➤ **Le suivi du sevrage tabagique**

Les résultats sur le suivi du sevrage tabagique sont encourageants puisque la majorité des internes suivent leurs patients ayant débuté un sevrage tabagique. Le taux de suivi est de 94,4% pour un sevrage avec des substituts nicotiques et de 80,9% pour un sevrage sans traitement. Le sevrage sans traitement médicamenteux est un peu moins suivi que les sevrages avec des substituts nicotiques. En effet ils sont 7 internes à ne pas proposer de suivi avec un sevrage sans traitement pharmaceutique contre 1 pour le sevrage avec des substituts nicotiques. Cependant, quel que soit le traitement d'aide au sevrage, les internes sont plus nombreux à suivre le sevrage tabagique de leurs patients que leurs aînés. Les médecins généralistes séniors étaient 69% à suivre à long terme leurs patients ayant débuté un sevrage et seulement 44,9% à donner une consultation spécifique pour le suivi du sevrage tabagique (86).

Les internes revoient généralement leurs patients entre 2 semaines et 4 semaines après le début de leur sevrage (avec substituts nicotiques ou sans traitement). Les médecins seniors du Val de Marne, comme les internes de notre étude,

donnaient aussi majoritairement une consultation de suivi entre 2 et 4 semaines. Et comme nos internes ils revoyaient leurs patients avant la fin du premier mois de sevrage (79).

➤ **Les difficultés des internes en matière de sevrage**

Les internes sont 90% à éprouver des difficultés pour la prescription de la Varénicline et la moitié avait même beaucoup de difficultés avec la prescription de cette dernière. Ces difficultés peuvent expliquer le faible niveau de prescription de ce traitement. Nous n'avons que 14 internes qui prescrivaient de la Varénicline mais aucun ne la prescrivait souvent pour l'aide au sevrage tabagique alors que ce traitement est l'un des plus efficaces (48). De plus 67,4 % des internes déclarent ne pas savoir quand donner une consultation de suivi aux patients utilisation la Varénicline pour leur sevrage.

L'utilisation des substituts nicotiques, bien que ces derniers soient très prescrits, n'est pas acquise pour tous les internes. En effet 1 interne sur 3 déclare avoir des difficultés avec la prescription des substituts nicotiques. En revanche les internes suivent bien les patients ayant débuté un sevrage avec des substituts nicotiques. Il n'y a que 4 internes sur les 89 qui ne revoient pas ces patients.

Moins de 15% des internes respectent les recommandations de l'HAS en matière de suivi du sevrage tabagique. Les internes ne peuvent pas connaître le déroulement précis d'un sevrage tabagique puisque dans le programme d'addictologie seule la durée minimale du suivi est présentée. L'intervalle entre les consultations de suivi, et notamment après la première, n'est pas expliquée dans ces cours alors que l'HAS recommande de revoir les patients dès la première semaine pour adapter le traitement (1). C'est donc sur la réalisation pratique du sevrage tabagique que devrait se concentrer une formation des internes. C'est d'ailleurs l'un des thèmes de tabacologie

qui est le plus souvent étudié dans les portfolios des internes de la thèse de Toavina ANDRIAMAHEFA (87).

V. L'influence du statut tabagique

Notre étude montre que le statut tabagique des internes de médecine générale influence bien la prise en charge du sevrage tabagique. En effet, nous avons retrouvé une différence dans la prescription des substituts nicotiques selon le statut tabagique de l'interne. Les internes fumeurs prescrivent moins souvent des substituts nicotiques et certains d'entre eux ne les prescrivent même jamais contrairement aux internes non-fumeurs. Le sentiment de légitimité des internes fumeurs face au tabagisme de leurs patients est aussi plus faible. Nous pouvons considérer que les internes dépendants aux produits du tabac, auraient plus de difficulté pour aborder avec leurs patients eux même fumeurs, le tabagisme de ces derniers et le sevrage tabagique. De ce fait, la prescription des substituts nicotiques serait d'autant moins fréquente que le sevrage tabagique est moins spontanément abordé par ces internes. Ce serait donc plus une gêne des internes fumeurs par rapport au tabagisme qu'un désintérêt de ces derniers sur le sujet car tous les internes considèrent que la tabacologie et la prise en charge du tabagisme ont une place importantes en médecine générale.

Il est aussi important de noter que les internes fumeurs connaissent mieux le fonctionnement des vaporisateurs personnels. La différence avec les internes non-fumeurs est même très importante avec plus de 50% des internes fumeurs connaissant le fonctionnement contre seulement 27,7 % des internes non-fumeurs. Les internes fumeurs sont plus intéressés par les nouveaux moyens d'aide au sevrage puisqu'ils pourraient eux même les utiliser pour leur propre sevrage tabagique.

Les médecins généralistes déjà installés seraient eux aussi influencés par leur statut tabagique mais sur des aspects différents de ceux observés chez les internes.

Une étude Picarde a ainsi trouvé une influence du statut tabagique sur la pratique des médecins généralistes séniors, notamment sur la recherche du statut tabagique de leurs patients et non sur la prescription des aides médicamenteuses (6).

VI. La formation en tabacologie des internes

a) Les formations reçues par les internes

Les internes de médecine générale sont 89,9% à avoir reçu une formation en tabacologie au cours de leurs études. Cependant 17 internes ont déclaré ne pas avoir eu de cours sur la tabacologie pendant leur externat, ce qui est surprenant puisque la prise en charge du tabagisme fait partie du programme officielle des ECN et des ECNi. Les internes devraient donc tous avoir une base commune en tabacologie. Nous avons remarqué que ces internes sont plus nombreux à penser que leur statut tabagique n'a pas d'influence sur leur pratique. Nous n'avons pas de réelle hypothèse concernant la différence entre ces internes et les autres sur ce point. En effet, ni leur pratique ou connaissance en matière de tabacologie, ni l'importance qu'ils donnent à la tabacologie en médecine générale ne les différencient de leurs co-internes. Cependant nous pouvons émettre des hypothèses sur les internes ayant déclaré ne pas avoir reçu de formation durant l'externat. La première est que ces internes n'ont pas reçu de cours sur le tabagisme ou sa prise en charge. Les internes viennent de différentes d'UFR de médecine mais certains viennent d'autres pays de l'union européenne. Dans certains pays la formation en tabacologie est variable entre les universités. C'est le cas au Royaume-Uni où 42 % des universités de l'étude ne dispensaient pas de formation en tabacologie alors que cette dernière devrait faire partie du programme des études de médecine (88). La seconde hypothèse est la présence d'un biais de mémoire, les internes pourraient avoir oublié leur cours de tabacologie. La formation en tabacologie représente environ deux heures de cours alors que d'autres parties du programme bénéficient parfois de deux fois plus de temps d'enseignement. Ce constat est aussi fait

en Allemagne où la formation en tabacologie se fait en 130 minutes contre plus de 300 minutes pour la prise en charge du diabète (89). De plus les externes ne peuvent pas facilement mettre en pratique leur formation en tabacologie durant leur stage d'externat, soit parce que le lieu de stage ne le permet pas (stage hospitalier) soit parce que la durée du stage ne leur permet pas de suivre la totalité d'un sevrage tabagique.

Hormis les formations données aux étudiants pendant leur externat, de nombreux internes ont aussi eu des cours durant l'un de leurs stages cliniques. Ces cours se font en petit groupe du fait du nombre limité d'étudiants accueillis par terrain de stage. Les internes ayant eu une formation durant un stage présentent un niveau de connaissance du test de Fagerström et de sa version simplifiée supérieur aux autres internes. D'ailleurs le test de Fagerström était connu de tous ces internes. C'est donc sur la recherche du niveau de dépendance aux produits du tabac que les internes ont le plus bénéficié d'une formation durant un stage. Ce n'est pas étonnant puisque la plus majorité des stages proposant des formations à leurs étudiants sont des stages hospitaliers. Au sein de ces derniers, les internes sont amenés à évaluer le tabagisme à l'entrée des patients plutôt qu'à prendre en charge le sevrage tabagique de ces derniers. Même si ces formations n'ont pas amélioré la pratique de l'aide au sevrage de ces internes, ils sont plus à même de bien évaluer le niveau de dépendance de leurs patients, ce qui est très utile pour une bonne prise en charge du sevrage de leurs patients.

b) Les formations souhaitées par les internes

Bien qu'ils soient nombreux à avoir eu une formation au cours de leurs études, plus de 9 internes sur 10 souhaitent recevoir une formation supplémentaire sur le tabagisme et la prise en charge du sevrage tabagique. Ce désir de formation n'est pas limité aux internes de médecine générale de Caen. Les internes du Poitou-Charentes étaient 91% à souhaiter une formation et 31,9% à vouloir absolument une formation

(81). D'ailleurs le programme des ECNi n'était pas suffisant pour 70% des étudiants de médecine de la thèse de Alexis COLOSIO (90). Ces derniers considéraient que les cours qu'ils avaient reçus ne permettraient pas de prendre en charge correctement le sevrage de leurs patients. Les médecins généralistes comme les étudiants de médecine, souhaitent aussi se former sur le tabagisme et la prise en charge de son sevrage, ces derniers n'ayant pour les plus âgés pas eu de cours sur le sevrage tabagique (86).

Trois types de formations étaient plébiscités par les internes : des cours en petit groupes, une formation en ligne et une formation par documentation. Ces modes de formations semblent être les plus adaptés aux internes de médecine générale. Ces formations ont différents atouts, les cours en petit groupes permettent d'avoir des interactions avec les formateurs et les formations en ligne et par documentation sont adaptées aux emplois du temps chargés des internes (91).

c) Perspectives de formation

Comme nous l'avons vu précédemment dans la partie « formations reçues par les internes », les internes ayant bénéficié d'une formation durant l'un de leurs stages ont des meilleures connaissances dans certains domaines de la tabacologie. Ces formations s'effectuent en petit groupe d'étudiants du fait que les terrains de stages ont un nombre limité d'étudiants (externes et internes compris). La formation en petit groupe est d'ailleurs l'une des formations les plus plébiscitées par les internes de médecine générale pour leur formation en tabacologie. Ces formations ont l'avantage d'être plus simple à mettre en place. D'ailleurs les internes de médecine générale ont déjà des groupes de parole en petit nombre une fois par mois, les groupes d'apprentissage à l'analyse pratique (GAAP). De plus les internes de médecine générale sont environ une soixantaine par promotion dans l'UFR de médecine de Caen depuis la réforme de l'internat. Il serait donc parfaitement envisageable de constituer

trois groupes d'une vingtaine d'internes et de réaliser des formations en tabacologie sur une demi-journée.

Concernant le contenu de ces formations, nous avons vu précédemment les lacunes que présentent les internes de médecine générale. Il serait nécessaire d'orienter la formation vers trois grands axes : l'évaluation du tabagisme des fumeurs, la prise en charge du sevrage tabagique (traitement pharmaceutique et non pharmaceutique) et le suivi du sevrage des patients. Bien évidemment, les formations étant en petit groupe, les questions des internes pourraient être traitées durant les cours.

Une formation des internes au RPIB tabac serait aussi intéressante. Elle rentrerait parfaitement dans le cadre d'une formation plus générale sur la prise en charge du sevrage tabagique. Le RPIB a fait ses preuves dans la prise en charge de l'addiction à l'alcool, son utilisation est d'ailleurs recommandée par l'HAS pour la prise en charge du tabagisme. Le RPIB nécessite que les soignants se forment à son utilisation. Mais seuls 5% des médecins français se sont formés à l'utilisation du RPIB ces dix dernières années (1). Certaines facultés de pharmacie (Paris sud, Amiens et Angers) ont proposé une formation au RPIB dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolisme à destination de leurs étudiants (92). Nous pourrions mettre en place ce type de formation au sein de l'UFR de médecine de Caen. Le réseau de prévention des addictions propose une formation pour les futurs formateurs du RPIB pour le tabac sur deux jours (41).

Il faudrait former les internes au début de leur internat, puisqu'il existe une différence significative en fonction de l'ancienneté des internes sur la diminution de l'influence du statut tabagique, par une formation en tabacologie. En effet les internes de dernières années sont plus nombreux à penser qu'une formation ne diminuerait pas

l'influence de leur statut tabagique sur leur pratique. De plus, depuis la réforme de l'internat, ces derniers doivent réaliser au cours de leur dernière année d'internat leur thèse d'exercice. Ils doivent aussi au cours de cette année finir leur portfolio et réalisé des GAAP durant l'année. Les jeunes internes de première année sont la cible privilégiée d'une formation en tabacologie. Ils n'ont pas beaucoup d'expérience clinique et doivent réaliser leur premier stage ambulatoire chez le praticien de médecine générale. Ils pourraient mettre en pratique leur formation dès ce stage et cela leur permettrait également de ne pas acquérir de mauvaises pratiques en tabacologie. Si une formation en tabacologie était mise en place, elle devrait se dérouler lors de la première année d'internat et, si possible, au début du premier semestre de l'internat.

Une autre formation a aussi été très demandée par les internes : un document informatif. Ce dernier est très facile à mettre en place et peut-être transmis à l'ensemble des internes quelle que soit leur ancienneté. Mais il ne serait pas pertinent d'utiliser uniquement ce mode de formation en matière de tabacologie car ce document ne permettrait pas de répondre à certaines interrogations que pourraient avoir certains internes. Cependant il serait intéressant d'associer une formation par documentation à une formation en petit groupe. Cela permettrait de faire un rappel sur la tabacologie aux internes de deuxième et troisième années et de fournir un aide-mémoire à tous les internes de médecine générale pour leur pratique de la tabacologie.

Conclusion

Notre étude a montré que le statut tabagique influençait la prescription des substituts nicotiniques, avec une moindre prescription de ce traitement par les internes fumeurs. Nous faisons l'hypothèse que cette différence est en partie due à un moindre sentiment de légitimité des internes par rapport au tabagisme de leurs patients. Il serait pertinent de rechercher les facteurs qui pourraient agir sur le sentiment de légitimité des internes fumeurs.

Un de nos résultats nous a particulièrement surpris : la prescription de Bupropion par certains internes de médecine générale. Il faudrait savoir si dans la réponse à l'enquête il n'y a pas eu confusion entre le Bupropion et la Varénicline. Dans le cadre d'une prescription réelle du Bupropion, il faudrait identifier les raisons de la prescription de ce traitement normalement soumis à une restriction de prescription.

Les internes de médecine générale ont, dans leur majorité, souhaité une formation complémentaire à celle qu'ils ont reçue durant leur externat. Il semblerait que celle reçue durant l'externat ne soit pas suffisante pour aider les internes dans leur pratique. Au vu de ce constat, l'évaluation de la formation reçue par les externes en tabacologie, et ce qu'ils en ont retenu semble primordiale. En trouvant les points à améliorer, nous pourrions permettre aux internes d'être plus efficaces en matière de tabacologie dès le début de leur internat et ce quelle que soit leur spécialité future.

Etant donné les difficultés et les demandes actuelles des internes en matière de formation en tabacologie, il semble nécessaire de mettre en place une formation pour les internes de médecine générale. Des formations en petits groupes d'internes, en première année d'internat, associées à une documentation pour tous les internes de cette spécialité, quelle que soit leur ancienneté, seraient les modes de formation les plus adaptées. Avec ces deux moyens de formation, les internes auraient tous les outils

à leur disposition pour assurer la prise en charge des patients fumeurs ainsi que le sevrage tabagique.

Cependant, il n'est pas étonnant que les internes de médecine générale aient des difficultés avec la prise en charge du tabagisme, une pathologie où la prévention et la promotion de la santé sont une composante importante. La prévention et la promotion de la santé n'avaient, jusqu'à très récemment que peu de place dans le cursus des études de médecine, hormis au sein du DES de santé publique et de médecine sociale. Ces dernières années l'Etat a décidé de donner une place plus importante à la santé publique dans la formation des différents métiers de la santé, notamment celle des médecins. C'est dans cette optique qu'est actuellement expérimenté le service sanitaire des étudiants en santé. L'objectif de ce dernier est double : il permettra de promouvoir le travail interdisciplinaire et d'initier les futurs acteurs de la santé à la prévention et à la promotion de la santé (14).

C'est dans cet environnement propice à la santé publique, que la prévention et la promotion de la santé ont pris une place de plus en plus importante dans la médecine et notamment dans la médecine générale. C'est notamment le cas de la lutte contre le tabagisme. Le PNLT 2018-2024 va d'ailleurs dans ce sens puisque l'une de ses préconisations est la mise à jour régulière des connaissances en tabacologie des praticiens. Notre proposition de formation à destination des internes de médecine générale répond donc parfaitement aux objectifs du PNLT 2018-2024 et pourrait être un atout dans la lutte contre le tabagisme dans notre région (14, 18).

Cependant nous pouvons aller plus loin dans la réalisation des préconisations du PNLT, en proposant aussi cette formation aux médecins généralistes notamment sur la recherche précoce et l'intervention brève sur le tabac qui est aussi recommandée par l'HAS (18).

Bibliographie

1. 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.
2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés [PDF]. Juin 2017. 7^e édition
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>
3. Observatoire régional de la santé de Basse Normandie. Projet d'état des lieux des addictions en Normandie. Avril 2017.
https://www.normandie.ars.sante.fr/index.php/system/files/2018-03/Rapport_EtatdesLieux_Normandie_Addiction_V2_0.pdf
4. Andler R, Cogordan C, Guignard R, Léon C, Nguyen-Thanh V ; Le groupe Baromètre de santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire. 2018 ; (14-15) : 265-73.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
5. Le Ministère de la santé et des sports. Etudes et résultats : santé physique et psychique des médecins généralistes. Juin 2010. Numéro 731
6. Descamps T. Stratégie du médecin généraliste picard dans le sevrage tabagique : influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Université de Picardie Jules Verne, Faculté de médecine d'Amiens. Mars 2017.
7. Mekaoui L. Le tabac. In : Toubiana E-P, directeur de publication. Addictologie clinique. Presse universitaires de France. 2015. P 301-38.
8. Encyclopædia Universalis (consulté en juin 2017). Introduction du tabac en France, [en ligne].
<http://www.universalis.fr/encyclopedie/introduction-du-tabac-en-france/>
9. Ratte S, Martzel A. Lutte contre le tabagisme : information et contre information. La revue du praticien. 15 novembre 2004. 54 (17) : 1911-18.
10. Fondation contre le Cancer (consulté en juin 2017). L'augmentation des prix réduit la consommation de tabac. [En ligne].
<http://www.cancer.be/pr-vention/le-r-le-du-tabac/nos-positions/laugmentation-des-prix-r-duit-la-consommation-de-tabac>
11. Comité national contre le tabagisme, (consulté en juin 2017). Pourquoi il faut augmenter les taxes de manière significative et répétée pour avoir un effet sur la consommation ? [En ligne].
<http://www.cnct.fr/nos-actions-de-plaidoyers-90/pourquoi-il-faut-augmenter-les-taxes-de-maniere-significative-2-67.html>

12. Bourdillon F. Editorial. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire. 2018 ; (14-15) :262 – 64.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_0.html
13. Comité national contre le tabagisme (consulté en juillet 2017). Plus d'un siècle d'histoire, à l'avant-garde de la lutte contre le tabagisme. [En ligne].
<http://www.cnct.fr/tous-les-dossiers-73/historique-du-cnct-1-14.html>
14. Chazalon S, Cardenas M, Drouin C, Bello PY. Focus. Le programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années de stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France. Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire. Mai 2018 ; (14-15) : 296 – 98.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_5.html
15. Tabac-info-sevice.fr (consulté en février 2019). Merci et bravo aux 242 579 inscrits de #MoisSansTabac [en ligne].
<http://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
16. Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O et al ; le groupe Baromètre de santé 2017. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec le Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre de santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018 ; (14-15) : 298-303.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html
17. Ameli (consulté en mars 2019). Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques ? [En ligne].
https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques#text_48943
18. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Programme de national de lutte contre le tabac 2018-2022. 2018
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
19. Dansou A, Marino B, Lemarié E. Addiction et conduites dopantes. La revue du praticien. Juin 2012 ; 62 : 837-42.
20. Comité national contre le tabagisme. (Consulté en mai 2017). La composition de la fumée de tabac [en ligne].
<http://www.cnct.fr/impact-sur-la-sante-72/la-composition-de-la-fumee-de-tabac-1-17.html>
21. Dautzenberg B. Fumer ou vapoter : quels dangers ? La revue du praticien - Médecine Générale. Septembre 2013 ; 27 (908) :90 – 1.
22. Gillet C. Clinique de la dépendance tabagique. In : Lejoyeux M. Addictologie. Broché. Juillet 2013. P :140-54.
23. Wirth N, Martinet Y, Spinosa A, Bohadana A. Différentes formes du tabagisme. La revue du praticien - Médecine générale. 30 janvier 2007 ; 21(756/ 757) :79-82.

24. Le Houezec J. Pourquoi devient-on dépendant du tabac ? La revue du praticien – Médecine générale. 27 mai 2002 ; 16 : 869-72.
25. Inserm (consulté en mars 2019). Addictions : du plaisir à la dépendance [en ligne].
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
26. Hill C. Les causes de cancer. La revue du praticien. Octobre 2013 ; 63 : 1110 – 2
27. Perriot J, Doly-Kuchcik L, Merson F. Le tabagisme : plus de vingt maladies attribuables. Le concours Médical. Janvier 2015 ; 137 : 32 – 3.
28. Rockville MD. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress. Rep Surg Gen US Departement Health Hum Serv Off Surg Gen Atlanta US. 2014; 944.
29. Thomas D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. La revue du praticien. Mars 2012 ; 62 : 339 - 43.
30. Delcroix M. La grossesse et le tabac. Presses universitaire de France. 2011.
31. Berlin I, Golmard J-L, Jacob N, Tanguy M-L, Heishman SJ. Cigarette smoking during pregnancy: do complete abstinence and low level cigarette smoking have similar impact on birth weight? Nicotine and tobacco ressearch. Mai 2017;19(5):518 – 24.
32. Lejoyeux M. Les psychothérapies en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale. 26 sept 2006 ;20 (742/743) :941 - 51.
33. Druais PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Ministère de la Santé et des droits des femmes. Rapport pour le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. 15 Mars 2015.
34. Peiffer G, Underner M, Perriot J. Sevrage tabagique. Dépister, motiver, substituer, soutenir. La revue du praticien - Médecine Générale. Mars 2014 ;28 (917): 199 - 204.
35. Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique. Revue des maladies respiratoires. Avril 2012; 29(4):462 – 74.
36. Le Houezec J. Echelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation. Revue de Bibliographie à la demande de la Société Française de Tabacologie. 2010.
37. Psychocriminologie (consulté en mai 2017). Répertoire des échelles et instruments d'évaluation validés en France (2006) [PDF].
<http://psychocriminologie.free.fr/?p=129>
38. Reynaud M, Schwan R. Diagnostic des addictions. La revue du praticien. Juin 2003; 53 : 1304 – 14.
39. Aubin HJ, Lagrue G, Légeron P, Azoulaï G, Pélissolo S, Humbert R, et Remon D. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT).

- Construction et validation. *Alcoologie et Addictologie*. 15 décembre 2004 ; 26(4): 311 – 16.
40. Haute autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration. Novembre 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
 41. Réseau de prévention des addictions (respadd). (Consulté en mars 2019). Repérage précoce – intervention brève pour la prise en charge des conduites à risques liées à la consommation d'alcool et de tabac. [en ligne].
<https://www.respadd.org/reperage-et-autoevaluation/rpib/>
 42. De L'Homme G, Jacob N. Evaluation de l'imprégnation nicotinique par les marqueurs tabagiques. *La revue du praticien – Médecin Générale*. 7 Avril 2003 ; 17 (609) : 504 – 06.
 43. Lagrue G, Cormier S, Dalle M, Divine C, Mautrait C. La mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré. *Concours Médical*. 01 février 2006 ;128 : 184 – 86.
 44. Lagrue G, Divine C, Dalle M, Franc S. Marqueur du tabagisme. Quel intérêt dans le sevrage ? *La revue du praticien – Médecine Générale*. 27 Février 2007 ; 21 (760/ 761) : 222 – 24.
 45. Guichenez P. Traiter l'addiction au tabac avec les thérapies comportementales et cognitives. Dunod. Janvier 2017.
 46. E-santé.fr (consulté en juillet 2017). Arrêt du tabac : combien ça coûte ? [En ligne].
<https://www.e-sante.fr/arret-tabac-combien-ca-coute/actualite/471>
 47. Haute autorité de santé. Synthèse d'avis de la commission de la transparence. CHAMPIX® (Varénicline), agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux. Octobre 2016.
 48. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. Juin 2016; 387: 2507 – 20.
 49. Vidal (consulté en septembre 2017). CHAMPIX (Varénicline) : désormais remboursable dans le sevrage tabagique en 2^e intention. [En ligne]
https://www.vidal.fr/actualites/21327/champix_varenicline_desormais_remboursable_dans_le_sevrage_tabagique_en_2e_intention/
 50. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les thérapeutiques ayant démontré leur efficacité. In : Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – Argumentaire. Mai 2013, p : 23 – 33.

51. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (consulté en janvier 2019). ZYBAN (Bupropion) : point sur les données de pharmacovigilance. [En ligne].
<https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/ZYBAN-bupropion-point-sur-les-données-de-pharmacovigilance>
52. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (consulté en janvier 2019). Liste des substances interdites ou soumises à restriction. [PDF]
<file:///C:/Users/pc%20lucette/Downloads/Liste%20-preparations-reglementees%20 PHfevr2017.pdf>
53. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Le ministère des affaires sociales et de la santé. 31 mai 2012 : Nouvelle campagne contre le tabagisme : « On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer. Quelle que soit la vôtre, il existe une solution. Appelez Tabac info service. ». Dossier de presse. 2012.
54. Gisle L. La consommation de tabac. La science au service de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement. 2008. Belgique.
https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2008.pdf
55. Dupont P. Sevrage tabagique : aider vos patients à se motiver ! La revue du praticien – Médecine Générale. Octobre 2012 ; 26 (887) : 637 – 38.
56. Borgne A, Aubin HJ, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. La revue du praticien. 2004 ; 54 : 1883 – 93.
57. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies complémentaires leur place parmi les ressources de soins (acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi). Académie nationale de médecine. 5 mars 2013.
58. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice J-C. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. Revue des maladies respiratoires. 2016 ; 33(6): 431 – 43.
59. Berlin I. Le tabagisme et la cigarette électronique en France. Presse Médicale. Décembre 2016 ; 45 (12): 1141 – 6.
60. Lermenier A, Palle C ; Tovar M-L. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Saint-Denis. 12 février 2014.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf>
61. Dautzenberg B, Dautzenberg MD. La cigarette électronique est-elle fiable et efficace ? Presse Médicale. Juillet 2014 ; 43 (7-8): 858 – 64.
62. Vanderkam P, Boussageon R, Underner M, Langbourg N, Brabant Y, Binder P, et al. Efficacité et sécurité de la cigarette électronique pour la réduction du tabagisme : revue systématique et méta-analyse. Presse Médicale. Novembre 2016 ; 45 (11): 971 – 85.
63. Flouris AD, Chorti MS, Poulianiti KP, Kostikas K, Tzatzarakis MN, Wallace Hayes A and al. Acute impact of active and passive electronic cigarette

- smoking on serum cotinine and lung function. *Inhal Toxicol.* 2013 Feb ; 25 (2) :91 – 101.
64. Polosa R, Caponnetto P, Morjaria JB, Papale G, Campagna D, Russo C. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-Cigarette) on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study. *BMC Public Health.* 2011 Oct 11; 11: 786
 65. Dautzenberg B (Coordinateur du projet), Office français de prévention du tabagisme, Direction générale de la santé. Quels sont les effets sur la santé de l'e-cigarette. In : Dautzenberg B (Coordinateur du projet), Office français de prévention du tabagisme, Direction générale de la santé. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Mai 2013 ; p : 72 – 104.
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000328/>
 66. McRobbie H, Bullen C ; Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec ; (12)
 67. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, And all. A randomized trial of E-cigarettes versus Nicotine-replacement therapy. *New england journal of medicine.* 2019 Fev 14 ; 380 : 629 – 37.
 68. Perriot J. La formation en tabacologie par le DIU de tabacologie et aide à l'arrêt du tabagisme : Evaluation – perspectives. Société française de tabacologie. 2009.
www.societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/form_tabacologie_Perriot2009.pdf
 69. Collège des Enseignants de Pneumologie. Item 73 (ex item 45) Addiction au tabac. 2013.
http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2015/01/item_73_ex_item_45_tabac.pdf
 70. Education.fr (consulté en février 2019). Bulletin officiel n° 22 du 7 juin 2007. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Juin 2007.
<https://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/default.htm>
 71. Item 73 – Addiction au tabac. In : Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Presse universitaire François-Rabelais. 2016. P : 395 – 404.
 72. Bouxom S. Un nouvel internat pour de meilleurs médecins demain ? La revue du praticien – Médecine générale. 15 Juin 2017. 31 (983) ; 469.
 73. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (consulté en mars 2019). DES de médecine générale. [En ligne].
<https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
 74. Association francophone des diplômés et étudiants en tabacologie (consulté en mars 2019). Petite histoire de la tabacologie en France. [En ligne].
<https://www.tabacologue.fr/spip.php?article294>

75. Unicaen (consulté en février 2019). DU – Diplôme d'université du domaine santé - Addictologie. [En ligne].
<https://uniform.unicaen.fr/catalogue/formation/autres/5776-diplome-d-universite-addictologie?s=ufrsante&r=1484317830785>
76. Bordeaux S. Enquête de pratique sur l'aide au sevrage tabagique auprès des médecins généraliste d'Indre-et-Loire [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine] Faculté de médecine de Tours : Université François Rabelais. Avril 2004.
77. 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 respiratoire. Mai 2010 ; 27(5): 431 – 40.
78. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med. Mai 2005 ;40(5):595-601.
79. Piardon M. Evaluation des médecins généralistes du val de marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Université Paris Val de Marne : faculté de médecine de Créteil. 2007.
80. Lephay-Mota J. Utilisation de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique par les médecins généralistes picards : pratiques, points de vue et attentes. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Faculté de médecine d'Amiens : Université de Picardie Jules Verne. 2016.
81. Brabant Y. Les internes en médecine et le tabac : Enquête auprès de 406 internes de Poitou-Charentes. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Université de Poitier : Faculté de Médecine et de Pharmacie. Mai 2012.
82. Rabier E. Impact du tabagisme des internes de médecine générale dans l'aide au sevrage tabagique : étude qualitative à partir d'une examen clinique objectif structuré (ECOS). [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Université de Paris Diderot - Paris 7 : faculté de médecine. Septembre 2014.
83. Dansou A, Groussin L, Gaborit C, Touraine A, Blanchet E, Laporte L, et al. Abord et prise en charge du fumeur par 149 internes au CHRU de Tours. Revue des maladies respiratoires. Septembre 2012; 29(7) :878 – 88.
84. Do YK, Bautista MA. Medical students' tobacco use and attitudes towards tobacco control. Med Educ. Juin 2013; 47(6) :607 – 16.
85. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (consulté en mars 2019). Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac. Evolution depuis 1998. [En ligne].
<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiniques/>
86. Vavilina E. Expériences et opinions des médecins généraliste sur la prise en charge au cabinet d'un fumeur de tabac [Thèse pour le diplôme de docteur en

- médecine]. Université de Nice-Sophia-Antipolis faculté de médecine de Nice. Novembre 2016.
87. Andiamahafa T. Place et abord de la problématique tabac dans l'autoformation des internes de médecine générale : analyse de 192 portfolios validés en septembre 2015. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Université de Bordeaux UFR de sciences médicales. Septembre 2017.
 88. Roddy E, Rubin P, Britton J. A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tob Control*. 2004 Mars ;13(1) :74 – 77.
 89. Strobel L, Schneider NK, Krampe H, Beibath T, Pukrop T, Anders S, West R, Aveyard P, Raupach T. German medical students lack knowledge of how to treat smoking and problem drinking. *Addiction*. 2012 Oct ;107(10) :1878 – 82.
 90. Colosio A. Prévalence du tabagisme et connaissances sur le tabac des étudiants en médecine de Limoges. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Université de Limoges : Faculté de médecine. 2018
 91. Moinard P-A. Temps de travail des internes, où en est-on ? *La revue du praticien – Médecine générale*. 17 novembre 2014. 930 : 788
 92. Deballon J-B. Evaluation, intérêt et impact du projet pilote de formation au RPIB (Repérage Précoce Intervention Brève) à L'UFR de pharmacie d'Amiens, Paris et Angers pour les étudiants en sixième année filière officine. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Picardie Jules Vernes : Faculté de pharmacie d'Amiens. Novembre 2014.

Annexes

Annexe 1 : Le test de Fagerström en six questions

Annexe 2 : Le test de Fagerström simplifié

Annexe 3 : Le Q-MAT

Annexe 4 : Message accompagnant le lien sur la page Facebook du groupe fermé du SINBAM

Annexe 5 : Le message envoyé sur la boîte mail des internes de médecine générale

Annexe 6 : Le questionnaire de thèse

➤ **Annexe 1 :**

Le Test de Fagerström en 6 questions

1. **Le matin, combien de temps après être éveillé fumez-vous votre première cigarette ?**

Dans les 5 minutes3

Dans les 6 à 30 minutes2

Dans les 31 à 60 minutes1

Plus de 60 minutes0

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

Oui1

Non0

3. **A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?**

A la première1

A une autre0

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

10 ou moins0

11 à 201

21 à 302

31 ou plus3

5. **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?**

Oui1

Non.....0

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

Oui1

Non.....0

Résultat :

Entre 0 et 2 => pas de dépendance

Entre 3 et 4 => dépendance faible

Entre 5 et 6 => dépendance moyenne

Entre 7 et 10=>dépendance forte

➤ **Annexe 2 :**

Le test de Fagerström simplifié

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Moins de 100
Entre 11 et 201
Entre 21 et 30.....2
Plus de 31.....3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes3
Entre 6 à 30 minutes.....2
Entre 31 à 60 minutes.....1
Après plus d'une heure ...0

Résultat :

Entre 0 et 1 => pas de dépendance
Entre 2 et 3 => dépendance modéré
Entre 4 et 6 => dépendance forte

➤ **Annexe 3** :

Le Q-MAT
Des docteurs Légeron et Lagrue

1) Pensez-vous que dans 6 mois :

Vous fumerez toujours autant	0
Vous aurez un peu diminué votre consommation de cigarettes	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes.....	4
Vous aurez arrêté de fumer.....	8

2) Avez-vous actuellement, envi d'arrêter de fumer ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup.....	2
Enormément	3

3) Pensez-vous que dans 4 semaines :

Vous fumerez toujours autant	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette	4
Vous aurez arrêté de fumer	6

4) Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?

Jamais	0
Quelque fois	1
Souvent	2
Très souvent	3

Score sur 20 points

Résultats :

Moins de 6 points : motivation insuffisante
Entre 7 et 13 points : motivation moyenne
Score supérieur à 13 points : bonne motivation

Annexe 4 : Message sur le groupe Facebook fermé du SINBAM

Bonjour à tous,

J'aurai besoin de votre aide pour ma thèse qui porte sur l'influence du statut tabagique des internes de médecine générale sur la prise en charge des patients fumeurs.

Cette étude pourrait permettre de mettre en place des formations adaptées aux besoins et demandes des internes de médecine générale.

Pour cela répondez à mon questionnaire (lien ci-dessous). Répondre aux questions ne prend que 5 minutes et il est totalement anonyme.

Lien vers le questionnaire : ...

Merci beaucoup de votre aide.

Fleury Lucy

Petit rappel des consignes concernant ce message :

➔Merci de ne pas transmettre le lien vers le questionnaire en dehors ce groupe Facebook

➔Les commentaires de ce message ont été désactivés

Annexe 5 : Message envoyé sur la boîte mail des internes de médecine générale

Bonjour,

Je suis interne en santé publique et je vous fais parvenir un questionnaire dans le cadre de mon travail de thèse portant sur le statut tabagique des internes de médecine générale et leur prise en charge des patients fumeurs.

Cette étude pourrait permettre de mettre en place des formations adaptées aux besoins et demandes des internes de médecine générale.

Le questionnaire ne prendra que quelques minutes de votre temps. Le questionnaire est totalement anonyme.

Voici le lien pour répondre au questionnaire :

Je vous remercie de l'aide que vous pourrez m'apporter

Fleury Lucy

➤ **Annexe 6** :

Questionnaire pour l'étude :

Tabac et interne

Cher(e)s internes

Je suis interne en Santé publique et je réalise une étude sur l'influence du statut tabagique des internes de médecine générale sur la prise en charge des patients fumeurs. Elle se fait en collaboration avec le Professeur LE COUTOUR, responsable pédagogique des internes de santé publique et PUPH du service d'hygiène du CHU de Caen et du docteur VAN DER SCHUEREN médecin tabacologue du CHU de Caen.

Ce questionnaire ne prendra que quelques minutes de votre temps. Toutes les réponses aux questions sont anonymes et ne contiennent aucune information permettant de vous identifier.

Je vous remercie de votre participation qui me permettra d'obtenir une population représentative des internes de médecine générale

FLEURY Lucy

Interne en Santé Publique au CHU de Caen

- **Prise en charge du patient fumeur :**

1/ Selon vous, la prise en charge tabagique a-t-elle un intérêt en médecine générale ?

1

2

3

4

5

1 : pas d'intérêt et 5 intérêt majeure

2/ Vous sentez-vous légitime pour aborder avec vos patients leur consommation tabagique et le sevrage tabagique ?

1

2

3

4

5

1 : pas légitime et 5 totalement légitime

Si 5 : aller à la question 4

Si 1,2,3 ou 4 aller à la question 3

3/ Selon vous, une formation en tabacologie vous permettrait-elle de vous sentir plus légitime concernant le tabagisme de vos patients ?

-Oui -Non

La prise en charge des patients fumeurs

4/ Connaissez-vous...

	Oui très bien	oui un peu	seulement de nom	non pas du tout
Le conseil minimal				
Fagerström				
Fagerström simplifié				
Le Q-MAT				

5/ Quand utilisez-vous ces tests ?

	Toujours	Souvent	Peu	Jamais
Conseil minimal				
Fagerström				
Fagerström simplifié				
Q-MAT				

6/ Pensez-vous que ces tests ont un intérêt en médecine générale ?

	1	2	3	4	5	Sans avis
Conseil minimal						
Fagerström						
Fagerström simplifié						
Q-MAT						

1 : intérêt mineur

5 : Intérêt majeur

- **La prise en charge du sevrage tabagique**

7/ A quelle fréquence prescrivez-vous ?

	Souvent	Peu	Jamais
Substitut nicotinique			
Bupropion (ZYBAN®)			
Varénicline (CHAMPIX®)			

8/ Avez-vous des difficultés avec l'utilisation ?

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
substitut nicotinique			
Bupropion (ZYBAN®)			
Varénicline (CHAMPIX®)			

9/ Dans quels délais proposez-vous une nouvelle consultation à un patient débutant un sevrage tabagique :

- Avec des substituts nicotiques :semaine(s)
- Avec un traitement par Bupropion :semaine(s)
- Avec un traitement par Varénicline :semaine(s)
- Sans traitement pharmaceutique :semaine(s)

Les réponses possibles sont :

Aucune / 1 semaine/ 2 semaines / 3 semaines /4 semaines /5 semaines /6 semaines /Ne sait pas

- **Concernant le Vaporisateur personnel (cigarette électronique)**

10/ Connaissez-vous les règles d'utilisation des vaporisateurs personnels (cigarettes électroniques) ?

- Oui
- Non

11/ Selon vous quel est l'intérêt des vapoteurs personnels dans le sevrage tabagique ?

1

2

3

4

5

1 : pas d'intérêt et 5 intérêt majeure

- **Votre statut tabagique**

12/ Etes-vous :

- Non-fumeur (Après la question 13 aller à la question 21)
- Ancien fumeur (Après la question 13 aller à la question 19)
- Fumeur actif ou occasionnel (Après la question 13 aller à la question 15)

13/ Selon vous, votre statut tabagique a-t-il une influence sur la prise en charge du tabagisme de vos patients ?

1

2

3

4

5

1 : pas d'influence et 5 influence majeure

Si réponse 5 aller à la question correspondante au statut tabagique

Si réponse 1,2, 3 ou 4 aller à la question 14 puis à la réponse selon le statut tabagique

15/ Pensez-vous qu'une formation pour limiter l'influence de votre statut tabagique sur la prise en charge de vos patients fumeurs ?

- Oui
- Non

- **Pour les internes fumeurs actif ou occasionnel**

15/ Quel est votre type de consommation ?

- Cigarette industrielle manufacturée
- Pipe, cigare, cigarillos
- Tabac à rouler manuellement
- Chicha, narghilé
- Tabac à rouler en tube
- Autre (préciser...)
- Tabac à mâcher

16/ Quels est votre niveau de consommation ?

- Moins de 7 cigarettes par semaine
- Entre 21 et 30 cigarettes par jours
- Entre 1 à 10 cigarette(s) par jours
- Plus de 30 cigarettes par jours
- Entre 11 et 20 cigarettes par jours

17/ Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

- Oui (aller à la question 18)
- Non (aller à la question 21)

18/ Avez-vous déjà essayé pour votre sevrage (Question à choix multiples)

- Les substituts nicotiques sous forme cutanée (patch)
- Les substituts nicotiques sous forme orale (gomme, comprimé à sucer, inhalateur, spray buccale)
- Le Bupropion (ZYBAN®)
- La Varénicline (CHAMPIX®)
- Le vaporisateur personnel

- Les thérapies cognitives et comportementales
- Autre moyen (préciser...)
- Aucun

Aller ensuite à la question 21

- **Pour les anciens fumeurs**

19/ Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

- Depuis moins d'un mois
- Plus de 6 mois
- Entre 1 et 6 mois

20/ Quel était le mode de sevrage utilisé ?

- Les substituts nicotiques sous forme cutanée (patch)
- Les substituts nicotiques sous forme orale (gomme, comprimé à sucer, inhalateur, spray buccale)
- Le Bupropion (ZYBAN®)
- La Varénicline (Champix®)
- Le vaporisateur personnel (cigarette électronique)
- Les thérapies cognitives et comportementales
- Autre moyen (précisez...)
- Aucun

- **Formation en tabacologie**

21/ Quels est votre formation en tabacologie ?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| -Cours magistral pendant l'externat | -Cours magistral pendant l'internat |
| -Formation au cours d'un stage | -Formation par DIU |
| -Aucune formation / Ne sait plus | -Autre |

22/ Seriez-vous intéressé(e) par des formations sur la prise en charge en tabacologie

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| -Oui par cours en amphithéâtre | -Oui par cours en petit groupe |
| -Oui par une formation en ligne | -Oui par une documentation |
| -Non | -Ne se prononce pas |
| -Autre : | |

- **Information sur l'interne :**

23/ Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

24/ En quel semestre êtes-vous ?

- | | |
|------------|------------|
| -Premier | -Quatrième |
| -Second | -Cinquième |
| -Troisième | -Sixième |

25/ Avez-vous ou êtes vous en train de faire le stage chez le praticien de premier niveau ?

- Oui
- Non

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : FLEURY Lucy

TITRE DE LA THESE : L'influence du statut tabagique des internes de médecine générale sur la prise en charge de leurs patients fumeurs.

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Les médecins généralistes, principaux promoteurs de la lutte contre le tabagisme en France, sont nombreux à être fumeurs et cela influence leur prise en charge du tabagisme. En est-il de même chez les internes ? Le statut tabagique des internes de médecine générale de Normandie Occidentale modifie-t-il leur prise en charge de leurs patients fumeurs et du sevrage tabagique ?

Notre étude est descriptive et transversale. Elle concerne les internes de médecine générale de l'UFR de médecine de Caen. Nous les avons interrogés à l'aide d'un questionnaire en ligne durant le mois d'octobre 2018.

89 internes ont répondu totalement au questionnaire. Nous avons 27% d'internes fumeurs. Ces derniers prescrivaient moins de substituts nicotiques que les non-fumeurs ($p=0,023$). Les internes présentent des lacunes en matière de tabacologie : peu d'utilisation du Fagerström complet ou simplifié et des difficultés avec la Varénicline et le suivi du sevrage tabagique. Les internes sont 92% à souhaiter une formation complémentaire en tabacologie.

A la suite de nos résultats, une formation en tabacologie à destination des internes permettrait d'améliorer leur prise en charge du tabagisme et du sevrage.

MOTS CLES : Tabagisme – Sevrage tabagique – Interne – Médecine générale – Prise en charge – Formation.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS: The influence of smoking status of general practitioner residents on the medical care of their smoking patients.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

General practitioners, who are the first advocates of tobacco control in France, are many to be themselves smokers. Their smoking status influences their coverage of the smoking. What about the resident? Does the smoking status of West Normandy general practitioner residents influence their smoking cessation treatments to patients?

Our study is a prevalence and observational study. It concerns the general practitioner resident of the University of Medicine of Caen. We interviewed them through an online survey in October 2018.

89 residents fully responded to the survey, of which 27% smoking residents. They prescribed fewer nicotine substitutes than non-smokers ($P=0,023$). Residents experience deficiencies with tobacco addiction: limited usage of the Fagerström test, even of the simplified version and difficulties with Varenicline and medical care of smoking cessation. 92% of residents wish a complementary training in tobacco addiction.

As a result, it appears that a formation in tabacology for residents would improve their medical care of smoking and smoking cessation.

KEY WORDS: Smoking tobacco – Smoking cessation – Residents – General practitioner – Medical care – formation.