



HAL
open science

Le vécu et l'autonomie des médecins généralistes lors des consultations de sevrage tabagique : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme

Elsa Fournier

► To cite this version:

Elsa Fournier. Le vécu et l'autonomie des médecins généralistes lors des consultations de sevrage tabagique : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02973308

HAL Id: dumas-02973308

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02973308v1>

Submitted on 21 Oct 2020

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2020

N° 2020- 103

LE VECU ET L'AUTONOMIE DES MEDECINS GENERALISTES
LORS DES CONSULTATIONS DE SEVRAGE TABAGIQUE

Etude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT) SPECIALITE MEDECINE
GENERALE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 17 SEPTEMBRE 2020

PAR

FOURNIER Elsa

Née le 03 novembre 1987

Le Président de Jury : Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Les Juges : Monsieur le Professeur Henri COPIN
Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Le directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE : 2020

N° 2020- 103

**LE VECU ET L'AUTONOMIE DES MEDECINS GENERALISTES
LORS DES CONSULTATIONS DE SEVRAGE TABAGIQUE**

Etude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT) SPECIALITE MEDECINE
GENERALE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 17 SEPTEMBRE 2020

PAR

FOURNIER Elsa

Née le 03 novembre 1987

Le Président de Jury : Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Les Juges : Monsieur le Professeur Henri COPIN
Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Le directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

REMERCIEMENTS

A la présidente de mon jury :

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez à cette occasion
l'expression de ma gratitude.*

A mon juge :

A Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Histologie - Embryologie - Cytogénétique)

Chef du service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de
Picardie

Pôle « Femme – Couple - Enfant »

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique
Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et santé des Populations »

Chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

A mon juge :

A Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de Service « Urologie-Transplantation »

Pôle « Médico-Chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie »

(D.R.I.M.E)

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mon profond
respect.*

A mon directeur de thèse :

A Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Médecin généraliste

Merci de m'avoir orienté et suivi dans ce travail. Merci également de m'avoir accueilli en stage. J'ai beaucoup appris à votre contact. Merci de m'avoir donné cette vision de la médecine et d'avoir conforté mon choix de devenir médecin généraliste. C'est toujours un plaisir d'échanger et de travailler avec vous.

A Romain, merci pour ton amour, ton soutien, tes encouragements et ta patience. J'ai de la chance de t'avoir à mes côtés. Merci pour cette vie que nous nous construisons à deux, à trois puis à quatre maintenant avec nos enfants. Je t'aime tant.

*A mes enfants, **Timothée et Arthur**, vous êtes mes rayons de soleil, je serai toujours là pour vous. Je vous aime plus que tout.*

A mes parents, merci pour votre soutien et votre amour. Merci de m'avoir toujours encouragé, de m'avoir appris à ne jamais baisser les bras au cours de ces longues études. Merci pour votre écoute (de longues heures de stratégies de révisions !). Merci de m'avoir réconforté et d'avoir supporté mes sautes d'humeur. Maman, merci pour les bons petits plats toujours servis à l'heure en fonction de mon planning de révisions. Merci pour l'aide à la relecture de ce travail. Je suis heureuse de vous rendre fiers aujourd'hui. Je vous aime fort.

*A mon frère, ma belle-sœur, mes nièces **Léonie et Coline**, merci pour les bons moments passés ensemble. Je vous aime fort.*

A mes beaux-parents, merci de m'avoir accueilli dans votre famille, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

A Odile Vincent, Merci d'avoir été présente dans les moments difficiles, je vous dois tellement.

*A mes amis, **Philou, Vico, Camille (bibi), Marion, Camille, Momo, Valou, Chloé**, merci pour votre amitié, pour nos soirées, pour avoir toujours été à mes côtés.*

*A mes amis, **Marion (mimi), Anne-So, Maga, Perrine, Mylène et les Popos**, merci d'avoir toujours été à mes côtés, merci pour votre soutien, notre amitié traverse le temps sans jamais faiblir et quel bonheur de voir maintenant nos enfants prendre le même chemin.*

*Aux fantastiques : **Sarah, Lola, Lina, Clara, Marina et Fouzia**, merci pour votre amitié et merci d'avoir rendu ce premier semestre d'internat inoubliable. Sans oublier mes formidables co-internes durant ce semestre, **GG et Sarah**, que de souvenirs.*

*A mes amis sudistes, **Alex, Lucie et vos enfants Hadrien et Léonore**, merci pour votre amitié, les bonnes vacances passées ensemble et les prochaines au Club Med n'est-ce pas ! Et Lucie, merci pour ton aide en anglais.*

A l'équipe du Mail, merci pour m'avoir orienté dans ce travail.

À tous les médecins et les membres des équipes soignantes rencontrés lors de mes études, merci pour votre apprentissage, la transmission de vos connaissances et les bons moments passés.

À tous les médecins ayant participé à ce travail, merci d'avoir pris de votre temps pour nos entretiens, je vous en suis reconnaissante.

ABREVIATIONS

- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
- ATCD : Antécédents
- BPCO : Broncho- Pneumopathie Chronique Obstructive
- CH : Centre Hospitalier
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DPC : Développement Professionnel Continu
- EPU : Enseignement Post Universitaire
- FMC : Formation Médicale Continue
- HTA : Hypertension Artérielle
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- MG : Médecin généraliste
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste
- PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac
- PNRT : Plan National de Réduction du Tabac
- SEITA : Société d'Exploitation Industrielle des Tabacs et des Allumettes

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	23
II. LE TABAC DU XV-ème SIECLE A NOS JOURS	25
III. MATERIEL ET METHODES	29
A. Objectifs de l'étude.....	29
B. Choix de la méthode.....	29
C. Elaboration du guide d'entretien.....	29
D. Constitution de l'échantillon.....	30
E. Déroulement des entretiens.....	31
F. Retranscription des entretiens.....	31
G. Analyse des données	31
IV. RESULTATS	33
A. <u>Les entretiens</u>	33
B. <u>Caractéristiques de l'échantillon</u>	33
C. <u>Analyse des résultats</u>	34
1. Le tabagisme et l'aide au sevrage en pratique de médecine générale	34
1.1 Le tabac, un sujet qui ne fait pas peur.....	34
1.2 Identification du statut tabagique du patient.....	34
1.3 Les opportunités d'aborder le tabac.....	36
1.4 Discussion autour du sevrage tabagique.....	37
a. Ecoute et saisie des opportunités.....	37
b. Bienveillance du médecin.....	39
c. Adapter son discours.....	41
2. La consultation de sevrage et son suivi	41
2.1 La consultation de sevrage.....	42
a. Le temps et la disponibilité du médecin.....	42
b. Un motif trop souvent secondaire.....	42
c. Une consultation dédiée.....	43
2.2 Programmation du suivi du sevrage tabagique.....	43
a. Deux profils de médecins.....	43
b. Deux profils de patients, quid de l'observance ?.....	44

c. Importance du suivi des dossiers informatiques.....	45
3. Prise en charge du sevrage tabagique uniquement par le médecin généraliste.....	45
3.1 Les avantages.....	45
3.2 Les inconvénients.....	47
3.3 Ambivalence quand les avantages sont aussi les inconvénients.....	48
3.4 Les limites de l'autonomie.....	49
3.5 Autonomie parfaite ?.....	51
4. Le recours à d'autres professionnels de santé.....	52
4.1 Les professionnels de santé sollicités par les médecins généralistes.....	52
4.2 Méconnaissance des réseaux d'aide au sevrage tabagique.....	54
4.3 Avantages d'une prise en charge conjointe avec les réseaux d'addictologie.....	54
a. Pour le patient.....	54
b. Pour le médecin.....	56
4.4 Inconvénients d'une prise en charge conjointe avec les réseaux d'addictologie.....	56
a. Les craintes du médecin.....	56
b. Les craintes des patients vues par le médecin.....	57
5. Influence du statut tabagique du médecin généraliste.....	58
5.1 Ressenti du médecin non-fumeur.....	58
a. Influence sur la compréhension.....	58
b. Manque d'argument.....	59
5.2 Vécu du médecin fumeur ou ancien fumeur.....	59
a. Une meilleure compréhension.....	59
b. Raisonner la consommation.....	59
c. Partager son expérience personnelle.....	59
5.3 Connaissance du statut fumeur du médecin par le patient.....	60
6. Formation des médecins généralistes sur l'aide au sevrage tabagique.....	60
6.1 Hétérogénéité dans l'acquisition des connaissances.....	60
6.2 Formation complémentaire, des avis divergents.....	62
7. Effet positif du remboursement des traitements nicotiniques de substitution.....	63
7.1 Favorise une consultation dédiée.....	63
7.2 Accroît la motivation du patient.....	63

7.3 Argument supplémentaire pour le médecin.....	64
V. DISCUSSION.....	65
A. <u>Forces et faiblesses de notre étude.....</u>	65
1. Forces.....	65
2. Faiblesses.....	65
B. <u>Discussion des résultats.....</u>	66
1. Le vécu des médecins généralistes.....	66
2. L'autonomie des médecins généralistes et leurs limites.....	69
3. Influence du statut tabagique du médecin généraliste.....	72
4. Formation des médecins généralistes.....	73
VI. CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	83
A. <u>Annexe 1</u> : Script d'entretien.....	83
B. <u>Annexe 2</u> : Retranscription des entretiens (CD-ROM).....	84

I. INTRODUCTION

A l'occasion de mes stages d'internat en médecine générale, j'ai constaté que certaines maisons de santé pluridisciplinaires bénéficiaient du passage d'une équipe spécialisée en addictologie.

Il s'agit d'un réseau de soins en addictologie qui propose un nouveau type de suivi au sein même du cabinet du médecin généraliste ce qu'on appelle une microstructure.(1)

Ce concept a été expérimenté au début des années 2000 en Alsace.(1)

Les microstructures sont composées d'une équipe pluriprofessionnelle avec un psychologue spécialisé en addictologie, un travailleur social et un médecin généraliste. Ils interviennent à la demande de ce dernier. Un médecin coordinateur peut être consulté pour garantir le parcours de soins le plus adapté.

Dans la Somme, ces microstructures sont portées par l'association Le Mail à Amiens.

Leurs champs de compétence étaient initialement l'alcoologie et la toxicomanie puis ils se sont étendus progressivement à toutes les addictions confondues incluant alors la dépendance au tabac, aux médicaments, aux jeux et à la cyberaddiction.

Intéressée par ce dispositif et incitée par mon maître de stage à approfondir le sujet, j'ai eu l'occasion de rencontrer le Docteur Jeanson Patricia, directrice de l'association Le Mail. Elle m'a expliqué que la consommation de tabac était souvent banalisée et minimisée face à d'autres addictions (alcool et drogues), mais pourtant responsable d'un bon nombre de décès.

Actuellement l'association est donc dans une optique de lutte contre le tabagisme. En effet, elle a été retenue en 2018 par l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de France pour déployer le dispositif « Lieux de santé sans tabac » au sein de leurs locaux et pour développer de nouvelles microstructures dans la Somme afin de promouvoir la prise en charge du sevrage tabagique.(2)

Pour cela l'association souhaiterait faire l'état des lieux sur la prise en charge de l'addiction au tabac par le médecin généraliste et évaluer leurs éventuels besoins quant au recours à d'autres professionnels de santé.

C'est à partir de cette demande que ce travail a vu le jour.

Il nous a donc semblé intéressant de recueillir le vécu des médecins généralistes lors des consultations de sevrage tabagique, d'évaluer leur autonomie, de rechercher les situations qui les amèneraient à adresser leur patient à un autre professionnel de santé et vers quel professionnel.

II. LE TABAC DU XV -ème SIECLE A NOS JOURS

« *J'ai du bon tabac dans ma tabatière, j'ai du bon tabac tu n'en auras pas* ». (3) L'origine de cette chanson remonterait au XVII -ème siècle, date à laquelle le tabac connaît un succès vif et rapide en France.

A cette même époque Molière écrivait dans une de ses pièces : « *il n'est rien d'égal au tabac, c'est la passion des honnêtes gens ; et qui vit sans tabac, n'est pas digne de vivre ; non seulement il réjouit, et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu, et l'on apprend avec lui à devenir honnête homme* ». (4)

En 1492, lorsque Christophe Colomb découvrit l'Amérique, il s'aperçut que les indiens fumaient une plante appelée « petum » sous forme d'un tube de feuilles roulées. Les Indiens connaissaient le tabac qu'ils considéraient comme une plante précieuse et l'utilisaient en tant que plante médicinale. (5)

Les premières graines de tabac furent rapportées en Europe en 1520. Quelques années plus tard, il était cultivé au Portugal et utilisé également comme plante médicinale. Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal, envoya en 1561 des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis, reine de France, pour soulager ses migraines. On l'appela alors « l'herbe à la Reine » ou encore « la Catherinaire ». Cette herbe devint très populaire et la mode du tabac se répandit. Son expansion fut rapide, si bien qu'à la fin du XIX -ème siècle, le tabac était connu dans le monde entier. (5) (6)

Le succès du tabac grandissant, l'Etat le considéra comme une source possible de revenus. Richelieu créa alors en 1629 le premier impôt sur le tabac. Puis Colbert, le responsable des finances sous Louis XIV, instaura le monopole d'Etat de la vente et de la fabrication du tabac en 1681. (7)

Puis Napoléon créa en 1810, la Régie Française des Tabacs, devenue ensuite la Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA) en 1926 puis Altadis en 1999 suite à la fusion avec le groupe espagnol. En 2008 le groupe est devenu une filiale d'Imperial Tobacco, devenu depuis Imperial Brands. (6) (8)

Les XVII, XVIII et XIX -ème siècles furent caractérisés par un usage du tabac de plus en plus répandu et diversifié : le cigare, la pipe, la chique, la prise nasale, tous étant une source de plaisir. (6)

Les premières cigarettes arrivèrent d'Espagne dès 1830 et les premières manufactures de tabac furent créées en 1850 en France. (6)

A cette époque la nicotine et des extraits de tabac étaient utilisés comme médicaments. Mais lorsqu'ils ont commencé à tuer des patients ou des animaux lors d'expérimentations animales quelques médecins commencèrent à étudier scientifiquement le tabagisme. C'est donc à la fin du XIX -ème siècle que quelques précurseurs ont tiré la sonnette d'alarme et ont souligné la toxicité et les dangers du tabac mais il faudra plus d'un siècle pour qu'ils soient entendus. (9)

Les deux guerres mondiales ont contribué au large développement du tabac, la cigarette faisant partie des distributions systématiques aux soldats. Et c'est à partir de 1945 que la

cigarette industrielle connut un développement exponentiel. Elle devint le mode quasi exclusif d'utilisation du tabac dans le monde.

A cette époque le tabac était considéré comme une habitude sociale, un plaisir anodin. La publicité autour du tabac s'invitait partout : dans la presse, dans les magazines et même au cinéma. On sait désormais que certains industriels ont payé des acteurs pour fumer dans les films dans lesquels ils jouaient.

Les industriels du tabac ont alors manipulé la fabrication de la cigarette. En ajoutant des arômes et des édulcorants ils ont rendu la fumée plus douce permettant une inhalation profonde et donc l'induction rapide de la dépendance. Ils ont également joué sur la teneur en nicotine pour en augmenter les effets. (10)

Les premières études qui lient le tabac au cancer datent de 1939 en Allemagne par Franz H. Müller et en 1943 par E. Shairer et E. Schöninger. Les épidémiologistes allemands avaient également vu les complications vasculaires du tabagisme. Puis en 1950, Richard Doll, un épidémiologiste britannique démontrait qu'il existait une forte association entre la consommation de tabac et le cancer du poumon. Ses dires furent confirmés par des études de grande envergure dans les années 1950 et 1960. (7) (11)

Le lobbying des industriels du tabac a sensiblement freiné l'acceptation de ces données.

En effet, dans les années 1990, des procès lancés aux Etats-Unis contre des fabricants de tabac ont permis de découvrir des millions de documents internes et confidentiels révélant les stratégies des industriels pour contrer les politiques de santé publique. Ils ont délibérément caché qu'ils savaient depuis les années 1960 que la cigarette était nocive. (12)

Le XX -ème siècle peut se résumer par trois faits marquants : l'explosion de la consommation de cigarettes, la mise en évidence des risques réels et la découverte des propriétés addictives de la nicotine. (6)

Au XXI -ème siècle, si la nocivité du tabagisme n'est plus à démontrer, son sevrage est un véritable enjeu de santé publique.

Actuellement le tabagisme est considéré comme un véritable fléau mondial entraînant chaque année le décès de 8 millions de personnes (7 millions dus à la consommation directe de produits du tabac et 1,2 million au tabagisme passif). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y avait 1,337 milliard de fumeurs en 2018, le tabac provoque donc le décès d'environ un consommateur sur deux. (13)

Depuis plusieurs années le gouvernement Français met en place des actions visant à « dénormaliser » le tabagisme et à inciter le sevrage tabagique.

Avec le Plan National de Réduction du Tabac (PNRT) puis le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT), le gouvernement a pris des mesures fortes comme l'augmentation régulière des prix du tabac, la mise en place du paquet neutre, le remboursement des substituts nicotiniques, les opérations Mois sans Tabac depuis 2016 et le développement des aides de proximité. (14) (15) (16)

Ces actions gouvernementales ont ainsi permis une diminution inédite du tabac en France depuis 2017, avec 1.6 million de fumeurs quotidiens en moins en 2 ans. Après plusieurs années de stabilité, la prévalence du tabagisme quotidien (chez les 18-75 ans) a ainsi baissé de

4 points en deux ans, passant de 29,4 % en 2016 à 25,4 % en 2018 (28,2% des hommes et 22,9% des femmes). (16)

Mais la prévalence reste tout de même élevée en France comparée à d'autres pays de même niveau économique (19.2% au Royaume Uni, 17.2% aux Etats-Unis en 2015). (17)

La situation reste donc préoccupante, puisqu' en 2015 en France métropolitaine, on estimait près de 75 000 décès attribuables au tabagisme, ce qui représente 19.3% de l'ensemble des décès chez les hommes et 6.9% chez les femmes. (18)

Les principales causes de ces décès étaient un cancer pour 61,7% des personnes (hommes 66% ; femmes 49%), une maladie cardio-vasculaire pour 22,1% (hommes 20% ; femmes 28%) et une pathologie respiratoire pour 16,2% (hommes 14% ; femmes 23%). (18)

Il apparaît également des disparités inter-régionales puisqu'en 2017 la région Hauts-de-France se distinguait avec une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée (30.5%) que le reste de la France (26.9%). Cette forte prévalence est principalement liée aux facteurs socio-économiques défavorables de la région.(19)

L'impact sanitaire global de la consommation de tabac est particulièrement fort chez les hommes de la région Hauts-de-France : entre 2013 et 2015, le taux de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) s'élevait à 253.5 pour 100 000 habitants, taux supérieur de plus de 20% à la moyenne nationale (200.5 pour 100 000 habitants).(19)

En revanche, chez les jeunes de 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien était significativement plus faible dans les Hauts-de-France avec 23,7 % de fumeurs quotidiens contre 25.1% dans la moyenne nationale. Mais par contre la consommation était plus intensive (au moins 10 cigarettes par jour).(19)

En 1632, le philosophe anglais Sir Francis Bacon écrivait déjà : « *L'usage du tabac s'étend beaucoup. Il conquiert les hommes, grâce à un certain plaisir secret, tel que ceux qui ont commencé, peuvent difficilement se restreindre ensuite* ». Tout était dit. (6)

Une addiction est définie comme l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

La force de la dépendance envers une substance psychoactive dépend de la rapidité entre le comportement d'administration et le renforcement qu'elle procure au niveau central. La nicotine est de ce fait particulièrement addictive lorsqu'elle est fumée puisqu'elle atteint très rapidement le cerveau (9 à 19 secondes après chaque bouffée), plus rapidement qu'après une injection intraveineuse. (20) La nicotine a donc le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

Le tabagisme en fait donc le comportement « idéal » pour permettre cette dépendance.(20)

Selon une grande étude de cohorte nationale américaine représentative de la population générale, la proportion des usagers de tabac qui devenaient dépendants était de 67 %, alors qu'elle était de 23 % pour l'alcool, 21 % pour la cocaïne et 9 % pour le cannabis.(21)

En Hauts-de-France, en 2017, 58% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer (contre 56.7% en France métropolitaine) et parmi les fumeurs quotidiens 21% avaient tenté d'arrêter au moins une semaine au cours des 12 derniers mois (contre 26.3% en France métropolitaine). (19)

La dépendance au tabac et l'apparition des symptômes de sevrage lors d'une tentative d'arrêt représentent des obstacles majeurs pour cesser de fumer.(21)

Les études réalisées chez des fumeurs qui tentent d'arrêter sans traitement suggèrent que les taux de réussite après 6 à 12 mois sont de 3 à 5 %. La plupart des rechutes ayant lieu au cours des 8 premiers jours. (21)

Il apparaît donc important et nécessaire que la prise en charge du sevrage tabagique et le suivi soient encadrés par des professionnels de santé.

Le médecin généraliste semble le partenaire essentiel dans cette prise en charge. En effet il est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers. (22) Il est le médecin le plus facilement consulté par le patient de par sa proximité, son accessibilité et les nombreuses opportunités d'y avoir recours. Il peut donc intervenir dans les différentes étapes de la prise en charge, c'est-à-dire agir sur la prévention, le dépistage, le traitement et le maintien du sevrage tabagique.

Mais l'addiction au tabac est un comportement complexe, multifactoriel, qui implique à la fois des facteurs pharmacologiques, psychologiques, comportementaux et sociaux. Sa prise en charge devrait être dans l'absolu multidisciplinaire.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de recueillir le vécu et d'évaluer l'autonomie des médecins généralistes lors des consultations de sevrage tabagique.

Les objectifs secondaires étaient de savoir les situations qui amèneraient les médecins généralistes à orienter leur patient vers d'autres professionnels de santé pour le sevrage tabagique et vers quel professionnel.

B. Choix de la méthode

Afin de répondre à nos objectifs nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes de la Somme.

La méthode qualitative paraissait la plus adaptée pour étudier le vécu et l'autonomie des médecins généralistes sur les consultations de sevrage tabagique, puisque le but n'était pas de quantifier un processus mais de percevoir un sentiment, de recueillir les opinions, les émotions, les comportements, les pratiques et les expériences des médecins.

Les entretiens individuels semi-dirigés permettaient une libre expression du médecin interrogé tout en guidant la discussion selon des axes préalablement définis, constituant le guide d'entretien.

C. Elaboration du guide d'entretien

Pour établir le guide d'entretien à destination des médecins, nous avons défini des thématiques à aborder à partir d'un travail de recherche bibliographique. Deux entretiens tests ont été effectués, ils ont permis de retravailler les questions, d'affiner certaines parties ainsi que les relances.

Notre guide d'entretien comportait d'abord des questions de présentation du médecin généraliste interrogé, puis onze questions divisées en 5 parties.

La première partie comprenait une question d'ouverture assez générale, qui était : « *Que vous évoque le thème d'une consultation d'aide au sevrage tabagique ?* ». Elle permettait un discours libre du médecin pour recueillir un premier ressenti sur les consultations de sevrage tabagique.

La deuxième partie concernait les facteurs liés au patient.

Elle comprenait une seule question qui était : « *Avec quels patients abordez-vous le sujet du tabac ?* ». Les questions de relances permettaient de s'intéresser à l'identification du statut fumeur du patient par le médecin.

La troisième partie concernait les facteurs liés au médecin.

Cette partie comprenait trois questions :

La première avait pour but de recueillir le sentiment du médecin lorsqu'il abordait le tabagisme en général avec ses patients : « *Dans quel état d'esprit êtes-vous lorsque vous abordez le sujet du tabac avec vos patients ?* ».

Les deux suivantes s'intéressaient à la formation des médecins sur le sevrage tabagique et sur leur besoin éventuel de formation complémentaire :

« *Comment avez-vous acquis les connaissances que vous avez sur l'aide au sevrage tabagique?* » et « *Quel type de formation complémentaire vous semblerait utile ?* »

La quatrième partie concernait les facteurs liés la relation médecin-patient.

Elle comprenait deux questions : « *Comment abordez-vous le sevrage tabagique en consultation ?* » et « *Comment gérez-vous le suivi d'un sevrage tabagique ?* »

La cinquième et dernière partie s'intéressait à l'évaluation de l'autonomie des médecins généralistes et à ses limites ainsi qu'au recours à d'autres professionnels de santé. La dernière question avait pour but d'évaluer la connaissance de réseaux de santé/structures pour la prise en charge du sevrage tabagique.

La première était : « *Quelles sont les situations et/ ou les motifs pour lesquels vous souhaiteriez une aide dans la prise en charge du sevrage tabagique ?* ».

Les deux suivantes se présentaient sous cette forme : « *Quels sont d'après vous les avantages et les inconvénients d'une prise en charge seule / de confier cette tâche à un organisme extérieur ?* ».

La dernière question était : « *Connaissez-vous des structures spécialisées en tabacologie/ l'existence de réseaux pour le sevrage tabagique ?* ».

Les questions ouvertes permettaient au participant de s'exprimer librement.

Pour chaque question, des questions de relances étaient prévues pour réamorcer l'entretien au besoin.

Les différentes parties et questions n'étaient pas figées et pouvaient être interverties en fonction du déroulement de l'entretien.

D. Constitution de l'échantillon

Les médecins généralistes ont été choisis soit au hasard soit sur le listing des médecins généralistes adhérents aux microstructures avec l'association Le Mail.

Les médecins ont été recruté par téléphone de manière aléatoire, à partir des coordonnées téléphoniques de l'annuaire des Pages Jaunes en respectant certains critères afin d'obtenir un échantillon des plus variés : la parité homme/femme, la répartition sur l'ensemble du territoire de la Somme et les différents modes d'exercice.

Le thème du travail était expliqué brièvement ainsi que les modalités de l'entretien, puis un rendez-vous d'entretien était convenu. La durée approximative de l'entretien (10-15 minutes) était précisée au moment de la prise de contact.

Les médecins exerçant une pratique autre que celle de la médecine générale étaient exclus. Les médecins remplaçants n'ont pas été interrogés puisque le sujet abordé relevait du suivi au long cours.

Les entretiens se sont terminés lorsque la saturation des données a été jugée atteinte.

L'échantillon se composait de 12 médecins généralistes.

E. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en deux temps.

Dans un premier temps l'enquêtrice se déplaçait dans le lieu et aux horaires les plus pratiques pour le médecin généraliste.

Puis dans un second temps, suite au confinement lié à la pandémie de covid-19, les entretiens se sont effectués exclusivement par téléphone.

L'enquêtrice commençait par se présenter et par rappeler succinctement le thème du travail. Les médecins généralistes étaient informés de l'anonymisation et de la confidentialité du contenu des données au début de chaque entretien.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone après accord du médecin généraliste.

Le participant était remercié au début et à la fin de l'entretien pour sa participation à l'étude.

F. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure de leur réalisation. La retranscription s'est faite dans leur intégralité, au mot à mot, les expressions non-verbales (rires etc..) ont été notées entre parenthèses. Certaines intonations ont été remplacées par des pointillés afin de permettre une meilleure lisibilité.

Le logiciel utilisé était Microsoft Word.

Pour garantir l'anonymat, les médecins généralistes ont été numérotés de MG 1 à MG 12, dans l'ordre de réalisation des entretiens.

G. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de « théorisation ancrée ». Il s'agit d'une méthode qui consiste à une analyse progressive des entretiens, c'est-à-dire phrase par phrase. Les données sont collectées puis analysées sans formuler d'hypothèse pour ensuite y chercher un sens (23).

Cette analyse a été réalisée avec l'aide du logiciel QSR N'vivo®.

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, s'est poursuivi au fur et à mesure de chaque nouvel entretien, jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de données émergentes.

III. RESULTATS

A. Les entretiens

L'inclusion des médecins et la réalisation des entretiens ont eu lieu de février 2020 à avril 2020.

Au total trente-deux cabinets médicaux de médecins généralistes de la Somme ont été contactés par téléphone.

Vingt-trois n'ont pas donné suite à ma demande pour diverses raisons (manque de temps, absence de participation aux thèses, médecin en vacances lors du contact téléphonique, absence de suite malgré la relance).

Douze entretiens ont été nécessaires pour arriver à saturation des données.

Sept entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins généralistes (MG 1 à MG 7) et cinq ont été effectués par téléphone (MG 8 à MG 12).

B. Caractéristiques de l'échantillon

MG	Sexe	Age (ans)	Ancienneté d'installation (ans)	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Statut fumeur du médecin	Mode entretien	Durée des entretiens
1	F	47	15	Rural	MSP	Non fumeuse	Au cabinet	10'19
2	H	47	21	Semi-rural	Cabinet seul	Non fumeur	Au cabinet	11'49
3	F	55	24	Urbain	Cabinet de groupe	Non fumeuse	Au cabinet	16'28
4	H	37	6	Semi-rural	Cabinet de groupe	Fumeur	Au cabinet	14'26
5	F	31	2	Semi-rural	Cabinet de groupe	Non fumeuse	Au cabinet	10'58
6	H	33	2	Semi-rural	Cabinet de groupe	Fumeur	Au cabinet	8'32
7	H	48	18	Urbain	Cabinet de groupe	Ancien fumeur	Au cabinet	15'57
8	F	36	4	Semi-rural	Cabinet de groupe	Non fumeuse	Téléphonique	16'16
9	H	36	6 mois	Urbain	Cabinet de groupe	Fumeur	Téléphonique	20'16
10	F	36	7	Semi-rural	MSP	Non fumeuse	Téléphonique	12'03
11	H	55	26	Semi-rural	MSP	Ancien fumeur	Téléphonique	15'21
12	F	33	6	Rural	MSP	Non fumeuse	Téléphonique	16'
Total	6 H 6 F	41	11		-7 cabinets de groupe -4 MSP -1 cabinet seul	-7 non-fumeurs -3 fumeurs -2 anciens fumeurs	-7 au cabinet -5 téléphoniques	13'85

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon et durée des entretiens

Nous obtenons des profils diversifiés en termes d'âge, de sexe, de durée d'installation, de milieu et de mode d'exercice.

C. Analyse des résultats

Afin de faciliter la lecture, nous avons choisi de rendre compte uniquement les extraits des entretiens les plus explicites. Néanmoins, pour chaque code, il sera mentionné l'ensemble des médecins généralistes dans lequel le code apparaît.

1. Le tabagisme et l'aide au sevrage en pratique de médecine générale

Dans cette première partie, nous aborderons les opportunités qui se présentent aux médecins généralistes pour parler du tabagisme, permettant notamment l'identification du patient tabagique. Nous verrons également la manière dont est amené le sujet du sevrage avec le patient.

1.1 Le tabac, un sujet qui ne fait pas peur

Tous les médecins interrogés n'ont pas peur d'aborder le tabac avec leurs patients et se considèrent tous à l'aise. (MG 1, MG 2, MG 4, MG 6, MG 7, MG 8, MG 9, MG 11, MG 12) Avec parfois une certaine nuance dans l'aisance. (MG 3, MG 5, MG 10)

MG 1	« <i>Je me sens à l'aise (...) ça ne me stresse pas</i> »
MG 2	« <i>A l'aise en toute circonstance</i> »
MG 7	« <i>Oh je suis une grande gamelle, je suis à l'aise avec beaucoup de choses</i> »
MG 8	« <i>Moi ça va, je le prends à la cool (...) Moi je suis à l'aise sur cette discussion, je peux en parler franchement sans tabou ou sans gêne</i> »
MG 9	« <i>Je me sens à l'aise</i> »
MG 3	« <i>Vraiment à l'aise peut être pas, mais c'est un sujet que je peux aborder facilement</i> »
MG 10	« <i>Euh oui et non</i> »

1.2 Identification du statut tabagique du patient

Au premier contact

Pour dix médecins sur douze, le statut tabagique du patient était recueilli lors de la première rencontre avec le patient, au moment de la prise des antécédents. (MG 1, MG 3, MG 5, MG 6, MG 7, MG 8, MG 9, MG 10, MG 11, MG 12)

Parmi eux certains admettaient tout de même que le recueil de ce statut n'était pas tout à fait systématique. (MG 5, MG 6, MG 8)

MG 3	« <i>Toutes les personnes qui viennent pour la première fois, moi je leur demande s'ils sont fumeurs.</i> »
MG 7	« <i>Alors moi je le marque dans l'ordinateur avec les antécédents médicaux, s'ils fument, à peu près combien, s'ils ont arrêté.</i> »
MG 9	« <i>C'est à dire, moi quand je vois un patient en général, en plus je viens de m'installer, je demande tous les antécédents et son statut tabagique fait partie systématiquement de la première consultation.</i> »
MG 12	« <i>Si je les vois pour la première fois, je le remplis au même titre que les antécédents.</i> »

MG 6	« En règle générale, je demande à tout le monde (...) Oui, euh des fois j'oublie, ce n'est pas systématique. Dès que j'y pense en fait. »
MG 8	« je sais qu'ils sont fumeurs parce que j'ai été amenée à leur poser la question dans les antécédents. (...) Alors systématique, je pense que je ne suis pas parfaite, mais je l'amène assez souvent. »

Un des médecins trouvait cependant que ce n'était pas le moment adéquat, la première consultation étant déjà riche en informations. (MG 11)

MG 11	« C'est fait, mais un peu au milieu de plein d'autres trucs donc ça perd son sens, on note s'ils fument ou pas, on va marquer s'ils ont déjà pensé à arrêter, mais quand c'est un premier contact on a déjà beaucoup de choses à faire donc ce n'est pas le moment. »
-------	---

Odeur du tabac

L'odeur du tabac était un moyen supplémentaire pour les médecins de renseigner le statut fumeur. (MG 5, MG 6, MG 7, MG 8, MG 12)

MG 4	« Avec ceux qui puent le tabac ! Ceux qui rentrent en puant le tabac j'y pense tout de suite »
MG 5	« Si j'ai l'odeur ça va être systématique »

Le logiciel informatique : un pense-bête

Certains logiciels médicaux sont des aides, des pense-bêtes grâce aux icônes pour renseigner le statut tabagique du patient. (MG 12)

Un des médecins qui ne recueillait pas le statut fumeur du patient lors du premier contact se faisait la réflexion qu'il n'avait pas d'icône « Tabac » dans son logiciel. (MG 4)

MG 12	« J'essaie de remplir dans le logiciel, la partie « habitudes de vie » avec la consommation d'alcool et de tabac. »
MG 4	« je n'ai jamais rentré ça dans le dossier, c'est peut-être un tort, mais sur mon logiciel je n'ai pas d'icône tabac »

Une réévaluation permanente du statut fumeur

Si le statut tabagique du patient n'était pas recueilli lors de la première consultation, soit par oubli du médecin ou dissimulation du patient, ce statut était réévalué dans le temps, le médecin ayant de nombreuses opportunités de revoir son patient pour divers motifs. (MG 3, MG 4, MG 5)

MG 3	<i>« Mais les gens ne disent pas forcément la vérité sur leur consommation de tabac, il y en a qui vont être franco et dire « je fume deux paquets de cigarettes », et d'autres ne vont pas oser en parler parce que c'est...ce n'est pas une honte mais ils ne le vivent pas forcément très bien. »</i>
MG 4	<i>« Et quand tu les vois une fois ou deux pour une bronchite dans l'année, tu leur dis : « mais au fait tu fumes ? » »</i>
MG 5	<i>« Des fois c'est deux ou trois consultations plus tard, « ah mais au fait vous fumez ? » et des fois ça m'arrive de le découvrir après. Pas chez les gros gros fumeurs mais chez les fumeurs occasionnels que je ne soupçonnais pas. »</i>

1.3 Les opportunités d'aborder le tabac

Nous avons constaté que les occasions pour aborder le tabac étaient nombreuses, que ce soit le motif de la consultation par lui-même et/ou la pathologie du patient, qu'elle soit aigüe ou chronique.

Maladies cardiovasculaires et facteurs de risque cardio-vasculaires (FRCV)

Huit médecins sur douze abordaient le sujet du tabac lors de pathologies cardiovasculaires et/ou en présence de FRCV (coronaropathie, artériopathie, hypertension artérielle (HTA), diabète). (MG 1, MG 4, MG 5, MG 6, MG 8, MG 8, MG 9, MG 11, MG 12)

MG 8	<i>« Chez les patients vasculaires, ceux avec des antécédents cardiaques, ou dans un bilan des FRCV pour une raison ou une autre, là j'y pense forcément. »</i>
MG 9	<i>« mais surtout pour les patients qui ont des FRCV »</i>

Pathologies pulmonaires

Les médecins abordaient le sujet du tabac, aussi bien avec les patients présentant une pathologie pulmonaire chronique (BPCO, asthme), une pathologie infectieuse (bronchites) ou une auscultation pulmonaire anormale. La toux comme motif de consultation était également une occasion d'aborder le tabac. (MG 1, MG2, MG 3, MG 4, MG 5, MG 9, MG 10, MG 11)

MG 2	<i>« Tous les patients qui ont une BPCO pour qui on fait des renouvellements (...) D'une façon générale tous les patients, dès qu'ils viennent et qu'ils toussent, je vais leur demander s'ils fument et je vais aborder le sujet automatiquement derrière. »</i>
MG 4	<i>« Quand je les examine et que j'entends que c'est merdique au niveau pulmonaire, je demande : « au fait tu fumes ? »</i>
MG 5	<i>« des gens qui font des bronchites à répétition qui ne sont pas encore BPCO.»</i>

Pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL)

Les pathologies ORL (sinusites à répétition, pharyngites et rhinites) étaient des occasions supplémentaires pour aborder le tabac avec les patients. (MG 3, MG 5, MG 9)

MG 3	<i>« Par exemple, un patient qui fume, qui vient pour un rhume (...) obligatoirement je vais lui dire, peut être sur le ton de la rigolade : « ah mais vous fumez vous ? » »</i>
------	--

MG 5	« <i>des patients qui font des sinusites à répétition, des symptômes ORL</i> »
------	--

Le sport

Les consultations pour les certificats de non contre- indication à la pratique du sport permettaient d'aborder le tabac. (MG 10, MG 11, MG 12)

MG 10	« <i>un sportif quand je fais un certificat de sport</i> »
MG 12	« <i>Et puis pour les certificats de sport</i> »

La grossesse

Un seul médecin a cité la grossesse comme moment opportun pour aborder le tabac. (MG 12)

MG 12	« <i>Et pendant les grossesses aussi, je demande à la consultation soit de désir de grossesse, soit de début de grossesse, si les mamans fument.</i> »
-------	--

La contraception

La prescription initiale et le renouvellement d'un moyen de contraception étaient des opportunités pour aborder le tabac. (MG 1, MG 7, MG 8, MG 10)

MG 7	« <i>C'est comme les femmes jeunes qui fument et qui prennent la pilule, je leur explique qu'elles font ce qu'elles veulent mais qu'après 35 ans c'est oestroprogestatif ou clope.</i> »
MG 8	« <i>chez les femmes qui ont une contraception, là c'est sur le tabagisme, je le demande</i> »
MG 10	« <i>Ça peut aussi bien être une jeune femme au moment de la prescription de contraception</i> »

Dysfonction érectile

Un médecin abordait le sujet du tabac lorsque le motif de consultation portait sur les dysfonctions érectiles. (MG 4)

MG 4	« <i>chez ceux qui viennent me dire qu'ils ont des problèmes de dysfonction érectile</i> »
------	--

Pathologies urologiques

Les problèmes vésicaux étaient un motif permettant d'aborder le tabagisme. (MG 1)

MG 1	« <i>FRCV, asthme, BPCO et problèmes vésicaux et pilule</i> ».
------	--

1.4 Discussion autour du sevrage tabagique

a. Ecoute et saisie des opportunités

Fonction de l'auscultation et du motif de consultation

Si les motifs de consultation, la pathologie du patient et l'examen clinique permettaient aux médecins généralistes d'aborder le sujet du tabagisme, il s'agissait également d'un moment propice pour proposer un sevrage tabagique.

Étaient évoquées principalement les pathologies pulmonaires chroniques (BPCO, exacerbation BPCO) (MG 3, MG 8, MG 10), les infections respiratoires (bronchites) (MG 1, MG 8, MG 9, MG 10), les infections ORL (rhinite) (MG 3) et la toux (MG 8).

La prescription d'un moyen de contraception et les consultations de prévention étaient des moments privilégiés pour aborder le sevrage. (MG 8)

MG 1	« <i>Après l'examen clinique, si j'ai entendu des choses à l'auscultation pulmonaire, s'il y a une pathologie qui est aggravée par le tabac, c'est à ce moment-là que j'évoque le sevrage.</i> »
MG 3	« <i>Oui dès le moment où il y a un problème X où on se dit, il faudrait qu'ils arrêtent de fumer, il faut réaborder le sujet et là peut-être plus insister.</i> »
MG 8	« <i>Ce qui peut m'aider à l'aborder et faire en sorte que ça fonctionne, c'est quand ils viennent pour une toux, une infection respiratoire chez le patient BPCO, je rappelle qu'il faut arrêter le tabac. (...) Ou si on est limité en termes de contraception parce qu'elle fume, ça nous empêche d'utiliser un oestroprogestatif, ça peut motiver à arrêter.</i> »
MG 10	« <i>Ou Alors si je le sens vraiment réticent je vais me servir de l'examen clinique en exagérant un petit peu et disant : « oulala c'est rudement encrassé », je vais me servir de ça. (...) Ou d'une exacerbation pour dire : « bah voilà, ça courrait d'avance, si je vous fais une radio ça va se voir.</i> »

Fonction des évènements de vie

Pour le MG 11, il était possible de s'appuyer sur des évènements que traversait le patient pour proposer voire renforcer la demande de sevrage.

MG 11	« <i>S'il a son pote qui est décédé d'un cancer du poumon, il va se dire, « tient il faut que j'arrête ». Donc il y a des circonstances qui vont vous faire dire : « tiens, là il faut que j'appuie ». C'est plutôt sauter sur ce qui nous est proposé à un moment donné.</i> »
-------	---

Profiter de la demande du patient

La demande spontanée de sevrage du patient était forcément une opportunité à saisir par le médecin généraliste.

Cette demande entraînait un sentiment positif chez certains médecins généralistes qui considéraient le patient comme étant motivé et la demande réfléchie. (MG 8, MG 10)

MG 8	« <i>Après, quand ça vient du patient, on voit qu'on est utile face à la situation, qu'on peut les aider car ils sont motivés de base, donc on pense qu'on peut arriver à quelque chose, c'est plutôt positif.</i> »
MG 10	« <i>si ça vient de la volonté du patient qui consulte vraiment pour ça et auquel cas on sait que la partie est semi gagnée, puisque le déclic a déjà été fait chez eux et donc je pense que ça va être plus facile à entreprendre.</i> »

Mais pour obtenir la demande spontanée de sevrage du patient, certains médecins misaient sur la répétition de leur discours au fil des consultations, pour obtenir un résultat positif parfois plusieurs mois après. (MG 3, MG 5, MG 6)

MG 3	« <i>Et parfois ils reviennent trois ou six mois plus tard en disant : « Bon j'ai pris ma décision docteur, je veux bien essayer d'arrêter de fumer » »</i>
MG 5	« <i>Je leur lance des pistes à des consultations et je leur dis : « n'hésitez pas quand vous êtes prêts ». Et c'est arrivé deux trois fois qu'ils reviennent pour ça uniquement.</i> »

Mais cette demande spontanée était décrite comme rare d'après certains médecins. (MG 4, MG 6, MG 7)

MG 4	« <i>C'est assez rare les consultations juste pour ça.</i> »
MG 7	« <i>Oui, enfin parfois ils le demandent mais faut être honnête, c'est rare. Ils ne viennent jamais pour ça. Ah si peut être un par an qui vient pour ça.</i> »

Cette notion de rareté se mélangeait souvent avec la notion de motif secondaire de consultation que nous aborderons plus loin.

b. Bienveillance du médecin

Nous allons aborder maintenant la manière dont les médecins généralistes discutaient du sevrage tabagique au cours de la consultation.

Proposer sans insister

Certains médecins demandaient simplement au patient s'il désirait arrêter de fumer, d'autres testaient leur motivation, le tout sans insister si la réponse était négative. (MG 1, MG 5, MG 6, MG 9)

MG 1	« <i>Je propose, si je vois qu'ils accrochent je continue sinon je laisse tomber.</i> »
MG 5	« <i>Je leur demande s'ils veulent arrêter (...) Et s'ils me disent : « ouais ouais » mais pas convaincu, je leur dis : « on verra ça la prochaine fois »</i>
MG 6	« <i>Je leur demande s'ils sont motivés s'ils me disent non, je n'insiste pas. (...) Et des fois je commence et je vois qu'ils n'écoutent pas donc je n'insiste plus.</i> »
MG 9	« <i>Je pense que c'est la fameuse question, est ce que vous avez envie d'arrêter : oui/non. C'est comme ça que moi je l'aborde (...) Je pense qu'il ne faut pas marteler l'arrêt du tabac de manière frontale.</i>

Suggérer de nouveau

Les médecins réitéraient souvent leur discours au fil des consultations. (MG 3, MG 5, MG 6)

MG 3	« <i>Il y a toujours ceux qui ne veulent pas arrêter donc il faut répéter, reproposer. (...) Après des fois on doit les saouler plus qu'autre chose, mais les pneumologues disent qu'il faut répéter répéter, il faut arrêter arrêter.</i> »
MG 6	« <i>Je le rabâche je le rabâche je le rabâche</i> »

Se rendre disponible

Certains médecins n'hésitaient pas à se montrer disponibles pour leurs patients le jour où ils seraient prêts à arrêter de fumer. (MG 5, MG 11)

MG 5	« <i>mais si un jour vous êtes décidés, n'hésitez pas à venir me voir pour qu'on discute de ça ensemble</i> »
MG 11	« <i>On n'est pas là pour les obliger à arrêter, on est là pour leur montrer qu'on peut les aider quand ils seront décidés ou prêts.</i> »

Ne pas culpabiliser

Certains médecins étaient d'accord pour ne pas avoir un discours moralisateur et pour ne pas jouer la carte de la culpabilité. (MG 7, MG 9, MG 11, MG 12)

MG 7	« <i>Je ne suis pas là pour leur couper les doigts pour pas qu'ils allument leurs clopes.</i> »
MG 9	« <i>Quand ils me disent non, s'ils n'ont pas envie d'arrêter je ne les engueule pas. On n'obtient rien en engueulant les gens.</i> »
MG 11	« <i>Je pense qu'il ne faut pas les culpabiliser mais leur montrer qu'on peut les aider.</i> »
MG 12	« <i>Quand ils sont motivés, je ne joue pas sur la culpabilité.</i> »

Renforcer la motivation

Certains médecins insistaient en voyant que le patient était motivé. (MG 12)

MG 12	« <i>Quand ils sont motivés, (...), j'essaie de renforcer les motivations</i> »
-------	---

Respecter la décision du patient

D'autres respectaient la décision du patient. (MG 3, MG 9 et MG 11)

MG 3	« <i>Je ne leur dis pas il faut arrêter, parce que c'est nous qui imposons quelque chose, et ce n'est pas lui qui fait son choix alors qu'à la base c'est lui qui doit faire son choix.</i> »
MG 9	« <i>encore une fois c'est le patient qui décide d'arrêter de fumer.</i> »
MG 11	« <i>Mais c'est eux qui décident ce n'est pas nous. On ne peut pas garantir les résultats mais on peut garantir les moyens.</i> »

c. Adapter son discours

D'après les médecins interrogés, le discours face au tabagisme et au sevrage ne devait pas être figé mais devait s'adapter à chaque patient.

Fonction de l'âge

Pour le MG 7, le discours et les arguments pour aborder le sevrage n'étaient pas les mêmes en fonction de l'âge du patient.

MG 7	« <i>Après il faut adapter ça différemment, il ne faut pas parler de maladie à un jeune ou un gamin de 20 ans. Si vous lui parlez de cancer, ça lui passe à 500 au-dessus de la tête. Le gamin, le jeune ce qui marche pas mal en psychologie, en général, c'est de l'agresser en lui faisant comprendre qu'il veut refaire le monde, la société, il est libre mais en vérité il est sous l'influence des grands lobbies du tabac. Ça, ça les vexé et ça peut marcher. L'argument de la maladie c'est quand ils sont plus âgés, c'est différent.</i> »
------	--

Fonction de l'histoire personnelle avec le tabac

L'histoire personnelle du patient et sa relation avec le tabac étaient des notions importantes. Il faudrait tenir compte des tentatives et/ou arrêts précédents, des moyens déjà utilisés avec leur notion respective de réussite ou d'échec pour aborder le sevrage. (MG 3, MG 10, MG 11)

MG 3	« <i>La motivation, le parcours du patient, s'il a déjà essayé d'arrêter une fois, deux fois ou jamais.</i> »
MG 10	« <i>Et puis ce que le patient a déjà essayé comme sevrage, la notion de réussite et échec.</i> »
MG 11	« <i>Si c'est pour recommencer ce qu'on a déjà fait et qui n'a pas marché sans apporter autre chose, je pense qu'on n'est pas dans la meilleure configuration pour que ça réussisse.</i> »

2. La consultation de sevrage et son suivi

Dans cette partie, nous allons aborder les modalités de la consultation de sevrage en elle-même avec le ressenti et le vécu des médecins généralistes puis la programmation du suivi du sevrage tabagique.

2.1 La consultation de sevrage

a. Le temps et la disponibilité du médecin

Pour une consultation de sevrage tabagique, certains médecins décrivaient une notion importante, celle du temps. (MG 4, MG 6, MG 7, MG 8, MG 12)

En effet, un des freins pour aborder ce sujet était le manque de temps. Pour le MG 7, il se disait plus disponible en début de journée.

MG 4	« <i>Donc quand j'ai le temps, que je ne suis pas trop à la bourre, je traite la question et quand je n'ai pas le temps, je leur dis que j'ai un créneau de libre la semaine prochaine, ils reviennent.</i> »
MG 6	« <i>Généralement c'est lors d'une consultation, d'un renouvellement simple, où j'ai le temps. (...) Si j'ai déjà du retard, c'est mort je n'aborde pas le sujet.</i> »
MG 7	« <i>C'est nous qui abordons le sujet parfois, mais il vaut mieux venir en début de journée car en fin de journée on aborde un peu moins le sujet.</i> »
MG 12	« <i>S'il n'est pas venu que pour ça, on est toujours un peu pris par le temps</i> »
MG 8	« <i>Le côté négatif c'est que ça peut prendre du temps</i> »

b. Un motif trop souvent secondaire

Pour la moitié des médecins interrogés (MG 2, MG 3, MG 4, MG 8, MG 8, MG 9, MG 12), le motif de sevrage était trop souvent un motif secondaire de consultation. Parfois même abordé en fin de consultation. Devant cette demande tardive, certains refusaient de la traiter (MG 2, MG 12), certains étaient partagés devant la crainte de passer à côté d'un moment opportun (MG 3), certains traitaient cette demande en fonction de leur disponibilité (MG 4) et enfin certains acceptaient mais avec un ressenti négatif devant le manque de temps (MG 3, MG 8).

MG 2	« <i>Le seul truc qui m'agace, c'est quand en fin de consultation, on me dit : « ah au fait il me faudrait des patchs pour arrêter de fumer. » Là je suis ferme, ma technique est très simple, c'est hors de question en fin de consultation.</i> »
MG 3	« <i>le problème pour nous, c'est qu'ils viennent pour une consultation de médecine générale : ils ont mal à la gorge ou un renouvellement de traitement, et puis c'est au dernier moment, au moment où ils vont s'en aller qu'il nous dise : « ah au fait docteur, j'ai envisagé d'arrêter de fumer ». Là soit on leur dit : « et bien vous revenez demain en consultation et on en discutera », mais il ne va pas revenir par ce qu'on a abandonné le bébé donc il s'en fout. Ou après tu dis : « rasseyez-vous » et tu reprends dix, quinze minutes de retard. Mais t'es pris par le temps, donc tu ne peux pas bien leur expliquer et donc tu ne fais pas ton boulot correctement et ils ne sont pas convaincus de ton truc. Il faut leur consacrer le temps nécessaire.</i> »
MG 4	« <i>c'est rare qu'ils viennent que pour ça. Ils viennent souvent pour autre chose, peu importe et arrive la petite question : « ah au fait docteur j'aimerais bien arrêter de fumer ». (...) C'est plus considéré comme un motif secondaire qu'on va traiter vite fait entre deux portes.</i> »

MG 8	<i>« c'est associé à d'autres motifs. (...) Le côté négatif c'est que ça peut prendre du temps, souvent quand c'est demandé en fin de consultation »</i>
MG 12	<i>« Il faudrait déjà qu'ils viennent exclusivement pour ça, en général ça arrive plutôt au dernier plan de la consultation, c'est à dire quand tu as déjà envie de les éjecter ! (Rire). »</i>

c. Une consultation dédiée

Pour certains médecins, le sevrage tabagique nécessitait une consultation dédiée. (MG 2, MG 4, MG 8, MG 11)

MG 2	<i>« Je leur dis : montrez-moi que vous êtes motivés, la première motivation c'est de prendre un rendez-vous pour aborder ce sujet-là, si vous n'êtes pas capable de revenir que pour ce sujet-là ce n'est même pas la peine d'essayer. C'est ma façon de faire. »</i>
MG 4	<i>« je leur dis que j'ai un créneau de libre la semaine prochaine, ils reviennent. Ça permet aussi de leur faire comprendre que ce n'est pas juste « oui je veux arrêter de fumer entre midi et deux », c'est une décision importante. »</i>
MG 8	<i>« C'est bien parfois de faire une consultation dédiée. »</i>
MG 11	<i>« Une consultation dédiée déjà, donc pas mélangée avec autre chose, donc reprogrammée pour une consultation spécifique, avec quelqu'un qui a bien réfléchi et non pas entre deux portes en fin de consultation. »</i>

2.2 Programmation du suivi du sevrage tabagique

a. Deux profils de médecins

Deux profils se dégageaient quant à la gestion du suivi.

Certains médecins programmaient une consultation de suivi systématiquement lorsqu'un sevrage tabagique était débuté, que ce soit à une semaine, à deux semaines ou à un mois. (MG 3, MG 4, MG 5, MG 8, MG 9, MG 11, MG 12)

MG 4	<i>« Au bout d'un mois, on se revoit pour faire le point, sauf évènement intercurrent »</i>
MG 5	<i>« je les réévalue à un mois. »</i>
MG 8	<i>« Je leur prescris pour un mois et je leur dis de revenir dans un mois pour refaire le point, s'il faut garder la même posologie etc... »</i>
MG 9	<i>« c'est un peu comme un traitement pour la tension, moi je leur dis : « voilà, voici le traitement pour un mois et on se revoit dans un mois, on réévalue si on baisse si on maintient ». »</i>
MG 11	<i>« Moi je les revois assez rapidement, on met quelque chose en place, quelle que soit la situation, c'est-à-dire huit à quinze jours. Ce n'est pas je te donne tout, tu te débrouilles, c'est quelque chose qui a un mode d'emploi, des règles du jeu, il ne faut pas les lâcher dans la nature en disant ça va marcher. Non ça, ça ne marche pas. »</i>

D'autres médecins ne programmaient pas de consultation de suivi. (MG 1, MG 2, MG 6, MG 7, MG 10)

Les raisons évoquées étaient le manque d'observance des patients (MG 1) et le manque de temps (MG 7). Pour les autres, ils évaluaient la réussite ou non du sevrage lorsqu'ils étaient amenés à revoir le patient pour ce motif ou pour un autre.

Les MG 1 et MG 10 avaient une certaine autocritique sur le fait de ne pas reconvoquer le patient.

MG 1	« Pas de suivi, c'est le problème je pense. Bah ils ne reviennent pas, soit ils ont réussi, soit ils ont raté et ils ne reviennent pas. »
MG 2	« Non pas dans le suivi, pour initier le traitement, mais pas de suivi. (...) Voilà je vais forcément réaborder le sujet quand je vais les revoir, mais je ne les reconvoque pas pour le suivi. »
MG 6	« Je ne leur donne pas de rendez-vous systématiquement. »
MG 7	« Non, soyons clair, on n'a pas le temps. Déjà on n'a pas le temps de voir tout le monde, alors ça en plus, même en bossant douze heures par jour, ce n'est pas possible. »
MG 10	« Ce n'est pas bien. Parce que je ne vais pas faire comme un suivi de sevrage alcool ou méthadone etc... je ne vais pas forcément donner un rendez-vous de contrôle au patient. »

b. Deux profils de patients : Quid de l'observance ?

Certains médecins se faisaient la remarque que les patients ne revenaient pas lorsqu'une consultation de suivi était prévue. (MG 1, MG 4, MG 8, MG 9 et MG 12)

MG 4	« Et ils reviennent ? Pas trop non. Et des fois je les revois des mois après et je leur dis : « alors on ne devait pas se revoir ? » »
MG 8	« Moi je n'ai pas l'impression que je les revois beaucoup. Est-ce que c'est un échec ? Ou alors ils ont facilement arrêté ? En fait bonne question, je n'ai pas l'impression de voir beaucoup de suivi, même si je les informe. »
MG 9	« Après est ce qu'ils reviennent, c'est ça la question ! Pas forcément, car entre temps ils ont replongé, ou pas pris les patchs etc... »
MG 12	« En théorie je leur demande de revenir, qu'il y ait prescription ou pas et en pratique ils ne reviennent jamais (Rire). »

Certains médecins s'accordaient à dire que les patients revenaient à la consultation de suivi (MG 3, MG 5, MG 6, MG 11) car la décision d'arrêter venait du patient lui-même et le suivi était programmé avec lui. (MG 5, MG 11). Et pour d'autres, ils revenaient car le traitement était tout simplement terminé (MG 6).

MG 5	« Et ils reviennent ? Oui car comme c'est eux qui ont décidés d'arrêter. »
MG 6	« Ils reviennent soit parce qu'ils n'ont plus de patch soit il y a un autre problème et bientôt ils ne vont plus avoir de patch »

MG 11	« Nécessité d'un suivi régulier mais avec eux, on programme des trucs. Et ils viennent en général. »
-------	--

c. Importance du suivi des dossiers informatiques

Qu'ils reprogrammaient une consultation de suivi (MG 9 et MG 12) ou non (MG 2 et MG 7), certains médecins trouvaient important de bien tenir le dossier du patient en précisant qu'ils avaient ensemble abordé le sevrage. Ceci permettait de relancer le sujet lors de la consultation suivante.

MG 2	« Je leur repose la question car comme c'est noté dans le dossier « consultation tabac », si je les revois je vais leur dire, « au fait vous ne fumez plus ? ». »
MG 7	« Je le marque dans l'ordinateur, j'ai mon motif de consultation. Et après quand je le revois, je demande. »
MG 9	« L'avantage c'est de tenir correctement ses dossiers et de se rappeler que la dernière fois on avait parlé tabac et donc de demander pourquoi ça n'a pas marché. »

3. Prise en charge du sevrage tabagique uniquement par le médecin généraliste

3.1 Les avantages

Le colloque singulier

Pour les médecins interrogés un des avantages d'une prise en charge seule pouvait être résumé par la notion de colloque singulier.

Cette relation médecin patient établie au fur et à mesure des consultations permettait une connaissance du patient dans sa globalité (MG 8, MG 11, MG 7), un climat de confiance optimal (MG 10) et le développement d'un lien particulier (MG 12).

Le médecin généraliste se considérait comme l'interlocuteur privilégié (MG 9), comme le médecin de proximité chez qui le patient n'avait pas peur de venir (MG 5).

Certains médecins rapportaient que le patient ne craignait pas le jugement (MG 7) ou la réprimande en cas d'échec (MG 3).

MG 8	« Les avantages c'est qu'on connaît bien le patient, à priori en tout cas, et qu'en le cernant mieux on peut mieux le prendre en charge et en espérant qu'on soit un bon coach pour le suivi, donc ça c'est un plus, on a une bonne relation. Et aussi on les connaît dans leur globalité. »
MG 11	« Les avantages c'est qu'on connaît bien les gens, donc on peut s'appuyer là-dessus, on est dans une prise en charge globale, on peut être centré patient. (...) Mais je pense qu'il y a une part de relationnel, cette relation médecin-patient qui est importante, il y a la façon de les aborder et leur parler qui fait que ça peut marcher ou pas. »

MG 7	« Ba nous on les connaît les gens, leur enfant, leur histoire, leur famille, leur pathologie, leurs emmerdes, donc on sait qui il va falloir saouler un peu et qui il ne va pas falloir embêter aujourd'hui parce que ce n'est pas la forme. (...) Ils savent qu'on ne va pas les juger. »
MG 10	« Un avantage c'est le climat de confiance avec le généraliste qui le connaît »
MG 12	« Et on a un lien particulier avec eux, quand ils réussissent ils sont fiers »
MG 9	« Je pense qu'on reste quand même l'interlocuteur privilégié pour ce genre de consultation. »
MG 5	« c'est plus facile, pour eux, tu es leur médecin traitant, tu es leur référent, ils n'ont pas peur de venir, tu n'es pas loin. »
MG 3	« c'est les patients (...) qui savent que s'ils nous disent qu'ils ont retouchés à la cigarette on ne va pas les engueuler. Ils vont oser dire qu'ils ont péché entre guillemets. »

Une liberté dans la prise en charge

Un des avantages était une liberté de prescription et une gestion personnelle de la consultation. (MG 2, MG 4, MG 6, MG 11)

MG 2	« Les avantages c'est ma façon de faire »
MG 4	« Les avantages c'est que tu sais ce que tu vas prescrire. Oui c'est ça, tu es le seul maître à bord »
MG 6	« Les avantages (...), c'est moi qui gère. »
MG 11	« On peut s'appuyer sur nos expériences antérieures, ce qui a marché et n'a pas marché. »

L'expérience du médecin

Un des avantages pour le médecin était de s'appuyer sur ses expériences antérieures. (MG 11)

MG 11	« il est déjà influencé par nos expériences. Si tu as fait trois fois du Champix® et tu as eu trois fois des mecs qui deviennent dingues, tu changes et ne le fais plus. »
-------	--

Rapidité et simplicité dans la prise en charge

Les autres avantages pour les médecins étaient la proximité avec un accès facile et rapide à la consultation, que ce soit pour débiter ou changer le traitement instauré. Donc plus de simplicité pour le patient, ne pas multiplier les interlocuteurs et les rendez-vous, un gain de temps pour les patients. (MG 1, MG 6, MG 10, MG 12)

MG 1	« Les avantages c'est qu'on les voit souvent donc c'est facile à mettre en route. »
------	---

MG 10	« <i>et puis possibilité de changer rapidement le mode de sevrage si effet secondaire.</i> »
MG 12	« <i>Et en avantage, c'est plus simple pour le patient. (...) c'est de ne pas multiplier les rendez-vous, les consultations, et que ce soit moins chronophage.</i> »

Aucun avantage de la prise en charge seule

Pour un médecin, il n'y avait pas d'avantage à une prise en charge seule, la prise en charge pluridisciplinaire étant toujours bénéfique. (MG 12)

MG 12	« <i>Pour nous il n'y a pas d'avantage, il faut mieux déléguer, être à plusieurs ça peut toujours être bénéfique. (...) Je pense que la prise en charge seule, doit être une source d'échec.</i> »
-------	--

3.2 Les inconvénients

Un seul discours

Pour les médecins, un des inconvénients était que le patient n'entendait qu'un seul discours, celui de son médecin. (MG 1, MG 11)

MG 1	« <i>Donc on est un peu seul, il n'y a qu'un son de cloche, quand il y a plusieurs écho c'est mieux.</i> »
MG 11	« <i>Il y a un seul discours et en multipliant les discours, les approches, on peut peut-être mieux réussir, donc tout seul ce n'est pas toujours facile de multiplier les approches et les discours.</i> »

Sentiment de solitude

Le sentiment de solitude était perçu différemment selon les médecins. Pour certains la difficulté était de proposer une alternative en cas d'échec, pour d'autres il s'agissait d'avoir le pouvoir de persuasion.

Pour un médecin, le simple fait de prendre en charge seul était une source d'échec, la prise en charge conjointe avec d'autres professionnels de santé étant toujours bénéfique. (MG 6, MG 11 et MG 9, MG 12)

MG 6	« <i>L'inconvénient c'est quand on ne sait pas trop quoi faire, on est tout seul.</i> »
MG 11	« <i>c'est quand ça récidive et qu'il faut faire autre chose qu'on est un peu, on est seul quoi !</i> »
MG 9	« <i>Il faut avoir un pouvoir de persuasion, donc si on ne l'a pas c'est compliqué d'être tout seul.</i> »

Le côté chronophage

Nous avons vu précédemment que lorsque les médecins parlaient d'une consultation de sevrage, ils évoquaient les motifs secondaires, le manque de temps et de disponibilité. Le ressenti général était plutôt négatif. Pourtant un seul médecin classait ce côté chronophage dans les inconvénients d'une prise en charge seule. (MG 8)

MG 8	<i>« Le côté négatif c'est que ça peut prendre du temps, souvent quand c'est demandé en fin de consultation ou que c'est un patient qu'on ne voit vraiment pas souvent et que c'est nous qui en parlons, et qu'on pense que ce serait une bonne chose qu'il arrête de fumer, on part sur une consultation qui dure quand même car on ajoute un motif. Donc le côté chronophage. »</i>
------	---

Le manque d'expérience

Un médecin considérait le fait de ne pas être spécialisé en tabacologie comme un inconvénient. (MG 10)

MG 10	<i>« Inconvénient c'est qu'on n'est pas spécialisé là-dedans, qu'on a des lacunes, et pas l'expérience des tabacologues. »</i>
-------	--

Motivation insuffisante et échec des tentatives du patient

Pour certains médecins, le manque de motivation et les tentatives de sevrage multiples étaient des inconvénients. (MG 3, MG 8)

MG 3	<i>« Mais c'est difficile quand même de faire une prise en charge seule, surtout quand ils ne sont pas motivés. Et aussi quand les patients ont eu plusieurs échecs de tentative c'est plus dur pour nous. »</i>
MG 8	<i>« Et aussi parfois un petit peu les patients qu'on croit motivés mais qui en fait ne sont finalement pas si intéressés, c'est une déception quoi, ce n'est pas une consultation où on gagne à tous les coups. »</i>

Les patients perdus de vue

Un autre inconvénient était de ne plus revoir le patient. (MG 12)

MG 12	<i>« L'inconvénient c'est les échappements, il faudrait s'organiser pour les rappeler. Tous ceux qui viennent en consultation pour ça et à qui ont prescrit un substitut, on devrait se mettre un rappel automatique à quinze jours ou un mois pour voir où ils en sont. Mais en pratique on n'a pas trop le temps. »</i>
-------	---

3.3 Ambivalence quand les avantages sont aussi les inconvénients

Certains médecins décrivaient une certaine ambivalence dans la notion d'avantage et d'inconvénient.

La prise en charge seule était considérée comme un avantage du fait de la liberté de prescription. Mais cette même liberté avait ses limites puisqu'être seul était aussi un inconvénient. (MG 4, MG 6)

MG 4	« Les avantages c'est que tu sais ce que tu vas prescrire. Oui c'est ça tu es le seul maître à bord, c'est le seul avantage. »
	« Et les inconvénients : tu es le seul maître à bord ! »
MG 6	« Les avantages (...), c'est moi qui gère. »
	« L'inconvénient c'est quand on ne sait pas trop quoi faire, on est tout seul. »

Une autre ambivalence était le climat de confiance avec le patient qui était décrit comme un avantage, mais pour un des médecins c'était une crainte de minimiser l'addiction. (MG 10)

MG 10	« Un avantage c'est le climat de confiance avec le généraliste qui le connaît »
	« Inconvénient, et bah justement la connaissance du patient, car on peut prendre ça un peu plus à la légère qu'un tabacologue ou pneumologue. »

3.4 Les limites de l'autonomie

Nous avons mis en évidence des situations pour lesquelles les médecins généralistes souhaitaient se faire aider par d'autres professionnels de santé pour la prise en charge du sevrage tabagique. Ces situations définissaient les limites de leur autonomie.

Les co-addictions

Lorsque le tabagisme était associé à une autre addiction quelles qu'elles soient (alcool, cannabis, drogues), certains médecins souhaitaient une prise en charge conjointe avec d'autres professionnels de santé. (MG 2, MG 4, MG 7, MG 10, MG 12)

MG 2	« si c'est un alcoolotabagique, on va faire l'alcoologie avec. »
MG 7	« gros fumeur de shit. Oui plutôt co-addiction. »
MG 10	« Je dirai soit les polyaddictions, souvent c'est couplé, alcool-tabac »
MG 12	« Ceux qui ne fument pas que du tabac, donc co-addictions avec cannabis. (...) Les co-addictions avec l'alcool, pour le coup je ne sais jamais trop si je dois coupler le sevrage des deux au domicile. Donc là en général quand il y a plusieurs addictions ou une précarité sociale, je me dis qu'avec l'équipe du mail, le psy et la travailleuse sociale ça peut aider les gens à se sortir de certaines situations. »

La multiplication des tentatives de sevrage

Pour la moitié des médecins interrogés, l'échec des traitements médicamenteux de première intention (MG 5, MG 6) et les tentatives antérieures infructueuses (MG 8, MG 10, MG 11, MG 12) étaient des situations pour lesquelles ils souhaitaient une aide dans la prise en charge.

MG 8	« C'est plus ceux qui ont fait des tentatives qui se sont soldées par un échec. Je me dis que là peut-être on tentera le traitement médicamenteux, et peut être
------	---

	<i>qu'à partir de là, si le traitement ne suffit pas, on va aller voir un tabacologue, un addictologue. »</i>
MG 10	<i>« soit les échecs antérieurs de sevrage »</i>
MG 11	<i>« Quelqu'un qui a déjà fait plusieurs tentatives, ce n'est plus de notre ressort, il faut passer la main, pour montrer qu'il y a autre chose. Si c'est pour recommencer ce qu'on a déjà fait et qui n'a pas marché sans apporter autre chose, je pense qu'on n'est pas dans la meilleure configuration pour que ça réussisse. »</i>
MG 12	<i>« Et pour quelqu'un qui pose problème, qui n'y arrive pas, qui a déjà essayé plusieurs fois, dès la première consultation je propose de consulter le psychoaddictologue, parce que je me dis qu'il y a plus de chance que ça échoue à nouveau. »</i>

Pathologies psychiatriques associées

Lorsqu'un patient avait un syndrome dépressif ou une anxiété, les médecins souhaitaient une aide pour une prise en charge globale : celle de l'addiction au tabac et de la pathologie associée. (MG 1, MG 4)

MG 1	<i>« Oui il y a quand même des gens qui sont en grandes souffrance psychologique et là je voudrai une aide. Quand le tabac est là pour compenser une grande anxiété, je voudrai bien une aide. »</i>
MG 4	<i>« Quand il y a plusieurs facteurs qui s'entrecroisent, genre le mec alcoolotabagique, en dépression, les mecs ou les femmes qui ne font rien de leurs journées à part rester devant la télé et qui grillent clope sur clope. Là c'est vrai que si tu ne soignes pas déjà le syndrome dépressif ou l'alcoolisme, ça va être compliqué de gérer le tabac tout seul. »</i>

Défaut d'observance et de motivation du patient

Le manque de motivation et d'observance du patient étaient des motifs de demande d'aide. (MG 2, MG 3, MG 8). Dans ce cas, le ressenti des médecins était négatif avec une sensation de perdre son temps (MG 2), de manquer de patience (MG 2) ou de se rendre compte que l'on allait à l'échec (MG 8).

MG 8	<i>« des patients pas observants, je me dis que c'est peut-être mieux qu'un tabacologue fasse le point, parce qu'il est formé et aura peut-être les mots que je n'ai pas réussi à trouver. »</i>
MG 2	<i>« des gens pas assez motivés, si je veux avoir ma conscience tranquille, je préfère passer la main, car pour certains profils, je délègue car je ne vais pas avoir la patience, parce que je me dis que je perds mon temps. (...) C'est le profil ou vous êtes blasés, car les cachets de tension ils ne viennent pas les prendre, donc quand ils abordent le sujet du tabac, vous leur dites clairement, « si c'est pour vous soigner comme vous soignez votre tension ou le reste, moi</i>

	<p><i>je ne peux pas. Mais si vous êtes vraiment motivé, voyez le Dr X qui ne fait que ça ». (...)</i></p> <p><i>Quand je pense que de toute façon c'est perdu d'avance, je vais envoyer peut-être plus en addictologie à ce moment-là. Je ne dis pas par facilité, mais parce que c'est des gens qui n'ont quelque part aucune volonté mais qui me le demande quand même. Et eux vont justement nécessiter un suivi rapproché, régulier, et qui pour se motiver on peut être besoin d'être vu régulièrement. Et le fait de dire, c'est une consultation addictologie pour ça, ça va les valoriser, les responsabiliser, ça va remettre du poids à ce que je dis, quand je leur dis déjà revenez pour ça. »</i></p>
MG 3	<p><i>« Quand on a des gros fumeurs et que les patients n'ont pas une grosse motivation. Ils sont dans des cas ou en fait, ils ont des BPCO sévères, la souvent, c'est difficile d'arriver à les sevrer tout seul. Et eux ont besoin d'une aide différente, avec la consultation motivation, l'hypnose etc... »</i></p>

Déni du patient

Pour les patients dans le déni de leur addiction, un des médecins souhaitait une aide extérieure. (MG 10)

MG 10	<p><i>« soit quelqu'un qui est dans le déni de l'impact sur sa santé, où je vois vraiment que ça passe au-dessus au moment d'avoir des envies de sevrage. »</i></p>
-------	---

Conditions socio-économiques défavorables

Associées ou non aux polyaddictions, les conditions socio-économiques défavorables étaient des situations pour lesquelles le médecin souhaitait une prise en charge pluridisciplinaire. (MG 12)

MG 12	<p><i>« Donc là en général quand il y a (...) une précarité sociale, je me dis qu'avec l'équipe du mail, le psy et la travailleuse sociale ça peut aider les gens à se sortir de certaines situations. »</i></p>
-------	--

Les situations urgentes

La nécessité d'obtenir un sevrage rapide était une situation supplémentaire pour le médecin d'avoir recours à d'autres professionnels de santé. (MG 11)

MG 11	<p><i>« Et les choses plus urgentes, par exemple j'ai un patient qui devait arrêter de fumer pour être opéré, donc il n'était pas question qu'on perde trop de temps, donc dans ce cas-là, l'addictologue s'est autorisé des trucs que je ne me serai pas autorisé, des choses que je n'aurais pas fait seul. »</i></p>
-------	---

3.5 Autonomie parfaite ?

Nous avons vu que la prise en charge du sevrage tabagique par le médecin généraliste seul avait des avantages, des inconvénients et même ses propres limites. Un seul médecin

interrogé déclarait ne pas ressentir le besoin d'aide. Pourtant ce discours était contradictoire puisqu'il admettait avoir encore « des choses à apprendre » sur le sevrage. (MG 9)

MG 9	« <i>Donc, est ce que moi j'ai besoin d'aide ? Je vais dire non. Probablement que j'ai encore des choses à apprendre sur le sevrage tabagique, d'une part pour moi-même d'ailleurs, mais je n'ai pas l'impression que je sois débordé par un manque de connaissance. »</i>
------	--

4. Le recours à d'autres professionnels de santé

4.1 Les professionnels de santé sollicités par les médecins généralistes

Les réseaux d'addictologie

Lorsque les médecins généralistes avaient recours à d'autres professionnels de santé dans l'aide au sevrage tabagique, les réseaux d'addictologie étaient majoritairement sollicités.

Sept médecins sur douze avaient recours à un professionnel de l'addictologie (MG 1, MG 2, MG 4, MG 8, MG 10, MG 11, MG 12)

Parmi eux 4 médecins sollicitaient les consultations d'addictologie au sein même de leur cabinet médical (MG 1, MG 4, MG 10, MG 12) et 4 adressaient leurs patients aux consultations d'addictologie du CH de proximité (MG 2, MG 4, MG 8, MG 11).

MG 1	« <i>notre addictologue oui, il est spécialisé en tabacologie »</i>
MG 2	« <i>Il y a une consultation spécialisée au CH de D. avec un addictologue. »</i>
MG 8	« <i>Oui, à C. il y a une addictologue. (...) C'est là-bas que je peux être amenée à adresser »</i>
MG 4	« <i>Ici on a un des consultations d'addictologie, ça va du tabac, alcool, cannabis, drogues dures. Et ça peut être fait assez rapidement. (...) Tu peux faire des sevrages sur l'hôpital d'A. et de H. . On n'est pas trop mal fournis. »</i>
MG 11	« <i>Nous, on a une addictologue à C. , donc je travaille avec elle quand j'ai besoin »</i> Et depuis peu, un mois, on fait partie d'une microstructure »
MG 10	« <i>et les coordonnées de notre psychologue clinicien. »</i>
MG 12	« <i>Et nous notre microstructure d'addictologie, même si on l'impression que le tabac est banalisé et que ce n'est pas la plus grosse des addictions, je pense que ça vaut le coup de proposer le service pour faciliter la prise en charge. »</i>

Tabac Info Service

« Tabac Info Service » était une aide supplémentaire à proposer aux patients dans la prise en charge du sevrage, mais ce réseau n'était utilisé que pour une minorité des médecins interrogés. (MG 10, MG 11)

D'autres connaissaient « Tabac Info Service » mais ne le proposaient pas en pratique à leurs patients. (MG 3, MG 2)

MG 10	« moi ça va très vite, je vais donner les coordonnées de Tabac Info Service »
MG 11	« Tabac Info Service je le propose, c'est un appui supplémentaire »
MG 2	« Tabac Info Service mais je n'adhère pas. Car je n'adhère pas à la médecine par téléphone. Je ne veux pas participer dans cette façon de faire. »

Les consultations de tabacologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

Les consultations de tabacologie du CHU avaient déjà été proposées aux patients mais sans retour positif devant le manque de motivation des patients à consulter (MG 12).

Et pour d'autres médecins, ces consultations étaient citées mais au conditionnel car ils ne connaissaient pas réellement les services proposés. (MG 3, MG 8)

MG 3	« peut-être une consultation à l'hôpital »
MG 8	« Certainement au CHU »
MG 12	« Centre de tabacologie du CHU j'ai déjà proposé mais les gens n'ont pas forcément envie d'y aller. »

Alcool assistance

Certaines aides, initialement pour l'alcool, développent l'aide au sevrage tabagique et étaient donc utilisées pour le sevrage tabagique (MG 10).

MG 10	« On a aussi « alcool assistance » chez nous, qui s'est mis aussi à faire du conseil au sevrage tabagique. »
-------	--

Les psychologues

Certains médecins adressaient leur patient à un psychologue (MG 5).

MG 5	« Après j'ai le numéro (...) d'une psychologue spécialisée en tabacologie »
------	---

Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)

Les IDE ASALEE ont été citées mais non utilisées en pratique. (MG 12)

MG 12	« Certaines maisons de santé ont des infirmières ASALEE, je trouve ça bien pour l'éducation thérapeutique. »
-------	--

Autres aides

La pratique de l'hypnose et les magnétiseurs étaient minoritairement proposés aux patients. (MG 5, MG 12)

MG 5	« Après j'ai le numéro d'une hypnothérapeute »
------	--

MG 12	« J'ai les coordonnées de quelqu'un qui réalise l'hypnose dans le sevrage. On a aussi un magnétiseur, ce n'est pas reconnu mais il y a des personnes qui y vont. »
-------	--

4.2 Méconnaissance des réseaux d'aide au sevrage tabagique

Certains médecins ne connaissaient pas de réseaux d'aide au sevrage tabagique et n'y avaient donc jamais eu recours. (MG 6, MG 7, MG 9)

MG 6	« pour le tabac je ne sais pas, je n'ai jamais fait. »
MG 7	« Soyons tout à fait honnête, non. Pas très fier mais non. »
MG 9	« J'ai plus le nom de l'organisme qu'à consulter mon patient, (...) Peut-être que j'ai tendance à le faire moi-même et donc pas utiliser les réseaux, c'est peut-être un peu bête de ma part par rapport aux autres addictions. »

D'autres connaissaient vaguement l'existence du réseau d'addictologie de leur secteur sans jamais y avoir fait appel. (MG 5)

MG 5	« A part la consultation d'addictologie à S. , et encore je ne sais pas si ce n'est pas que pour l'alcool et drogues. »
------	---

4-3 Avantages d'une prise en charge conjointe avec les réseaux d'addictologie

a. Pour le patient

Prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire

Un des avantages était une prise en charge spécialisée et pluriprofessionnelle quand cela était nécessaire (addictologue, assistance sociale, psychologue). (MG 2, MG 4, MG 9, MG 10, MG 11, MG 12)

MG 2	« Ça permet au patient d'avoir l'impression d'être pris par un spécialiste »
MG 4	« Avantages c'est que le patient va bénéficier de plusieurs spécialistes (addictologue, psychologue, peut-être même l'assistante sociale). »
MG 9	« Ça peut être intéressant d'être à plusieurs sur le front, mais comme toujours de toute façon. »
MG 12	« le psy et la travailleuse sociale ça peut aider les gens à se sortir de certaines situations. »

MG10	« l'autre avantage c'est la spécialisation là-dedans. »
MG 11	« L'avantage c'est quand même que c'est leur boulot donc ils ont une expérience qui est forcément supérieure à celle que je n'aurais jamais. »

Meilleure adhésion du patient et renforcement de la motivation

Les médecins généralistes voyaient comme avantage d'une prise en charge conjointe le renforcement positif de leur discours. Ils espéraient obtenir une meilleure adhésion et motivation du patient. (MG 1, MG 2, MG 3, MG7, MG 11)

MG 1	<i>« Souvent quand ils vont voir un spécialiste qui dit : « faut arrêter de fumer », là ils se disent : « ah oui tient il faut arrêter de fumer ». Les avantages ce serait, plus d'adhésion au patient car une consultation dédiée, plus de ressources aussi, plus de compréhension, enfin compréhension du problème. »</i>
MG 2	<i>« Et le fait de dire, c'est une consultation addictologie pour ça, ça va les valoriser, les responsabiliser, ça va remettre du poids à ce que je dis »</i>
MG 3	<i>« Ce serait aussi l'adhérence au sevrage. Ils se sentent écouter et plus motivés. »</i>
MG 11	<i>« Et le fait de dire : c'est un addictologue, ça peut être boostant sur la réussite, alors que si c'est que nous et qu'on a déjà essayé, j'ai peur qu'on tourne en rond. Ce n'est pas forcément passer la main, c'est travailler en binôme. »</i>

Améliorer et renforcer le suivi

Pour certains médecins la prise en charge conjointe était bénéfique pour les patients nécessitant un suivi rapproché et régulier et permettait ainsi un meilleur investissement dans le suivi. (MG 2, MG 7)

MG 2	<i>« c'est des gens qui n'ont quelque part aucune volonté mais qui me le demande quand même. Et eux vont justement nécessiter un suivi rapproché, régulier, et qui pour se motiver on peut être besoin d'être vu régulièrement. »</i>
MG 7	<i>« Ceux qui seront motivés, seront peut-être plus attentifs dans le suivi, peut-être plus investis, donc peut être plus réussir »</i>

Proposer d'autres solutions

La prise en charge conjointe permettait de proposer d'autres solutions, d'autres techniques. (MG 5, MG 8, MG 9, MG 10, MG 11, MG 12)

MG 5	<i>« Clairement l'avantage c'est que tu te fais aider pour essayer de faire arrêter le patient. Ils vont proposer des solutions que toi tu n'as pas proposé. »</i>
MG 8	<i>« Un avantage c'est que c'est leur job, ils voient que ça, donc ils sont au taquet sur le sujet donc c'est quelque chose qui à priori va fonctionner donc tant mieux. »</i>
MG 9	<i>« j'ai trouvé que la prise en charge commune était intéressante car on a le même but, le sevrage tabagique mais avec des techniques différentes, qui vont peut-être plaire plus ou moins à certains patients ou à d'autres »</i>
MG 11	<i>« Ils apportent un œil neuf à une situation. »</i>

Davantage de temps accordé au patient

Un autre avantage était que le patient puisse bénéficier de consultations plus longues. (MG 3)

MG 3	« <i>En allant vers un organisme extérieur, ils vont les recevoir avec plus de temps, même trois quart d'heure une heure c'est mieux que nous un quart d'heure. Le temps est l'avantage.</i> »
------	--

b. Pour le médecin

Décharge du médecin

Pour certains médecins, le fait d'adresser leur patient vers un autre professionnel de santé leur permettait de se décharger. (MG 4, MG 8, MG 12)

MG 4	« <i>ça nous décharge un peu.</i> »
MG 8	« <i>L'autre avantage c'est que ça nous décharge un petit peu, nous généralistes, par rapport aux autres consultations qui peuvent prendre du temps.</i> »
MG 12	« <i>Et puis l'avantage, c'est que pour les patients un peu difficiles, laisser la main ça permet de souffler un peu.</i> »

Solution de repli

Lorsque les médecins généralistes étaient las de certains patients, la prise en charge conjointe était plus que nécessaire. (MG 2, MG 6)

MG 2	« <i>C'est le profil ou vous êtes blasés, car les cachets de tension ils ne viennent pas les prendre, donc quand ils abordent le sujet du tabac, vous leur dites clairement, si c'est pour vous soigner comme vous soignez votre tension ou le reste, moi je ne peux pas. Mais si vous êtes vraiment motivé, voyez le Dr X qui ne fait que ça.</i> »
MG 6	« <i>Et l'autre avantage c'est que s'ils ne s'en sortent pas, on peut les renvoyer là-bas, on ne se prend pas la tête</i> »

Gain de temps

Le fait d'adresser le patient à un autre professionnel de santé permettait au médecin de ne pas avoir de consultation chronophage (MG 6).

MG 6	« <i>Et l'autre avantage (...) on ne fait pas des consultations à rallonge.</i> »
------	---

4.4 Inconvénients de la prise en charge conjointe avec les réseaux d'addictologie

a. Les craintes du médecin

Le manque de retour du spécialiste

Une des craintes des médecins était le manque de communication avec les réseaux d'addictologie (MG 11). Ils souhaiteraient une prise en charge conjointe (MG 9) avec des courriers en retour (MG 4).

MG 4	« Parce que si tu adresses à quelqu'un, si tu as un courrier en retour c'est cool, mais ce n'est pas tout le temps que ça arrive. »
MG 9	« Je fais partie des généralistes qui aiment bien connaître ses patients, donc s'il y a une prise en charge conjointe, il faut qu'elle soit conjointe. Il faut qu'on puisse communiquer et être au courant. Parce que si le patient fait ça seul dans son coin et que nous, médecin traitant, on n'est pas au courant de la situation c'est dommage, donc ça peut être un inconvénient. »
MG 11	« Les inconvénients c'est qu'ils vont probablement travailler tout seul, il n'y a pas forcément de collaboration avec nous, pas toujours mis au courant de ce qui est fait. Je trouve ça un peu dommage. »

Perte de vue du patient

Une autre crainte du médecin était de ne plus être le chef d'orchestre et de perdre de vue les patients. (MG 4, MG 12)

MG 4	« Les inconvénients, c'est que des fois on perd un peu le contrôle, on ne sait plus où on en est. Et quand tu revois le patient derrière, tu dis : « au fait tu en es ou du sevrage tabagique ? » et si tu n'as pas reçu de courrier, c'est un sujet qui passe un peu à l'as. »
MG 12	« Un inconvénient c'est qu'on va peut-être perdre un peu de vue les gens, (...) Je pense que dans la tête des gens c'est un peu ça, un problème égal une personne. Donc ça peut être un frein. »

Rupture de confiance

Un des médecins craignait de perdre la confiance de ses patients en les adressant à un autre professionnel de santé (MG 5).

MG 5	« Inconvénients : J'aurai peur, c'est peut-être bête, mais j'ai l'impression que je pourrai perdre le fil à ce moment-là. Je pourrai perdre leur confiance, ça pourrait être une rupture dans leur volonté d'arrêter. Que ça leur semble trop compliqué à ce moment-là et qu'ils se disent, bon tant pis. »
------	---

b. Les craintes des patients vues par le médecin

Multiplication des consultations

Un des médecins pensait que la multiplication des consultations pouvait être un inconvénient (MG 12).

MG 12	« Un inconvénient (...) car comme ils n'ont pas envie de consulter tous les trois jours des personnes différentes. »
-------	--

Manque de confiance envers le spécialiste

Le manque de confiance envers le professionnel de santé et la crainte du jugement de ce dernier étaient perçus par les médecins généralistes comme des inconvénients pour leur patient. (MG 5, MG 10)

MG 5	« Les inconvénients : Je pense qu'une consultation dédiée à ça, ça leur fait peur. Ils n'ont pas envie qu'on leur fasse la morale, enfin d'après moi. »
MG 10	« L'inconvénient, le manque de confiance du patient. »

Le coût

Le coût d'une consultation supplémentaire pouvait être perçu comme un frein (MG 10).

MG 10	« Ou alors aussi, la peur de devoir régler la consultation chez un spécialiste, ça c'est le frein majeur chez nous, le coût. »
-------	--

5. Influence du statut tabagique du médecin généraliste

L'objectif de l'étude n'était pas d'évaluer l'influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge du sevrage tabagique, mais un certain ressenti est apparu et il nous a semblé intéressant de le retranscrire.

Pour rappel dans notre étude, sept médecins généralistes étaient non-fumeurs (MG 1, MG 2, MG 3, MG 5, MG 8, MG 10, MG 12), trois étaient fumeurs (MG 4, MG 6, MG 9) et deux étaient d'anciens fumeurs (MG 7, MG 11).

5.1 Ressenti du médecin non-fumeur

a. Influence sur la compréhension

Le fait de n'avoir jamais fumé était vécu pour certains médecins non-fumeurs comme un manque de compréhension de ce qu'est l'addiction au tabac, la dépendance et la difficulté du sevrage. (MG 8, MG 10)

MG 8	« Alors peut être que je ne comprends pas ce que c'est que du fumer, ou d'arrêter de fumer, je ne peux pas me mettre à leur place. »
MG 10	« je ne connais pas la dépendance au tabac. Donc c'est difficile de discuter avec un gros fumeur à deux ou trois paquets par jour, surtout venant de la part d'une nénéte qui n'a jamais fumé. C'est en ce sens-là que ce n'est pas évident, de ne pas connaître ce sentiment de dépendance. »

Pour d'autres au contraire, ce statut renforçait la compréhension de l'addiction. (MG 3)

MG 3	« Après en tant que médecin non-fumeur, il faut qu'on soit conscient que ce n'est pas facile d'arrêter de fumer, c'est une addiction et c'est aussi difficile
------	---

	<i>que l'alcool ou drogues dures. Il faut être empathique avec le patient. »</i>
--	--

b. Manque d'argument

Le statut non-fumeur du médecin était vécu comme un manque d'argument à proposer au patient pour renforcer l'aide au sevrage. (MG 12)

MG 12	<i>« Après moi qui n'ai jamais fumé (...) Je ne peux pas leur raconter que je jour où j'ai arrêté de fumer, j'ai retrouvé l'odorat ou autre puisque ce n'est jamais arrivé. En fonction de ce qu'on vit soit même on n'est pas aussi convainquant. »</i>
-------	--

5.2 Vécu du médecin fumeur ou ancien fumeur

a. Une meilleure compréhension

Pour un médecin généraliste fumeur, son statut était vécu comme un avantage en justifiant une plus grande compréhension envers les patients désireux d'arrêter de fumer. (MG 9)

MG 9	<i>« Je vais me faire l'avocat du diable, ce n'est pas bien ce que je dis, mais je pense que le statut de fumeur aide à être à l'aise sur le sujet et à être plus compréhensif pour les patients qui ont des difficultés à arrêter. »</i>
------	---

b. Raisonner la consommation

Certains médecins généralistes fumeurs faisaient part de leur consommation personnelle pour tenter de raisonner la consommation de leur patient. (MG 4, MG 9)

MG 4	<i>« ça me permet de leur dire, que tu vois tu peux fumer de manière récréative, une fois tous les trois mois tu te fais plaisir, plutôt que de fumer clopes sur clopes tous les jours. »</i>
------	---

MG 9	<i>« je leur fais mesurer l'importance de leur consommation. La consommation nulle serait la meilleure, mais lorsqu'ils ont une consommation anarchique, c'est à dire, ils fument sans se poser la question de savoir s'ils ont fumé il y a heure ou une demi-heure ou même juste avant, alors là je les mets en garde. Ils doivent raisonner leur consommation avant d'arrêter. »</i>
------	--

c. Partager son expérience personnelle

Un médecin ancien fumeur n'hésitait pas à parler de sa propre expérience sur le sevrage à ses patients. (MG 7)

MG 7	<i>« Et je leur dis à tous la même chose je n'ai pas arrêté parce que ce n'est pas bon, je leur dis que j'ai arrêté parce que je suis un trouillard et que quand je vois ce que ça donne, voilà. Et demain s'ils inventent une clope qui n'ai pas mauvaise pour la santé, je vais l'acheter en sortant ! Je leur explique que j'ai galéré, que ce n'est pas marrant. »</i>
------	--

5.3 Connaissance du statut fumeur du médecin par le patient

Globalement les médecins fumeurs ne cachent pas leur statut de fumeur aux patients. Cependant certains médecins craignent de ce fait que les patients minimisent leur addiction. (MG 4, MG 7, MG 9)

MG 4	« <i>Bah oui, mais docteur vous ne pouvez pas comprendre vous ne fumez pas, vous</i> » et bien si justement mais une fois tous les trois mois seulement quand j'en ai envie, ce n'est pas un besoin. »
MG 7	« <i>Déjà ils savent tous que j'ai fumé.</i> »
MG 9	« <i>après je ne leur dit pas forcément, quoique je peux leur dire que moi-même je fume mais je ne leur dis pas systématiquement pour pas qu'ils se disent que ce n'est pas grave parce que le médecin le fait.</i> »

6. Formation des médecins généralistes sur l'aide au sevrage tabagique

6.1 Hétérogénéité dans l'acquisition des connaissances

Formation universitaire théorique

Certains médecins disaient avoir reçu une formation initiale à la faculté. Le ton était tout de même hésitant. (MG 4, MG 7, MG 10)

MG 4	« <i>Alors à la fac...euhh je t'avouerai que je ne me souviens plus. Si on avait eu un séminaire obligatoire sur les addictions, donc il y avait le tabac, la méthadone, l'héroïne etc...</i> »
MG 7	« <i>Euh.... Comme tous les médecins j'ai une bonne mémoire, donc à la fac.</i> »
MG 10	« <i>Je dirai que nous on fait partie de la génération où on a eu des cours là-dessus</i> »

Pendant l'internat

Certains médecins avaient pu profiter des stages d'internat/ assistanat comme source de formation, basée sur l'expérience et la pratique des maîtres de stage. (MG 7, MG 8)

MG 7	« <i>Ah si j'ai bossé un an comme assistant en pneumologie ça peut aider, et je fumais ma clope à la fin de la visite, après avoir vu trois cancers du poumon.</i> »
MG 8	« <i>Je pense d'abord quand j'étais interne par le biais des stages avec les praticiens, chez les généralistes, je les ai vu prescrire.</i> »

Autoformation

Les revues médicales, le Vidal étaient également des sources de formation. (MG 2, MG 4, MG 8, MG 11)

MG 2	« <i>les journaux médicaux.</i> »
MG 4	« <i>Sinon dans les magazines, les revues</i> »

MG 8	« <i>Et puis aussi une autoformation, je vais dans le Vidal et je regarde bien comment ça se prescrit, les posologies et tout ça. »</i>
MG 11	« <i>Moi-même déjà, parce que j'avais fait des trucs pour moi. »</i>

Les laboratoires et les visiteurs médicaux

Les laboratoires étaient cités comme source de formation mais semblaient plutôt axés sur la pharmacopée. (MG 1, MG 2, MG 4, MG 6, MG 11)

MG 4	« <i>et les visiteurs médicaux quand ils viennent te présenter les patchs les gommés, Champix® etc... »</i>
MG 11	« <i>En son temps, la visite médicale nous a aussi montré des choses. En 26 ans d'installation on a quand même vécu un peu tout, l'arrivée des patchs, du Champix® et tous ces produits-là, donc à chaque fois ça a été une remise en question de ce qu'on savait au fur et à mesure de l'apparition des produits. »</i>

Enseignement post universitaire

Les formations médicales continues étaient un moyen d'acquérir des connaissances sur le sevrage tabagique. (MG 3, MG 5, MG 7, MG 9, MG 10, MG 11, MG 12)

Toutefois le sujet principal n'était pas le tabac, cela pouvait être l'addiction à l'alcool (MG 10, MG 9, MG 12), la cardiologie ou la pneumologie (MG 3, MG 5, MG 7).

MG 3	« <i>En formation, mais je n'ai jamais fait de formation sur le sevrage propre. Sur des formations cardio ça nous arrive de parler sevrage, mais après pas de formation spécifique là-dessus. »</i>
MG 5	« <i>Donc une formation l'année dernière sur les BPCO avec une pneumologue qui avait donné des conseils concrets à donner aux patients »</i>
MG 7	« <i>Le fait d'être membre d'une FMC, ou même si on ne fait pas une soirée spéciale tabac, vous récupérez sur la cardio, la pneumo. »</i>
MG 9	« <i>J'ai eu une formation sur le risque alcool, et finalement, je pense que le tabac est une addiction donc j'ai un peu transposé ce que j'ai appris pour l'alcool sur le sevrage tabagique. »</i>
MG 10	« <i>après j'ai fait des FMC un peu plus sur l'alcool mais le tabac en faisait partie aussi »</i>

Echange entre pairs

Les discussions et le partage d'expériences entre confrères étaient un moyen d'acquérir des connaissances. (MG 1, MG 10)

MG 1	« <i>les échanges entre confrères. »</i>
MG 10	« <i>Et je fais une EPU officieuse avec cinq autres médecins généralistes et parfois on en parle ».</i>

Expérience et pratique

La pratique et l'expérience étaient cités par les médecins. (MG 2, MG 11)

MG 11	« <i>Et puis notre expérience fait qu'on a un petit peu nos trucs, nos discours s'affinent avec le temps.</i> »
-------	---

6.2 Formation complémentaire, des avis divergents

Ne pas ressentir le besoin de formation complémentaire

Certains médecins ne ressentaient pas le besoin de formation complémentaire pour l'aide au sevrage. (MG 2, MG 4, MG 6, MG 8, MG 10)

Certains prioriseraient un autre sujet de formation s'ils avaient le choix (MG 4). Et d'autres ne consacraient pas de temps à une formation sur ce sujet (MG 6).

MG 2	« <i>Ce n'est pas le sujet où je ressens le besoin de formation.</i> »
MG 4	« <i>Il y a pleins de sujet sur lequel on aurait besoin de formation, donc il faut prioriser. (...) Parce que je ne me sens pas trop en difficulté sur ce sujet.</i> »
MG 6	« <i>je ne prendrai pas du temps pour faire ça.</i> »
MG 8	« <i>Alors je ne sais pas tout, mais je me dis que je n'ai pas forcément besoin, je ne suis pas sûr que ce soit utile d'avoir une formation supplémentaire. Je ne pense pas avoir besoin d'une formation complémentaire par le biais d'une FMC.</i> »

Un sujet jugé insuffisant pour une formation spécifique

Certains médecins trouvaient même que le sevrage tabagique n'était pas un sujet suffisant à lui seul pour en faire un sujet de formation. (MG 1, MG 3)

MG 1	« <i>mais on ne va pas faire un EPU sur les sevrages tabagiques.</i> »
MG 3	« <i>Le problème c'est : est-ce qu'on peut faire une formation ou on ne parle que du tabac ?</i> »

Désir de formation : le contenu et les modalités

Certains médecins souhaitaient une formation complémentaire :

Sur l'entretien motivationnel. (MG 12)

MG 12	« <i>J'aimerais bien faire une formation sur l'entretien motivationnel, parce que ça touche à plusieurs sujets et c'est ce qui me manque dans le discours.</i> »
-------	--

Sur des conseils concrets pour les patients, des techniques de communication et d'approche. (MG 5, MG 7, MG 9).

MG 7	« Je pense que c'est plus de la communication qu'il nous faut, on n'a pas besoin d'argument scientifique, on les connaît. (...) Ce qu'on a besoin c'est des techniques d'approche, c'est du marketing, d'arriver à les choper, à les influencer. »
MG 5	« Une formation avec des conseils concrets à appliquer en consultation (...) Une aide concrète à la psychologie »

Certains médecins ne souhaitent pas de formation « théorique » sur les principes généraux du tabac et de ses conséquences sur la santé, ni sur l'utilisation des substituts nicotiniques. (MG 5, MG 7, MG 9)

MG 5	« pas des principes généraux, pas un truc ou on te redit comment utiliser les patchs. »
MG 7	« on n'a pas besoin d'argument scientifique, on les connaît. (...) mais pas de la formation, qui ne sait pas aujourd'hui que le tabac ce n'est pas bon pour la santé, je parle des patients pas des médecins, allez 1%. Il y a 1% de neuneu qui ne sont pas au courant. »
MG 9	« Sur le risque en tant que tel, on est tous au fait que le tabac est un FRCV, est un facteur de risque de différents cancers, j'axerai plus sur la technique. »

7. Effet positif du remboursement des traitements nicotiniques de substitution (TNS)

7.1 Favorise une consultation dédiée

Certains médecins trouvaient que depuis le remboursement des TNS, les patients venaient plus souvent en consultation uniquement pour le motif de sevrage, favorisant des consultations dédiées tabac, avec plus de temps pour aborder le sujet. (MG 12)

MG 12	« Mais quand même, de plus en plus, avec le remboursement des substituts, ils viennent que pour ça. Donc c'est plutôt pas mal car on a une vraie consultation et un vrai quart d'heure pour pouvoir exploiter les motivations intrinsèques, extrinsèques. »
-------	---

7.2 Accroît la motivation du patient

Certains médecins déclaraient que le remboursement des substituts nicotiniques était une motivation supplémentaire pour les patients. (MG 3, MG 9)

MG 3	« C'est plus facile maintenant qu'il y a des remboursements de traitement, parce que c'est aussi une motivation pour certain. Avant c'était ceux qui étaient vraiment motivés qui disaient : « bon voilà je veux arrêter, je veux des patchs » »
MG 9	« Moi je pense que le remboursement des substituts nicotiniques est un grand pas, il y a énormément de patients qui sont beaucoup plus motivés maintenant pour arrêter de fumer. »

7.3 Argument supplémentaire pour le médecin

Certains médecins s'en servaient comme argument supplémentaire auprès du patient. (MG 3, MG 7)

MG 3	<i>« Maintenant on peut même dire, s'ils ne veulent pas arrêter, « sachez que si vous envisagez un jour d'arrêter, vous pouvez toujours avoir recours à des traitements et qu'ils sont remboursés » Et ça c'est une nouvelle porte pour essayer de les persuader d'arrêter de fumer. »</i>
MG 7	<i>« Alors déjà on a une chance hallucinante, c'est que c'est gratos aujourd'hui. Avant il fallait avancer les frais, même si ça couter moins cher que de fumer, mais ils avaient tous cet argument qu'ils n'avaient pas les sous. Donc comme c'est gratuit, je leur dis : « mais qu'est-ce que vous risquez ? Dans le pire des cas, ça va marcher, si vous vous plantez ce n'est pas grave, on réessaiera une autre fois ». »</i>

V. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de notre étude

1. Forces

Choix de la méthode

Le but de l'enquête était de recueillir le vécu des médecins généralistes et d'évaluer leur autonomie sur les consultations d'aide au sevrage tabagique. Le choix de la méthode qualitative nous a donc paru évident. Une étude quantitative ne nous aurait pas donné un accès direct à l'expérience, au vécu et au ressenti des médecins concernés.

Les entretiens semi-dirigés permettaient aux médecins généralistes de s'exprimer librement sur le sujet.

L'enquête a été interrompue par le phénomène de « saturation des données ».

La population étudiée

Le but de notre étude était d'avoir les résultats les plus diversifiés possibles. Le choix des médecins était donc fait au fur et à mesure en fonction de ce critère. Notre étude a permis d'obtenir des profils variés en termes de sexe, d'âge, d'ancienneté d'installation, de milieu et de mode d'exercice.

Le fait de comparer notre échantillon à la population générale a permis de nous situer par rapport à celle-ci. Notre étude comportait autant de médecins généralistes hommes que de femmes. Ceci est représentatif car proportionnel à la population des médecins généralistes français, puisqu'en 2018, les femmes représentaient 48.2% des effectifs en activité régulière. (24)

L'âge moyen des médecins dans notre échantillon était de 41 ans contre 50.6 ans au niveau national, soit une population légèrement plus jeune que la moyenne nationale. (24)

2. Faiblesses

Biais de recrutement

Nous avons sélectionné une partie des médecins généralistes via les Pages Jaunes internet. Cet outil de recherche ne recense pas toutes les adresses des médecins généralistes installés dans la Somme.

Lorsque qu'ils ont été contactés par téléphone, le recrutement se faisait parfois par l'intermédiaire de la secrétaire médicale qui se chargeait de diffuser le message auprès des médecins du cabinet, avec l'objectif de notre travail et les modalités des entretiens. Tous les médecins au sein d'une même structure n'ont peut-être pas reçu l'information ou l'information n'était peut-être pas retranscrite de manière adaptée.

Certains n'ont pas répondu favorablement principalement par manque de temps.

Le second mode de recrutement s'est fait d'après le listing des médecins adhérents aux microstructures avec l'association Le Mail. Ils étaient donc plus réceptifs sur le sujet du sevrage tabagique, en effet aucun n'a refusé de participer.

Biais liés aux conditions d'entretien

La moitié des entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins généralistes. Ce choix a pu avoir comme conséquences des interruptions intempestives (téléphone, secrétaire...). Le manque de temps des médecins en fonction de l'heure (fin de consultations) a eu pour conséquences un empressement.

Pour les entretiens qui se sont déroulés par téléphone, les conditions n'étaient pas toujours optimales (coupure, manque de réseau...).

Biais d'investigation

Le ton de l'enquêtrice a été le plus neutre possible durant ces entretiens. Mais il est tout de même possible que certaines formulations ou réactions naturelles de l'enquêtrice aient pu influencer le discours des médecins interrogés. Ceci d'autant plus qu'il s'agissait d'une première dans ce domaine. L'enquêtrice a acquis de l'expérience au fur et à mesure des entretiens, les premiers n'ont donc pas eu la même qualité d'écoute et de guidage que les suivants.

L'enquêtrice exerçait la même profession que les participants, ce qui a pu favoriser le dialogue, mais aussi une réticence à se confier de peur d'être jugé.

Biais interprétation

L'analyse des résultats a été effectuée par l'enquêtrice uniquement. Il n'y a pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui diminue la validité interne des résultats.

Celle-ci aurait permis de diminuer la part de subjectivité des résultats et d'apporter un sens différent à certaines parties du codage.

B. Discussion des résultats

1. Le vécu des médecins généralistes

Le médecin généraliste, encore appelé médecin de famille, a une place fondamentale dans le parcours de soins et ses rôles sont multiples : coordonner les soins, assurer leur continuité, gérer des pathologies aiguës et chroniques, favoriser l'éducation pour la santé et il a un rôle important dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins. (22)

La médecine générale utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Le médecin généraliste développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires, permettant ainsi une prise en charge globale du patient, aussi bien dans une dimension physique, psychologique, culturelle qu'existentielle.(22)

De par son rôle, le médecin généraliste est au cœur de la prévention ce qui en fait l'acteur idéal pour aborder les consommations dont le tabagisme. 99.3% des médecins généralistes interrogés en 2009 considéraient qu'aborder le sujet du tabagisme faisait partie de leur rôle, selon l'enquête du Baromètre santé médecins généralistes. (20)

MG 9 « je pense qu'on reste l'interlocuteur privilégié pour ce genre de consultation »

MG 8 « C'est notre rôle de généraliste, ... notre rôle de médecin de premier recours »

L'enquête nationale du « Baromètre santé des médecins généralistes » de 2009 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a interrogé plus de deux mille médecins généralistes sur le nombre et le mode de prise en charge d'usagers de drogues illicites, d'alcool et de tabac et a rapporté que plus de deux tiers (68.6%) d'entre eux déclaraient avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours. (25)

Notre étude a mis en évidence que les médecins généralistes n'avaient pas peur d'aborder le tabagisme avec leurs patients et se considéraient tous à l'aise sur ce sujet. Ce que confirme la littérature puisque le Baromètre 2009 a rapporté que 89.2% des médecins estimaient que le tabagisme était un sujet facile à aborder. (25)

MG 8 « Moi je suis à l'aise sur cette discussion, je peux en parler franchement sans tabou ou sans gêne »

De plus, nous avons vu que les opportunités pour aborder le tabagisme étaient nombreuses au cours d'une consultation qui n'y était pas forcément dédiée initialement. Une thèse qualitative menée en 2012 par Sciolla (26) sur le vécu et les représentations de l'aide au sevrage tabagique auprès de 25 médecins généralistes Marseillais confirme nos résultats sur les nombreuses opportunités d'aborder le tabagisme au cours d'une consultation.

Ainsi face à des pathologies cardiovasculaires, pulmonaires, ORL, urologiques, ou des consultations en rapport avec le sport, la contraception et la grossesse, les médecins n'hésitaient pas à aborder le sujet.

D'après l'enquête du Baromètre 2009, une majorité de médecins (63.2%) abordaient la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, 34.2% avec les patients jugés à risque et seulement 2.6% n'abordaient jamais le sujet ou à la demande du patient.(25)

Les médecins interrogés de notre étude identifiaient parfaitement le statut fumeur de leurs patients. Pour plus de la moitié ce statut était recueilli de façon systématique lors du premier contact. D'après une thèse amiénoise de Bouchez (27) en 2019, portant sur le dépistage des troubles de l'usage des substances psychoactives auprès de 389 médecins généralistes picards, 64,3% des médecins dépistaient le tabac lors de la première consultation.

MG 3 « Toutes les personnes qui viennent pour la première fois, moi je leur demande s'ils sont fumeurs »

Si les médecins picards identifiaient bien le statut fumeur de leurs patients au premier contact, il n'en était pas de même à Marseille, puisque selon le travail de thèse de Sciolla (26), les médecins généralistes marseillais abordaient de façon moins unanime le tabagisme lors d'un premier contact. Si pour certains il s'agissait, comme dans notre étude, d'un caractère systématique, pour d'autres cela pouvait être une source d'inquiétude, de peur de heurter la sensibilité des patients (« *que le patient se sente agressé* »).

Nous ne retrouvons pas cette notion d'inquiétude ou de gêne dans notre étude. Par contre un des médecins trouvait que le moment n'était pas opportun.

MG 11 « *quand c'est un premier contact on a déjà beaucoup de choses à faire donc ce n'est pas le moment* »

Dans notre étude, les médecins généralistes abordaient le sevrage tabagique avec une certaine bienveillance et faisaient preuve d'une adaptabilité. Ils proposaient le sevrage, sans notion de jugement ni de culpabilité, n'insistaient pas, suggéraient de nouveau, se montraient disponibles et respectaient la décision du patient. Le but étant d'obtenir in fine une demande de sevrage spontanée du patient.

MG 6 « *Je leur demande s'ils sont motivés s'ils me disent non, je n'insiste pas* »

MG 11 « *Je pense qu'il ne faut pas les culpabiliser mais leur montrer qu'on peut les aider* »

MG 5 « *mais si un jour vous êtes décidé, n'hésitez pas à venir me voir pour qu'on discute de ça ensemble* »

Le vécu des consultations de sevrage tabagique pouvait cependant s'avérer négatif pour les médecins généralistes interrogés et ce à cause des notions de temps et de motifs secondaires. Et ces notions étaient difficilement séparables.

En effet le médecin abordait le sujet du tabagisme et/ou de son sevrage en fonction des opportunités qui lui étaient présentées, faisant inéluctablement une consultation à plusieurs motifs, allongeant ainsi le temps de la consultation. Ceci explique que certains médecins de notre étude s'accordaient à dire que leur temps et leur disponibilité étaient des facteurs déterminants pour aborder le sujet.

MG 6 « *Généralement c'est lors d'une consultation (...) où j'ai le temps* » « *Si j'ai déjà du retard, c'est mort je n'aborde pas le sujet* »

MG 7 « *Il vaut mieux venir en début de journée car en fin de journée on aborde un peu moins le sujet* »

Lorsque ce sont les patients qui abordaient le sujet du sevrage tabagique, cette demande était trop souvent un motif secondaire de consultation et abordée en fin de consultation.

MG 2 « *Le seul truc qui m'agace, c'est quand en fin de consultation on me dit : « ah au fait, il me faudrait des patchs pour arrêter de fumer » »*

Cette situation pouvait mettre le médecin dans une position délicate. Le rôle et l'objectif du médecin dans la lutte contre le tabagisme étant d'obtenir le sevrage de son patient, il apparaît donc délicat de refuser cette demande.

En effet certains médecins craignaient de passer à côté d'une opportunité de sevrage en refusant de traiter la demande, certains acceptaient mais en y consacrant moins de temps que nécessaire et d'autres refusaient en proposant ce qui semblait être la solution idéale : une consultation dédiée. D'autant plus que l'addiction au tabac est un sujet complexe et multifactoriel et on se doit de lui consacrer du temps pour une prise en charge optimale.

Malgré ce ressenti négatif, un seul médecin décrivait le côté chronophage comme un inconvénient d'une prise en charge seule. Mais ce vécu négatif n'entravait pas pour autant la bonne relation médecin patient.

Nous avons résumé un des avantages de la prise en charge seule du sevrage tabagique par le médecin généraliste avec la notion de « colloque singulier ». C'est la répétition de certains termes lors de nos entretiens comme la confiance, le lien particulier, la connaissance du patient dans sa globalité, qui ont permis de les relier à cette notion.

MG 10 « *Un avantage c'est le climat de confiance avec le généraliste qui le connaît* »

MG 11 « *je pense qu'il y a une part de relationnel, cette relation médecin-patient qui est importante* »

MG 12 « *On a un lien particulier avec eux, quand ils réussissent ils sont fiers* »

Le colloque singulier est la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Il est défini par « la rencontre d'une confiance et d'une conscience » selon une expression fréquemment prêtée à Hippocrate. Cette notion est essentielle dans la pratique hippocratique qui voit le médecin et le patient comme des alliés dans l'observation, le pronostic et éventuellement le traitement de la maladie perçue comme une crise dans la vie du patient.(28) (29)

Une rencontre marquée par la confidentialité de ce qui est échangé et protégé par le secret médical. Cette rencontre « singulière » est précieuse pour le médecin comme pour le patient dans le cadre d'une consultation. C'est dans ce cadre que peut être recueilli le consentement éclairé du patient. (30)

Les médecins généralistes estimaient connaître et prendre en charge leurs patients dans une globalité, dans un climat de confiance qui permettait une honnêteté du patient sans crainte d'être jugé.

MG 3 « *S'ils nous disent qu'ils ont retouchés à la cigarette on ne va pas les engueuler. Ils vont oser dire qu'ils ont péché* »

2. L'autonomie des médecins généralistes et leurs limites

Le tabagisme est un sujet que les médecins généralistes de notre étude abordaient aisément avec leur patient, sans difficulté majeure. Pour le sevrage et sa prise en charge, ils se considéraient comme l'interlocuteur privilégié, ces missions faisant partie de leur rôle et étaient donc autonomes dans cette prise en charge.

Mais nous avons mis en évidence que cette autonomie avait des inconvénients et certaines situations amenaient les médecins à adresser le patient vers d'autres professionnels.

C'est avec ces inconvénients et ces situations que nous avons défini les limites de leur autonomie dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Les principales situations qui nécessitaient pour nos médecins le recours à d'autres professionnels de santé étaient les co-addictions à l'alcool, au cannabis ou aux autres drogues, associées ou non à des conditions socio-économiques défavorables ; les tentatives multiples de sevrage ; les pathologies psychiatriques associées ; le défaut d'observance et le manque de motivation.

Le déni du patient et les situations urgentes étaient également des occasions pour avoir recours à d'autres professionnels.

Nos résultats sont similaires avec la thèse qualitative de 2012 menée par Sciolla (26) auprès des médecins généralistes marseillais puisque pour eux la faible motivation, les rechutes multiples, la forte dépendance, les co-addictions, les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxiodépressifs étaient des situations où ils pouvaient avoir recours à d'autres professionnels.

En ce qui concerne notre étude, la majorité des médecins généralistes sollicitaient une aide en cas de difficulté dans la prise en charge du sevrage. Plus de la moitié des médecins, dans ce cas, avaient recours à un réseau d'addictologie.

Nos résultats sont discordants en ces 2 points avec l'enquête du Baromètre puisqu'en 2009, les médecins généralistes étaient 78.1% à prendre en charge le sevrage tabagique seul, 16.4% d'entre eux était en liaison avec une structure et seulement 5.5% adressaient à une structure ou à un confrère. Et quant à la participation active des médecins généralistes à des réseaux de santé portant sur les addictions en général, que ce soit pour les drogues illicites, l'alcool ou le tabac, elle concernait une minorité avec respectivement 5.3%, 2.3% et seulement 0.9% pour le tabac. (25)

Notons tout de même que plus de dix ans se sont écoulés depuis les chiffres du baromètre.

Par contre nos résultats confirment la tendance déjà observée par deux thèses amiénoises relatant que les médecins généralistes picards faisaient plus souvent appel aux réseaux de sevrage tabagique.

En effet, en 2017, le travail de thèse de Descamps (31) menée auprès de 187 médecins généralistes picards, sur « les stratégies du médecin généraliste picard dans le sevrage tabagique et l'influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge », concluait qu'ils n'hésitaient pas à travailler en liaison avec une structure externe en deuxième intention et que trois quarts d'entre eux avaient recours aux services d'un tabacologue (majoritairement en seconde intention).

Et en 2019, la thèse de Bouchez (27) portant sur 389 médecins généralistes picards, révélait que devant un trouble de l'usage de tabac, la prise en charge personnelle par les médecins généralistes était de 38,8%.

Nos chiffres sont tout de même difficilement comparables avec ceux du baromètre puisque nous avons effectué une étude qualitative sur un petit échantillon, avec un biais de

recrutement puisque 4 médecins faisaient partie des microstructures, en collaboration avec l'association Le Mail à Amiens.

Ils étaient donc plus sensibilisés aux addictions et bénéficiaient d'une consultation au sein même de leur cabinet ce qui pouvait faciliter certaines prises en charge.

Mais il nous a semblé intéressant de recueillir leur point de vue et d'évaluer leur recours à ces professionnels. Le bilan est positif puisque tous les médecins appartenant aux microstructures adressaient leurs patients au psychologue spécialisé en addictologie. Un seul, en collaboration depuis peu, n'avait pas encore adressé de patient pour le tabac.

Lorsque les médecins de notre étude avaient recours au réseau d'addictologie, il s'agissait essentiellement d'une prise en charge ambulatoire (consultations d'addictologie dans un CH de proximité ou au sein même de leur cabinet). Ces résultats sont cohérents avec la thèse amiénoise de Bouchez (27) en 2019, qui concluait que lorsque le patient était orienté vers une structure pour le sevrage tabagique, il s'agissait majoritairement d'une prise en charge ambulatoire.

Pour les médecins généralistes interrogés, un des avantages d'une prise en charge conjointe avec le réseau d'addictologie était le caractère pluridisciplinaire (avec psychologue et travailleur social) et spécialisé. Le but de cette collaboration était de renforcer la motivation, d'accentuer l'adhésion du patient dans le projet thérapeutique et aussi dans le suivi. Ils espéraient du spécialiste l'apport de nouvelles propositions en cas d'échec au cabinet, et plus de temps à consacrer au patient.

Un des autres avantages était, pour le médecin lui-même, de se décharger de consultations parfois difficiles.

Toutefois les médecins déclaraient des inconvénients à cette prise en charge conjointe. Il s'agissait surtout du manque de communication avec le spécialiste et le peu de retour sur les consultations effectuées.

En effet la thèse qualitative amiénoise de Serriari (32) en 2018, portant sur le ressenti de 15 médecins généralistes picards sur les échanges d'informations avec les centres d'addictologie, concluait à une communication écrite insuffisante, et ce même lorsque les maisons de santé bénéficiaient du passage de l'équipe d'addictologie. Mais l'insuffisance de communication était réciproque puisque les médecins généralistes ne rédigeaient qu'exceptionnellement un courrier aux addictologues.

Il aurait été intéressant dans notre étude de savoir si les médecins adressaient leur patient avec un courrier.

Rappelons qu'un des objectifs du Plan national de lutte contre les addictions était justement de consolider le parcours de santé en addictologie. « Dessiner un parcours de santé en addictologie, qui reconnaît le rôle et les spécificités de chacun des intervenants, en insistant sur la position clé des médecins généralistes tant en matière de repérage et d'orientation que d'accompagnement ». (33)

Le développement dans la Somme de microstructures devrait permettre d'améliorer les connaissances des réseaux, de renforcer les liens avec le médecin généraliste et d'offrir un accès simplifié au patient.

En effet, notre étude met en évidence que certains médecins ne connaissaient pas de réseaux pour la prise en charge du sevrage tabagique. Parmi eux, la majorité étaient des jeunes médecins récemment installés. L'hypothèse pour expliquer cette différence serait que les jeunes médecins ont moins de contact avec des confrères ou avec d'autres professionnels de santé.

Et une thèse amiénoise de Pouyat (34) en 2017, auprès de 131 médecins généralistes picards, portant sur l'état des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac, allait dans ce sens, puisqu'elle rapportait que l'âge du médecin avait une influence sur le fait d'orienter le patient vers un tabacologue. Les moins de 40 ans étaient 48.3%, les 40-60 ans 58% et les plus de 60 ans 59.8%.

Mais nous mettons également en évidence que parmi les médecins qui ne connaissaient pas les réseaux, la moitié étaient des fumeurs actifs et un était un ancien fumeur, cela aurait-il pu les influencer ?

3. Influence du statut tabagique du médecin généraliste

Dans notre étude, 16.6% des médecins généralistes étaient des fumeurs quotidiens, 8.3% des fumeurs occasionnels, 16.6% étaient des anciens fumeurs.

Selon Santé Publique France, en 2015 les médecins généralistes étaient 14% à déclarer fumer quotidiennement et 16 % à fumer occasionnellement. Cette prévalence est en forte baisse puisqu'en 2003, elle était de 23%. (35)

La proportion de fumeurs quotidiens est donc similaire.

D'après nos résultats, on se demandait précédemment si le statut fumeur pouvait influencer la connaissance des réseaux d'addictologie/de tabacologie.

Le statut fumeur ne semble pas influencer, la littérature ne retrouve rien en ce sens.

Par contre, le statut de fumeur quotidien semblait influencer la prise en charge seule du sevrage tabagique dans notre étude. En effet les fumeurs quotidiens n'avaient jamais eu recours à d'autres professionnels de santé.

La littérature confirme nos résultats. En effet, le travail de thèse de 2016 de Pouyat (34) sur l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac, auprès de 131 médecins généralistes picards, mettait en évidence que les médecins fumeurs étaient les moins nombreux à orienter vers un tabacologue puisqu'ils étaient 40%, contre 57.6% des anciens fumeurs et 59.8% des non-fumeurs.

Et une seconde thèse amiénoise de Descamps (31) en 2017, sur l'influence du statut tabagique du médecin généraliste sur la prise en charge du sevrage tabagique, confirmait également que les médecins fumeurs prenaient en charge plus souvent seul leurs patients.

Il reste cependant difficile de conclure dans notre étude si cette différence de prise en charge était réellement la conséquence du statut tabagique ou le fait d'être nouvellement installés. En effet les médecins récemment installés ont probablement été moins confrontés à des situations les mettant en difficulté (multiplication des tentatives de sevrage, co-addictions etc..).

D'après notre étude, un des médecins fumeurs considérait son statut comme un atout en invoquant une meilleure compréhension du patient.

MG 9 « *je pense que le statut de fumeur aide à être plus à l'aise sur le sujet et à être plus compréhensif pour les patients qui ont des difficultés à arrêter* »

La notion « d'atout » était également rapportée par la moitié des médecins fumeurs picards dans la thèse amiénoise de Descamps (31) en 2017 sur l'influence du statut tabagique du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Et selon un article publié en 2010 de De Col (36) sur l'influence du tabagisme des médecins sur l'abord du tabac en consultation, auprès de 332 médecins généralistes du Maine et Loire, un tiers des médecins pensaient que le statut tabagique favorisait la communication avec le patient.

Quant aux médecins non-fumeurs de notre étude, certains considéraient que leur statut ne leur permettait pas de comprendre leur patient, et de faire part de leur expérience personnelle sur l'arrêt du tabac.

MG 8 « *peut-être que je ne comprends pas ce que c'est que de fumer ou d'arrêter de fumer, je ne peux pas me mettre à leur place* »

MG 12 « *Je ne peux pas leur raconter que le jour où j'ai arrêté de fumer, j'ai retrouvé l'odorat ou autre puisque ce n'est jamais arrivé* »

Ce constat est discordant avec les résultats du travail de thèse de Descamps (31) en 2017 puisque les médecins non-fumeurs comprenaient ce que pouvait ressentir leurs patients.

4. Formation des médecins généralistes

Dans notre étude, la formation des médecins généralistes sur le sevrage tabagique apparaissait comme hétérogène, inégale, avec une formation initiale universitaire insuffisante. Seulement trois médecins sur douze citaient les cours théoriques de la faculté comme source de formation.

MG 4 « *Alors à la fac....euh je t'avouerai que je ne me souviens plus* »

A Amiens, les internes de médecine générale ne reçoivent qu'une seule formation intitulée « patients ayant une addiction » au cours de leur DES, d'après le programme des cours 2019-2020. (37)

D'après la littérature, la majorité des médecins en fin de cursus de DES de médecine générale ne semble pas en mesure de repérer et de prendre en charge de manière adéquate un fumeur. Il

existe manifestement une insuffisance de formation initiale sur le sujet (33). Il semble donc important et nécessaire d'améliorer la formation sur le sevrage tabagique au cours du DES de médecine générale.

En effet, la thèse amiénoise de Bouchez (27) en 2019, sur le dépistage des troubles de l'usage des substances actives, auprès de 389 médecins généralistes picards, retrouvait que 85,1% des médecins estimaient que la formation initiale en addictologie était insuffisante.

Même constat sur l'insuffisance de formation en 2012 à Marseille, d'après la thèse qualitative de Sciolla (26), sur le vécu et les représentations de l'aide au sevrage tabagique auprès de 25 médecins généralistes et ce quel que soit l'âge des médecins.

C'est pourquoi un des objectifs du Plan national de mobilisation contre les addictions est de développer la formation des professionnels de santé. (33)

Si la formation initiale apparaît comme insuffisante, il serait important et nécessaire de favoriser les formations sur le sevrage tabagique dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), obligatoire pour les médecins.

Dans notre étude, la moitié des médecins généralistes affirmaient que leurs connaissances sur ce sujet étaient acquises en post universitaire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) par le biais des formations médicales continues (FMC).

Par contre ces formations étaient rarement centrées sur le tabagisme et son sevrage. Le tabagisme semblait être un sujet secondaire. Les sujets principaux étaient la cardiologie, la pneumologie ou encore l'addictologie en général. Certains médecins expliquaient alors transposer les informations apprises sur l'addiction à l'alcool sur le tabac.

MG 9 « J'ai eu une formation sur le risque alcool (...) donc j'ai un peu transposé ce que j'ai appris pour l'alcool sur le sevrage tabagique »

Certains médecins de notre étude trouvaient que le sujet du sevrage tabagique était un sujet insuffisant pour en faire une formation spécifique. Il aurait été intéressant de développer un peu plus et d'en connaître la raison.

Les médecins n'étaient donc à l'évidence pas tous intéressés par une formation complémentaire et les avis étaient divergents.

Presque la moitié des médecins ne ressentaient pas le besoin de formation complémentaire, considérant qu'ils avaient le bagage nécessaire pour réaliser ce type de consultation. Parmi eux, la majorité était des jeunes médecins récemment installés.

La pratique et l'expérience étant une source d'acquisition de connaissance, on aurait pu supposer que les médecins plus âgés, avec donc plus d'expérience et de pratique ressentaient moins le besoin de formation.

D'après la thèse amiénoise de Bouchez (27) en 2019, auprès de 389 médecins généralistes picards, la classe d'âge [40-59] ans et ceux installés depuis plus de 25 ans étaient les plus formés en addictologie. Les jeunes médecins installés étaient donc une cible à privilégier pour la formation.

Il apparaît donc une contradiction, les jeunes médecins étaient les moins formés, mais pourtant étaient ceux qui désiraient le moins de formation.

Certains jeunes médecins généralistes de notre étude évoquaient la priorisation des sujets de formation. Cette notion de priorité pour d'autres sujets était également retrouvée dans le travail de thèse qualitative de Sciolla (26) en 2012 à Marseille.

Il aurait été intéressant de connaître les raisons de ce manque d'attrait pour la formation sur le sevrage tabagique chez les jeunes médecins de notre étude.

D'autant plus que la littérature semble contradictoire. Ainsi la thèse amiénoise de Serriari (32) en 2018, sur la communication entre les médecins généralistes et les centres d'addictologie, concluait que les formations complémentaires en addictologie ne semblaient pas les intéresser. Pourtant une année plus tard, la thèse amiénoise de Bouchez (27), concluait que le manque d'intérêt pour l'addictologie ne semblait pas être la cause du manque de formation puisque 68.9% des médecins portaient de l'intérêt à une formation au repérage précoce et interventions brèves et 47.8% à une formation médicale continue en addictologie.

Dans notre étude, les demandes de formations complémentaires sur le sevrage tabagique concernaient plutôt des techniques d'approche, d'entretiens motivationnels et des conseils concrets applicables facilement en consultation.

VI. CONCLUSION

La lutte contre le tabagisme est un véritable enjeu de santé publique et les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans cette lutte. Ils ont une position stratégique dans le parcours de soins ce qui leur permet d'être les médecins les plus consultés. Ils ont une relation privilégiée avec leurs patients, construite dans la durée et basée sur une confiance mutuelle et réciproque.

Le tabagisme est un sujet qui ne fait pas peur aux médecins généralistes. Ils l'abordent avec aisance au cours des consultations avec leurs patients. Ils écoutent, s'adaptent et saisissent toutes les opportunités qui s'offrent à eux pour aborder la consommation du tabac. Lorsque vient la discussion du sevrage tabagique, les médecins le font avec bienveillance.

Leur vécu lors des consultations de sevrage tabagique est donc positif.

Toutefois, certaines notions viennent tout de même entraver ce ressenti positif, comme le manque de temps et le motif secondaire.

Le motif secondaire de consultation n'est pas spécifique au sevrage tabagique, mais lorsque nous abordons un sujet complexe, multifactoriel avec une dimension psychologique, telle qu'une addiction, on se doit de lui consacrer du temps. Or le temps est un paramètre immuable que l'on n'arrête pas, mais en consultation il est chronométré. Pour une prise en charge optimale, les consultations de sevrage se doivent d'être des consultations dédiées, mais les patients ne se rendent pas toujours compte de la nécessité de cette consultation spécifique.

Les médecins généralistes considèrent la gestion du sevrage tabagique comme étant leur rôle et ils le font en autonomie en mettant en avant leur relation privilégiée, leur confiance et la connaissance de leur patient.

Mais leur autonomie a une certaine limite. En effet certaines situations ou certains profils de patients peuvent nécessiter le recours à d'autres professionnels de santé pour une prise en charge optimale.

Ce sont alors les réseaux d'addictologie qui sont le plus fréquemment sollicités, que ce soit au sein d'un centre hospitalier périphérique ou au sein même du cabinet via les microstructures.

Les microstructures proposant une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire, dont le médecin généraliste reste le pilier, semblent donc être une solution idéale. Ainsi dans cette prise en charge, le médecin généraliste y voit de nombreux avantages pour lui comme pour ses patients, mais craint parfois un manque de communication avec les différents professionnels. Pour pallier à ce manque de communication, il existe désormais des feuillets de transmission entre les intervenants des microstructures et le médecin généraliste, ainsi que des réunions de concertation pluridisciplinaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Coordination Nationales des Réseaux de Microstructures médicales-Notre histoire [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.reseaux-rms.org/historique/>
2. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France - Arrêté portant autorisation de l'expérimentation « EQUIP'ADDICT - Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addiction-Hauts de France » [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/equip_addict_hdf_arrete.pdf
3. Lattaignant G-C. Poésies diverses et pièces inédites de Lattaignant. [Internet]. 1881 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k203717c>
4. Tout Molière - Dom Juan - Acte 1 [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <http://www.toutmoliere.net/acte-1.html>
5. Tabac Info Service-Histoire du tabac. [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Histoire-du-tabac>
6. Lagrue G. Le tabagisme, un problème majeur de santé publique. Raison Présente. 2005;153(1):73-98.
7. Molimard R. Historique du tabagisme. :11.
8. Ministère de l'Economie des Finances et de la Relance- Monopoles- Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (SEITA) [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/saef/service-dexploitation-industrielle-des-tabacs-et-allumettes-seita>
9. Nourrisson D. Tabagisme et antitabagisme en France au XIXe siècle. Hist Économie Société. 1988;7(4):535-47.
10. Comité National Contre le Tabagisme- Manipulation chimique. [Internet]. 2010 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://cnct.fr/manipulation-chimique/>
11. Ochem C. L'histoire du tabac.[Internet]. 2020 [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-roots.fr/post/historique-du-tabac>
12. Comité National Contre le Tabagisme- Les « documents internes » de l'industrie du tabac : de quoi s'agit-il ? [Internet]. 2010 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://cnct.fr/les-documents-internes-de-lindustrie-du-tabac-de-quoi-sagit-il/>
13. Organisation Mondiale de la Santé. Un nouveau rapport de l'OMS sur les tendances de la consommation de tabac est rendu public. [Internet]. 2019 dec. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
14. Ministère des solidarités et de la santé. Plan cancer 2014-2019. Objectif 10 - Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 - Rapport annuel [Internet]. 2017 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2017.pdf

15. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/>
16. Bourdillon F. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):270-1.
17. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2015. [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181469/WHO_NMH_PND_15.5_fre.pdf;jsessionid=08B9AD366D900F2F657E375B0EEAD7D6?sequence=1
18. Bonaldi C, Boussac M, Viêt Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd 2019;7.
19. Santé publique France. Bulletin de santé publique Hauts-de-France. Janvier 2019. [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: </hauts-de-france2/bulletin-de-sante-publique-hauts-de-france.-janvier-2019>
20. Netgen. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23277>
21. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - Méthode Recommandations pour la bonne pratique [Internet]. 2014 [cité le 15 août 2020]. Mis à jour octobre 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
22. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille- Wonca europe 2002. [internet]. [cité le 15 août 2020].Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
23. Hennebo N, « Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine », 2009, version 1.0, disponible sur le site www.theorisationancree.fr. In.
24. Ordre national des médecins, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018 janv [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
25. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.266 p.
26. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille: vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2012.
27. Bouchez H. Dépistage des troubles de l'usage des substances psychoactives par les médecins généralistes. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2019.

28. Wikipédia- Colloque singulier.[Internet]. 2019 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Colloque_singulier&oldid=157625318
29. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 11 oct 2012;n°39(3):13-25.
30. Le colloque singulier [Internet]. Le Généraliste. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/fmc-0/le-colloque-singulier>
31. Descamps T. Stratégies du médecin généraliste picard dans le sevrage tabagique: Influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2017
32. Serriari N-E. Echanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes Picards. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2018
33. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. 2019 janv [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
34. Pouyat M. Etat des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016
35. Andler A, Guignard G, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 5 p.
36. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abandon du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir*. mai 2010;27(5):431-40.
37. Département Universitaire Médecine Générale Amiens-Programme des cours du DES de MG. [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.dumga.fr/programme-des-cours-du-des-de-mg>

ANNEXES

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation succincte

- De l'enquêteur
- Du sujet d'étude
- Information sur l'enregistrement audio et l'anonymisation des données

Présentation du participant

- Sexe
- Age
- Ancienneté d'installation
- Milieu d'exercice : urbain, rural, semi-rural
- Mode d'exercice : MSP, cabinet de groupe, cabinet seul
- Statut fumeur : fumeur / non-fumeur/ ancien fumeur

Entretien (*en italique, questions de relance utilisées au besoin*)

Question d'ouverture :

1/ Que vous évoque le thème d'une consultation d'aide au sevrage tabagique ?

Quels mots vous viennent à l'esprit concernant une consultation de sevrage tabagique ?

Facteurs liés au patient :

2/ Avec quels patients abordez-vous le sujet du tabac ?

*Lors du premier contact ? Lors d'un motif de consultation spécifique : FRCV ?
Contraception ? symptomatologie pulmonaire ou ORL ? autre(s) addiction(s) ?
Grossesse ?*

Facteurs liés au médecin :

3/ Dans quel état d'esprit êtes-vous lorsque vous abordez le sujet du tabac avec vos patients ?

Vous sentez-vous à l'aise sur ce sujet ?

4/ Comment avez-vous acquis les connaissances que vous avez sur l'aide au sevrage tabagique ?

Formation initiale, continue, expérience de terrain ?

5/ Quel type de formation complémentaire vous semblerait utile ?

Facteurs liés à la relation médecin- patient :

6/ Comment abordez-vous le sevrage tabagique en consultation ?

Existe-il un bon moment ? Conseil minimal ?

7/ Comment gérez-vous le suivi d'un sevrage tabagique?

Programmation d'une autre consultation de réévaluation?

Autonomie/ place des aides extérieures :

8/ Quelles sont les situations et/ou les motifs pour lesquels vous souhaiteriez une aide dans la prise en charge du sevrage tabagique?

9/ Quels sont d'après vous les avantages et les inconvénients d'une prise en charge seule?

10/ Quels sont d'après vous les avantages et les inconvénients de confier cette tâche à un organisme extérieur? (*de ne plus être le chef d'orchestre?*)

11/ Connaissez- vous des structures spécialisées en tabacologie/ l'existence de réseaux pour le sevrage tabagique dans le département? (*microstructure ?*)

B. Annexes 2 : Retranscription des entretiens (CD-ROM)

LE VECU ET L'AUTOMIE DES MEDECINS GENERALISTES LORS DES CONSULTATIONS DE SEVRAGE TABAGIQUE

Etude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme

Introduction: Le tabagisme, véritable fléau mondial, entraîne chaque année le décès de 8 millions de personnes et constitue un problème majeur de santé publique dans le monde et en France. Le médecin généraliste a une place privilégiée dans la lutte contre le tabagisme. L'objectif principal était de recueillir le vécu et d'évaluer l'autonomie des médecins généralistes lors des consultations de sevrage tabagique. **Matériel et Méthodes:** Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux installés dans la Somme. **Résultats:** Douze entretiens ont été réalisés. L'addiction au tabac était un sujet que les médecins généralistes ne redoutaient pas. Ils l'abordaient aisément avec adaptabilité et bienveillance mais cela nécessitait du temps et de la disponibilité, incompatibles avec un motif de consultation décrit souvent comme secondaire. La relation privilégiée, la confiance et la connaissance de leur patient étaient des avantages pour réaliser les consultations de sevrage tabagique mais certaines situations les amenaient à adresser leur patient à d'autres professionnels de santé, majoritairement aux réseaux d'addictologie. **Discussion:** Les médecins généralistes considéraient la gestion du sevrage tabagique comme étant leur rôle et étaient autonomes jusqu'à une certaine limite. La solution idéale était selon eux la collaboration avec les réseaux d'addictologie pour pallier aux consultations difficiles permettant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire de l'addiction. **Conclusion:** Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge du sevrage tabagique en autonomie ou en collaboration avec les réseaux d'addictologie. Le développement de cette collaboration semble avoir un avenir prometteur.

Mots clés : étude qualitative, médecin généraliste, arrêt tabac, dépistage, addiction, addictologie.

EXPERIENCE AND AUTONOMY OF GENERAL PRACTITIONERS DURING TOBACCO WITHDRAWAL CONSULTATIONS

Qualitative study with general practitioners in the department of Somme

Introduction: Smoking, a real global scourge, causing the death of 8 million people each year around the world, is a major public health problem in the world and in France. The general practitioner has a prominent role in struggle against smoking. The main objective of this study was to collect experiences and to assess the autonomy of general practitioners during smoking cessation consultations. **Materials and methods:** A qualitative study was carried out using individual semi-structured interviews of general practitioners who have been practicing in the northern of France, in the department of Somme. **Results:** Twelve interviews have been carried out. Tobacco addiction don't scary general practitioners, they can easily discuss this subject with flexibility and benevolence. Dealing with tobacco addiction was time consuming and needed a sufficient availability of the practitioners, incompatible with a reason for consultation often described as secondary. The close relationship between practitioners and their patients, full of confidence and knowledge of the other, were definitively an advantage to conduct tobacco cessation consultations, even if some times, some sensitive situations could lead the practitioner to advise their patient to contact other health professionals, such as addictology networks. **Discussion:** General practitioners think that smoking cessation management is their role and they are autonomous to manage this subject, up to a certain limit. The ideal solution, is, following practitioners advices, a close collaboration between addictology networks and practitioners, especially on some sensitive cases, in order to allow a multidisciplinary care of this addiction. **Conclusion:** General practitioners plays a central role in smoking cessation, in autonomy or in collaboration with addictology network. The development of this collaboration seems to have a promising future.

Key words : qualitative study, general practitioner, smoking cessation, screening, addiction, addictology.