



**HAL**  
open science

**Étude de faisabilité de l'étude DÉPIST : en se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par le projet DÉPIST semble-t-il applicable à la pratique courante de la médecine générale ?**

Mathilde Trouvé

► **To cite this version:**

Mathilde Trouvé. Étude de faisabilité de l'étude DÉPIST : en se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par le projet DÉPIST semble-t-il applicable à la pratique courante de la médecine générale?. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04447681

**HAL Id: dumas-04447681**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04447681>**

Submitted on 8 Feb 2024

**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 BORDEAUX  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

2024, Thèse n°6

**TROUVÉ Mathilde**

(27/06/1994, Saint Germain en Laye,78)

Présentée et soutenue publiquement le 6 février 2024

**Étude de faisabilité de l'étude DÉPIST**

**En se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par le projet DÉPIST semble-t-il applicable à la pratique courante de la médecine générale ?**

Thèse dirigée par le Docteur Palina DZERAVIASHKA

Membres du Jury :

Professeur Jean Philippe Joseph, Président du jury

Docteur Nicolas Rousselot, Maître de Conférence Universitaire, Rapporteur

Docteur Marie-Anne Vandenhende, Maître de Conférence Universitaire

Docteur Yves-Marie Vincent

Docteur Palina Dzeraviashka

AUTEUR : Mathilde TROUVÉ

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Palina DZERAVIASHKA

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Bordeaux, le 06 février 2024

**Contexte** : Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France. Chaque année, un tiers des fumeurs quotidiens font une tentative d'arrêt. La majorité de ces tentatives se soldent par un échec. DÉPIST est une étude prospective interventionnelle menée par le département de médecine générale de Bordeaux. DÉPIST a dégagé des recommandations de bonne pratique (RBP) concernant le dépistage des pathologies liées au tabac chez les patients de plus de 40 ans. DÉPIST cherche à présent à évaluer l'applicabilité de ces RBP en consultation de médecine générale. Le protocole de l'étude DÉPIST repose sur l'utilisation d'un livret d'aide à la prescription d'examen de dépistage.

**Objectif** : L'objectif principal de ce travail est de repérer les freins et les leviers à l'applicabilité du projet DÉPIST en consultation de médecine générale et si nécessaire de proposer des adaptations pour s'assurer d'un recueil de données optimal.

**Matériel et méthode** : Étude prospective qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes en Aquitaine.

**Résultats** : L'étude DÉPIST et son livret semble avoir le potentiel de modifier de façon positive et durable la prise en charge du patient fumeur. Il existe néanmoins plusieurs freins à une collecte de données optimale. L'effort et le temps nécessaire à la manipulation du livret est à prendre en compte afin que DÉPIST atteigne son nombre de sujets nécessaires à inclure. Il serait judicieux que le livret porte un rappel concernant la population de fumeurs ciblées par l'étude afin de favoriser une utilisation pertinente du livret. Ce travail de thèse a permis de détecter un risque de biais de mesure dans la construction du protocole DÉPIST.

**Conclusion** : En se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par l'étude DÉPIST semble applicable à l'exercice de la médecine générale bien qu'on relève quelques freins à la mise en place du protocole DÉPIST qui seront à prendre en compte pour une relève de données optimale.

**Mots clés** : DÉPIST, dépistage, tabagisme, pathologies liées au tabac, faisabilité

## REMERCIEMENTS

**Monsieur le Président du Jury, Professeur Jean-Philippe Joseph, directeur du département de médecine générale,** vous me faites le très grand honneur de présider mon jury de thèse, je vous en remercie.

**Monsieur le Docteur Nicolas Rousselot, Maître de Conférence Universitaire,** je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de mon travail. Je vous suis vivement reconnaissante pour votre relecture vigilante et vos commentaires avisés.

**Madame le Docteur Marie-Anne Vandenhende, Maître de Conférence Universitaire,** je tenais à écrire combien j'ai appris, progressé et apprécié travailler six mois à vos côtés. Je vous remercie pour votre présence au sein de ce jury, j'y suis très sensible.

**Monsieur le Docteur Yves-Marie Vincent,** vous avez été mon tuteur lors de ma première année d'internat et avez relu et corrigé mes écrits d'alors. Vous siégez à présent à mon jury de thèse. Je vous exprime mes sincères remerciements pour votre accompagnement.

**Madame le Docteur Palina Dzerasviashka,** vous avez été une directrice de thèse disponible et patiente. Vous m'avez guidé tout au long de ce processus ardu et avez ainsi grandement participé à l'aboutissement de ce travail. Je vous fais part de mon immense gratitude.

**Aux médecins généralistes** qui ont acceptés de participer à ce travail, merci pour le temps que vous avez accordé à une jeune confrère.

**A mes parents,** que j'aime et que j'admire. Certains remerciements restent indicibles.

**A l'ensemble du cercle familial formé par les Trouvé-Teychenné,** merci pour l'intérêt que vous avez porté à mes études et vos encouragements. Merci à Céline et Aurélie pour leur hospitalité toujours renouvelée.

**Aux copines des bancs de la faculté,** merci pour les révisions et les examens passés côtes à côtes, pour les soirs de fêtes et leurs lendemains, pour les longs voyages et les petits week-ends. Merci surtout d'être encore là.

**A mes maîtres de stages** rencontrés en exercice ambulatoire comme à l'hôpital qui m'ont, avec exigence et bienveillance, transmis leurs savoirs.

**A mes co-internes, à mes collègues infirmiers et aides-soignants** qui m'ont instillé le respect du travail en équipe.

---

## TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION	8
<b>1. Dépistage et définitions</b>	<b>8</b>
1.1. La santé publique en France et la médecine préventive	8
1.2. Un test de dépistage : définition et caractéristiques	9
1.3. Le dépistage organisé en France	10
1.4. Le dépistage individuel	11
1.5. Enjeux et limites du dépistage	12
<b>2. Le tabagisme en France : un état des lieux</b>	<b>13</b>
2.1. <u>Historique de la consommation du tabac</u>	13
2.1.1.1. Expansion de la consommation et naissance d'une industrie	
2.1.1.2. Rapide histoire sociologique du tabagisme	
2.2. <u>Lutte antitabac : rétrospective</u>	15
2.2.1.1. Un produit controversé dès son introduction en Europe	
2.2.1.2. Découvertes scientifiques concernant les conséquences du tabagisme	
2.2.1.3. Production du tabac en France et monopole d'État	
2.2.1.4. De la naissance d'une législation à une organisation d'une politique de santé publique	
2.3. <u>Épidémiologie du tabagisme</u>	19
2.3.1.1. Le tabagisme en France - Chiffres d'actualité	
2.3.1.2. Morbi-mortalité liée au tabagisme	
2.3.1.3. Conséquences économiques et sociales du tabagisme	
<b>3. Tabagisme : Et l'arrêt ?</b>	<b>21</b>
3.1. <u>Addiction et dépendance, définitions</u>	21
3.2. <u>Le tabac est une substance addictive</u>	22
3.3. <u>Mécanismes de la dépendance</u>	23
3.3.1.1. Succincte présentation de la dépendance pharmacologique au tabac	
3.3.1.2. Succincte présentation de la dépendance cognitivo-comportementale et psychologique	
3.3.1.3. Facteurs de vulnérabilité génétique	
3.4. <u>Méthodes d'aide au sevrage recommandées</u>	25
3.5. <u>Persistance d'un surrisque à l'arrêt</u>	26
<b>4. Présentation de l'étude DÉPIST : conception et mise en œuvre d'une action de santé publique</b>	<b>26</b>
MATERIEL ET METHODE	29
<b>1. Choix de la méthode</b>	<b>29</b>
<b>2. Constitution de l'échantillon</b>	<b>29</b>
<b>3. Consignes fournies aux médecins participants</b>	<b>29</b>
<b>4. Recueils des données</b>	<b>29</b>
<b>5. Analyse des données</b>	<b>30</b>
<b>6. Aspect éthique et réglementaire</b>	<b>30</b>
<b>7. Recherche bibliographique</b>	<b>30</b>

RESULTATS	31
<b>1. Description des médecins de l'échantillon</b>	<b>31</b>
<b>2. Utilisation du livret en médecine générale</b>	<b>31</b>
2.1. Fréquence d'utilisation	31
2.2. Version PDF informatique	32
2.3. Préparation de la consultation	32
2.4. Un support partagé avec le patient	32
2.5. Utilisation en dehors du cadre prévu	32
2.6. L'utilisation ne mène à aucune prescription	33
<b>3. Impact de l'utilisation du livret sur le dépistage des pathologies liées au tabac</b>	<b>33</b>
3.1. Un outil de synthèse	33
3.2. Utilisation et maîtrise des scores de dépistage	33
3.3. Modification des pratiques	34
3.4. Certains dépistages proposés sont déjà réalisés	35
3.5. Absence de difficulté d'adressage	35
<b>4. Les freins à l'utilisation du livret en consultation</b>	<b>35</b>
4.1. Le livret impressionne	35
4.2. Lourd d'informations	35
4.3. Interrogation concernant le bénéfice-risque des dépistages proposés	36
4.4. Opposition entre dépistage des pathologies liées au tabac et sevrage	36
4.5. Difficulté de présentation de l'étude DÉPIST aux patients	36
4.6. Manipulation chronophage	37
4.7. Refus de patients de participer	37
4.8. Absence de frein trouvé spontanément	37
<b>5. L'utilisation du livret en consultation a-t-elle permis d'aborder le sevrage tabagique ?</b>	<b>37</b>
5.1. Oui	38
5.2. Non	38
<b>6. La question particulière du dépistage du cancer du poumon par scanner low dose</b>	<b>38</b>
6.1. Absence de demande des patients	38
6.2. Une déception initiale	39
6.3. Données de la littérature jugées insuffisantes	39
6.4. Organisation d'un parcours de soins	39
6.5. Prescription de SLD pour le dépistage du cancer du poumon	40
<b>7. Remarques concernant le format de l'objet présenté</b>	<b>40</b>
7.1. Un format pratique	40
7.2. Critiques de médecins généralistes	40
<b>8. Utilisation future du livret envisagée par le médecin généraliste</b>	<b>41</b>
8.1. Utilisation prolongée en dehors du travail de thèse	41
8.2. Utilisation non poursuivie en dehors du travail de thèse	41
8.3. Assimiler les recommandations pour ne plus avoir besoin du support	41
<b>9. Remarque formulée sur la méthodologie de la thèse et de l'étude DÉPIST</b>	<b>41</b>
9.1. Risque de biais de mesure	41
9.2. Le point de vue des patients	42
9.3. RPB issues de la littérature scientifique	42

DISCUSSION	43
<b>1. Synthèse des principaux résultats</b>	<b>43</b>
1.1. Leviers à l'applicabilité de l'étude DÉPIST	43
1.2. Impact perçu de l'étude DÉPIST sur l'aide au sevrage	43
1.3. Freins à l'applicabilité de l'étude DÉPIST	44
1.4. Point particulier du dépistage du cancer du poumon	45
<b>2. Forces de l'étude</b>	<b>45</b>
<b>3. Faiblesses de l'étude</b>	<b>46</b>
<b>4. Perspectives</b>	<b>46</b>
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	57
1. Annexe 1 : Figure 4	57
2. Annexe 2 : Trame de l'entretien semi-dirigé	58
3. Annexe 3 : Le livret	59
SERMENT	87

## GLOSSAIRE

AOMI :	Artériopathie Oblitérante des Membres inférieurs
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
ARS :	Autorité Régionale de Santé
BPCO :	Bronchite Pulmonaire Chronique Obstructive
CRCDC :	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
COFIL :	Commission de Co Pilotage
COREAD NA:	Coordination Régionale Addiction Nouvelle Aquitaine
DNN :	Dépistage Néo Natal
DOCCR :	Dépistage Organisé du Cancer Colo-Rectal
DOCS :	Dépistage Organisé du Cancer du Sein
DOCCU :	Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDM :	Infarctus du Myocarde
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
INCa :	Institut National du Cancer
INSERM	Institut National de la santé et de la recherche médicale
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
MÉRISP:	Méthodes de recherche interventionnelle pour la santé des populations
PNLCT :	Plan National de Lutte Contre le Tabagisme
VPP :	Valeur Prédictive Positive
VPN :	Valeur Prédictive Négative
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
TROD :	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
RBP :	Recommandation de Bonnes Pratiques
RPIB :	Repérage Précoce et Intervention Brève
RCP:	Royal College of Physiology
SLD :	Scanner Low Dose

## INTRODUCTION

### 1. Dépistage et définitions

#### 1.1. La santé publique en France et la médecine préventive

L'apparition et l'organisation de la santé publique en France et en Europe a été façonnée par les grandes épidémies infectieuses. Le Haut Moyen-âge, ravagé par les épidémies de peste noire, voit émerger les premières stratégies d'alliance entre médecins et pouvoirs publics. La Révolution Française théorise la notion d'assistance publique. L'épidémie de choléra de 1832 ravage l'Europe et est responsable d'une « promotion du rôle de la puissance publique en matière sanitaire » (1). Mouvement médical précurseur, l'hygiénisme se constitue en France à cette période. Il vise à allonger l'espérance de vie des populations en améliorant le cadre de vie et en corrigeant les comportements individuels. Ce sont les prémices de la médecine préventive. La Loi de 1902 (2) esquisse le premier cadre législatif de l'hygiène publique en France. Elle rend obligatoire la vaccination contre la variole, ainsi que la déclaration de certaines maladies infectieuses et l'institution de règlements sanitaires communaux. Au XXème siècle, la notion de « santé publique » supplante celle d'hygiène publique.

L'OMS définit en 1948 *la prévention* comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (3). Trois types de prévention sont alors distingués : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire englobe l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparition d'une maladie dans une population. La prévention secondaire recouvre l'ensemble des mesures destinées à agir au tout début de l'apparition de la maladie afin de s'opposer à son évolution. La prévention tertiaire cherche à réduire les récurrences, les rechutes ou les incapacités consécutives à la maladie.

L'urbanisation, les bouleversements de nos modes de vie, les progrès technologiques et thérapeutiques ont profondément modifié le paysage épidémiologique de l'état de santé des populations occidentales. Aujourd'hui, les pathologies infectieuses ne représentent plus que 2 % des décès en France (4). Les maladies chroniques constituent à présent le principal défi pour la santé publique. L'OMS définit les maladies chroniques comme « la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer » (5). C'est dans ce contexte que se développe la notion de dépistage, tel que l'entend la médecine moderne. Le dépistage est une mesure de prévention secondaire. Selon la définition d'Allan Morrison, épidémiologiste américain, le dépistage est « l'examen d'individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir la condition qui fait

l'objet du dépistage. Les individus dont la probabilité d'être atteints est suffisamment élevée sont ensuite soumis à des investigations diagnostiques complètes. Les individus avec la condition sont alors traités. » (6).

## 1.2. Un test de dépistage : définition et caractéristiques

Le rationnel du dépistage est d'obtenir des meilleures chances de guérison ou de survie en prenant en charge une pathologie à un stade précoce plutôt qu'à un stade avancé. Il s'agit néanmoins d'entraîner dans un parcours médicalisé des individus apparemment sains. Il est donc indispensable que le test de dépistage et la mise en place d'un protocole de dépistage répondent à des normes de qualités.

Les principes du dépistage comme outil de prévention des maladies chroniques non transmissibles ont été ébauchés par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1968 par Junger et Winslow dans un texte qui fait encore référence (7). Il se dégage de cet écrit dix critères auxquels doit répondre le test de dépistage. Ces dix critères sont résumés dans le tableau ci-dessous extrait de l'article *Dépistage : Principes et Méthodes* publié dans la Revue Médicale Suisse (8).

- La maladie étudiée doit présenter un problème majeur de santé publique
- L'histoire naturelle de la maladie doit être connue
- Une technique diagnostique doit permettre de visualiser le stade précoce de la maladie
- Les résultats du traitement à un stade précoce de la maladie doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé
- La sensibilité et la spécificité du test de dépistage doivent être optimales
- Le test de dépistage doit être acceptable pour la population
- Les moyens pour le diagnostic et le traitement des anomalies découvertes dans le cadre du dépistage doivent être acceptables
- Le test de dépistage doit pouvoir être répété à intervalle régulier si nécessaire
- Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus
- Le coût économique d'un programme de dépistage doit être compensé par les bénéfices attendus

Figure 1 : Les 10 critères pour l'organisation d'un dépistage selon l'OMS (8)

Comme le formule explicitement le rapport de l'ANAES (9) « Les qualités d'un test de dépistage dépendent à la fois de ses qualités intrinsèques, sensibilité et spécificité, et des caractéristiques de la population à laquelle il est appliqué ».

La sensibilité et la spécificité d'un test de dépistage sont des caractéristiques intrinsèques du test, c'est-à-dire dépendantes de la technique utilisée comme test de dépistage. Elles sont évaluées de façon expérimentale en laboratoire. La sensibilité d'un test de dépistage correspond à sa capacité à détecter la pathologie dépistée chez un individu malade. Un test très sensible limite le

nombre de faux négatifs. La spécificité d'un test de dépistage correspond à sa capacité à conclure à l'absence de la pathologie dépistée chez un individu sain. Un test très spécifique limite le nombre de faux positifs. La sensibilité et la spécificité d'un test sont interdépendantes : lorsque la sensibilité d'un test augmente sa spécificité diminue et inversement.

La prévalence d'une maladie est la probabilité pré-test qu'un patient pris au hasard dans la population considérée soit atteint de la pathologie dépistée. Pour des performances intrinsèques identiques, plus la prévalence de la maladie est élevée, plus il est probable que le patient ayant un résultat de test positif soit réellement malade.

La Valeur Prédictive Positive (VPP) est la probabilité que le patient dont le test de dépistage est positif soit réellement malade. La formule de Bayes permet de calculer la VPP d'un test à partir de la sensibilité, de sa spécificité et de la prévalence de la maladie (10).

La Valeur Prédictive Négative (VPN) d'un test correspond à la probabilité que le patient dont le test de dépistage est négatif soit réellement sain. VPP et VPN sont dites probabilités post test ou performances extrinsèques.

### 1.3. Le dépistage organisé en France

Un dépistage organisé est un dépistage réalisé dans un cadre posé par les pouvoirs publics. Comme explicité par Jacques Raimondeau dans le *Manuel de Santé Publique* (11), un dépistage organisé se distingue d'un dépistage individuel par l'existence « d'un cadre normatif opposable, la mise en place d'une planification et d'une coordination formelle du dispositif et l'existence d'un financement public ».

Nous évoquerons brièvement ici le dépistage néonatal (DNN). Le DNN est proposé à tous les nouveau-nés des maternités françaises depuis 1980 (12). Son organisation complexe, refondée en 2018, repose sur l'envoi de prélèvements standardisés réalisés à J2 ou J3 de vie en maternité ou par une sage-femme à domicile dans des centres de biologie moléculaire de référence pour rechercher 13 pathologies congénitales rares mais graves (13). Il s'agit historiquement du premier « dépistage organisé » en France.

Le terme de dépistage organisé fait habituellement référence aux trois dépistages organisés de cancer existant actuellement en France : le dépistage du cancer du sein (DOCS), le dépistage du cancer colorectal (DOCCR) et le dépistage du cancer du col de l'utérus (DOCCU) (14). Le DOCS existe depuis 2004 et propose à toutes les femmes de 50 à 74 ans sans facteurs de risques particuliers de réaliser une mammographie tous les deux ans. Le DOCCR existe depuis 2009 et propose aux individus de 50 à 74 ans asymptomatiques et à risque moyen de cancer de réaliser tous les 2 ans un test immunologique à la recherche de sang occulte dans les selles. Le DOCCU est relativement récent puisqu'il existe depuis 2018. Il propose à toutes les femmes sexuellement actives de réaliser entre 25 et 29 ans un test cytologique tous les 3 ans puis de 30 à 65 de réaliser un test HPV tous les 5 ans.

Selon les articles L1411-6 et L1411-7 du code de la santé publique (15, 16), l'implémentation de programmes de prévention ou dépistage nationaux réside sous la responsabilité du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale. L'organisation du programme de dépistage fait intervenir une multiplicité d'acteurs. À un niveau d'organisation nationale, on retrouve la Direction Nationale de la Santé, l'Institut National du Cancer, l'assurance maladie et Santé Publique France. Les centres régionaux de coordination du dépistage des cancers (CRCDC) orchestrent l'application de ces programmes à l'échelle régionale.

Le coût des dépistages organisés est difficile à cerner (car leurs financements sont éclatés). En se basant sur le rapport de l'Inspection Gouvernementale des Affaires Sociales publié en 2019 à la demande du ministère de la santé (17), on peut estimer le coût direct pour les finances publiques du dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus (en agrégeant le programme de dépistage organisé et le dépistage individuel) à 600 millions d'euros.

Malgré une organisation lourde et rigide, confrontée aujourd'hui à de nombreux défis de modernisation, les dépistages organisés en place ont prouvé leur efficacité sur la réduction de la mortalité liée à la pathologie dépistée. Le DOCS permet une réduction de la mortalité par cancer du sein de 15 à 21 % selon les études (18). L'adhérence au programme de DOCCR permettrait d'obtenir une réduction du risque de décès par cancer colorectal de 43 % pour les femmes et de 51 % pour les hommes (19).

Néanmoins, ces trois programmes de dépistages ne sont pas encore efficaces en termes de politique de santé publique : la participation y reste encore insuffisante. La participation au DOCS stagne autour de 43 %, bien en deçà des objectifs européens de 70 % de participation (17). La participation au DOCCR oscille autour de 35 % (20), là aussi bien en deçà des objectifs européens de 45% de participation. L'instauration du DOCU est encore trop récente pour qu'on puisse interpréter le taux de participation. Le rapport de l'IGAS mentionné ci-dessus (16) juge « les résultats de ces programmes décevants au regard des moyens consacrés et des objectifs assignés ».

Le plan cancer 2021-2030 (21) prévoit pourtant d'étudier la possibilité de créer de nouveaux programmes de dépistages organisés pour le cancer du poumon, pour le mélanome et le cancer de la prostate.

#### 1.4. Le dépistage individuel

Le dépistage individuel est une démarche qui concerne un patient asymptomatique ayant plus de risques que la population générale de développer la pathologie dépistée. Cette démarche peut être initiée par le patient lui-même ou par le praticien qu'il rencontre en consultation. Ce dépistage individuel suit des recommandations de bonnes pratiques. Il n'est pas encadré par un cahier des charges.

Il est par exemple recommandé de dépister les infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC, chlamydia, gonocoque, syphilis) pour les jeunes adultes sexuellement actifs ayant un nouveau partenaire, ayant eu rapport

sexuel non protégé, avec multi partenariat, ou en l'absence de dépistage antérieur (22).

Le dépistage du diabète par le dosage de la glycémie à jeun est un autre exemple de dépistage individuel. Ce dépistage répond à des recommandations relativement anciennes de la HAS (2003) mais toujours applicables (23).

Enfin, pour une même pathologie, le dépistage individuel peut coexister avec un dépistage organisé. Il est recommandé pour une femme porteuse d'une mutation BRCA1 ou BRCA2 de réaliser à partir de trente ans, et ce à un rythme annuel, une IRM mammaire et une mammographie (24). Ces examens sont prescrits par le praticien qui suit la patiente et ne font pas l'objet d'une invitation par les pouvoirs publics. Les mammographies réalisées dans le cadre d'un dépistage ciblé ne bénéficient pas d'une double lecture.

### 1.5. Limites et enjeux du dépistage

Le résultat du test de dépistage exprime une probabilité. Il est *probable* que le patient avec un test de dépistage positif soit atteint de la maladie recherchée. L'incertitude fait partie inhérente de tous résultats de dépistage. Cette incertitude peut être difficile à appréhender pour le patient et même pour une partie du corps médical.

Nous passerons tout d'abord très brièvement sur les conséquences assez évidentes des résultats *Faux Négatifs*. Le patient malade n'a pas été repéré, il s'agit d'un échec. Ensuite les résultats *Faux Positifs* entraînent des examens complémentaires parfois invasifs et peuvent être source d'anxiété. Plus de la moitié des coloscopies réalisées après un test immunologique positif du DOCCR sont normales. La VVP du test immunologique est de 31 % pour les adénomes de haut grade et de 7,8 % pour les cancers digestifs (25). La réalisation d'une coloscopie expose le patient à des risques infectieux, d'hémorragie ou de perforation digestive, mais aussi aux risques d'une anesthésie générale. Sur la période 2016-2017, 217 795 patients ont réalisé une coloscopie après un test de dépistage du CCR positif et 807 incidents ont été déclarés (dont 118 perforations) (25). Or pour 60,3 % des coloscopies réalisées, la variable recensant les incidents est laissée vide (25). On ne peut pas savoir si l'examen s'est bien déroulé ou si une complication n'a pas été déclarée. Il est difficile avec de telles données manquantes d'évaluer la morbi-mortalité de la coloscopie post DOCCR. En 2014 et 2016 (26, 27), 2% des TROD VIH positifs ont été contrôlés négatifs par les techniques sérologiques de référence. On ne peut qu'imaginer l'inquiétude engendrée. Il est possible de minimiser les risques de résultats faux positifs et faux négatifs en optimisant les caractéristiques du test de dépistage choisi, sans pouvoir s'en affranchir complètement.

Enfin, il existe un problème posé par les *Vrais Positifs* : celui du surdiagnostic. Le surdiagnostic, tel que défini dans l'article *The challenge of overdiagnosis begins with its definition*, revient à diagnostiquer une maladie qui, bien que présente, n'aurait pas été symptomatique et pour laquelle le diagnostic n'apporte pas de bénéfice au patient (28). Les programmes de dépistage

organisé, les dépistages ciblés, les prescriptions non justifiées de la médecine défensive et l'abaissement du seuil des valeurs d'entrée dans la maladie peuvent favoriser le surdiagnostic. Pour exemple, le surdiagnostic est une question prégnante des campagnes organisées du dépistage du cancer du sein. Une étude américaine publiée en 2022 dans la revue *Annals of Internal Medicine* estime qu'un cancer du sein sur sept diagnostiqué dans le cadre du dépistage n'aurait pas eu de conséquence symptomatique pour la patiente (29). Il s'agit d'une étude de cohorte réalisée sur les données collectées entre 2000 et 2019 dans les registres nationaux états-uniens du dépistage organisé du cancer du sein et s'aidant de modèles statistiques pour estimer la part des décès attribuable au cancer du sein dans une population de femmes non dépistées. Le DOCS s'organise comme en France à la différence qu'il n'a y pas de double lecture aux États-Unis.

On voit, en filigrane des problématiques soulevées ci-dessus, s'opposer la notion de santé populationnelle et de santé de l'individu. Pour qu'une politique de santé publique soit efficace, il faut qu'elle s'applique au plus grand nombre de patients de la population cible. Or l'intérêt du patient ne s'aligne pas forcément avec l'intérêt de la population. Pour reprendre la formulation de Massé, « La santé publique transforme la maladie en problèmes économiques et politiques dont la résolution passe par des mesures de contrôle et d'intervention collective » (30). Le dépistage et l'organisation de campagnes de dépistage peuvent être perçus comme intrusifs dans la vie d'un individu en bonne santé. Réaliser le dépistage proposé peut même être considéré comme une injonction normative. Pour ses détracteurs les plus radicaux, la santé préventive est décriée comme une nouvelle « religion séculière » (c'est-à-dire profane) dans nos sociétés laïcisées remplaçant dans notre monde contemporain les anciennes injections religieuses (31). Ainsi la fin du XXème siècle a vu apparaître un champ nouveau de la bioéthique qui réfléchit la tension située à « l'articulation entre le déploiement normatif d'un dispositif de prévention biomédicale et le respect de la perspective des personnes et de leur droit à ne pas subir de démarche intrusive au nom de leur santé future. » (32). Le dénouement de ce conflit, au sein duquel le médecin généraliste occupe une place particulière, semble se trouver dans le respect de l'obligation à « l'information loyale et éclairée » (33) du praticien auprès de son patient. Le Groupe de Réflexion d'Éthique du Dépistage demande aux professionnels de santé d'assumer un rôle qui « n'est pas d'être le relais d'une communication institutionnelle auprès des citoyens, mais de répondre aux obligations d'une information juste et éclairante en regard des interrogations qui font débat dans les médias et sur internet. » (34).

## **2. Le tabagisme en France : un état des lieux**

### **2.1. Historique de la consommation du tabac**

#### **2.1.1.1. Expansion de la consommation et naissance d'une industrie**

Le tabac est consommé sous formes diverses (chiqué, prisé, fumé) en France depuis son introduction au cours de la seconde partie du XVIème siècle. Le «

tabac chaud » (ou fumé) supplante progressivement les autres modes de prise. La révolution industrielle transforme la consommation du tabac. Tout d'abord, l'invention et le perfectionnement des allumettes au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle permet de fumer facilement et n'importe où (35). En 1853, 58 millions de cigares sont produits en France. En 1863, on en compte 688 millions (36). Sur la même période, la production de cigarettes passe de 468 millions à 900 millions par an (ce qui correspond à 23 cigarettes par habitant). La mécanisation de l'ensemble de la chaîne de production au début des années 1880 avec l'invention de la machine de Bonsack lance les cigarettiers dans une production de masse (37) de qualité constante à coût réduit. On voit alors naître une véritable industrie de la cigarette. La première guerre mondiale est une période charnière pour cette industrie dont la production dépasse initialement largement la demande. La cigarette permet aux poilus de conserver leur tabac au sec dans les tranchées. Pratiques et peu chères, des rations de cigarettes sont livrées en quantité aux troupes combattantes. L'usage de la pipe régresse à cette période alors que la cigarette devient le principal mode de consommation de tabac.

Le marché français du tabac est à nouveau bouleversé au lendemain de la seconde guerre mondiale. Les français découvrent le tabac blond apporté par les GI lors du débarquement puis massivement importé avec les fonds du plan Marshall (38). Ces cigarettes blondes ont un goût moins prononcé que le tabac brun jusque-là fumé en France. La combustion du tabac blond, obtenu par un procédé de séchage dit flue-cured, produit une fumée qui est beaucoup plus facilement inhalée par le fumeur. Ce dernier reçoit, à chaque bouffée, une quantité de nicotine et perçoit un effet shoot plus important. Présentées initialement (à tort) comme moins nocives que les cigarettes brunes, les cigarettes blondes sont beaucoup plus addictives (39).

#### 2.1.1.2. Rapide histoire sociologique du tabagisme

Le tabac et la forme sous laquelle il est consommé ont toujours eu au cours des époques une signification sociale (40). La gestuelle du tabac à priser est codifiée par le milieu aristocratique. Après la révolution française, le cigare devient le nouvel emblème du luxe porté par la bourgeoisie au pouvoir. Le XX<sup>ème</sup> siècle voit l'avènement de la publicité moderne (41). Ces nouveaux publicitaires markettent le geste de fumer comme un acte de rébellion pour la jeunesse et d'émancipation pour les femmes. En 1945, les femmes françaises reçoivent avec leur carte d'électrice un bon de quarante cartouches (42). Pas besoin de sous-titre : être une citoyenne émancipée, c'est voter et fumer. À cette période, les cigarettiers investissent le cinéma. Le placement de cigarettes dans les films, publicité pernicieuse, est redoutablement efficace. Les spectateurs transfèrent inconsciemment les valeurs du film sur le produit (43). Les personnages d'Humphrey Bogart dans *Casablanca*, de Marlon Brando dans l'adaptation d'*Un Tramway Nommé Désir* ou encore d'Alain Delon dans *A bout de Souffle* sont indissociables des cigarettes qu'ils fument en nombre à l'écran. Plus qu'un geste d'appartenance à une classe sociale, fumer devient associé à un idéal de virilité et de force pour les hommes, d'émancipation et

d'élégance pour les femmes.

Produites en masse, peu coûteuses, vendues avec des techniques de publicités agressives, s'ouvrant au marché féminin et de la jeunesse, la consommation de cigarettes explose dans les années 50. En 1953, 70 % des hommes et 8,5 % des femmes en France métropolitaine sont des fumeurs réguliers (44). Le pourcentage de fumeuses régulières augmente progressivement jusqu'à atteindre son acmé en 2010 à 26% tandis que le pourcentage de fumeurs réguliers se stabilise puis recule lentement à partir des années 60 (44).

## 2.2. Lutte anti-tabac : rétrospective

### 2.2.1.1. Un produit controversé depuis son introduction en Europe

Depuis la circulation du tabac en Europe, il existe des mouvements anti-tabac portés par certaines figures publiques (36). Déjà en 1604, Jacques Ier d'Angleterre déclarait le tabagisme comme une habitude « répugnante pour l'œil, détestable pour le nez, dangereuse pour le cerveau, redoutable pour les poumons ». Malgré sa popularité grandissante au cours du XIXème siècle, le tabac est une substance controversée. Sa consommation fait débat au sein de l'intelligencia française. Certains écrivains (dont Victor Hugo et Dumas fils), médecins, hommes politiques attribuent au tabagisme une perte des capacités intellectuelles et une déliquescence des capacités physiques tandis que d'autres en vantent les propriétés médicinales. Des textes vont même jusqu'à attribuer la défaite de 1871 à une armée française « dévastée par la plante narcotique » (36).

### 2.2.1.2. Découvertes scientifiques concernant les conséquences du tabagisme

La molécule de nicotine est découverte en 1809 par le chimiste Nicolas Vaquelin et baptisée ainsi en hommage à Nicolas Nicot qui ramena le premier du tabac en France en cadeau à la Reine Catherine de Médicis. Les expériences et les découvertes autour du tabac s'accroissent au cours du XIXème et du XXème siècle.

L'apparition de maladies pulmonaires et notamment de cancers pulmonaires, extrêmement rares avant la seconde partie du XIXème siècle, interroge la communauté scientifique. Les premières études épidémiologiques de grande ampleur menées par l'épidémiologiste Bradford Hill et le docteur Richard Doll lient le cancer du poumon et le tabagisme (45). Les recherches scientifiques se multiplient, notamment sur les méfaits du goudron présent dans les cigarettes. À la fin des années 50, il existe selon l'historien américain Robert Proctor « 3 sources distinctes et fortes de preuves » liant la consommation tabagique au risque du cancer du poumon : des études épidémiologiques (prospectives et rétrospectives), des expérimentations animales et des travaux anatomo-pathologiques (46). En 1962, le Royal College of Physiology (RCP) britannique publie son premier rapport « Smoking and Health ». Sa publication donne lieu à la première conférence de presse du RCP et à ce que le RCP qualifie d'une « media storm » ou tempête médiatique. 30 000 copies

du rapport sont vendues en Grande Bretagne et plus de 50 000 aux Etats-Unis (47). Entre ce rapport et son actualisation de 1971, « 5000 articles scientifiques mirent en évidence les dangers liés à la consommation du tabac » (48).

#### 2.2.1.3. Production du tabac en France et monopole d'État

L'industrie du tabac échappe en France à toute législation réduisant son impact jusqu'en 1976. Peut-être faut-il, pour comprendre l'intervention tardive des pouvoirs publics, s'attarder sur les liens unissant l'État français et l'industrie du tabac.

La vente puis la production du tabac en France est soumise à un monopole étatique instauré sous Louis XIV, temporairement aboli à la révolution puis restauré en 1811 (36). En 1926, le service d'exploitation des tabacs (le SEIT) est séparé juridiquement de l'État pour devenir une Régie d'État dont le président du conseil d'administration est nommé par décret, sur proposition du ministre des finances. En 1935, le SEIT obtient en sus la gestion du monopole des allumettes et devient le SEITA. En 1959, le SEITA devient un établissement public à caractère industriel et commercial. Son statut est à nouveau transformé en 1980 lorsque le SEITA devient une société nationale dont l'unique actionnaire est l'État. La scission définitive entre l'État français et la SEITA date de sa privatisation en 1995.

#### 2.2.1.4. De la naissance d'une législation anti-tabac à l'organisation d'une politique de santé publique

La Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 (49), dite « loi Veil » est la première loi française de lutte contre le tabagisme. Les principales dispositions de cette loi concernent l'interdiction de la publicité sur certains supports comme la télé, le cinéma, la radio (la publicité reste possible dans la presse écrite) et l'apparition d'interdiction de fumer dans certains lieux à usage collectif. La loi Veil est votée quelques semaines après la fin du monopole d'importation du tabac (en respect des accords avec la Communauté Économique Européenne ou CEE). Elle ne rencontre que peu de protestations de la part des industriels français, qui y voient plutôt un moyen de ralentir l'implantation des firmes étrangères sur le marché national (50). D'ailleurs, au fil des années, l'esprit de la loi est largement bafoué notamment avec l'émergence de la publicité indirecte. Le SEITA utilise la publicité pour les briquets et les allumettes pour faire référence aux paquets de cigarettes en jouant sur un packaging identique (51). Les marques de cigarettes se mettent à créer des produits dérivés dont ils peuvent faire la publicité. On voit ainsi apparaître en 1987, une marque de prêt à porter Marlboro Classics (51).

La question du tabagisme est de plus en plus une question de société. Porté par des figures publiques et notamment un collectif de médecins que les médias surnomment « les cinq sages », le sujet du tabagisme s'immisce jusque dans les débats présidentiels de 1988 (52). Sous l'impulsion d'un rapport co-

écrit par Albert Hirsch, Claude Got, Maurice Tubiana, Gérard Dubois et François Gremy et remis au gouvernement en mai 1989 (53), une nouvelle loi portée par le ministre de la santé Claude Évin est proposée au parlement. Votée le 10 janvier 1991, la loi n°91-32 dite loi Évin (54), légifère une politique globale de lutte contre le tabac en plaçant l'accent sur cinq types de mesures concernant :

- L'interdiction totale de toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou de ses produits dérivés.
- L'interdiction générale de fumer dans tous les lieux à usage collectif, là où la loi Veil de 1976 ne prévoyait que la possibilité de l'interdire par décret spécifique dans les lieux affectés à un usage collectif « où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé » (49).
- Le devoir contraignant d'information du consommateur. Les paquets de cigarettes doivent à présent porter un message sanitaire et afficher leurs teneurs en nicotine et en goudron.
- La révision de la fiscalité des produits liés au tabac. En partant du principe que l'augmentation du prix du tabac constituait un vecteur indispensable de dissuasion à la consommation, la loi Évin organise une hausse progressive des prix des cartouches de cigarettes.
- Enfin, la loi Évin offre la possibilité aux associations statutaires de se constituer partie civile en cas d'infraction à la loi et aggrave les peines encourues.

Cette législation française s'intègre dans un cadre international. L'Union Européenne encourage la lutte antitabac depuis le début des années 1980 (55). Les institutions européennes votent en 2001 une directive afin d'harmoniser « les dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac » (55). En 2004, la France ratifie avec l'OMS la Convention Cadre pour la lutte anti-tabac. Il s'agit du premier traité international de lutte contre le tabagisme (56). La convention réaffirme le droit de chacun à « *atteindre un niveau de santé le plus élevé possible* ». La convention enjoint les États signataires à considérer l'épidémie du tabagisme sous l'œil de la mondialisation et à réfléchir à une réponse internationale coordonnée.

Si la loi Évin a marqué l'opinion publique, elle a rencontré certaines difficultés d'application (57). Les dispositions initiales ont donc fait l'objet d'une application progressive par décret comme l'illustre la Figure 2 ci-dessous, tirée de l'article *Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme ...* (58). Claude Évin, interrogé en 2010, juge que « les décrets d'applications de 1992 se sont révélés bien trop laxistes (...). De ce fait, on a perdu beaucoup de temps – près de 15 ans – avant la mise en œuvre complète de la loi. Pourtant le texte était clair au départ (...). » (59).

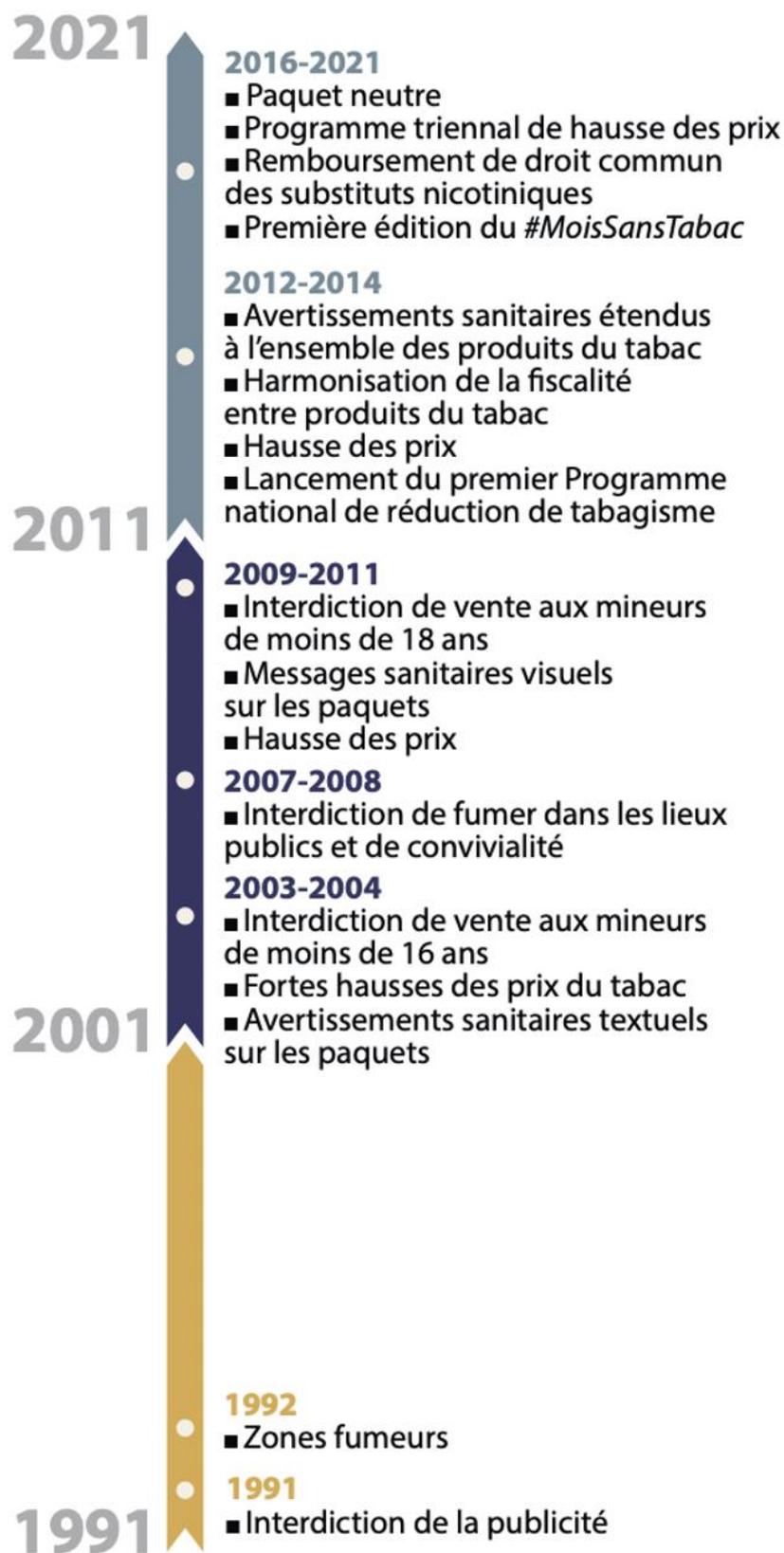


Figure 2 : Chronologie d'application de la loi Évin par promulgation progressive de décret tiré de l'article Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme (58)

En 2012, un rapport de la Cour des Comptes constate que l'élan politique de la loi Veil et la loi Évin s'est essoufflé. Ce rapport déplore une mosaïque législative dont découle la « coexistence de politiques parallèles à partir d'outils non coordonnés et utilisés de manière discontinue » (60). La Cour des Comptes s'inquiète notamment de la sous-estimation persistante par l'opinion qu'importe la dépendance tabagique, de la « timidité des dispositifs employés » pour l'aide au sevrage et de l'application insuffisante des sanctions prévues par la loi notamment concernant la vente de tabac aux mineurs et le non-respect des espaces non-fumeurs. Elle rappelle que la « responsabilité politique de l'État réside dans l'exigence de protection qu'il lui revient de développer dans le respect des libertés ».

Témoins de la ré-implication des pouvoirs publics français dans la lutte contre le tabagisme, le premier plan national de lutte contre le tabagisme (PNLCT) est né en 2014. L'objectif du PNLCT est l'organisation d'une politique de lutte ordonnée. Le second programme national de lutte contre le tabac s'est terminé en 2022. On en retiendra comme mesures phares l'augmentation du prix du paquet de cigarettes à 10 euros et le remboursement à 65 % des substituts nicotiques (61). Le troisième plan national anti-tabac a été dévoilé par le gouvernement ce 28 novembre 2023 (62). Les mesures phares annoncées concernent entre autres la hausse du prix du tabac avec un paquet à 13 euros en 2027, la délivrance de substitut nicotinique sans ordonnance en pharmacie, l'interdiction de fumer étendue à certains lieux extérieurs comme les abords des écoles et la poursuite de la transformation du métier de buraliste en commerce de proximité. L'objectif gouvernemental affiché est de construire « une génération sans tabac à l'horizon 2032 ». Pour l'instant, aucun PNLCT ne s'est intéressé au dépistage des pathologies liées au tabac.

### 2.3. Épidémiologie du tabagisme

#### 2.3.1.1. Le tabagisme en France – Chiffres d'actualité

Selon les données issues du baromètre de santé publique, la prévalence du tabagisme quotidien en France chez les 18-75 ans s'élevait au début des années 2000 à 33,3% (63). Si la prévalence du tabagisme quotidien a depuis nettement diminué, elle reste au-dessus des objectifs affichés par les pouvoirs publics. En 2021, la part des 18-75 ans fumant quotidiennement s'élève à 25,3 % (64). La prévalence du tabagisme quotidien au sein de la population générale reste stable depuis 2020. On observe néanmoins entre 2020 et 2021, une tendance à la hausse des consommations chez les femmes entre 35 et 44 ans et parmi les personnes sans diplôme ou avec un diplôme inférieur au baccalauréat.

L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire Covid. L'épidémie semble avoir participé à cette stagnation de la prévalence du tabagisme en France depuis 2019. Tout d'abord l'urgence du Covid a accaparé l'attention des services

de santé publique et des Français. En 2020, le téléchargement de l'application « Mois Sans Tabac » a reculé de 12 %, le recours au « 3989 » de 25 % et les visites sur le site du MST de 25 % (65). Ensuite, le stress et l'ennui générés par le confinement ont entraîné une augmentation de la consommation chez les individus déjà fumeur. 25 % des fumeurs interrogés dans le cadre de l'étude COVIPrev déclarent avoir augmenté pendant le confinement leur consommation de cigarettes (66). Enfin l'épidémie a eu des conséquences économiques et sociales inégales au sein de la population. 80 % des diplômés du supérieur en emploi le 1<sup>er</sup> mars 2020 travaillent encore le 1<sup>er</sup> mai 2020 contre 60 % des travailleurs n'ayant pas le bac. Parmi les femmes en emploi le 1<sup>er</sup> mars, seules 2 sur 3 travaillent encore le 1<sup>er</sup> mai contre 3 hommes sur 4 (67). C'est précisément chez les femmes et les moins diplômés que l'on note une tendance à la hausse des consommations depuis 2020.

Pour comparaison, la prévalence actuelle du tabagisme quotidien oscille autour de 21 % au Pays-Bas (68), 9 % au Canada (69), 13,3 % au Royaume Uni (70), 11,8 % aux Etats-Unis (71).

### 2.3.1.2. Morbi-mortalité liée au tabagisme

Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France. On estime à 78 000 le nombre de décès attribuables à la consommation tabagique pour l'année 2010 (72). Un décès sur huit en France est donc attribuable au tabac (72). Parmi les 30-69 ans, le tabac est responsable d'un décès sur 3 chez les hommes et d'un décès sur 7 chez les femmes (72). 50 % des décès liés au tabac surviennent dans la tranche des 30-69 ans. L'espérance de vie d'un fumeur est donc réduite de 20 à 25 ans en comparaison à l'espérance de vie d'un sujet non-fumeur.

Plus de 680 000 patients en 2015 étaient atteints d'une pathologie directement attribuable au tabac (72). Les pathologies entraînées par l'intoxication tabagique sont nombreuses. En voici une liste non exhaustive : cancer du poumon, de la vessie et des voies urinaires, des voies aériennes supérieures, BPCO, AOMI, IDM, AVC.

85 % des cancers pulmonaires, 34 % de tous les autres cancers, 15 % des pathologies vasculaires et 34 % des pathologies respiratoires seraient directement attribuables au tabagisme actif et passif (72).

### 2.3.1.3. Conséquences économiques et sociales du tabagisme

Le coût social englobe le coût monétaire de la consommation du tabac. Il se compose du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, coût des soins, de la répression et de la prévention, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Le coût social en France du tabagisme est évalué en 2015 à 120 milliards d'euros pour 13,4 millions de consommateurs (73).

La perte de vies humaines représente 53 % du coût social du tabagisme. La perte en qualité de vie représente 26 % du coût social. Le coût des soins pèse 21,2 % du coût social (soit 25, 89 milliards d'euros en 2015). Les recettes de taxation du tabagisme s'élèvent à 10,3 milliards d'euros et ne couvrent donc pas le coût des soins. Ce coût social est bien supérieur au bénéfice engendré par l'industrie du tabac estimé autour de 13 milliards d'euros (73).

Le coût pour les finances publiques, qui correspond aux « dépenses qui doivent effectivement être décaissées par un acteur économique, en l'occurrence l'État », s'élève à 13,8 milliards d'euros. Pour reprendre la comparaison esquissée par le rapport de l'OFDT de 2015, cette dépense nette représente à elle seule 3,6 % des dépenses publiques.

### **3. Tabagisme : Et l'arrêt ?**

#### **3.1. Addiction et de dépendance, définitions**

L'addiction est définie par le National Institute on Drug Abuse comme « une affection chronique caractérisée par la recherche et la consommation compulsive d'une substance et ce malgré les conséquences négatives qui en découlent » (74). Le terme de dépendance renvoie initialement aux phénomènes physiologiques d'adaptation au manque qui apparaissent à l'arrêt d'une substance (75). Les deux concepts ont néanmoins été utilisés l'un pour l'autre dans le langage courant comme dans la littérature scientifique. Par souci de clarté, le DSM-V (76) n'utilise plus le terme d'addiction (trop connoté en Amérique du Nord) ni de dépendance (trop imprécis) mais parle à présent de « troubles liés à l'usage d'une substance ». La liste des 11 critères diagnostiques définissant un « trouble lié à l'usage d'une substance » sont compilés dans la Figure 3 ci-dessous. L'association de 2 à 3 critères définit un trouble léger, de 4 à 5 critères un trouble modéré, et de 6 et plus un trouble majeur (76).

## Les 11 critères diagnostics du DSM V de l'American Psychiatric Association

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Ces critères permettent de caractériser le degré de sévérité de l'addiction :

- Présence de 2 à 3 critères : addiction faible
- Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée
- Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Figure 3 : Les 11 critères diagnostics des troubles de l'usage selon le DSM V de l'American Psychiatric Association (76)

### 3.2. Le tabac est une substance addictive

En 1994, 7 PDG et hauts représentants de l'industrie du tabac américaine déclarent sur l'honneur devant le congrès américain « I do not believe that nicotine or our products are addictive » (*traduction : je ne crois pas que la nicotine ou nos produits soient addictifs*) (77). Un constat simple s'est pourtant imposé tout au long du XXème siècle : beaucoup d'individus fumeurs n'arrivent pas à arrêter de fumer. D'ailleurs le CDC rapporte en 1993 que plus de 60 % des fumeurs interrogés ont essayé d'arrêter ou de réduire leur consommation (78). Parmi ces derniers, 85 % des individus fumant plus de 20 cigarettes par jour et 70 % des patients fumant entre 1 et 15 cigarettes par jour n'arrivent pas à arrêter ni à réduire leur consommation (78). Le tabac est une substance dont il est plus dur de se sevrer que la cocaïne, les opiacés ou encore l'alcool. Une méta-analyse s'intéressant aux groupes contrôles d'études menées sur l'arrêt de la consommation de substances estime le taux

de sevrage complet, sans intervention médicamenteuse, mesuré de façon objective, sur une durée de plus de 6 mois, à 8 % pour le tabac contre 17 % pour l'alcool, 44 % pour les opioïdes et 47 % pour la cocaïne (79).

La rechute, c'est-à-dire la reprise non souhaitée du comportement addictif, fait partie du parcours du fumeur. Chaque année en France, on estime que près d'un tiers des fumeurs quotidiens font une tentative d'arrêt d'au moins une semaine. La majorité de ces tentatives se soldent par un échec (80). L'addiction au tabac est un comportement complexe intriquant des facteurs pharmacologiques, comportementaux, psychologiques et génétiques.

### 3.3. Mécanisme de la dépendance

#### 3.3.1.1. Succincte présentation de la dépendance pharmacologique au tabac

La dépendance pharmacologique au tabac est classiquement attribuée à la nicotine. La nicotine appartient à la famille des alcaloïdes. Les alcaloïdes sont un groupe de molécules basiques, azotées, hétérocycliques, principalement d'origine végétale avec des propriétés physiologiques remarquables (81). La morphine est le premier membre de cette famille chimique hétéroclite découvert en 1803. L'héroïne, la cocaïne, la quinine sont des alcaloïdes. Pour les végétaux, les alcaloïdes naturels ont un rôle d'insecticide. La nicotine est présente dans les plantes de la famille des Solanacées dont font partie entre autres les pommes de terre, les aubergines et le tabac. La teneur en nicotine est particulièrement importante dans le tabac : elle tourne dans la majorité des espèces cultivées autour de 5% (82).

La nicotine est absorbée par le fumeur dans la fumée issue de la combustion du tabac. Une cigarette contient environ 10 mg de nicotine (83). Le fumeur absorbe environ 1 mg de nicotine par bouffée de cigarette (83). La nicotine est liposoluble et hydrophile. Portée par les particules de fumée inhalée, elle traverse facilement les membranes cellulaires des alvéoles pulmonaires et rejoint la circulation veineuse pulmonaire, le cœur gauche puis la circulation artérielle générale. La nicotine atteint ainsi le cerveau en 9 à 19 secondes (83) (plus rapidement qu'après une injection IV). La nicotine est une substance psycho active. En se fixant sur les récepteurs cholinergiques nicotiques situés sur les neurones de l'aire tegmentale ventrale et ceux du noyau accumbens, la nicotine libère de la dopamine et active les circuits de la récompense. La demi-vie de la nicotine est courte (2 heures en moyenne). Lors d'une consommation régulière de tabac dans la journée, la nicotémie augmente progressivement avant d'atteindre un plateau. Les récepteurs cholinergiques nicotiques déjà activés par la nicotine changent de conformation allostérique et deviennent temporairement insensibles à la nicotine. Il se crée ainsi une tolérance aiguë à la nicotine. La nicotémie décroît rapidement durant le sommeil. Les récepteurs désensibilisés retrouvent leur conformation initiale. On peut estimer grossièrement le degré de dépendance au tabac en fonction de la durée entre le réveil d'un fumeur

et sa première cigarette : c'est d'ailleurs une des questions du test de Fagerstrom (84). Le rapide effet central de la nicotine consommée sous forme de cigarette et son cycle d'action nycthéral en font une substance dont la dépendance est difficile à traiter.

Néanmoins les modèles d'expérimentations animales et humaines sur la nicotine expliquent mal le force de la dépendance au tabac observée en vie réelle (85). Les scientifiques explorent la co-responsabilité d'autres molécules dont la présence dans la fumée de cigarette renforcerait l'action centrale de la nicotine. Certaines études, sans être démonstratives, se sont par exemple intéressées à la présence dans la fumée de cigarette d'inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) issus de la combustion de sucres naturels du tabac et des sucres ajoutés aux cigarettes lors du processus de fabrication industrielle (86), d'autres à l'action d'additifs comme le menthol ou l'ammoniac.

### 3.3.1.2. Succincte présentation de la dépendance cognitivo-comportementale et psychologique

Le concept de dépendance cognitivo-comportementale repose sur la notion de conditionnement classique développée par Pavlov et Watson. Le conditionnement classique est la réponse à l'association d'un stimulus conditionnel (ou neutre) à un stimulus inconditionnel. Lors d'une association répétée, le « stimulus conditionnel en vient finalement à évoquer la réponse » (87). Un fumeur qui fume en contexte festif ou avec un café ou lors d'une pause au travail va associer le plaisir ressenti (ou la réponse) de fumer une cigarette (stimulus inconditionnel) à la situation « en soirée » / « avec le café » / « pendant une pause » (stimuli conditionnels). À force, le simple fait d'être dans un contexte festif, de prendre un café ou de faire une pause au travail va déclencher l'envie de fumer.

La nicotine est une substance anxiolytique, antidépressive et stimulante. L'action de fumer pour le fumeur régulier devient une béquille pour l'individu face à une émotion négative. On parle de dépendance psychologique. De nombreux fumeurs citent « le stress » ou « l'anxiété » comme raison principale de fumer (88). Ils ont tendance à augmenter leur consommation de cigarettes en situations qu'ils jugent anxiogènes. Il existe un lien épidémiologique entre dépression et tabagisme. La présence d'un trouble de l'humeur est un facteur prédictif d'échec au sevrage. La littérature scientifique objective une association entre le degré de la dépression et l'importance de la perte de l'estime de soi avec le risque d'échec au sevrage (88).

### 3.3.1.3. Facteurs de vulnérabilité génétique

Les études épidémiologiques menées dans les années 90 sur des familles, des familles avec enfants adoptés et des familles avec des jumeaux, suggéraient la présence de facteurs génétiques favorisant le maintien de la consommation de tabac chez le fumeur (89). Les avancées récentes dans le champ de la

généétique avec le séquençage de l'ADN et l'émergence d'études pangénomiques ont permis d'impliquer un cluster de gènes dans la dépendance au tabac (90). Les gènes CHRNA5, CHRNA3 et CHRNA4 sont situés dans la région chromosomique 15q15 et codent pour les sous-unités alpha 5, alpha 3 et bêta 4 des récepteurs nicotiques. La présence de certains variants alléliques sur ces gènes clés est fortement associée à une dépendance tabagique plus marquée (90). Le variant rs16969968 du gène CHRNA5 porte l'essentiel de cette association et serait retrouvé chez 35 % des individus d'origine européenne (91). Il existerait donc une susceptibilité génétique héréditaire et individuelle à la dépendance au tabac et à la nicotine.

#### 3.4. Méthodes d'aide au sevrage recommandées

Le conseil minimal à l'arrêt (ou Repérage Précoce et Intervention Brève) consiste à demander à chaque patient s'il est fumeur et s'il a déjà envisagé d'arrêter. Le RPIB devrait être réalisé à chaque consultation avec un nouveau patient et régulièrement avec le patient fumeur.

Selon les recommandations de la HAS (92), l'aide au sevrage tabagique « comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire ». L'accompagnement par un professionnel fait partie du traitement de première intention du sevrage tabagique. Sont décrits par la HAS comme types d'accompagnement à proposer en première intention (recommandation de grade A) : le soutien psychologique, le counseling ou encore les thérapies cognitivo-comportementales. Les substituts nicotiques sont le traitement médicamenteux de première intention (recommandation de grade A). Leur utilisation multiplie par 1,5 le taux d'abstinence à 6 mois (93). Deux autres traitements médicamenteux sont aussi disponibles en France dans l'indication de l'aide au sevrage tabagique : la varénicline et le bupropion. Devant une efficacité qui reste modérée et des effets indésirables potentiels graves notamment neuropsychiatriques, la varénicline et le bupropion sont des traitements de seconde intention (recommandation d'experts) (92). La stratégie de prise en charge du sevrage tabagique est illustrée par la Figure 4 (en annexe), tirée de l'article *La prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac : données actuelles* (94).

#### 3.5. Persistance d'un surrisque à l'arrêt

Un arrêt durable du tabac est toujours bénéfique pour la santé du fumeur, et ce d'autant plus que l'arrêt est précoce. Néanmoins le sevrage tabagique n'entraîne pas immédiatement une normalisation des risques. La Figure 5 ci-dessous illustre le taux de mortalité globale pour 1000 hommes en fonction du statut tabagique et de l'âge de l'arrêt (95). Le risque de maladie coronarienne diminue de moitié dans l'année qui suit le sevrage (96). Arrêter de fumer permet de réduire en 2 à 4 ans le risque d'accident coronarien de 35 % en comparaison aux personnes qui continuent de fumer avec une exposition tabagique cumulée similaire. Enfin, arrêter de fumer permettrait une

réduction de 36 % du risque de décès chez les patients ayant une coronaropathie en comparaison à ceux ayant continué leur tabagisme.

Le risque de cancer broncho-pulmonaire diminue proportionnellement à la durée de l'arrêt sans se normaliser complètement. En comparaison aux non-fumeurs, le risque de cancer broncho-pulmonaire est multiplié par 16 après 5 ans d'arrêt, par 5 après 5 après 10 à 19 ans d'arrêt et par 1,5 après 40 ans d'arrêt (96).

Le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) du patient sevré se superpose à celui du patient non-fumeur après 5 à 15 ans d'arrêt (96). Le risque de développer un cancer de la vessie, du col de l'utérus, de la gorge, de l'œsophage, du pancréas, de la cavité buccale ou du larynx diminue à l'arrêt du tabac, mais il faut des dizaines d'années avant qu'il ne s'approche du risque du patient n'ayant jamais fumé (96).

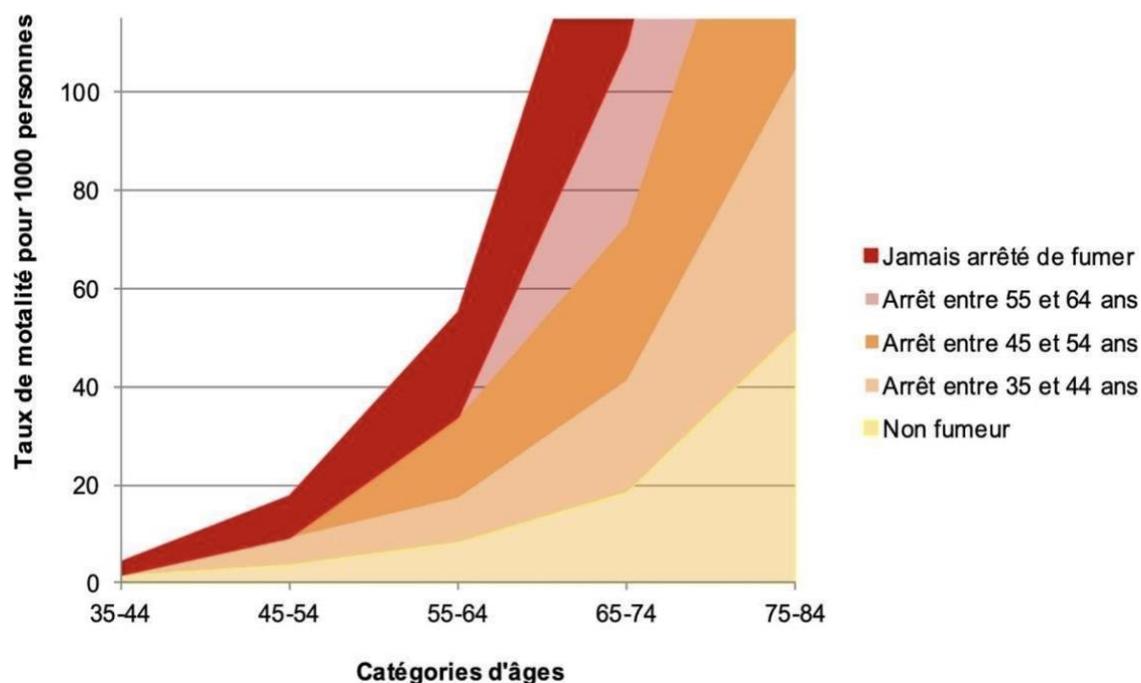


Figure 5 : Taux de mortalité pour 1000 hommes en fonction du statut tabagique et de l'âge à l'arrêt du tabagisme tiré de l'article *Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors* (95)

#### 4. Présentation de l'étude DÉPIST : conception et mise en œuvre d'une action de santé publique

Multiplicité des pathologies liées au tabac, grande difficulté au sevrage, persistance d'un surrisque même à l'arrêt du tabac : le parcours de santé du patient fumeur peut s'avérer complexe. Il est légitime de s'interroger sur la manière d'optimiser et d'organiser la prise en charge du patient tabagique. Il n'existe à ce jour pas de recommandation permettant d'organiser le dépistage des pathologies liées au tabac chez le patient fumeur. C'est sur cette

constatation simple que c'est construit l'étude DÉPIST.

DÉPIST est une étude prospective interventionnelle menée en Ex-Aquitaine lancée par le Département de Médecine Générale de Bordeaux avec l'implication de l'équipe Méthodes de Recherche Interventionnelle pour la Santé des Populations (MÉRISP) appartenant au centre Bordeaux Population Health de l'INSERM et l'implication de la Coordination Régionale Addiction Nouvelle Aquitaine (COREADD NA). L'étude est soutenue par un financement de l'Institut National du Cancer (InCA) et de l'Autorité Régionale de Santé (ARS). Reconnaisant l'existence de fumeurs persistant après plusieurs échecs d'arrêt et de fumeurs invétérés manquant d'envie d'arrêter de fumer, l'étude DÉPIST a été imaginée pour prendre en charge ces *hardcore smokers*. Son objectif est de proposer des recommandations de bonnes pratiques (RBP) du dépistage de pathologies en lien avec le tabac puis de vérifier leur applicabilité en pratique courante de médecine générale.

Les RBP pour le dépistage de pathologies liées au tabac ont déjà été identifiées lors d'une phase préliminaire du projet DÉPIST ayant fait l'objet d'un travail de thèse (97). Les RBP ont été organisées sous la forme d'un livret d'aide à la prescription (dont la version PDF est disponible en annexe). Il s'agit à présent de vérifier la viabilité de ces RBP en pratique de soins courants (objectif principal) et d'évaluer l'impact de l'organisation d'un dépistage sur la consommation tabagique (objectif secondaire). Le projet DÉPIST s'articule comme suit : 30 médecins généralistes utilisent le livret avec au moins 20 de leurs patients fumeurs de plus de 40 ans désireux de participer. En fonction de l'âge du patient, de son sexe et de ses antécédents, un algorithme décisionnel proposera au médecin généraliste les examens de dépistage à réaliser. Tous les médecins généralistes et un échantillon de patients participeront en fin d'étude à un entretien qualitatif semi-dirigé. Le critère de jugement principal de l'étude repose sur le pourcentage de patients ayant réalisé au moins un examen recommandé dans le cadre de l'étude dans les 6 mois suivant l'inclusion. Les données seront extraites du dossier médical du patient, dossier renseigné au cours des consultations par le médecin généraliste. Les critères de jugement secondaire comprennent : le nombre de pathologies dépistées, l'évolution du statut tabagique du patient, l'utilité et la faisabilité des RBP perçues par le médecin et par le patient.

Comme formulé par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans son avis du 28 juin 2017 pour la prévention et la promotion de la santé, « avant que d'être une question de moyens- au demeurant pas si modestes dans certains domaines – le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique » (98). C'est justement sur ce problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique que se penche la seconde partie de l'étude DÉPIST et dans une plus humble mesure cette thèse.

Le livret est l'outil nécessaire pour savoir quels dépistages proposer à quels patients. L'étude DÉPIST repose sur l'utilisation du livret en consultation par

le médecin généraliste. L'objectif principal de ce travail est de :

**Repérer les freins et les leviers à l'applicabilité du projet DÉPIST en consultation de médecine générale et si nécessaire de proposer des adaptations pour s'assurer d'un recueil de données optimal.**

La question de recherche est la suivante :

**En se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par le projet DÉPIST semble-t-il applicable à la pratique courante de la médecine générale?**

## MATERIEL ET METHODE

### 1. Choix de la méthode

Après une présentation par e-mail des objectifs de l'étude DÉPIST et du travail de thèse, les médecins généralistes désireux de participer ont manipulé seuls le livret. Il est à noter que le livret comprend une page d'instructions détaillées. Nous avons choisi, en étant peu interventionniste, de tester l'applicabilité du projet DÉPIST en se rapprochant au maximum des conditions *en vie réelle*. Ce travail de thèse est pensé comme un *crash test*.

### 2. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient des médecins généralistes thésés, exerçant la médecine générale ambulatoire, en Nouvelle-Aquitaine et acceptant de participer à l'étude. Le recrutement des médecins généralistes s'est fait sur la base du réseau personnel de l'investigatrice avec un premier contact par e-mail. Les médecins généralistes contactés sont des médecins rencontrés dans le cadre professionnel par l'investigatrice au cours de l'internat et pour lesquels elle disposait d'une adresse e-mail professionnelle (universitaire ou non). Par mesure d'objectivité, aucun maître de stage n'a participé à l'étude.

La taille de l'échantillon avait été fixée à l'avance après discussion avec le COPIL de l'étude DÉPIST. En effet, l'enjeu de ce travail résidait dans sa capacité à apporter des informations utiles au COPIL dès l'impression des premiers livrets et avant la date de début du recrutement de médecins généralistes par l'étude DÉPIST. Il a donc fallu composer avec une contrainte temporelle qui empêchait un recrutement plus important. Ce travail ne cherche pas à atteindre la saturation des données mais bien à repérer de façon rapide et efficace tout frein éventuel compromettant le recrutement de médecins à une plus large échelle par DÉPIST. Cette dernière est quant à elle construite pour répondre de façon sensible à la question de l'applicabilité des recommandations dégagées de sa première partie.

### 3. Consignes fournies aux médecins participants

Les médecins généralistes ont reçu par e-mail la consigne suivante : utiliser le livret avec au moins 5 patients fumeurs de plus de 40 ans. Une version PDF informatique du livret a aussi été fournie (en plus de l'outil papier). Pour répondre aux délais de l'étude DÉPIST, les médecins généralistes participants à la thèse ont eu entre 3 et 6 semaines pour manipuler les outils papier et PDF.

### 4. Recueil des données

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-dirigés. La

trame utilisée pour mener les entretiens semi-dirigés est présentée en annexe 2.

Les entretiens ont eu lieu en présentiel sur le lieu de travail du médecin généraliste interrogé. Ils ont été enregistrés sur le téléphone de l'investigatrice. Ils ont ensuite été retranscrits manuellement sur le logiciel *Word*. L'entièreté des entretiens retranscrits sont disponibles sur demande via e-mail à l'adresse suivante : [mathilde.trouve@u-bordeaux.fr](mailto:mathilde.trouve@u-bordeaux.fr).

## **5. Analyse des données**

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse inductive générale et de thématization. Les entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel *Nvivo 1.7.1* pour créer des codes descriptifs. Ce codage a été réalisé après la fin du recueil des données.

## **6. Aspect éthique et réglementaire**

Pour la réalisation de cette étude, nous avons rempli la fiche « Renseignements relatifs à la conformité au RPDG d'un traitement de données à caractère personnel dans le cadre d'un projet de recherche ». Nous l'avons ensuite transmise au DPO de l'Université de Bordeaux. Selon la loi Jardé, l'étude ne rentre pas dans la catégorie de recherches impliquant la personne humaine (RIPH). Le protocole de l'étude est conforme à la méthodologie MR004.

Les médecins généralistes participants ont été informés par e-mail du déroulement de l'étude. Ils signaient un consentement en début d'entretien. Les enregistrements audios ont été détruits après la retranscription écrite.

## **7. Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a été effectuée grâce aux moteurs suivants : Pubmed, Cairn, Google Scholar. De plus, les ressources de la bibliothèque universitaire de l'Université de Bordeaux ont été consultées.

## RESULTATS

### 1. Description des médecins interrogés

	Terrain d'exercice	Formation à la recherche	Prise en charge tabagisme	Durée entretien
MG1	Ville	Aucune	Consultation médecine générale	00 :09 :51
MG2	Ville	Clinicat	Consultation de tabacologie + Consultation médecine générale	00 :20 :00
MG3	Ville	Clinicat	Consultation de médecine générale	00 :20 :14
MG4	Ville	Clinicat	Consultation médecine générale	00 :21 :34
MG5	Ville	Clinicat	Formé à l'entretien motivationnel	00 :17 :26

### 2. L'utilisation du livret par le médecin généraliste en consultation

#### 2.1 Fréquence d'utilisation

Les médecins généralistes ont eu entre 3 et 6 semaines pour manipuler le livret (en fonction de la date de remise et de la date d'entretien finale). La consigne initiale demande aux médecins généralistes participants d'utiliser le livret avec au moins 5 patients.

3 des 5 médecins interrogés rapportent avoir utilisé le livret avec 4 patients. Les deux autres médecins (respectivement les MG2 et MG3) ont noté sur la liste d'inclusion du livret le nom de 5 et 4 patients. Ils reconnaissent cependant avoir parlé du livret avec un plus grand nombre de patients : « *MT : Avec combien de patient as-tu pu utiliser le Livret ? MG2 : Alors j'en ai marqué 5 sur mon livret. Après j'en ai parlé à plus* » (Entretien numéro 2 ou E2).

Nous remarquons donc que 3 médecins sur 5 n'ont pu atteindre l'objectif attendu d'inclusion et que 2 médecins sur 5 bien que déclarant avoir dépassé l'objectif n'ont pas tenu leur liste d'inclusion à jour.

## 2.2 Version PDF informatique

Aucun médecin généraliste interrogé n'a utilisé la version PDF du livret. La version PDF est jugée par tous peu pratique : « *C'était inutilisable ! On ne navigue pas facilement d'une page à l'autre.* » (E1), « *J'y ai jeté un œil mais je ne l'ai pas utilisée. C'était ... pas pratique* » (E3). La version PDF ne peut pas s'afficher sur l'écran d'ordinateur en même temps que le logiciel du médecin généraliste : « *Et surtout avec la version en ligne, on ne peut pas utiliser en même temps notre logiciel. Donc si on se rend compte que ... bah ... c'est difficile de jongler entre plusieurs fenêtres, c'est moins pratique* » (E1). Un médecin généraliste relève que l'utilisation d'un nouvel outil informatique peut être délétère pour la relation médecin-malade : « *avec l'écran, on est beaucoup plus exclusif.* » (E1).

La version papier est jugée plus simple et plus accessible : « *Mais honnêtement, c'était beaucoup plus simple de faire avec le papier. Je l'ai laissée sur le coin de mon bureau* » (E5).

## 2.3 Préparation de la consultation

Un médecin généraliste interrogé ouvrait le livret avant la consultation d'un patient qu'il savait fumeur : « *Quand je savais qu'il y avait un patient fumeur qui arrivait, je le sortais et je l'ouvrais à la bonne page. (...). Ça me permettait d'y penser pendant la consultation. Du coup, assez pratique de se mettre sur la page et puis de le laisser traîner sur le côté du bureau ...* » (E5).

## 2.4 Un support partagé avec le patient

Un médecin généraliste interrogé a manipulé et montré le livret à ses patients : « *Leur montrer à peu près, ils voient à quoi ça correspond.* » (E1). Pour ce médecin généraliste, **laisser le patient manipuler le livret permet à ce dernier de mieux comprendre ce qu'on lui propose et permet de créer du lien** : « *Avec le patient qui est présent, le livret, c'est plus facile. Ils voient, ils comprennent.* », « *Si on veut montrer éventuellement au patient, les algorithmes de décision, ça lui paraît concret. Je trouve qu'on crée plus facilement de lien avec le patient en gardant ou en portant son attention sur le même support.* » (E1).

## 2.5 Utilisation en dehors du cadre prévu

Deux médecins généralistes auraient aimé élargir le cadre d'utilisation du livret (dont l'utilisation n'est pour l'instant prévue que pour les patients au tabagisme actif) : « *Le livret est aussi intéressant chez les non-fumeurs et ce n'est pas à limiter qu'aux fumeurs.* » (E5).

Le premier souligne que le livret pourrait être utilisé chez des patients au tabagisme sévère : « *Pour les patients sévères, c'est aussi important d'y penser.* »

*Des patients sevrés mais qui peuvent avoir des conséquences à plus ou moins long terme. » (E4).*

*Le second a utilisé le livret en consultation avec des patients exposés au tabagisme passif : « Et d'ailleurs, je l'ai utilisé aussi chez des patients non-fumeurs cela dit ! Oui, parce que même s'il y a probablement moins de risque, c'est des choses qui restent valables. Typiquement, on a des petites mamies qui ont été exposées au tabagisme passif. Et le questionnaire BPCO reste d'actualité en fait. » (E5).*

## 2.6 L'utilisation ne mène à aucune prescription

Un médecin généraliste n'a prescrit aucun examen de dépistage après avoir utilisé le livret : « *MT : Est-ce que tu as prescrit avec le livret ? Est-ce qu'il y a des examens que tu as prescrits avec le livret ? MG5 : Non, là ça a juste été ... Enfin, il ne me semble pas » (E5).*

## **3 Impact de l'utilisation du livret sur le dépistage des pathologies liées au tabac**

### 3.1. Un outil de synthèse

Pour les médecins généralistes interrogés, le livret permet d'organiser de façon synthétique et structurée le suivi des patients tabagiques : « *L'utilité d'un tel livret, c'est de synthétiser les pathologies importantes à dépister et suivre les éléments de surveillance. » (E2), « J'ai l'impression que ça permet de formaliser des choses qui sont parfois dans la pratique. » (E3), « En fait je pense que ça va permettre d'organiser un temps. Un temps pour discuter du dépistage. » (E2).*

*L'utilisation régulière du livret permet de créer de nouveaux automatismes : « J'ai vraiment l'impression que c'est quelque chose qui pourrait rentrer dans ma tête facilement. Et de ne pas oublier la consultation dentaire, le dépistage des cancers, BPCO, maladies cardio-vasculaires, aorte. Et ce devrait devenir des automatismes en fait. Sans avoir à utiliser le livret. » (E4), « Donc je pense que chaque consultation, comme le RPIB, doit être l'occasion à saisir pour faire ce genre de dépistage. » (E4).*

### 3.2. Utilisation et maîtrise des scores de dépistage

L'utilisation du livret a permis aux médecins généralistes de redécouvrir et donc d'utiliser des scores de dépistage. Deux scores en particulier sont évoqués au cours des entretiens : il s'agit du score GOLD pour le dépistage de la BPCO et du score de risque des maladies cardio-vasculaires.

« *Par exemple le HAS-GOLD, qui est basique hein ? C'est à peu près ce que je demandais, mais le fait de l'identifier comme un score et de pouvoir le noter, je trouvais que c'était intéressant. » (E3), « Mais le HAS-GOLD, je ne l'ai pas en*

tête. Enfin là, je me le suis un peu plus mis en tête ! Mais typiquement je ne l'aurais pas utilisé spontanément. » (E5), « C'est très bien d'avoir mis le petit rappel du calcul du risque SCORE. » (E2), « Et après, le score des maladies cardiovasculaires, j'y pensais de plus en plus mais pareil, c'est vrai que ce n'est pas encore rentré dans mes automatismes donc euh ... Donc je trouve ça très bien et je trouve ça très clair quand même. » (E4).

### 3.3. Modification des pratiques

L'utilisation du livret a permis de sensibiliser les médecins généralistes au dépistage de l'anévrisme de l'aorte chez le patient fumeur. En effet ce dépistage n'était pas réalisé ou réalisé de façon inconstante chez 4 des 5 médecins interrogés : « Le dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale effectivement, ça je n'y pense jamais ! » (E1), « Moi j'avais inclus dans ma pratique la recherche d'anévrisme chez les patients fumeurs, 50 ans, avec antécédent familial d'anévrisme. Du patient fumeur, sans antécédent, je ne l'avais pas. Donc effectivement, je me suis dit que ça j'allais modifier. » (E3), « L'anévrisme de l'aorte, je sais qu'il faut que j'y pense mais je n'y pense pas souvent. C'est bien que ce soit rappelé. » (E4), « MT : Et le dépistage de l'anévrisme de l'aorte chez ces patients-là, c'est quelque chose que tu faisais toi spontanément ? MG5 : Ça m'arrive de le faire. Mais sans doute pas assez en fait » (E5).

L'utilisation du livret a aussi permis de sensibiliser certains médecins généralistes aux pathologies dentaires auxquelles sont exposés les patients fumeurs. « Ah et les soins dentaires aussi ! C'est, avec la recherche de l'anévrisme de l'aorte abdo, des choses auxquelles on pense moins. » (E1), « Par exemple le côté dentiste, c'est quelque chose que je n'aborde jamais. Mais pour le coup, les patients le faisaient. » (E3), « Alors des trucs qui sont écrits et que je n'avais pas l'habitude de faire ... bah oui en fait, clairement ! La consultation chez le dentiste, la consultation dentaire je n'avais pas l'habitude forcément d'y penser, sauf point d'appel. » (E4), « Autant je vais y penser avec les enfants, autant je vais moins y penser avec les adultes. Et pour ceux à qui j'ai posé la question, il y avait besoin d'aller voir le dentiste. Je ne l'ai pas prescrit moins, mais je l'ai préconisé. » (E5).

Un seul des médecins généralistes interrogés préconise régulièrement à ses patients fumeurs d'aller voir le dentiste. Il dispose d'une formation spécifique en tabacologie : « C'est une habitude de pratique. Forcément dans notre formation de tabacologie, on a vu toutes les conséquences, toute la physiopathologie de la consommation de cigarettes. On sait que l'affaiblissement du parodonte, c'est quelque chose qui est très fréquent. » (E2).

Enfin l'utilisation du livret a permis pour des médecins généralistes interrogés de penser à l'examen de la cavité buccale pour le dépistage des cancers ORL : « Les cancers, on les a quand même en tête. Sauf le cancer des VADS, pas trop.

» (E4). Néanmoins ce médecin regrette que le livret ne le guide pas plus pour la réalisation de cet examen clinique : « *Après l'examen de la bouche, je restais seulement visuel. Là, je pense qu'il y a quelque chose ... Et pour le coup, le livret ne m'aide pas plus que ça.* » (E3).

#### 3.4. Certains dépistages proposés sont déjà réalisés

Certains sont des examens de dépistage proposés en population générale et sont déjà réalisés de façon systématique par les médecins généralistes interrogés : « *Après, il y a des trucs que l'on connaît. Le diabète là, l'arbre décisionnel : globalement la glycémie à jeun plus d'un an/moins d'un an ... Voilà !* » (E4), « *Après le cancer colo-rectal, c'est pareil, c'est des trucs qu'on manipule facilement.* » (E4).

#### 3.5. Absence de difficulté d'adressage

Aucun médecin interrogé n'a été limité par des difficultés d'adressage : « *MT : Et pour orienter les patients est-ce que ça été difficile ? MG1 : Non ! Après ici on a un choix relativement varié pour les cardio. Pour les médecins vasculaires, il y a moins d'adresses, mais les patients nous font confiance. Et pour les dentistes aussi. C'est pas facile, facile d'accès, mais ça passe.* » (E1), « *Il faut préciser le contexte mais c'est clairement pas le problème (...). Enfin je n'ai pas de retour sur mes patients sur un problème d'accès à l'imagerie. En milieu rural, c'est peut-être plus compliqué.* » (E2).

### 4. Les freins à l'utilisation du livret en consultation

#### 4.1. Le livret impressionne

Un médecin généraliste a d'abord été découragé avant d'être rassuré par l'utilisation relativement simple du livret : « *Alors c'est un petit peu impressionnant au début, qu'il y ait beaucoup de pages. Mais finalement les informations se ressemblent d'une page à l'autre.* » (E4), « *Au début, on se dit oh là là, ça va me prendre du temps comme dans une étude où il faut remplir des trucs. En fait non ! C'est assez simple* » (E4).

L'utilisation du livret, pour une consultation fluide, demande un effort d'appropriation : « *Après la difficulté quand tu l'utilises en consultation et que tu ne te l'es pas approprié ... Typiquement le HAS-GOLD, je ne l'ai pas fait parce que je n'aime pas utiliser des scores en consultation et tu es comme ça ... en train de lire. Surtout, pour quelque chose normalement ultra rapide. Donc, ça nécessite une appropriation avant.* » (E5).

#### 4.2. Lourd d'informations

Un médecin généraliste souligne que l'utilisation du livret en une seule consultation peut être lourde en informations pour le patient : « *C'est long,*

*c'est lourd ! Effectivement, il y a une notion de temps, mais il y a une notion de ... pour le patient de ... MT : Ça fait beaucoup d'informations pour le patient ? MG4 : Ça fait beaucoup oui. C'est pour ça que je trouve intéressant que le médecin ait les informations en tête et qu'il puisse l'intégrer au cours de son suivi. » (E4).*

#### 4.3. Interrogations concernant le bénéfice-risque des dépistages

Un médecin généraliste s'interroge sur les limites des examens de dépistage proposés et sur le **risque de surdiagnostic** : *« Mais bon, après les dépistages des maladies, c'est comme d'habitude. Ya-t-il forcément un intérêt à les dépister ? On connaît bien avec les cancers, enfin les trois cancers qui sont dans les dépistages organisés. Mais sinon, dépister une maladie ça peut avoir ... enfin il faut s'interroger. » (E4).*

#### 4.4. Opposition entre dépistage des pathologies liées au tabac et sevrage

Accompagner les patients fumeurs peut demander beaucoup d'énergie et de temps au médecin généraliste. Un médecin généraliste s'inquiète : **en se concentrant sur le dépistage des pathologies liées au tabac, ne risque-t-on pas de moins bien accompagner le patient vers le sevrage ?** *« Quand les gens viennent, moi je passe beaucoup d'énergie plutôt à les amener vers l'arrêt ... que vers le dépistage de pathologies liées au tabac, tu vois ? » (E4), « Mais encore une fois passons plutôt notre énergie à faire arrêter les gens de fumer. Si on doit choisir où passer l'énergie. Plutôt à la prévention qu'au dépistage. Mais c'est bien aussi de faire du dépistage ... » (E4), « Aidons les gens à s'arrêter de fumer vraiment, définitivement. Pour ne pas avoir besoin de dépister les maladies après. Le dépistage, c'est une fois que la maladie est déjà là finalement. Il est déjà un peu tard tu vois ? Donc plutôt ... Je crois plutôt dans la prévention que dans le dépistage. Même si le dépistage est important. Et là justement les pathologies que vous proposez de dépister, et les moyens de dépistage, sont en accord avec les données de la science donc très bien ! Mais n'oublions pas que l'important, c'est qu'ils s'arrêtent de fumer ! » (E4).*

#### 4.5. Difficulté à présenter l'étude DÉPIST aux patients

Un médecin généraliste interrogé avait du mal à présenter l'étude DÉPIST à ses patients : **« Déjà les freins ça va surtout être ça : comment je vais proposer à mon patient pour qu'il puisse y voir un intérêt ? » (E3), « Et je me rendais compte que moi-même je me posais des questions et j'avais des réticences. Parce que ... Qu'est-ce qui me gênait ... Hum ... Souvent le bénéfice que le patient va tirer de l'étude, c'est pas rare qu'il soit petit. Et il y a des contraintes. Et c'est souvent des patients avec qui on a déjà abordé pas mal de sujet autour du tabac. Et euh, pour moi ce n'était pas clair... La phrase d'introduction, pour leur dire, on va faire quelque chose de nouveau, de différent. Pour pouvoir les embarquer dans ce sujet-là. » (E3). Il aurait souhaité une phrase d'introduction sur le livret pour l'y aider : « Je m'étais marqué**

*l'intérêt de marquer une phrase d'introduction. Pour que les médecins généralistes puissent l'utiliser avec leurs patients. » (E3).*

#### 4.6. Manipulation chronophage

*Les médecins mettent une dizaine de minutes pour utiliser le livret avec un patient : « Je dirais que ça prend quand même 8 à 10 minutes sur le temps de consultation. » (E1), « Enfin c'était déjà une consultation lourde et on a mis ça en plus. Ça faisait bien 10-15 minutes. » (E3). Le temps nécessaire à la manipulation du livret en consultation est un frein à son utilisation : « Le temps comme d'habitude ! De toute façon, c'est toujours pareil ! Les patients avec qui il te reste cinq minutes à la fin, c'est souvent les bons élèves. Ou alors, ils ont consulté pour un motif, et du coup tu as le temps à la fin. Après les patients compliqués ... Déjà de base, on a du mal à faire les autres dépistages donc ... Ou alors ils viennent avec mille motifs ... » (E5).*

#### 4.7. Refus des patients

Certains patients ne souhaitent pas aborder la question des pathologies liées au tabac : « MT : Est-ce qu'il y avait des freins à l'utilisation du livret ? MG4 : Ah oui. Bah oui : les patients ! Ils n'ont pas envie qu'on leur parle des maladies ! » (E4).

#### 4.8. Absence de frein trouvé spontanément

Deux médecins généralistes, s'ils reconnaissent le caractère chronophage du livret, n'ont pas relevé spontanément de frein à son utilisation (E1 et E2).

### 5. L'utilisation du livret en consultation a-t-elle permis d'aborder le sevrage tabagique ?

#### 5.1. Oui

Pour deux médecins généralistes, le livret peut être utilisé comme une aide au sevrage.

Tout d'abord, le livret peut être utilisé comme **un support pour les patients qui s'interrogent sur leur consommation tabagique** : « Ça permet au moins pour ceux qui se posent la question d'avoir un espace où l'on aborde le tabagisme clairement. Et pour ceux qui n'ont pas envie, si ça ne les intéresse pas, ils savent dire non ! » (E1).

Ensuite, le livret peut être utilisé comme un **outil motivationnel pour le patient engagé dans une démarche de sevrage** : « Et de, pour moi, proposer ce temps où on sort un peu finalement de cette consultation qui ... on sort un peu de cet angle seulement centré sur le sevrage tabagique. Et on va parler seulement des conséquences de leur tabagisme. (...) ça permet de travailler dans cette

situation certaines choses qui peuvent être des éléments importants au niveau motivationnel. » (E2).

Enfin, parler de la santé du patient fumeur grâce au livret sans parler de sevrage permet à certains patients de **se sentir pris en charge même s'ils ne sont pas prêts à modifier leur consommation**. « J'ai eu le ressenti avec les quelques patients auxquels j'ai proposé ça ... Peut-être l'impression d'un soulagement de se dire ... MT : Qu'on les accompagne même si on ne parle pas de sevrage ? MG2 : Voilà, exactement. Et ça je pense que c'est utile. Ça fait utiliser un autre angle. » (E2), « C'est un élément dans cette balance motivationnelle. Ils vont se dire « on s'occupe de moi ». Peut-être qu'au final, c'est quelque chose qu'on plante. » (E2).

## 5.2 Non

Les trois généralistes restants n'ont pas trouvé le livret utile pour aborder la notion de sevrage tabagique.

En utilisant le livret, **ils se concentraient naturellement sur les pathologies liées au tabac sans évoquer le sevrage** : « Mais en fait ça oriente vraiment la consultation sur le dépistage. Et du coup ça a été vraiment centré dépistage, et ce n'a pas été spécialement intéressant pour parler du sevrage. » (E3).

L'utilisation du livret diffère des pratiques d'un médecin qui a l'habitude d'utiliser la technique du RPIB pour aborder le sevrage tabagique. « Mais j'ai tellement l'habitude, justement de faire ce RPIB, centré patient, et qui n'inclut pas justement la peur de maladies potentiellement à développer. Que ... Du coup, moi ça me ... ça ne correspond pas trop à ce que je fais d'habitude. » (E4). Ce médecin s'interroge sur **le possible effet contre-productif de parler de risques et de pathologies lors de l'incitation au sevrage** : « Et ça va presque me mettre en difficulté d'aborder le côté ... Oui, le côté pathologies, risques ... Alors que justement, j'essaye de me défocaliser de ça quand j'essaye d'aider les gens à arrêter de fumer. » (E4).

## 6. La question particulière du dépistage du cancer du poumon par scanner low dose

### 6.1. Absence de demande des patients

Les médecins généralistes interrogés n'ont pour l'instant pas été sollicités par leurs patients fumeurs pour la prescription de scanner low dose (SLD) : « MT : Est-ce que c'est quelque chose sur laquelle tes patients fumeurs t'interrogent ? MG1 : Alors sur l'imagerie pulmonaire oui même s'ils ne pensent pas au scanner low dose forcément. » (E1). En revanche, il arrive que certains patients fumeurs demandent la réalisation d'une radiographie ou plus rarement un scanner : « Ça peut arriver qu'on ait des demandes de radio pulmonaire. Ça, c'est le grand classique. Mais le scanner low dose ou le scanner en général ... Je n'ai pas eu

*récemment, enfin pas que je me souviene, de patient qui serait venu me voir pour me demander un scan » (E4).*

## 6.2. Une déception initiale

Le sujet du dépistage du cancer du poumon par SLD est un sujet d'actualité. Certains médecins généralistes espéraient que le sujet soit traité par l'étude DÉPIST : « MT : Tu prescrites des scanners low dose à tes patients fumeurs ? MG3 : Non et en même temps, ça me démange. Et je pensais qu'avec DÉPIST, ce serait dedans. Donc c'est une déception. » (E3), « Au début, j'étais déçue. » (E4).

## 6.3. Données de la littérature jugées insuffisantes

Finalement 4 des 5 médecins généralistes jugent les données encore trop contradictoires pour pouvoir intégrer la réalisation du SLD à des recommandations : « En fait ... Si j'ai bien suivi, au niveau littérature, ce serait plutôt oui en ce moment. Parce que ça bouge tout le temps ! Moi j'attends qu'il y ait une directive claire. Je ne me pose pas trop la question pour l'instant. » (E5). Trois médecins généralistes citent le même article Prescrire qui se positionne plutôt en défaveur du dépistage du cancer du poumon. « Et j'ai vu ce matin dans l'application Prescrire qu'ils ont fait une revue de la littérature qui dit que pour l'instant, il n'y a pas de données de preuves suffisantes pour envoyer tous les patients au scanner low dose. Donc que ça n'apparaisse pas dans le livret actuellement ça me paraît cohérent. » (E1).

Les principales questions soulevées par les médecins généralistes interrogés sont celles de la répétition d'examen ionisants et le risque de faux positifs : « une surveillance, toujours difficile à catégoriser, les scanners à l'infini » (E4), « Parce ce qu'il faudrait, je pense, le répéter. Et du coup, là, on ouvre le champ de la iatrogénie. » (E3), « Au niveau du poumon, ce que je lisais sur Prescrire, c'est qu'il y a quand même beaucoup d'examen de contrôle, d'anxiété pour le patient évidemment, des biopsies ... Des faux positifs : donc beaucoup d'examen pour dire que finalement cette tumeur n'est pas un cancer. » (E4)

Un médecin généraliste souligne l'importance de ne prescrire que des examens de dépistage dont la balance bénéfice-risque est positive : « Parce que le dépistage, quand même, je trouve qu'il y a une grande responsabilité du médecin qui prescrit des examens de dépistage. Et ce n'est pas à prendre à la légère », « Ce n'est pas le plus, c'est le mieux. MT : Parce qu'après, il faut gérer le résultat du dépistage ? MG4 : Et voilà. C'est comme le dépistage des autres cancers. Par exemple la prostate, on connaît bien la problématique. Même le sein et tout ça quoi ... Ce n'est pas anodin. », « Ça les fait rentrer dans la maladie cancéreuse, pour des tumeurs parfois qui n'auraient jamais... été problématiques. Donc ce n'est pas rien. » (E4).

## 6.4. Organisation d'un parcours de soins

En dehors d'une balance-bénéfice risque encore controversée, l'absence d'un

parcours de soins connus des médecins généralistes est le principal frein à la prescription de SLD : « Après, c'est le côté organisationnel. Et après je ne sais pas identifier où est-ce que l'on a des low dose » (E3), « Oui parce qu'en fait c'est des choses que je lisais et un des freins c'était de se dire ... Oui mais où ? Mais est-ce que les radiologues sont formés ? » (E4), « Est-ce que c'est compliqué d'avoir des scanners low doses ? J'en sais rien en fait. Je ne sais pas du tout » (E5). Un médecin généraliste rappelle néanmoins : « Donc il faut d'abord renforcer les données de la science avant le parcours de faisabilité » (E4).

#### 6.5. Prescription de SLD pour le dépistage de cancer du poumon

Un des médecins généralistes interrogés prescrit des SLD dans le cadre d'un dépistage du cancer du poumon chez ses patients fumeurs : « Alors moi je programme des scanners low dose chez mes patients » (E2). Ce médecin ne rencontre pas de souci d'adressage pour la réalisation des SLD : « Je les fais faire juste à côté à la clinique des Quatre Pavillons. » (E2). Ce médecin n'a pas encore eu à répéter sa prescription de SLD dans le cadre d'un suivi : « Je n'ai pas autant de recul sur mon installation. Je prévois de le refaire à distance mais pas forcément de façon aussi ... pas forcément deux ans, cinq ans, pas ça. J'ai pas défini de délai de suivi. Mais je n'ai pas encore fait mon propre cheminement sur les bons intervalles du scanner low dose. » (E2).

### 7. Remarques concernant le format de l'objet présenté

#### 7.1. Un format pratique

Les médecins généralistes jugent le format du livret pratique et facile d'utilisation : « effectivement c'est assez facile... » (E5), « Je le trouve bien. Clair. C'est un très bon outil. » (E5). Les instructions de manipulation sont situées en début de livret à côté de la liste d'inclusion : « Mais je pense que c'est pas mal que les étapes soient expliquées juste à côté du formulaire d'inclusion. » (E2).

Certains médecins généralistes relèvent que son format le rend facilement manipulable en consultation : « Le format ça va. Ça s'attrape, ça se range facilement. » (E1), « Avec un format A5 ou même un peu plus petit. C'est bien. Par rapport à ... Par exemple je fais SENTINELLES<sup>1</sup> et on a un registre sur A4 qui est moins pratique. » (E3). C'est un objet solide : « Les reliures sont relativement solides. On a pas peur de le bousiller à chaque fois. » (E1).

#### 7.2. Critiques de médecins généralistes

Un médecin généraliste aurait modifié la présentation de la liste d'inclusion : « De façon à bien indiquer qu'on ne note que le nom et prénom que si on a l'accord du patient. » (E3). Il souligne que l'échelle du SCORE 2 du risque cardiovasculaires n'est pas très bien légendée : « Préciser « bas », « moyen », et « haut » sur les risques ... Oui, de mieux légènder » (E3).

<sup>1</sup> Le réseau SENTINELLES est un réseau de médecin généralistes et pédiatres en France métropolitaine sous la tutelle de l'Inserm et de la Sorbonne pour la constitution de grandes bases de données à des fins de veille sanitaire et de recherche

## **8. Utilisation future du livret envisagée par le médecin généraliste**

### **8.1. Utilisation prolongée en dehors du travail de thèse**

4 des 5 médecins généralistes interrogés disent vouloir continuer à utiliser le livret en dehors de ce travail de thèse. D'ailleurs, **plusieurs d'entre eux demandent s'ils peuvent conserver le livret** : « *Franchement, je vais le garder !* » (E4), « *Si tu ne me laisses pas, je t'en demande un autre !* » (E5). **Certains confrères des médecins généralistes interrogés ont exprimé de l'intérêt pour le livret** : « *Ma collaboratrice, était dans mon bureau la semaine dernière. Et elle m'a dit « Ah j'ai vu le livret, c'est vachement bien ! ». Donc si tu veux m'en laisser un ou deux ...* » (E4).

### **8.2. Utilisation non poursuivie en dehors du travail de thèse**

Un des médecins généralistes interrogé ne pense pas utiliser le livret, sous cette forme, en dehors du travail de thèse : « *Je préfère les outils intégrés au niveau du logiciel. Moi, j'utilise beaucoup les outils intégrés qu'on peut coter dans les logiciels pour faire des extractions à la fin* » (E2). Il est le seul médecin généraliste interrogé à travailler avec des outils intégrés au logiciel médical.

### **8.3. Assimiler les recommandations pour ne plus avoir besoin de support**

Les médecins généralistes assimilent à leur manière les recommandations du livret. Par exemple, un médecin généraliste envisage de modifier l'onglet « Dépistage » qu'il a créé dans le dossier médical de ses patients en ajoutant les recommandations apportées par le livret : « *Mais on en parlait avant justement avec Mélanie [collaboratrice] ... J'envisagerai volontiers d'utiliser [le livret] pour l'implémenter dans le dossier médical en fait* » (E5).

Certains ont pour objectif de se passer du support par la suite : « *Et au bout d'un moment tu l'intègres je pense. C'est plus une modification des pratiques qu'un nouvel outil.* » (E3), « *Et donc finalement, on peut vite l'avoir en tête. Et l'intégrer dans l'échange et la discussion sans forcément devoir se poser sur le support écrit.* » (E4).

## **9. Remarque formulée sur la méthodologie de la thèse et de l'étude DÉPIST**

### **9.1. Risque de biais de mesure**

Le critère principal de l'étude DÉPIST repose sur des données extraites du dossier médical des patients ayant accepté de participer. **Un médecin généraliste alerte sur le risque de perte de données par une mauvaise retranscription des informations et des prescriptions dans le dossier médical du patient** : « *J'ai peur qu'il y ait un défaut, que toutes les informations ne soient pas ... notées dans le dossier médical* », « *Parce que les principales non conformités dans les essais cliniques, c'est le dossier médical qui est non*

*renseigné. Et c'est quelque chose qui est assez fréquent chez les médecins », « Il est tout à fait possible que l'ARC, même si c'est des gens qui sont formés, il va chercher l'information et finalement le médecin a fait une prescription à la main parce que son logiciel déconnait. » (E2). Les instructions écrites situées au début du livret n'insistent pas assez sur l'importance de la tenue du dossier médical selon lui : « je pense qu'il faut vraiment insister sur ce point. » (E3).*

### 9.2. Le point de vue des patients

Un médecin généraliste réfléchit à l'acceptabilité de ces mesures de dépistage pour le patient fumeur : « *Est-ce que ça leur paraît être le rôle du médecin traitant ? Ou du système de soins d'une manière générale ? Ou est-ce qu'ils préféreraient que ça passe par de l'information grand public ?* » (E1).

### 9.3. RPB issues de la littérature scientifique

Un médecin généraliste relève que les RPB constituant le livret sont issues de la littérature scientifique. Cela légitimise l'utilisation du livret : « *Et là justement les pathologies que vous proposez de dépister, et les moyens de dépistage, sont en accord avec les données de la science donc très bien !* » (E4), « *Parce que du coup, ce qui est conseillé, c'est des choses avec lesquelles je suis d'accord. Ce qui n'est pas le cas de tous les livrets qui conseillent des trucs aux médecins (rires).* » (E4).

## **DISCUSSION**

### **1. Synthèse des principaux résultats**

Ces résultats ont été mis à disposition du COPIL avant le début du recrutement de médecins généralistes par l'étude DÉPIST.

#### **1.1. Leviers à l'applicabilité de l'étude DÉPIST**

Le livret papier de l'étude DÉPIST est un outil d'aide à la prescription d'examen de dépistage de pathologies liées au tabac clair et facilement manipulable. Son format papier est adapté à l'utilisation en consultation de soins primaires, à l'inverse de la version informatique PDF qui n'a été utilisée par aucun des médecins interrogés. Les critiques formulées à l'encontre de la présentation du format papier sont limitées au tableau d'inclusion et à la légende de certains scores. Les médecins généralistes se sont servis du livret en consultation en moyenne 4 à 5 fois sur une période allant de 3 à 6 semaines.

Le livret impacte les pratiques de prescription et de préconisation des médecins généralistes. C'est un bon outil de synthèse pour les recommandations de dépistage des pathologies liées au tabac. Il permet d'organiser et de structurer la prise en charge du patient tabagique. Il familiarise à nouveau les médecins généralistes avec des scores et des échelles connus mais souvent peu utilisés. Le livret a particulièrement impacté les prescriptions concernant le dépistage de l'anévrisme de l'aorte et la préconisation de consultation dentaire. Certaines recommandations de dépistage sont déjà bien connues des médecins généralistes notamment les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal et le dépistage du diabète. Les médecins assimilent les informations du livret et les appliquent à leur manière dans leur pratique clinique. Par exemple, le livret a pu servir de support visuel présenté par le médecin au patient ou encore d'outil en préparation de la consultation.

Le livret est réalisé à partir de données issues de la littérature scientifique, ce qui légitime son utilisation. Certains médecins généralistes s'interrogent sur l'applicabilité des recommandations proposées chez les anciens fumeurs et les individus exposés au tabagisme passif.

#### **1.2. Impact perçu de l'étude DÉPIST pour l'aide au sevrage**

Le livret ne permet pas systématiquement d'aborder la consommation tabagique et le sevrage tabagique avec le patient fumeur. Pour certains médecins généralistes, l'utilisation du livret tranche avec leur façon d'aborder la consommation de tabac (en utilisant par exemple le RPIB et en évitant de parler de risques et de pathologies). Pour d'autres, il peut être utilisé comme un outil motivationnel à l'arrêt. Le livret permet de prendre en charge tous les

patients fumeurs, même ceux qui persistent dans leurs consommations. Il est possible qu'à terme, cette démarche de non-exclusion entraîne le patient vers une réflexion sur sa consommation tabagique. Le recueil de l'avis d'un échantillon des patients inclus (par entretien semi-dirigé) prévu par l'étude DÉPIST sera ici particulièrement intéressant.

### 1.3. Freins à l'applicabilité de l'étude DÉPIST

Le dépistage des pathologies liées au tabac tel que le propose l'étude DÉPIST semble, selon l'expérience de médecins généralistes, applicable à la pratique de la médecine générale. En sus, l'étude DÉPIST et son livret semble avoir le potentiel pour modifier de façon positive et durable la prise en charge du patient fumeur. L'impact du livret sur la motivation au sevrage sera à préciser par l'étude DÉPIST, notamment via les entretiens semi-dirigés prévus auprès d'un échantillon de patients. Il existe néanmoins des freins qui, bien que n'empêchant pas le déroulement de l'étude, sont à prendre en compte.

Tout d'abord, il existe une appréhension initiale devant un outil dont la manipulation peut initialement sembler difficile. La manipulation du livret demande un effort d'apprentissage de la part du médecin généraliste. Ensuite, le manque de temps du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne est un frein à l'utilisation du livret. L'utilisation de ce dernier en consultation prend une dizaine de minutes. On peut imaginer que pour un temps moyen alloué de 20 minutes, le médecin généraliste ne pourra pas proposer la réalisation du protocole DÉPIST à chaque consultation avec un patient fumeur. De plus, certains patients fumeurs refusent de participer. Ainsi DÉPIST pourrait s'attendre à devoir rallonger sa période d'inclusion avant d'atteindre le nombre de sujets nécessaires prédéfinis.

Le livret soulève un questionnement nécessaire sur le bénéfice et les risques de la prescription d'examen de dépistage. En outre, des médecins s'inquiètent de transformer, avec l'utilisation du livret, un temps de consultation dédié à l'accompagnement du patient vers le sevrage tabagique en un temps dédié aux dépistages des pathologies liées au tabac. L'étude DÉPIST a été imaginée pour comme une proposition pragmatique de prise en charge des *hardcore smokers*. DÉPIST ne souhaite pas minimiser l'importance de l'aide au sevrage mais plutôt proposer une approche différente et réaliste dans l'optimisation de la prise en charge des patients qui n'arrivent pas à arrêter de fumer. Il sera peut-être nécessaire à l'étude DÉPIST de rendre plus lisible cette position auprès des médecins généralistes pour favoriser leur utilisation du livret.

Enfin les entretiens mettent en évidence le risque non négligeable d'un biais de mesure. Les médecins utilisent le livret sans forcément mettre à jour la liste d'inclusion. Le dossier médical du patient n'est pas systématiquement rempli à l'utilisation du livret. Or le critère de jugement principal repose sur des données extraites du dossier médical. DÉPIST risque de mésestimer le nombre d'examens prescrits avec le livret et donc de fausser le critère de jugement

principal. Si un changement radical du mode de collecte des données ne semblait pas réalisable, il est indispensable d'avoir conscience de ce biais pour analyser en conséquence les données collectées.

#### 1.4. Point particulier du dépistage du cancer du poumon

Après discussion, le COPIL a choisi de ne pas intégrer le dépistage du cancer du poumon par scanner low dose (SLD) parmi les recommandations du livret. Cette décision a été l'origine d'une déception initiale pour certains médecins généralistes qui s'interrogent sur l'implémentation d'un parcours de soins pour le dépistage du cancer du poumon par SLD. Si ce sujet d'actualité scientifique intéresse les médecins généralistes interrogés, la plupart jugent le bénéfice-risque d'un tel dépistage pour l'instant non démontré. Ils soulèvent le risque de surdiagnostic de lésions pulmonaires et le risque iatrogène de la répétition d'examens ionisants. Un seul médecin généraliste tabacologue prescrit des scanners low dose pour le dépistage de cancer du poumon.

La mise en place d'un dépistage du cancer du poumon est un sujet de controverse. L'Académie Nationale de Médecine a publié en rapport en 2021 se positionnant en défaveur d'un dépistage organisé du cancer du poumon par SLD (99). Pour l'Académie Nationale de Médecine, la réalisation d'un SLD doit relever « du dialogue médecin-patient et donc de l'éthique individuelle » et non « d'une action de santé publique ». Après un mémo publié en 2016 jugeant les conditions alors non réunies pour l'organisation d'un dépistage du cancer du poumon, la HAS se dit depuis février 2022 prête à soutenir des études pilotes d'implémentation d'un dépistage organisé du cancer du poumon par SLD (100). L'étude DÉPIST a donc choisi de se concentrer sur des examens de dépistage dont la balance bénéfice-risque ne faisait pas débat.

## 2. Forces de l'étude

Ce travail de thèse est un travail original. Il participe à l'étude DÉPIST, étude de faisabilité menée par le département de médecine générale de la faculté de Bordeaux et au protocole de recherche rigoureux.

L'inclusion d'un petit échantillon de médecins généralistes a permis de répondre aux contraintes de temps de l'étude DÉPIST. L'utilité de ce travail a consisté à fournir des informations au COPIL de l'étude DÉPIST avant un lancement à grande échelle. Le COPIL a ainsi pu avoir accès aux comptes rendus des entretiens avant de débiter le recrutement des médecins généralistes pour l'étude DÉPIST.

Le choix d'entretiens semi-dirigés avec questions ouvertes a permis d'offrir une grande liberté de réponse aux médecins généralistes participants tout en ciblant des points essentiels pour le COPIL. Les entretiens ont été réalisés en présentiel au cabinet du médecin généraliste interviewé. Il a ainsi été possible de relever des éléments de communication non verbaux dont le compte-

rendu participe à la qualité du matériel source analysé.

L'analyse qualitative des entretiens permet de dégager des raisonnements et des perspectives complexes et semble donc complètement adapté à la question de recherche.

Les médecins généralistes ont reçu un e-mail de présentation de l'étude DÉPIST et de la thèse. Ils ont manipulé seuls le livret en se référant à la page d'instruction dans le livret. Peu interventionniste, ce travail de thèse se place dans le pire scénario possible pour l'étude DÉPIST. Ce travail de thèse est pensé comme un *crash test*. Cela permet rapidement et à petite échelle de repérer les éléments impactant la bonne application du projet DÉPIST en consultation de médecine générale et le recueil de données de qualité.

### **3. Faiblesses de l'étude**

Il est nécessaire de relever la présence dans cette thèse d'un biais de sélection : tous les médecins participants ont été contactés sur la base d'un réseau personnel. En conséquence, l'échantillon des médecins est très homogène. Ces derniers déclarent tous avoir un terrain d'exercice de ville. 4 des 5 médecins généralistes ont réalisé un clinicat de médecine générale. Il aurait été intéressant d'obtenir le point de vue d'un médecin généraliste exerçant dans un contexte différent et avec une patientèle différente.

Ce travail est un premier travail de recherche pour l'investigatrice qui manque donc d'expérience dans la conduite d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens et surtout leur codage thématique n'ont été traité que par une seule personne. Les résultats présentés portent donc de façon inhérente une part de subjectivité.

### **4. Perspectives**

Ce travail de thèse s'inscrit dans une étude prospective interventionnelle plus large : l'étude DÉPIST. DÉPIST est une étude pilote de faisabilité menée en Nouvelle Aquitaine. Elle propose une lecture nouvelle et pragmatique des enjeux de santé publique soulevés par le tabac : c'est-à-dire elle propose de réfléchir à la prise en charge des patients qui malgré l'ensemble des dispositifs de prévention et de lutte contre le tabagisme continuent à fumer. Il n'existe à ce jour pas de recommandation organisant le dépistage des pathologies liées au tabac. Optimiser le dépistage de pathologies liées au tabac permettrait de limiter l'impact des pathologies dépistées à l'échelle de l'individu fumeur mais aussi de limiter l'impact socio-économique de la morbidité liée au tabac.

L'étude DÉPIST ambitionne à terme d'étendre son terrain de recherche au niveau national. Pour l'instant, la collecte des données par l'ARC auprès des trente médecins généralistes inclus en Nouvelle-Aquitaine débutera début 2024.

Il serait intéressant de réfléchir à la prise en charge des anciens fumeurs et des individus exposés au tabagisme passif (encore trop souvent sous-évalué). Des études complémentaires sont à mener pour évaluer l'intérêt et l'adaptabilité des RPB du livret chez cette catégorie d'individus.

## CONCLUSION

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. Le tabac est une substance très addictive. L'échec du sevrage fait partie du parcours du fumeur. La lutte antitabac se concentre sur une politique de dissuasion à la consommation et d'aide à l'arrêt.

Le dépistage est une composante de la médecine préventive. Dépister permet de diagnostiquer une pathologie chez un patient asymptomatique afin de ralentir son évolution et augmenter les chances de guérison d'un patient. Le dépistage fait rentrer un patient asymptomatique dans un processus médicalisé. Les tests de dépistages doivent donc répondre à des normes de qualité. Pour qu'une politique de dépistage soit efficace, il est indispensable de bien définir la population cible. Il faut aussi s'assurer du bénéfice retiré au niveau populationnel et individuel.

L'étude DÉPIST propose un outil d'aide à la prescription d'examen de dépistage de pathologies liées au tabac. Cet outil ou livret a été construit en se basant sur des recommandations de bonnes pratiques issues de la littérature. L'étude DÉPIST souhaite vérifier l'applicabilité des RBP en soins primaires.

En se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par de l'étude DÉPIST semble applicable à l'exercice de la médecine générale. Ce travail souligne néanmoins l'existence de plusieurs freins à une collecte de données optimale. L'effort et le temps nécessaire à la manipulation du livret est à prendre en compte afin que DÉPIST atteigne son nombre de sujets nécessaires à inclure. Il serait judicieux que le livret porte un rappel concernant la population de fumeurs ciblées par l'étude (les fumeurs qui n'arrivent pas à arrêter) afin de rassurer les médecins généralistes et de favoriser l'utilisation du livret. Il ne s'agit pas, par l'utilisation du livret, de détourner l'attention de l'aide au sevrage. Le sevrage tabagique durable reste le moyen le plus efficace de prévenir l'apparition de pathologies liées au tabac. Ce travail de thèse a permis de détecter un risque de biais de mesure dans la construction du protocole DÉPIST. Ce biais sera à prendre en compte dans l'interprétation des données collectées.

Il serait intéressant à l'avenir de travailler à élargir le champ d'application des RBP de dépistage des pathologies liées au tabac pour s'interroger sur la prise en charge des ex-fumeurs et des individus exposés au tabagisme passif.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Aquilino M, Tabuteau D. Notion de santé publique. Dans : Aquilino M, Tabuteau D, La santé publique. 2<sup>nd</sup> Ed. Paris : Que Sais-je ? ; 2015. p. 3-42.
- (2) Loi relative à la protection de la santé publique, n° 0049 [Internet], 15 février 1902, [Consulté le 16 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000692884/>
- (3) Haute Autorité de Santé. Présentation Générale [Internet]. Paris : HAS ; 2018 [consulté le 10 décembre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/presentation\\_generale\\_rbpp\\_sante\\_mineurs\\_jeunes\\_majeurs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf)
- (4) Bloch L. Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies. Adsp. 2012;81:17-20.
- (5) Agrinier N, Rat A-C. Quelles définitions pour la maladie chronique ? Adsp. 2010;72:12-4.
- (6) Morrisson A. Screening in chronic disease. Oxford: Oxford University Press Inc; 1992.
- (7) Wilson J M G, Jungner G. Principle and Practice of Screening for Disease. Public Health Pap. 1968;34:1-163.
- (8) Guessous I, Gaspoz J-M, Paccaud F, Cornuz. Dépistage : principe et méthode. Rev Med Suisse. 2010;6:1390-4.
- (9) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la santé. Guide Méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ? [Internet]. Paris : ANAES ; 2004 [Consulté le 18 octobre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_programme\\_depistage\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf)
- (10) Hoffman J. Probability, Bayes Theorem, Medical Diagnostic Evaluation, and Screening. Dans: Hoffman J. Basic Biostatistics for Medical and Biomedical Practitioner. Cambridge : Academic Press; 2015. p. 311-38.
- (11) Raimondeau J. Intervention en Santé Publique : prévention, promotion de la santé. Dans : Raimondeau J, Manuel de Santé Publique. Paris : Presses de l'EHSEP ; 2020. p. 339-67.
- (12) Le Monde. L'assurance Maladie lance un dépistage national pour la prévention des handicap mentaux [Internet]. Paris : Le Monde ; 1980 [Consulté le 13 novembre 2023]. Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/archives/article/1980/02/27/l-assurance-maladie-lance-un-depistage-national-pour-la-prevention-des-handicaps-mentaux\\_2813452\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1980/02/27/l-assurance-maladie-lance-un-depistage-national-pour-la-prevention-des-handicaps-mentaux_2813452_1819218.html)
- (13) Munck A, Gauthereau V, Czernichow P. Organisation du dépistage néonatal en France. MedSci. 2021;37(5):457-60.

- (14) Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers [Internet], septembre 2006 [Consulté le 12 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000042240123/2020-08-16/>
- (15) Code de la Santé Publique. Article de loi 1411-6 (version en vigueur depuis le 25 décembre 2022).
- (16) Code de la Santé Publique. Article de loi 1411-7 (version en vigueur depuis le 25 décembre 2022).
- (17) Dupay S, Leost H, Le Guen Y. Le dépistage organisé des cancers en France [Internet]. Paris : Institut Gouvernemental des Affaires Sociales ; 2021 [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf>
- (18) Institut National du Cancer. Bénéfices et limites du programme de dépistage cancer du sein : Quels éléments en 2013 [Internet]. Paris : INCa ; 2013 [Consulté le 01 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
- (19) Institut National du Cancer. Évaluation médico-économique du cancer colorectal - rapport technique [Internet]. Paris : INCa ; 2019 [Consulté le 15 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Evaluation-medico-economique-du-depistage-du-cancer-colorectal-Rapport-technique>
- (20) Santé Publique France. Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022 [Internet]. Paris : Santé Publique France ; 2023 [consulté le 06 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/cancer-colorectal-un-taux-de-participation-aux-tests-de-depistage-stable-en-2021-2022>
- (21) Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 [Internet]. Paris : INCa; 2021 [Consulté le 01 novembre 2023]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route\\_-\\_strategie\\_decennale\\_de\\_lutte\\_contre\\_les\\_cancers.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf)
- (22) Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet]. Paris : HAS; 2018 [Consulté le 13 novembre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese\\_reevaluation\\_de\\_la\\_strategie\\_de\\_depistage\\_des\\_infections\\_a\\_chlamydia\\_trachomatis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf)
- (23) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes du dépistage du diabète de type 2 [Internet]. Paris : ANAES; 2003 [Consulté le 15 octobre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diabete\\_rap\\_2003.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diabete_rap_2003.pdf)
- (24) Institut National du Cancer. Femme porteuse d'une mutation BRCA 1 ou BRCA 2 - Détection précoce du cancer du sein et des annexes [Internet]. Paris : INCa ; 2017

[consulté le 06 novembre 2023]. Disponible sur : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjwXNy5mryCAxVdzgIHHZxRCYQQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F198925%2F2674462%2Ffile%2FPlaque%2FPlaque%2FPlaque\\_Femmes\\_porteuses\\_d\\_une%2520mutation\\_de\\_BRCA1\\_ou\\_BRCA2\\_mel\\_20170529.pdf&usq=AOvVaw2Vltx4h6S2JCrfpDjrS0jL&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjwXNy5mryCAxVdzgIHHZxRCYQQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F198925%2F2674462%2Ffile%2FPlaque%2FPlaque%2FPlaque_Femmes_porteuses_d_une%2520mutation_de_BRCA1_ou_BRCA2_mel_20170529.pdf&usq=AOvVaw2Vltx4h6S2JCrfpDjrS0jL&opi=89978449)

- (25) Santé Publique France. Évaluation du programme de dépistage du cancer du côlon rectum sur la période 2016-2017 : Indicateurs nationaux [Internet]. Paris : Santé Publique France; 2020 [consulté le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-colon-rectum-sur-la-periode-2016-2017-indicateurs-nationaux>
- (26) Sarr A, Itodo O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2015;40(41):772-8.
- (27) Cazein F, Le Strat F, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Comboroure JC, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2017;29(30):601-8.
- (28) Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. BMJ. 2015;350:1-5.
- (29) Ryser M, Lange J, Inoue L, O'Meara E, Gard, C, Miglioretti D, et al. Estimation of Breast Cancer Overdiagnosis in a U.S. Breast Screening Cohort. Ann Intern Med. 2022;175(4):471–8.
- (30) Raymond Massé. La santé publique comme nouvelle moralité. Dans : Raymond Massé. Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité. Québec : Presses de l'Université de Laval ; 2003. p. 17-41.
- (31) Petersen A, Lupton D. The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk. New York : Sage Publication ; 1996.
- (32) Lechopier N, Hamant C. Accompagner et prévenir, tensions éthiques dans le dépistage du cancer colorectal. Sci Soc Sante. 2017;4(35): 5-28.
- (33) Code de la Santé Publique. Article R. 4127-35 (version en vigueur depuis le 09 mai 2012).
- (34) Moutel G, Darquy S, Jullian O, Duchange N. Éthique et dépistage des cancers organisés en France. Santé Publique. 2019;2:67-74.
- (35) Proctor N. The Global Smoking Epidemic: An History and Report Status. Clin Lung Cancer. 2004;5(6):371-6.
- (36) Nourrisson D. Tabagisme et Antitabagisme en France au XIXème siècle. Histoire, Économie et Société. 1988;4:535-47.
- (37) Slade, J. The tobacco Epidemic: Lessons from History. J Psychoactive Drugs. 1989;21(3):281-91.
- (38) Le monde. Le plan Marshall a un an [Internet]. Paris : Le Monde ; 1949 [Consulté le 16

novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.lemonde.fr/archives/article/1949/04/02/le-plan-marshall-a-un-an-1933758-1819218.html>

- (39) Proctor N. Golden Holocaust, la conspiration des industriels du tabac. Paris : Edition des Équateurs ; 2014.
- (40) Ferland C. Mémoires tabagiques : L'usage du tabac, du XVème siècle à nos jours. Drogues, Santé, Société. 2007;6(1):17-48.
- (41) Bernays E. Propaganda, comment manipuler l'opinion en démocratie. Paris : Broché ; 1928.
- (42) Les actualités françaises. INA. [En ligne]. [Vidéo], J'ai du bon tabac ..., 21 décembre 1945 [consulté le 18 octobre 2023] ; [00 min 55 s]. Disponible sur : <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/video/afe86003384/j-ai-du-bon-tabac>
- (43) Gallopel-Morvan C, Béguinot E, Martinet Y, Mourouga P, Nieerad C, Ratte S. Le placement du produit du tabac dans les films. Les tribunes de la santé. 2006;2(11):81-7.
- (44) Hills C. Le tabagisme en France [internet]. Paris : Gustave Roussy ; 2015 [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/le-tabac-en-france-maj-2015.pdf>
- (45) Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. Br Med J. 1950; 2(4682):739-748.
- (46) Proctor R. The history of the discovery of the cigarette-lung cancer link: evidentiary traditions, corporate denial, global toll. Tobacco control. 2012;21:87-91.
- (47) Royal College of Physician. Smoking and Health (1962) [Internet]. London: Royal College of Physician; 2015 [Consulté le 24 octobre 2023]. Disponible sur: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-health-1962>
- (48) Godeau E. Comment le tabac est-il devenu une drogue ? La société française et le tabac de 1950 à nos jours. Vingtième siècle, Revue d'Histoire. 2009;2(102):105-15.
- (49) Loi relative à la lutte contre le tabagisme, n°76-616 [Internet], 16 juillet 1976 [consulté le 15 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006095039#:~:text=Il%20est%20int>
- (50) Frau C. Tirer profit des constations du marché du tabac ?. Dans : Steiner P, Trespeuch M. Marchés contestés, quand le marché rencontre la morale. Toulouse : Presse universitaire du Midi ; 2014. p.90-120.
- (51) Godeau, E. La publicité pour les tabacs en France. Le temps des médias. 2002;1(2):115-26.
- (52) Le Monde. L'élection présidentielle et la santé publique : les candidats prennent position sur la publicité pour l'alcool, le tabac et la vitesse [Internet]. Paris : Le Monde

; 1988 [Consulté le 11 novembre 2023]. Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/archives/article/1988/04/15/l-election-presidentielle-et-la-sante-publique-les-candidats-prennent-position-sur-la-publicite-pour-l-alcool-le-tabac-et-la-vitesse\\_4100019\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1988/04/15/l-election-presidentielle-et-la-sante-publique-les-candidats-prennent-position-sur-la-publicite-pour-l-alcool-le-tabac-et-la-vitesse_4100019_1819218.html)

- (53) Grémy F. Pour une politique de santé publique : les propositions du « groupe des Cinq ». Les Cahiers du LERASS. 1991;22:101-10.
- (54) Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, n° 91-32 [Internet], 10 janvier 1991 [consulté le 15 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000344577>
- (55) Obradovic I, Taiclet A-F. Évolution comparée des politiques de régulation du tabac en Europe et aux Etats-Unis. Psychotr. 2017;23(3-4):81-103.
- (56) Organisation Mondiale de la Santé. Convention Cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac [Internet]. New-York : OMS ; 2004 [consulté le 28 novembre 2023]. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf?sequence=1>
- (57) Lattes M. Loi Évin de 1991, discours et pratique autour d'une loi toujours controversée [Internet]. Toulouse : Toulouse Capitole Publications ; 2005 [consulté le 15 novembre 2023]. Disponible sur : <https://hal.science/hal-02615230/document>
- (58) Douchet M-A, Le Nézet O. Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme 1991-2021. Tendances. 2021;145:1-8.
- (59) Kirsh M. Entretien avec Claude Évin. Lettre du Collège de France. 2010;(HS3):84-8.
- (60) Cours des Comptes. Rapport d'évaluation : Les politiques de lutte contre le tabagisme [Internet]. Paris : Cours des Comptes ; 2012 [Consulté le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>
- (61) Ministère de la santé et des solidarités. Plan national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; 2018 [Consulté le 19 juillet 2023]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt\\_def.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf)
- (62) Ministère de la santé et de la prévention. Plan national de lutte contre le tabac 2023-2027 [Internet]. Paris : Ministère de la santé et de la prévention ; 2023 [Consulté le 01 décembre 2023]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_plan\\_lutte\\_tabac.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_lutte_tabac.pdf)
- (63) Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin j-l, Léon C. Tabagisme : Estimation de la prévalence déclarée. Bull Epidemiol Hebd. 2005;(21):97-8.
- (64) Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2022;(26):470-80.
- (65) Santé Publique France. L'adaptation d'une opération de marketing social à une pandémie : Mois sans tabac au temps de la Covid-19 [Internet]. Paris : Santé Publique

France ; 2022 [Consulté le 22 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/communication-congres/l-adaptation-d-une-operation-de-marketing-social-a-un-pandemie-mois-sans-tabac-au-temps-de-la-covid-19>

- (66) Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. Paris : Santé Publique France ; 2023 [Consulté le 11 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-252159>
- (67) Lambert A, Cayouette-Remblière J, Guéraud E, Bonvalet C, Girard V, Le Roux G et al. Coronavirus et Confinement : Enquête Longitudinale [Internet]. Paris : Institut National d'Études Démographiques; 2020 [Consulté le 18 Octobre2023]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fichier/rte/General/ACTUALITÉS/Covid19/COCONEL-note-synthese-vague-11 Ined.pdf>
- (68) Troelstra S. Reaching vulnerable populations : A role for social workers in smoking cessation support. Rencontres de Santé publique. 17 juin 2022 ; Paris.
- (69) Gouvernement du Canada. Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2020 [Internet]. Toronto : GC [consulté le 20 juillet 2023]. Disponible sur: [https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2020.html#:~:text=En%202020%2C%2012%20%25%20\(3,de%2014%20%25%20signalé%20en%202019](https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2020.html#:~:text=En%202020%2C%2012%20%25%20(3,de%2014%20%25%20signalé%20en%202019)
- (70) Office of National Stastics. Adult smoking habits in the UK: 2021 [Internet]. London : ONS; 2022 [Consulté le 22 juillet 2023]. Disponible sur : <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2021>
- (71) Centers for Disease Control and Prevention. Burden of cigarettes use in the US. [Internet]. Atlanta : CDC ; 2022 [Consulté le 27 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/resources/data/cigarette-smoking-in-united-states.html#anchor\\_1551996389595](https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/resources/data/cigarette-smoking-in-united-states.html#anchor_1551996389595)
- (72) Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2015;25(5):824-8.
- (73) Kopp P. Le coût social des drogues [Internet]. Paris : OFDT ; 2015 [consulté le 11 décembre 2023]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
- (74) National Institute of Drug Abuse. What is addiction? [Internet]. New York : NIDA ; 2020 [Consulté le 20 novembre 2023]. Disponible sur : <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
- (75) O'brien C, Volkow N, Li T-K. What's in a word ? Addiction versus Dependence. Am J Psychiatry. 2006;163(5):764-5.

- (76) Gazel C, Fastéas M, Auriacombe M. Quel changement pour les addictions dans le DMS-V?. *La lettre du psychiatre*. 2014;10(2):50-3.
- (77) C-Span Today. University of California San Francisco Academic Senate [Internet]. [Video], Tobacco CEO's Statement to Congress 1994 News Clip "Nicotine is not addictive", [consulté le 20 novembre 2023], [25s]. Disponible sur : <https://senate.ucsf.edu/tobacco-ceo-statement-to-congress>
- (78) Giovino G, Shelton D, Schooley M. Trends in cigarette smoking cessation in the United States. *Tobacco Control*. 1993;2 (Suppl 1) :3-10.
- (79) Moore R, Aubin H-J. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addiction ?. *Int J Env Res Public Health*. 2012;9(1):192-211.
- (80) Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(8):132-9.
- (81) Fournier J. Découverte des Alcaloïdes, des marqueurs pour l'histoire de la chimie organique. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*. 2001;331:315-32.
- (82) Lemaire J-F. Nature des Tabacs. Dans : Lemaire J-F. *Le tabagisme*. Paris : Que Sais-je ?; 1997.p. 29-38.
- (83) Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et de la dépendance au tabac. *Rev Med Suisse*.2003;252(11):1845-8.
- (84) Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » [Internet]. Paris : HAS ; 2014 [Consulté le 14 décembre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201411/outil\\_tests\\_fagerstrom.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201411/outil_tests_fagerstrom.pdf)
- (85) Kirsh M. Entretien avec Jean-Pol Tassin. *Lettre du Collège de France*. 2010;(HS3):28-39.
- (86) Lanteri C, Hernandez Vallejo S, Salomon L, Doucet E, Godeheu G, Torrens Y et al. Inhibition of Monoamine Oxidases Desensitizes 5-HT1A Autoreceptors and Allows Nicotine to Induce a Neurochemical and Behavioral Sensitization. *J Neurosci*. 2009;29(4):987-97.
- (87) Aubin J-H, Skanavi S. Modèles cognitivo comportementaux des addictions. Dans : traité d'addictologie. Dans : Raynaud M, Karila L, Aubin J-H, Benyamina A. *Traité d'Addictologie*. Paris : Lavoisier ; 2016. p. 104-11.
- (88) Morrell H, Cohen L. Cigarette smoking, Anxiety and Depression. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;28(4):281-295.
- (89) Sullivan P, Kendler K. The genetic epidemiology of smoking. *Nicotine Tob Res*. 1999;1(suppl2):51-57.

- (90) Ramoz N, Gorwood P. Les addictions sous l'angle de la génétique. *Medecine/Sciences*. 2015; 31:432-8.
- (91) Bierut L, Stitzel J, Wang J, Hinrichs A, Gruzca R, Xuei X et al. Variants in Nicotine Receptor and Risk for Nicotine Dependence. *Am J Psychiatry*. 2008;169(5):1163 – 71.
- (92) Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Paris : HAS ; 2014 [consulté le 27 novembre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)
- (93) Hartmann-Boyce J, Chepkin S, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:1-195.
- (94) Perriot J, Peiffer G, Underner M, Ruppert A-M, Vannimendus C, Urban T. La prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac : données actuelles article. *Kinésithérapie Scientifique*. 2022;646:43-50.
- (95) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328(1519):1-9.
- (96) Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et préventions des maladies liées au tabac- Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. 2015 [consulté le 2 novembre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
- (97) Bour E, Lastate M. Dépistage systématique des pathologies liées à l'usage du tabac : État des lieux des recommandations pour une pratique en soins de santé primaires. Thèse de Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2020.
- (98) Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Prévention et promotion de la santé –Avis HCAAM 2017-2018 [Internet]. Paris : HCAAM ; 2018 [consulté le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf>
- (99) Sancho-Garnier H, Villet R, Rouëssé J, Dubois G, Laredo D, Triboulet J-P. Le dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique faible dose reste non justifié, mais peut-être utile pour un bilan de santé des fumeurs [Internet]. Paris : Académie Nationale de Médecine ; 2021 [Consulté le 15 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/02/RAPPORT-SFTD.pdf>
- (100) Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du poumon : la HAS recommande l'engagement d'un programme pilote [Internet]. Paris : HAS ; 2022. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3312901/fr/depistage-du-cancer-du-poumon-la-has-recommande-l-engagement-d-un-programme-pilote](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312901/fr/depistage-du-cancer-du-poumon-la-has-recommande-l-engagement-d-un-programme-pilote)

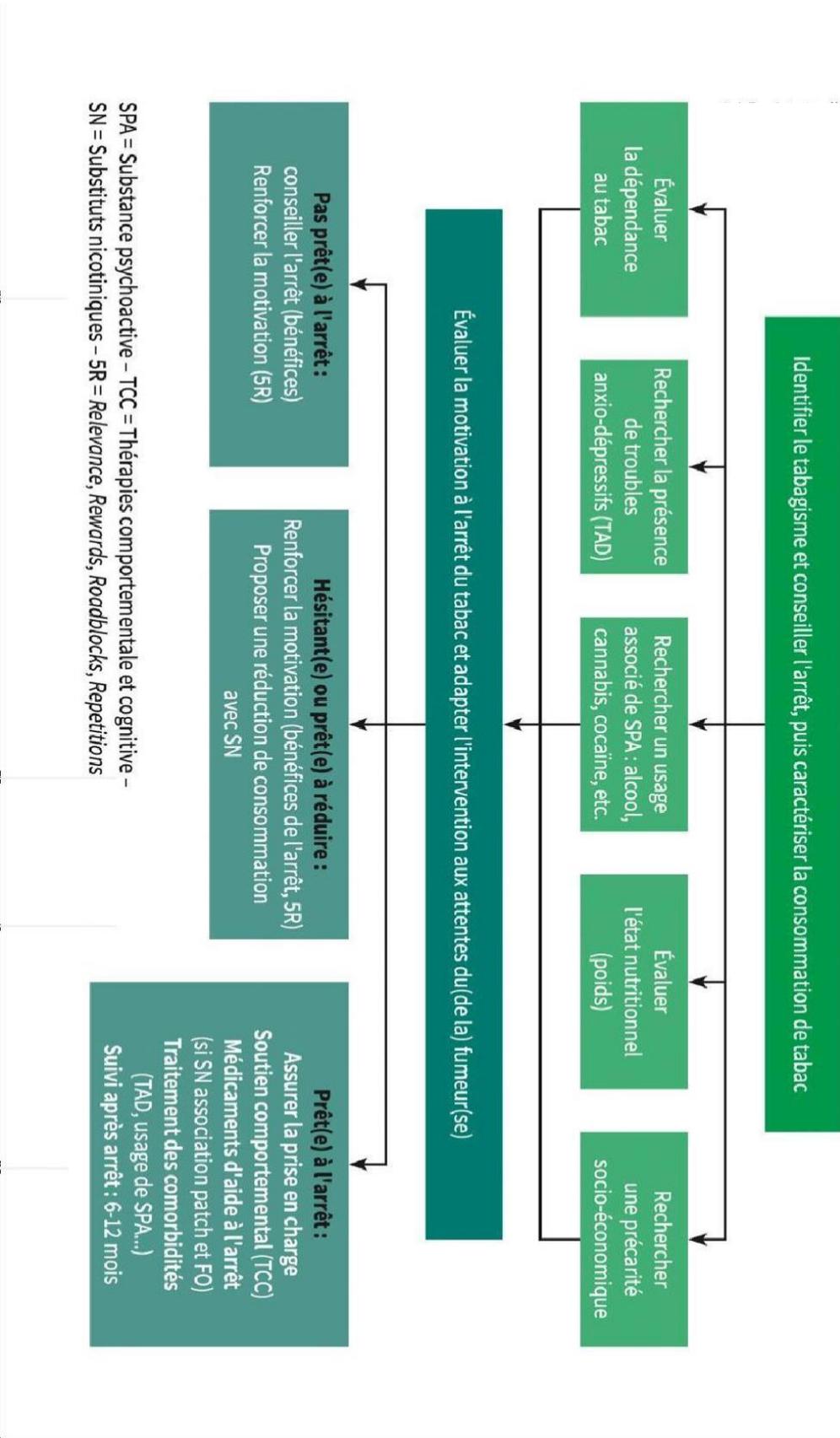


Figure 4 : Stratégie de prise en charge du sevrage tabagique tiré de l'article *La prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac : données actuelles* (94)

## ANNEXE 2 : TRAME POUR ENTRETIEN SEMI DIRIGÉ

<b>Parcours professionnel du médecin généraliste</b>	<u>Caractéristiques générales</u>	Date d'installation Terrain d'exercice médical Classe socio-économique des patients	<i>Depuis quand est-tu installé ? En quelle année as-tu passé ta thèse ?</i>  <i>Comment définirais-tu ton terrain d'exercice ?</i>  <i>Y-a-t-il une classe socio-économique qui prédomine dans ta patientèle ?</i>
	<u>Expérience du médecin généraliste</u>	Formation ou expérience en addictologie Formation ou expérience dans la recherche	<i>As-tu une formation ou une expérience particulière en addictologie ?</i>  <i>As-tu une formation ou une expérience particulière dans la recherche ?</i>
<b>Manipulation du Livret</b>	<u>Utilisation de la version numérique et papier</u>	Facilité de manipulation Numérique versus papier Fréquence d'utilisation	<i>As-tu utilisé la version PDF fournie ?</i>  <i>Que penses-tu de la version PDF du Livret ?</i>  <i>Avec combien de patient as-tu utilisé le livret ?</i>
	<u>Format</u>	Le format papier Clarté des instructions Lisibilité des échelles et des scores	<i>Que penses-tu du format papier du Livret ?</i>  <i>Est-ce que les institutions sont claires d'utilisation ?</i>  <i>Est-ce que les échelles et les scores sont lisibles ?</i>
	<u>Les freins d'utilisation</u>	Freins à l'utilisation  Problématique du manque de temps  Éventuelles difficultés d'adressage des patients	<i>Quels sont les freins selon toi à l'utilisation du Livret en consultation ?</i>  <i>Combien de temps prends l'utilisation du Livret en utilisation ?</i>  <i>As-tu eu des difficultés à adresser les patients pour réaliser les examens préconisés par le livret ?</i>
	<u>Utilisation future</u>	Le médecin envisage-t-il de continuer à utiliser le Livret en dehors du travail de thèse ?	<i>Pourrais-tu continuer à utiliser le Livret en dehors de ce travail de thèse ?</i>
<b>Discussion</b>	<u>Sevrage tabagique</u>	Utilité du Livret pour aborder la notion de sevrage tabagique	<i>Le livret t'a-t-il permis de discuter de sevrage tabagique avec le patient ?</i>
	<u>Cancer du Poumon</u>	Le dépistage par SLD ne fait pas partie des recommandations du Livret	<i>Est-ce que tu t'attendais à ce que le Livret recommande le dépistage par SLD ?</i>  <i>Est-ce que tes patients fumeurs demandent des prescriptions d'imagerie pour dépister le cancer du poumon ?</i>  <i>Est-ce que tu as déjà prescrit des SLD à des patients ?</i>
	<u>Commentaires libres</u>	-	<i>As-tu un commentaire à ajouter ?</i>  <i>Y-a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas discuté et que tu souhaiterais ajouter ?</i>  -

# OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION DE PRESCRIPTION D'EXAMENS DE DÉPISTAGE



# DéPIST

DÉPISTAGE DES PATHOLOGIES  
INDUITES SOUVENT PAR LE **TABAC**

# CHECK-LIST D'ÉLÉMENTS MÉDICAUX

**Les éléments donnés ci-dessous déterminent la prescription des examens de dépistage en lien avec le tabac.**

## 1. AGE ET SEXE DU PATIENT

### 2. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, AVC, AOMI, sténose carotidienne, anévrisme de l'aorte abdominale)
- pathologies métaboliques (diabète, dyslipidémie)
- maladie parodontale
- maladie rénale chronique et son stade
- BPCO
- pathologies oncologiques (cancer du sein, des ovaires, du col de l'utérus, colorectal, des VADS)
- antécédents classant le patient dans le groupe à haut ou très haut risque de cancer colorectal (maladie de Lynch, maladie de Crohn, recto-colite hémorragique, etc.) ou du sein (irradiation thoracique)

### 3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

- pathologies oncologiques (cancer du sein, des ovaires, colo-rectal)
- maladies métaboliques (dyslipidémie familiale)
- antécédents classant le patient dans le groupe à haut ou très haut risque de cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, maladie de Lynch, etc.)

**Le nombre et le type d'examens recommandés par le livret devront être notés dans le dossier médical du patient.**

# VOTRE PATIENT EST

## UN HOMME



- de 40 à 45 ans..... p.6
- de 45 à 50 ans.....p.7
- de 50 à 65 ans.....p.8
- de 65 à 74 ans.....p.9
- de plus de 74 ans.....p.10

## UNE FEMME



- de 40 à 45 ans.....p.11
- de 45 à 50 ans.....p.12
- de 50 à 65 ans.....p.13
- de 65 à 74 ans.....p.14
- de plus de 74 ans.....p.15

# PATIENTS INCLUS

**Ce registre d'inclusion a pour but de suivre le recrutement et l'inclusion des patients fumeurs ayant accepté de participer au programme de dépistage et de la recherche pilote associée.**

Ce registre doit être conservé dans un lieu sécurisé et ne doit pas être accessible.

## CONCRÈTEMENT :

- Lorsque vous proposez le dépistage à un patient éligible (fumeur de plus de 40 ans), cocher la première colonne correspondant à la proposition de dépistage.
- Dès que le patient vous indique ne pas s'opposer à sa participation à la recherche, vous pouvez cocher la colonne suivante et répertorier son identité (nom et prénom).
- La procédure est la même si le patient accepte également d'être recontacté pour un entretien avec l'équipe de recherche.
- Dans le cas où le patient refuse de participer à la recherche, seule la première colonne est cochée.

**Nous vous demandons de conserver cette fiche jusqu'au passage de l'ARC. Un courriel vous sera envoyé par l'équipe de recherche pour vous prévenir à ce moment-là.**





# HOMME ENTRE 40 ET 45 ANS

<b>Pathologie à dépister</b>	<b>Examen de dépistage proposé</b> (pas de prescription si pathologie déjà connue)	<b>Arbre décisionnel de synthèse</b>
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2	p.18-19

# HOMME ENTRE 45 ET 50 ANS

<b>Pathologie à dépister</b>	<b>Examen de dépistage proposé</b> (pas de prescription si pathologie déjà connue)	<b>Arbre décisionnel de synthèse</b>
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20

# HOMME ENTRE 50 ET 65 ANS

Pathologie à dépister	Examen de dépistage proposé (pas de prescription si pathologie déjà connue)	Arbre décisionnel de synthèse
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer des VADS	Examen clinique de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires correspondantes	p.21
Cancer colo-rectal	Dépistage organisé par recherche de sang dans les selles ou suivi individuel	p.22

# HOMME ENTRE 65 ET 74 ANS

Pathologie à dépister	Examen de dépistage proposé (pas de prescription si pathologie déjà connue)	Arbre décisionnel de synthèse
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2 ou du SCORE2-OP	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer des VADS	Examen clinique de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires correspondantes	p.21
Cancer colo-rectal	Dépistage organisé par recherche de sang dans les selles ou suivi individuel	p.22
Anévrisme de l'aorte abdominale	Echographie-doppler abdominale	p.23

# HOMME DE PLUS DE 74 ANS

Pathologie à dépister	Examen de dépistage proposé (pas de prescription si pathologie déjà connue)	Arbre décisionnel de synthèse
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2-OP	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer des VADS	Examen clinique de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires correspondantes	p.21
Anévrisme de l'aorte abdominale (arrêt de dépistage à l'âge de 75 ans)	Echographie-doppler abdominale	p.23

# FEMME ENTRE 40 ET 45 ANS

<b>Pathologie à dépister</b>	<b>Examen de dépistage proposé</b> (pas de prescription si pathologie déjà connue)	<b>Arbre décisionnel de synthèse</b>
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2	p.18-19
Cancer du col de l'utérus	Prélèvement cervico-utérin	p.24

# FEMME ENTRE 45 ET 50 ANS

<b>Pathologie à dépister</b>	<b>Examen de dépistage proposé</b> (pas de prescription si pathologie déjà connue)	<b>Arbre décisionnel de synthèse</b>
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer du col de l'utérus	Prélèvement cervico-utérin	p.24

# FEMME ENTRE 50 ET 65 ANS

<b>Pathologie à dépister</b>	<b>Examen de dépistage proposé</b> (pas de prescription si pathologie déjà connue)	<b>Arbre décisionnel de synthèse</b>
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer des VADS	Examen clinique de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires correspondantes	p.21
Cancer colo-rectal	Dépistage organisé par la recherche de sang dans les selles	p.22
Cancer du col de l'utérus	Prélèvement cervico-utérin	p.24
Cancer du sein	Mammographie de dépistage organisé ou suivi individuel	p.25

# FEMME ENTRE 65 ET 74 ANS

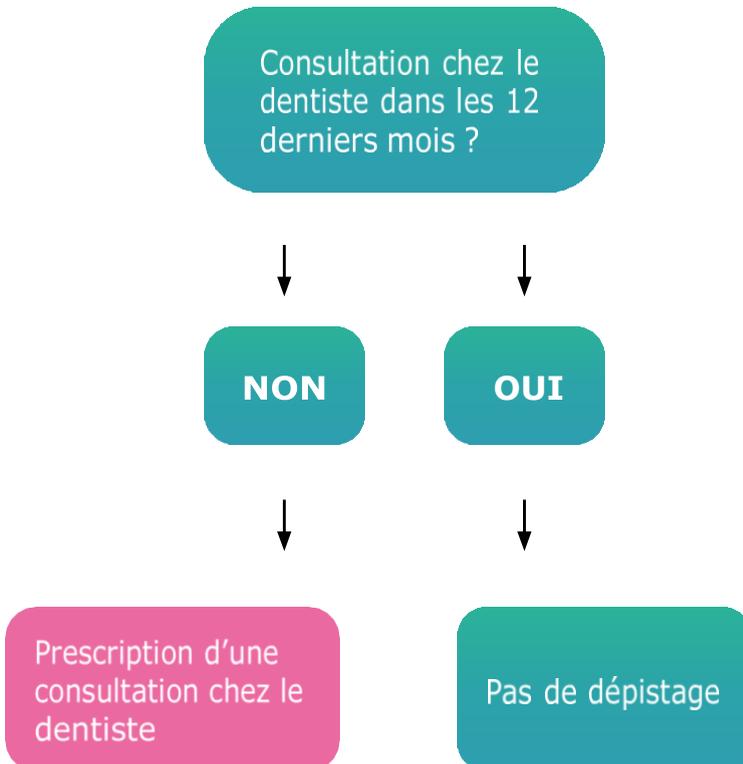
Pathologie à dépister	Examen de dépistage proposé (pas de prescription si pathologie déjà connue)	Arbre décisionnel de synthèse
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2 ou du SCORE2-OP	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer des VADS	Examen clinique de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires correspondantes	p.21
Cancer colo-rectal	Dépistage organisé par la recherche de sang dans les selles	p.22
Anévrisme de l'aorte abdominale	Echographie-doppler abdominale	p.23
Cancer du sein	Mammographie de dépistage organisé ou suivi individuel	p.25

# FEMME DE PLUS DE 74 ANS

<b>Pathologie à dépister</b>	<b>Examen de dépistage proposé</b> (pas de prescription si pathologie déjà connue)	<b>Arbre décisionnel de synthèse</b>
Maladie parodontale	Consultation dentaire	p.16
BPCO	Questionnaire HAS-Gold	p.17
Maladies cardiovasculaires	Calcul du SCORE2-OP	p.18-19
Diabète	Glycémie à jeun	p.20
Cancer des VADS	Examen clinique de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires correspondantes	p.21
Anévrisme de l'aorte abdominale (arrêt de dépistage à l'âge de 75 ans)	Echographie-doppler abdominale	p.23

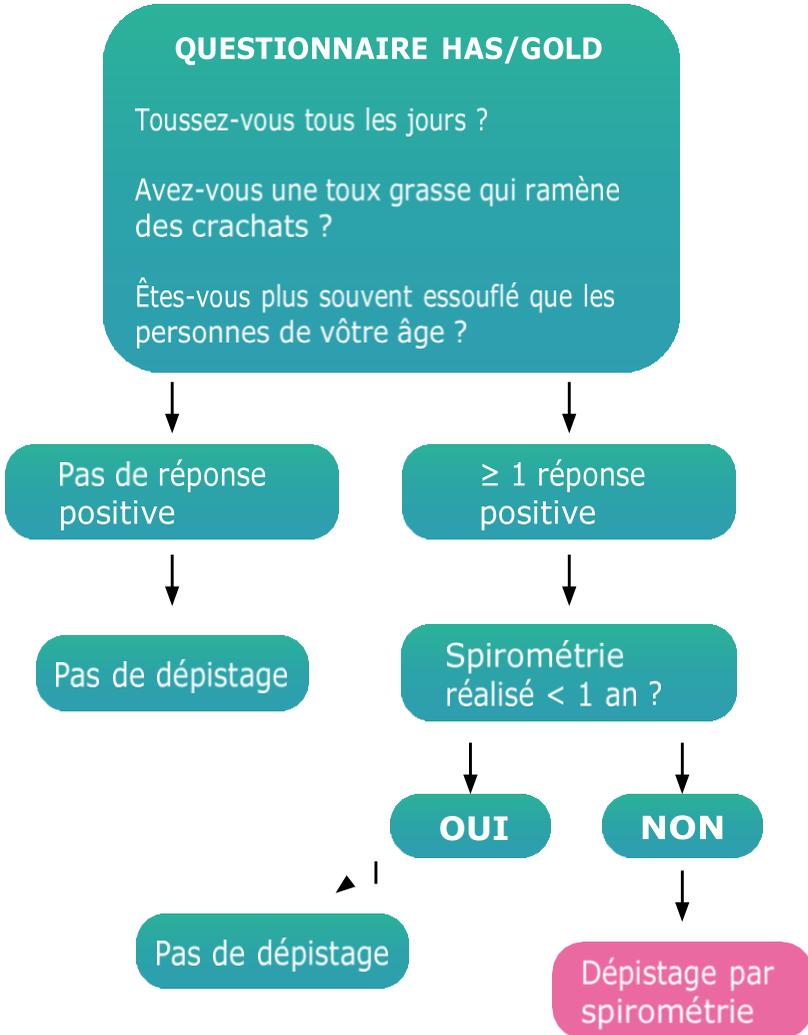
# MALADIE PARODONTALE

Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, de plus de 40 ans, chez qui la maladie parodontale n'est pas connue.



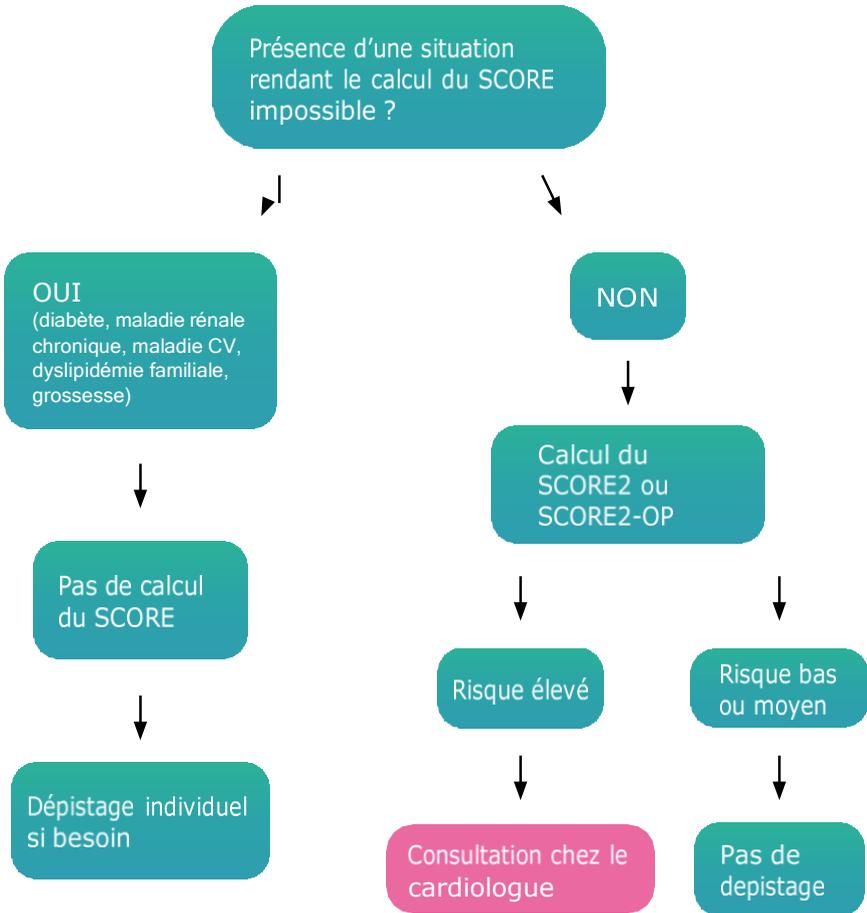
# BPCO

Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, de plus de 40 ans, chez qui la BPCO n'est pas connue.

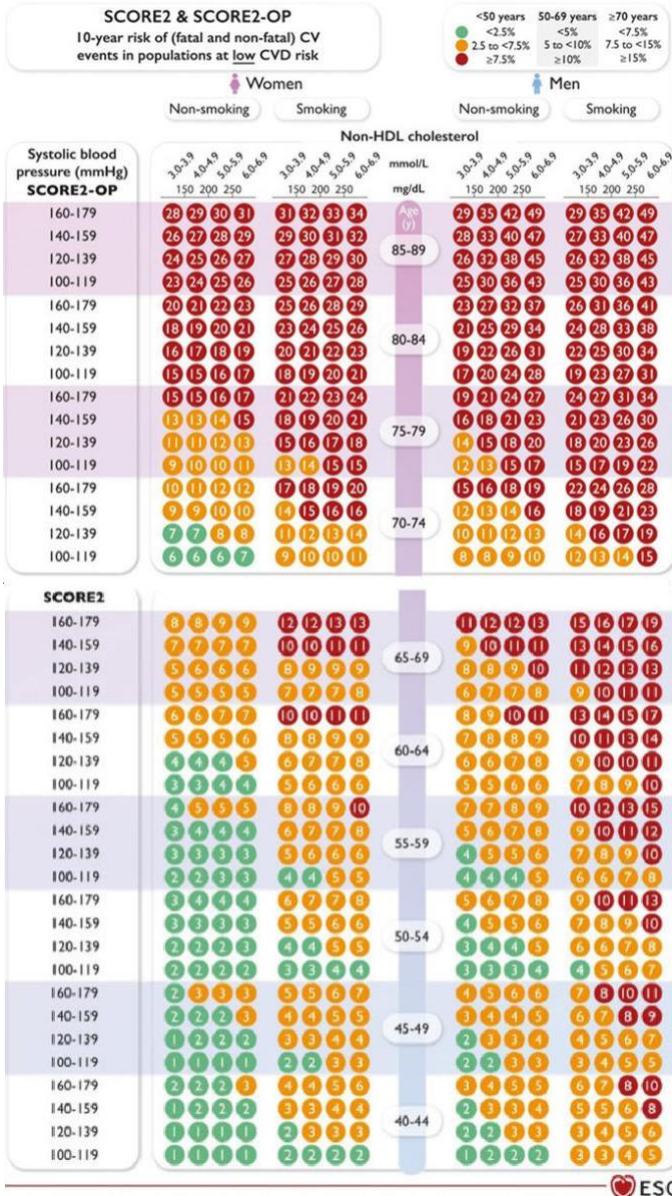


# MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, de plus de 40 ans, chez qui on ne note pas de maladie cardiovasculaire connue, de diabète, de maladie rénale chronique, de dyslipidémie familiale ou de grossesse.

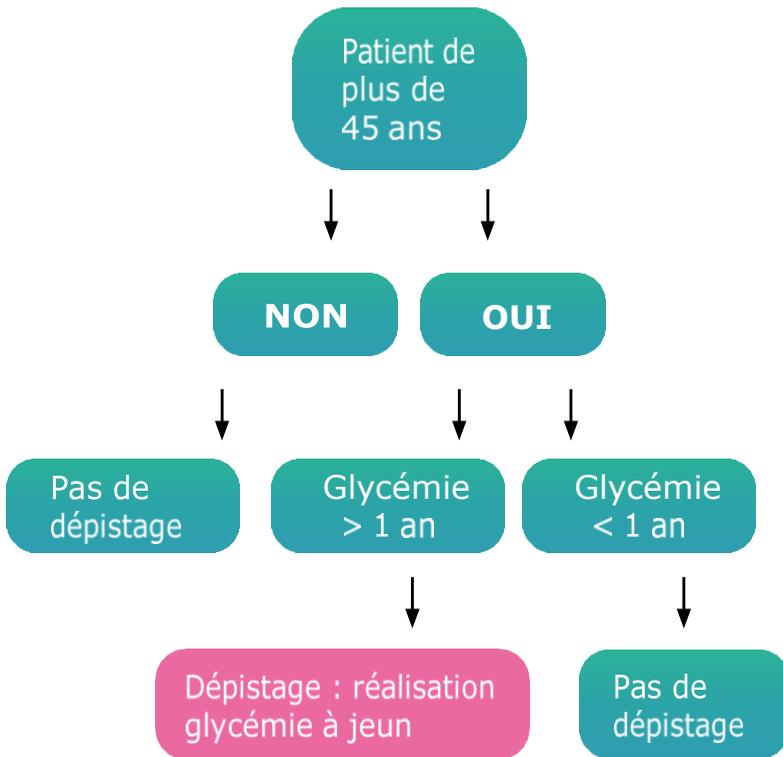


# MALADIES CARDIOVASCULAIRES



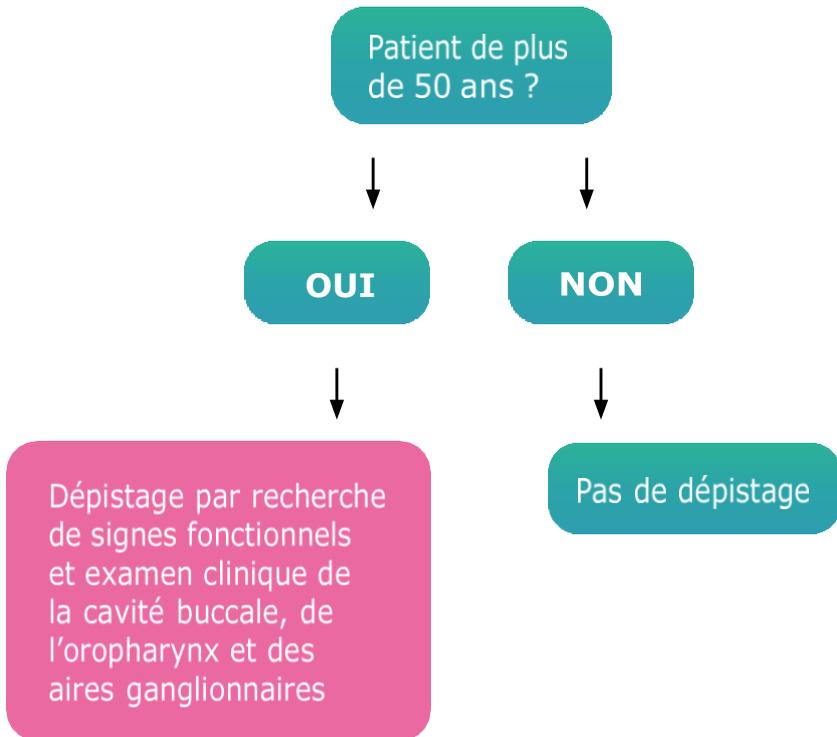
# DIABÈTE

Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, de plus de 45 ans, chez qui le diabète n'est pas connu.



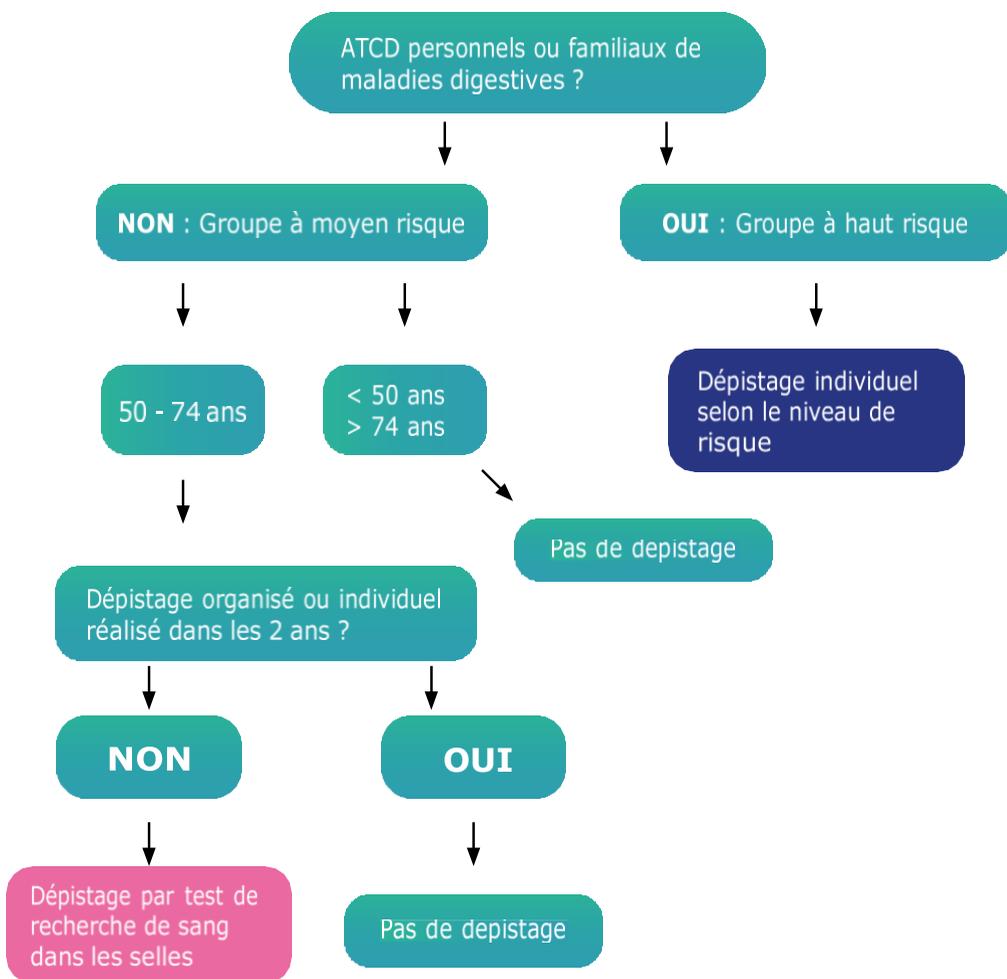
# CANCER DES VADS

Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, de plus de 50 ans, chez qui le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) n'est pas connu.



# CANCER COLO-RECTAL

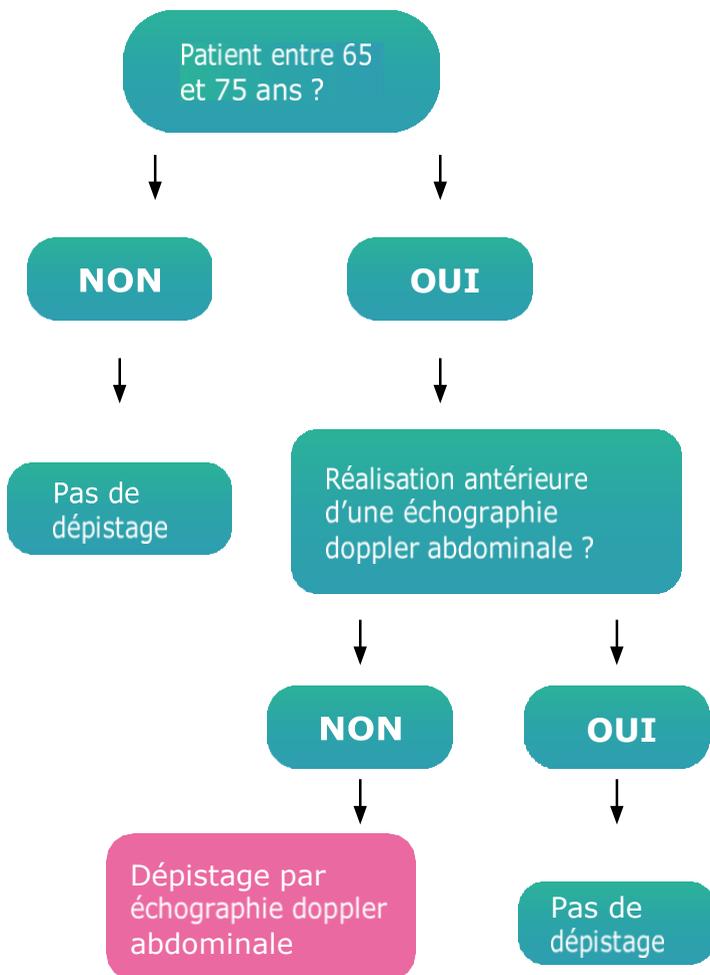
Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, entre 50 et 74 ans, chez qui le cancer colo-rectal n'est pas connu.



# ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE

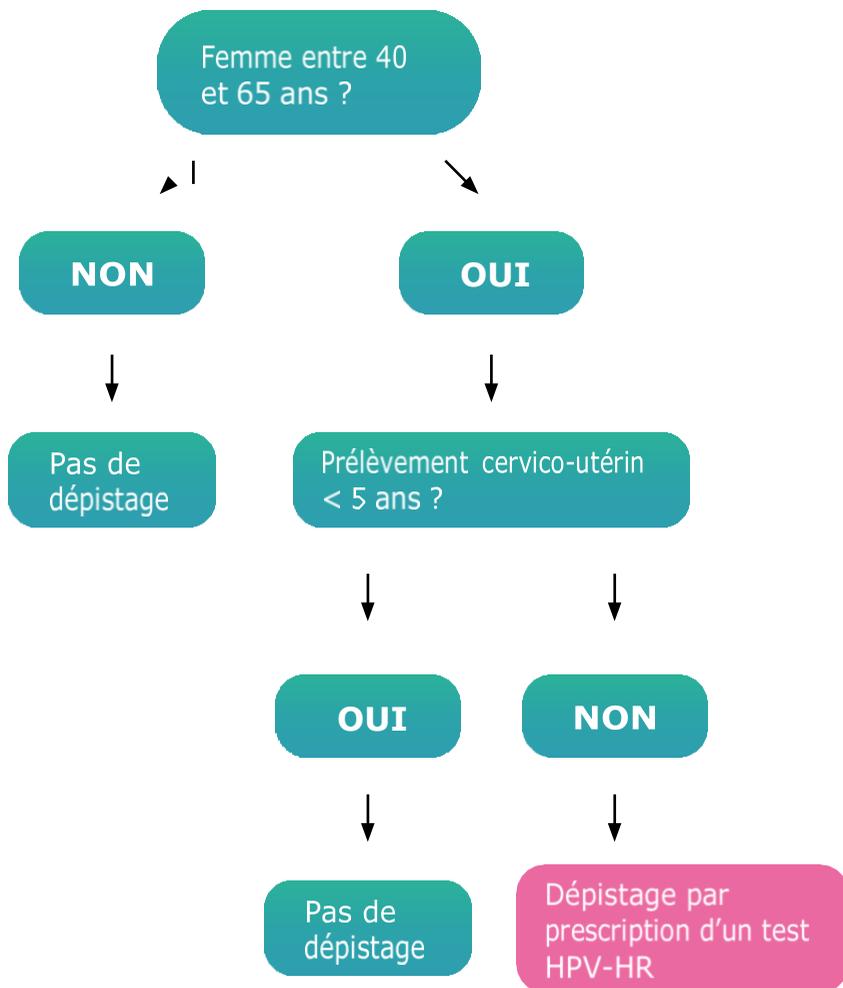
## ARBRE DÉCISIONNEL DE SYNTHÈSE

Applicable à tout patient fumeur, homme et femme, entre 65 et 75 ans, chez qui l'anévrisme de l'aorte abdominale n'est pas connu, et qui n'a pas réalisé d'échographie doppler abdominale de dépistage.



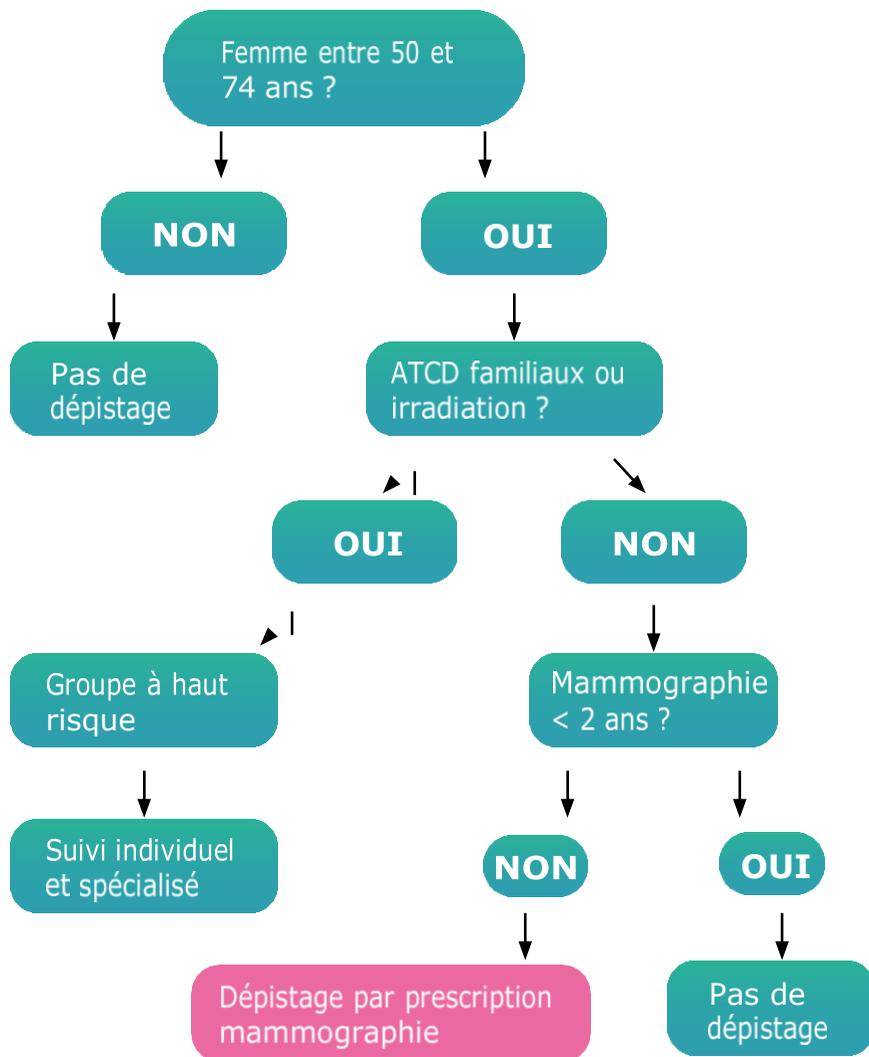
# CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Applicable à toute femme fumeuse entre 40 et 65 ans, qui possède un col de l'utérus, et chez qui le cancer du col de l'utérus n'est pas connu.



# CANCER DU SEIN

Applicable à toute femme fumeuse entre 50 et 74 ans, chez qui le cancer du sein n'est pas connu.



# NOTES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# DéPIST

DÉPISTAGE DES PATHOLOGIES  
INDUITES SOUVENT PAR LE **TABAC**

## CONTACTEZ-NOUS

Coordinateur de DéPIST :  
JOSEPH Jean-Philippe  
[jean-philippe.joseph@u-bordeaux.fr](mailto:jean-philippe.joseph@u-bordeaux.fr)

COREADD Nouvelle-Aquitaine  
[contact@coreadd.com](mailto:contact@coreadd.com)  
[www.coreadd.com](http://www.coreadd.com)



Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

AUTEUR : Mathilde TROUVÉ

## ETUDE DE FAISABILITE DE L'ÉTUDE DÉPIST

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Palina DZERAVIASHKA

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Bordeaux, le 06 février 2024

**Contexte** : Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France. Chaque année, un tiers des fumeurs quotidiens font une tentative d'arrêt. La majorité de ces tentatives se soldent par un échec. DÉPIST est une étude prospective interventionnelle menée par le département de médecine générale de Bordeaux. DÉPIST a dégagé des recommandations de bonne pratique (RBP) concernant le dépistage des pathologies liées au tabac chez les patients de plus de 40 ans. DÉPIST cherche à présent à évaluer l'applicabilité de ces RBP en consultation de médecine générale. Le protocole de l'étude DÉPIST repose sur l'utilisation d'un livret d'aide à la prescription d'examen de dépistage.

**Objectif** : L'objectif principal de ce travail est de repérer les freins et les leviers à l'applicabilité du projet DÉPIST en consultation de médecine générale et si nécessaire de proposer des adaptations pour s'assurer d'un recueil de données optimal.

**Matériel et méthode** : Étude prospective qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes en Aquitaine.

**Résultats** : L'étude DÉPIST et son livret semble avoir le potentiel de modifier de façon positive et durable la prise en charge du patient fumeur. Il existe néanmoins plusieurs freins à une collecte de données optimale. L'effort et le temps nécessaire à la manipulation du livret est à prendre en compte afin que DÉPIST atteigne son nombre de sujets nécessaires à inclure. Il serait judicieux que le livret porte un rappel concernant la population de fumeurs ciblées par l'étude afin de favoriser une utilisation pertinente du livret. Ce travail de thèse a permis de détecter un risque de biais de mesure dans la construction du protocole DÉPIST.

**Conclusion** : En se basant sur l'expérience d'un nombre restreint de médecins généralistes, le dépistage des pathologies liées au tabac tel que proposé par l'étude DÉPIST semble applicable à l'exercice de la médecine générale bien qu'on relève quelques freins à la mise en place du protocole DÉPIST qui seront à prendre en compte pour une relève de données optimale.

## FEASABILITY OF THE DÉPIST STUDY

**Context**: Smoking remains the leading cause of preventable mortality in France. Every year, one-third of daily smokers attempt to quit. The majority of these attempts end in failure. DÉPIST is a prospective interventional study conducted by the Department of General Medicine in Bordeaux. DÉPIST has formulated Good Practice Guidelines (GPG) regarding the screening of tobacco-related pathologies in patients over 40 years old. DÉPIST now seeks to assess the applicability of these GPGs in general medicine consultations. The DÉPIST study protocol is based on the use of a screening examination prescription booklet.

**Objective**: The main objective of this work is to identify the obstacles and facilitators to the implementation of the DÉPIST project in general medical consultations, and if necessary, to propose adaptations to ensure optimal data collection.

**Material and Method**: A prospective qualitative study using semi-structured interviews conducted with general practitioners in Aquitaine.

**Results**: The DÉPIST study and its booklet seem to have the potential to positively and durably modify the management of smoking patients. Nevertheless, there are several obstacles to optimal data collection. The effort and time required for handling the booklet need to be considered so that DÉPIST reaches the required number of included subjects. It would be wise for the booklet to include a reminder about the population of smokers targeted by the study to promote the relevant use of the booklet. This thesis has detected a risk of measurement bias in the construction of the DÉPIST protocol.

**Conclusion**: Based on the experience of a limited number of general practitioners, the screening of tobacco-related pathologies as proposed by the DÉPIST study appears applicable to general medical practice, although some obstacles to the implementation of the DÉPIST protocol are noted, which need to be considered for optimal data collection.

**Mots Clés** : DÉPIST, dépistage, tabagisme, pathologies liées au tabac, faisabilité

**Keywords**: DÉPIST, screening, smoking, health issues linked to smoking, feasibility

**Discipline administrative** : MÉDECINE GÉNÉRALE