



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE

2013

N°

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Clarisse BERTRAND

Le 19 septembre 2013

**Etude ancillaire de l'étude ECOGEN :
Abord du tabagisme en consultation de médecine générale**

Composition du Jury :

Monsieur le Professeur PAILLE,

Président

Monsieur le Professeur BRIANCON,

Juge

Monsieur le Professeur MARTINET,

Juge

Madame le Docteur HURTAUD,

Directeur de thèse

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI

Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD

Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
 Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
 Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
 Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX
 Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET
 Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET
 Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
 Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
 Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
 Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER
 Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
 Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
- Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALABERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)
*Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIÊTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur PAILLE, Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury.

Nous vous remercions sincèrement pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Pour vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Soyez assuré de notre entière reconnaissance et de notre plus profond respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur BRIANCON, Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nos juges.

Veillez agréer l'expression de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur MARTINET, Professeur de Pneumologie et d'Addictologie, Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail,

Veillez, trouver ici, l'expression de notre plus profonde gratitude.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur HURTAUD Aline, Médecin Généraliste

Nous vous remercions d'avoir dirigé cette thèse.

Votre soutien, votre expérience et vos critiques tout au long de ce travail nous ont été d'une aide précieuse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos sincères et profonds remerciements.

Aux membres de l'étude ECOGEN,

Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent, Département de Médecine Générale de l'Université de Lyon 1, Conseil scientifique du CNGE,

Et Monsieur le Professeur MERCIER Alain, Département de Médecine Générale de l'Université de Rouen, CNGE Recherche,

En nous ayant fait participer au projet de recherche ECOGEN, vous avez su nous faire partager votre passion pour la recherche et nous y initier.

Tous les internes de l'étude ECOGEN,

Pour leur investissement personnel au recueil des données.

Tous les médecins généralistes de l'étude ECOGEN,

Pour avoir accepté le recueil de données au sein de leur patientèle et de nous avoir permis de réaliser un travail de recherche de grand ampleur.

Tous les patients de l'étude ECOGEN,

Sans eux, ce travail n'aurait pu voir le jour.

A l'équipe du service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy,

Pour votre investissement considérable concernant les statistiques des résultats de ce travail.

A ma famille,

Mes parents,

Pour votre amour, soutien et encouragement inconditionnel. Ma réussite est aussi la vôtre.

Mon frère, Clément,

Pour la bonne humeur que tu communicates si facilement. Sache que je suis fière de toi.

Mon grand-père,

Pour les valeurs que tu nous as transmises.

A David,

Pour ton amour et ton soutien sans faille depuis la première année. Pour ton aide à l'analyse statistique et la mise en page lors de la rédaction de ce travail. Avec tout mon amour.

A ma belle famille,

Pour votre accueil chaleureux au sein de votre famille et votre soutien.

A mes amis,

Pour toutes ces soirées, ces vacances et ces moments inoubliables partagés avec vous et tous ceux à venir.

A toutes les équipes médicales et paramédicales et tous les patients ayant croisé mon chemin,

Pour avoir enrichi mes connaissances et ma pratique professionnelle au fil de mon cursus.

A Helfie,

Pour sa présence à mes côtés pendant les innombrables heures de rédaction pour ce travail.

A ceux que j'ai oublié,

Veuillez m'en excuser.

A la mémoire de ceux qui nous ont quittés.

SERMENT

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

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 ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	10
SERMENT	15
TABLE DES MATIERES.....	17
TABLE DES FIGURES	22
TABLE DES TABLEAUX.....	25
INTRODUCTION.....	28
MATERIEL ET METHODE.....	32
1. Schéma de l'étude.....	33
2. Investigateurs	33
3. Promoteur et coordonateur : le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants)	33
4. Recueil des données.....	34
4.1. Enquête Pilote.....	34
4.2. ECOGEN (Eléments de Consultation en Médecine GENérale).....	34
4.2.1. Modalités du recueil	34
4.2.2. Les paramètres recueillis	34
4.2.2.1. Description de la fiche pour chaque consultation	34
4.2.2.2. Description du questionnaire remis aux maîtres de stage universitaires	36
5. Saisie des données	37
6. La Classification Internationale des Soins Primaires version 2 (CISP 2)	37
6.1. Code alphabétique désignant les chapitres	38
6.2. Code numérique désignant les composants	39
6.3. Les principaux codes de la CISP 2 avec leurs titres courts relatifs au tabagisme	39
6.3.1. Résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac"(P17).....	39
6.3.2. Motifs de consultation (MC) relatifs au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)	40
6.3.3. Procédures relatives au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)	41

7.	Evaluation de la qualité du recueil des données.....	42
7.1.	Double saisie	42
7.2.	Enregistrement audio	42
7.3.	Contre évaluation de la transférabilité	42
8.	Les objectifs de ce travail	42
8.1.	Objectif principal.....	42
8.2.	Objectifs secondaires.....	43
9.	Analyse des données et méthode statistique	43
10.	Aspects éthique et réglementaire	43

RESULTATS 45

1.	ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ETUDE ECOGEN	46
1.1.	Généralités	46
1.2.	Les motifs de consultation de l'étude ECOGEN	48
1.3.	Les procédures de l'étude ECOGEN	49
1.4.	Les résultats de consultation de l'étude ECOGEN	50
2.	ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONSULTATIONS DE L'ETUDE ECOGEN OU LE TABAGISME ETAIT ABORDE .	51
2.1.	Objectif principal : décrire les caractéristiques des consultations de médecine générale de l'étude ECOGEN au cours desquelles la question du tabagisme était abordée	51
2.1.1.	Description des médecins maîtres de stage universitaires	51
2.1.2.	Critères sociodémographiques des patients	53
2.1.3.	Description des consultations incluant le résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)	57
2.1.3.1.	Durée des consultations avec le résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)	57
2.1.3.2.	Contexte de la consultation sur le tabagisme	58
2.1.3.3.	Statut du résultat de consultation "P17 : usage abusif du tabac"	58
2.1.3.4.	Les motifs de consultation (MC) relatifs au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)	58
2.1.3.5.	Les motifs de consultation associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)	59
2.1.3.6.	Les résultats de consultation (RC) associés au RC "usage abusif du tabac" (P17)	62
2.2.	Objectifs secondaires.....	66
2.2.1.	Estimer le recours au conseil minimal (CM)	66
2.2.1.1.	Généralités	66

2.2.1.2.	Durée de la consultation avec le conseil minimal	66
2.2.1.3.	Profil des médecins MSU délivrant le conseil minimal.....	67
2.2.1.4.	Conseil minimal dans différentes populations	67
2.2.1.5.	Transférabilité du conseil minimal	68
2.2.2.	Repérer et comparer les consultations au cours desquelles le tabagisme était évoqué par le patient à celles où il était abordé par le médecin généraliste	70
2.2.2.1.	Généralités	70
2.2.2.2.	Profil des patients initiant une consultation sur le thème du tabac	70
2.2.2.3.	Profil des médecins MSU initiant une consultation sur le thème du tabac	70
2.2.2.4.	Comparaison des procédures des consultations sur le tabac initiées par le patient à celles initiées par le médecin	71
2.2.2.5.	Les motifs de consultation associés au fait que le médecin initie le sujet du tabac en consultation.....	72
2.2.3.	Description des procédures mises en place par le médecin généraliste face à un usage abusif du tabac	74
2.2.3.1.	Généralités	74
2.2.3.2.	Procédures diagnostiques	75
2.2.3.3.	Procédures préventives	76
2.2.3.4.	Procédures thérapeutiques.....	77
2.2.3.5.	Références et autres raisons de rencontre	79
2.2.3.6.	Association des procédures face au tabagisme.....	79
2.2.3.7.	Transférabilité des procédures relatives au tabagisme.....	80

DISCUSSION..... 83

1. Forces et faiblesses de l'étude..... 84

1.1.	Forces.....	84
1.2.	Faiblesses	85

2. Résultats principaux..... 87

2.1.	Généralités	87
2.2.	La consultation abordant le sujet du tabac en médecine générale	91
2.2.1.	Profil des médecins maîtres de stage universitaires	91
2.2.2.	Profil des patients.....	92
2.2.3.	La consultation	94
2.2.3.1.	Durée	94
2.2.3.2.	Les motifs de consultations associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)	96

2.2.3.3. Les résultats de consultation associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)	97
3. Résultats secondaires	99
3.1. Le conseil minimal : procédure préventive, diagnostique et thérapeutique	100
3.2. Autres procédures thérapeutiques	103
3.3. La transférabilité des procédures relatives au tabagisme	106
CONCLUSION	109
LISTE DES ABREVIATIONS	111
TABLE DES ANNEXES	120
ANNEXE 1 : Support papier libre nécessaire au recueil des données pendant la consultation	121
ANNEXE 2 : Questionnaire des médecins généralistes maîtres de stage universitaires	122
ANNEXE 3 : Site Internet ECOGEN	123
ANNEXE 4 : Titres courts de la Classification Internationale en Soins Primaires version 2 (CISP 2, WONCA)	130
ANNEXE 5 : Consentement enregistrement audio	133
ANNEXE 6 : Information au patient	134
ANNEXE 7 : Liste des motifs de consultation relatifs au résultat de consultation "usage abusif du tabac" ..	135
ANNEXE 9: Test de dépendance à la nicotine de Fagerström	138
ANNEXE 10 : Liste des procédures avec les verbatims correspondants aux codes de la CISP 2	139

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1</i> : Schéma des différents éléments composant une consultation de médecine générale	36
<i>Figure 2</i> : Cartographie des Départements de médecine générale participant à ECOGEN.....	46
<i>Figure 3</i> : Effectif des médecins généralistes investigateurs dans l'étude ECOGEN par département	47
<i>Figure 4</i> : Répartition, selon leur durée, des consultations de l'étude ECOGEN incluant ou non un résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)	57
<i>Figure 5</i> : Schéma de la distribution des "paniers" et leurs composants au sein d'une consultation abordant le sujet du tabac (contenant un panier avec un résultat de consultation RC = P17 "usage abusif du tabac")	60
<i>Figure 6</i> : Comparaison de la délivrance du conseil minimal en fonction du statut du résultat de consultation (RC) "tabagisme" (ancien/nouveau), dans l'étude ECOGEN.....	67
<i>Figure 7</i> : Transférabilité du conseil minimal évaluée par les internes investigateurs de l'étude ECOGEN.....	69
<i>Figure 8</i> : Classification des procédures relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (n=344) par composant "standard" des procédures de la CISP 2.....	75
<i>Figure 9</i> : Les différentes procédures diagnostiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" dans ECOGEN.....	75
<i>Figure 10</i> : Les différentes procédures préventives relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" dans ECOGEN	76
<i>Figure 11</i> : Les différentes procédures thérapeutiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" dans ECOGEN.....	77
<i>Figure 12</i> : Transférabilité des procédures diagnostiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN	80
<i>Figure 13</i> : Transférabilité des procédures préventives relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN	81

Figure 14 : Transférabilité des procédures thérapeutiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN 81

Figure 15 : Transférabilité des procédures thérapeutiques -58 "conseil thérapeutique/écoute/psychothérapie" relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN..... 82

Figure 16 : Transférabilité des procédures thérapeutiques P50 "psychologie : médication/prescription" relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN 82

Figure 17 : Algorithme de prise en charge d'un sujet fumeur selon les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS 2003 99

La figure 2 a été fournie par l'étude ECOGEN, disponible sur <http://etudeecogen.fr>.

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i> : Nombre de résultats de consultation, motifs de consultation et procédures, en moyenne par consultation et par problème de santé dans ECOGEN	48
<i>Tableau 2</i> : Les cinq motifs de consultation (MC) les plus fréquents dans ECOGEN	48
<i>Tableau 3</i> : Les 5 procédures les plus fréquentes dans ECOGEN, et détail des 5 procédures "réalisées" les plus fréquentes	49
<i>Tableau 4</i> : Comparaison des caractéristiques démographiques des médecins ayant eu au moins un résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" dans ECOGEN, par rapport aux autres médecins généralistes de l'étude ECOGEN et aux médecins généralistes français	52
<i>Tableau 5</i> : Comparaison des caractéristiques des patients dont un des résultats de consultation (RC) était "usage abusif du tabac" (P17) par rapport aux autres patients de l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs).....	54
<i>Tableau 6</i> : Caractéristiques des patients de l'étude ECOGEN dont le résultat de consultation (RC) était "usage abusif du tabac" (P17) selon le genre (présentation des résultats significatifs).....	56
<i>Tableau 7</i> : Les 20 motifs de consultation les plus fréquents associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17) dans ECOGEN	61
<i>Tableau 8</i> : Comparaison du rang de classement de l'ensemble des motifs de consultation (MC) à celui des motifs de consultation associés au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17), dans l'étude ECOGEN	62
<i>Tableau 9</i> : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents associés au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17) dans ECOGEN	63
<i>Tableau 10</i> : Comparaison des résultats de consultations (RC) associés RC "usage abusif du tabac" (P17) aux RC des autres consultations de l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs).....	64
<i>Tableau 11</i> : Codes de la CISP 2 sous lesquels ont été enregistrés les verbatims "le conseil minimal"	66

Tableau 12 : Comparaison des procédures des consultations sur le tabac initiées par le patient à celles initiées par le médecin, dans l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs)..... 71

Tableau 13 : Les 20 motifs de consultation les plus fréquents des autres paniers de la consultation où la question du tabagisme (P17) était posée par le médecin (-64) 72

Tableau 14 : Comparaison des motifs de consultation (MC) des autres paniers de la consultation où la question du tabagisme (RC P17) était posée par le médecin (-64) à ceux des autres consultations de l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs)..... 73

Tous les tableaux sont issus des analyses réalisées par le service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy, excepté le tableau 3 fourni par l'étude ECOGEN, disponible sur <http://etudeecogen.fr>.

INTRODUCTION

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. C'est un problème de santé publique majeur. Il était responsable, en 2004, de 73000 décès prématurés, soit 14% de la mortalité totale. Le tabac était la cause de 22% des décès masculins et 5% des décès féminins en France. Selon C. Hill, le risque de décès par cancer du poumon de la femme française devrait dépasser le risque de cancer du sein dans quelques années [1]. Le tabac est en cause dans la survenue d'un tiers des cancers, soit 44000 décès annuels en France. Les fumeurs ont un risque de développer un cancer du poumon 20 fois plus élevé que les non-fumeurs. Le tabac est responsable de 90% des cancers du poumon. Le tabagisme augmente aussi le risque de développer un cancer des voies aéro-digestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie, du rein, des voies urinaires, du pancréas et du col de l'utérus [2]. Le tabagisme est également un des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires : cardiopathie ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, maladie cardiaque hypertensive. La mortalité par maladie cardiovasculaire attribuable au tabac était de 18000 décès en France en 2004 [1]. Sur le plan respiratoire, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la complication respiratoire la plus fréquente de la consommation tabagique. Le risque relatif de décès par BPCO chez les fumeurs comparé aux non-fumeurs est de 10,8 pour les hommes et 12,3 pour les femmes [1]. Le tabagisme est aussi un facteur de risque reconnu de survenue d'un grand nombre d'autres pathologies. Il est notamment responsable de conséquences néfastes sur plusieurs aspects de la reproduction (diminution de la fertilité, complications pendant la grossesse pour la mère et l'enfant).

De nombreuses actions de santé publique ont été mises en place afin de réduire la prévalence du tabagisme. Des mesures législatives et réglementaires ont encadré cette lutte anti-tabac. La première loi française de lutte contre le tabagisme était la *loi du 9 juillet 1976 ou "loi Veil"* [3]. Elle réglementait la publicité en faveur du tabac et posait l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et les transports. Elle imposait également l'inscription de la mention "abus dangereux" sur les paquets de cigarettes. Puis la *loi du 10 janvier 1991 ou "loi Evin"* [4] a renforcé ce dispositif en mettant l'accent sur la prévention et l'information du public (interdiction de publicité, amélioration de l'information des consommateurs, interdiction de l'offre gratuite du tabac, protection des non-fumeurs et augmentation des prix). Le *décret du 15 novembre 2006* [5] a marqué une nouvelle étape, déterminante, avec l'interdiction de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant un lieu de

travail. A partir de 2008, ce processus a été étendu aux lieux dits de "convivialité" (bar, restaurant, etc.). Sur le plan financier, un remboursement partiel des substituts nicotiniques par la sécurité sociale a été instauré en février 2007. Parallèlement, depuis la *loi Evin*, la forte augmentation des prix du tabac a contribué à faire chuter les ventes. Entre 2002 et 2004, une majoration des prix de 45% sur 3 ans a entraîné une baisse de plus d'un tiers des ventes. Par contre l'augmentation des prix du tabac en août 2007 de 6%, insuffisante, n'a quasiment pas eu d'impact sur la dépense en cigarettes des fumeurs [1]. L'importance des campagnes de prévention anti-tabac a été soulignée par l'article 12 de la Convention Cadre de Lutte Anti Tabac (CCLAT) [6] de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Depuis l'adoption de cette convention par la France en 2003, les campagnes d'information, de sensibilisation et de communication à l'attention du public sur les effets néfastes du tabac dans les médias ont été renforcées. L'OMS avait fixé pour objectif de diminuer la prévalence du tabagisme de 30% à 20% dans la population française. Les efforts dans la lutte contre le tabagisme n'ont toujours pas permis d'atteindre cet objectif en 2010.

Malgré une connaissance médicale des risques liés au tabac bien établie et la multiplicité des axes de la politique de lutte contre le tabagisme, une augmentation récente du tabagisme en France a été enregistrée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté de 2% entre 2005 et 2010, passant de 27 à 29% ($p<0,001$). En 2010, 37,4% des hommes étaient fumeurs et 30,2% des femmes, avec une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien chez ces dernières (de 23 à 26% ; $p<0,001$) [7].

Les généralistes ont un rôle majeur dans la préparation à la décision d'arrêt du tabac, en particulier par l'utilisation du conseil minimal [8], [9]. En pratique, ce dernier consiste à poser les questions : "Fumez-vous" et "Voulez-vous arrêter de fumer?". Ces deux questions posées par un médecin doublent le taux de succès à l'arrêt, après un an, par rapport à l'arrêt spontané dans un groupe témoin [10]. Les médecins généralistes interviennent également dans la prévention primaire du tabagisme et dans l'aide au sevrage. Ils reçoivent quotidiennement en consultation un grand nombre de fumeurs, parfois pour une demande de sevrage, plus souvent pour un autre motif de soins. Mais à ce jour, on ne connaît pas la réalité des interventions relatives au tabagisme dans les consultations en médecine générale.

L'étude ECOGEN, large étude nationale française descriptive des motifs de consultations et procédures de soins en médecine générale, a été l'occasion d'étudier la place du tabagisme dans ces consultations. L'objectif principal de ce travail était de décrire les caractéristiques des consultations de médecine générale de l'étude ECOGEN au cours desquelles le tabagisme était abordé. Les objectifs secondaires étaient de repérer les situations pour lesquelles la question du tabac était initiée par le médecin *versus* celles à l'initiative du patient, de décrire les procédures mises en place face au tabagisme et, en particulier, d'estimer le recours au conseil minimal.

MATERIEL ET METHODE

1. Schéma de l'étude

ECOGEN était une étude transversale nationale descriptive multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale en France. L'étude comportait 128 centres investigateurs, correspondant à autant de médecins généralistes maîtres de stage des universités (MSU), accueillant des internes de médecine générale (IMG), en stage dans leurs cabinets. Ils étaient rattachés à 27 départements de médecine générale (DMG) des facultés de médecine.

2. Investigateurs

Un interne de médecine générale en stage supervisé de niveau 1, dit "stage chez le praticien" avait le rôle d'investigateur. Chaque interne réalisait le recueil des données dans un à trois centres, en fonction du nombre de ses maîtres de stage. Un à quatre internes en stage supervisé de niveau 1 par DMG ont participé à l'étude. Au total, 54 internes de médecine générale ont été investigateurs pour l'étude ECOGEN.

Deux séminaires inter-régionaux d'une journée et demie ont été organisés pour former tous les internes et enseignants qui les encadraient. Le contenu de la formation comportait :

- une approche de la consultation selon la structuration "motif de consultation (MC), procédure (P), résultat de consultation (RC)",
- un entraînement au recueil des données avec la codification de la Classification Internationale des Soins Primaires version 2 (CISP 2),
- une information sur le traitement des données (Excel® et BiostatTGV®).

Les méthodes pédagogiques utilisées ont inclus l'utilisation de consultations filmées (en atelier) pour des mises en situations pratiques à l'exercice de codage avec la CISP 2.

3. Promoteur et coordinateur : le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants)

Promoteur : Pr Mercier Alain, DMG de l'Université de Rouen, CNGE Recherche.

Coordinateur : Pr Letrilliart Laurent, DMG de l'Université de Lyon 1, Conseil scientifique du CNGE.

4. Recueil des données

4.1.Enquête Pilote

Une enquête pilote a été réalisée dans un premier cabinet de médecin généraliste au cours du mois de mars 2011 afin de tester le recueil des données et leur saisie. Un deuxième test a eu lieu parallèlement dans un second cabinet de médecin généraliste au cours du mois d'avril 2011.

4.2.ECOGEN (Eléments de COnsultation en Médecine GENérale)

4.2.1. Modalités du recueil

Chaque interne investigateur a recueilli les données correspondant au moins à 400 consultations, incluant les patients examinés au cabinet ou en visite au domicile. Le recueil correspondait à 20 jours répartis sur 5 mois (de début décembre 2011 à fin avril 2012), soit une journée ou 2 demi-journées de stage hebdomadaire. Si l'interne était en stage sur plusieurs sites, les données étaient recueillies en alternance chez les différents MSU. Avec une participation de 54 internes, il était attendu au moins 20 000 consultations au total.

4.2.2. Les paramètres recueillis

4.2.2.1. Description de la fiche pour chaque consultation

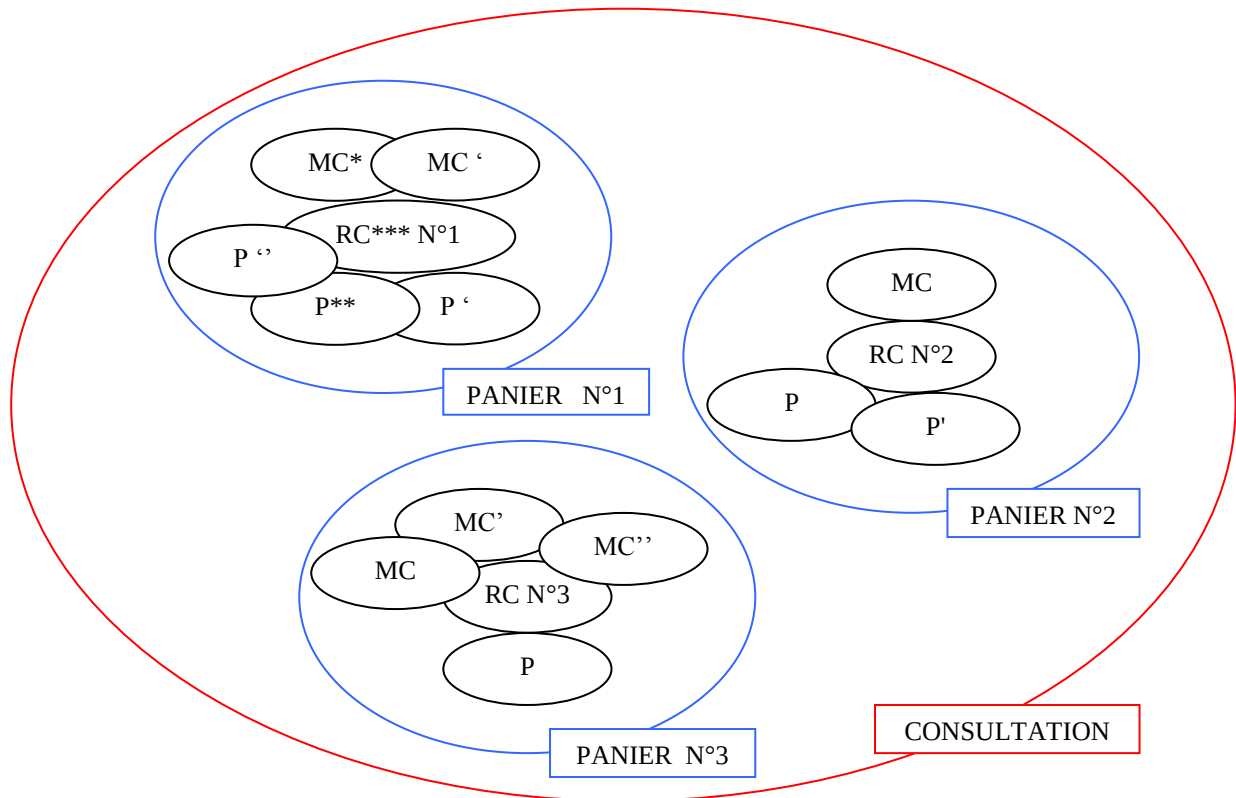
Les données recueillies concernant les consultations (annexe 1) étaient :

- numéro de fiche ;
- âge, sexe, catégorie socio-professionnelle du patient selon les recommandations de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [11] ;
- statut administratif du patient (affection de longue durée "ALD", couverture maladie universelle "CMU", aide médical d'état "AME", accident de travail "AT", maladie professionnelle "MP", invalidité et aucun) ;
- lieu de consultation (cabinet ou visite) ;
- patient "nouveau" ou "connu" ;
- résultats de consultation (RC), avec précision en texte libre par verbatim ;

- motifs de consultation (MC) pour chaque RC, avec précision en texte libre par verbatim ;
- procédures (P) de soins "réalisées" ou "programmées" pour chaque RC, avec précision en texte libre par verbatim ;
- la durée de consultation (heure de début et heure de fin) ;
- pour chaque procédure, évaluation par l'interne de la transférabilité : "possible sans condition", "avec condition" ou "impossible"; et choix des catégories de professionnels pouvant être concernées par le transfert de procédure : infirmière, pharmacien, psychologue, secrétaire, kinésithérapeute, sage-femme, assistante sociale, autre professionnel (à préciser par verbatim). Les conditions de transférabilité posées, *a priori*, étaient les suivantes : dossier médical partagé, protocole prédéfini, supervision du médecin généraliste, autre condition (à préciser par verbatim). Une procédure transférable était une procédure d'une consultation concernant un patient qui aurait pu être réalisée par un autre professionnel de santé. Suivant le contexte de la consultation et le patient concerné, une procédure ayant été transférable une fois ne le sera pas forcément lors d'une prochaine consultation pour un autre patient et inversement. Transférabilité des procédures n'était pas synonyme au sens strict de délégation des procédures même si ces deux termes étaient très proches.

Nous avons créé la figure 1 pour illustrer la structure d'une consultation de médecine générale. La consultation étant structurée par paniers, il y avait autant de paniers que de résultats de consultation (RC). Et pour chaque résultat de consultation étaient rattachés un ou plusieurs motifs de consultation (MC) et une ou plusieurs procédures (P).

Figure 1 : Schéma des différents éléments composant une consultation de médecine générale



* Motif de consultation, ** Procédure, *** Résultat de consultation.

L'ensemble de ces données était recueilli dans un premier temps en texte libre sur fiche papier (annexe 1) au cours de chaque consultation avant d'être codé dans un questionnaire en ligne (annexe 3).

4.2.2.2. Description du questionnaire remis aux maîtres de stage universitaires

Les données recueillies concernant les MSU (annexe 2) étaient les suivantes:

- Age, sexe, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), code postal et ville d'exercice, secteur conventionnel, mode d'exercice (seul, groupe médical, groupe pluri-professionnel), nombre annuel de consultations (Relevé Individuel d'Activité et de Prescription 2010), réception ou non de visiteurs médicaux.

Nous avons défini 3 tranches (faible, moyenne et élevée) en utilisant les tertiles du nombre de consultations par an des médecins d'ECOGEN (33%=4334 consultations par an et 67%=5854 consultations par an).

5. Saisie des données

Chaque interne investigateur a saisi de façon différée (de préférence le même jour, en fin de journée) les données préalablement recueillies sur les fiches "papier" dans une base de données centralisée accessible sur un site web dédié au projet (annexe 3 : <http://etudeecogen.fr/>). Un système d'aide au codage en ligne a permis de saisir l'ensemble des données sous forme de code de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP 2).

L'ensemble des données recueillies a ensuite été centralisé sur un fichier Excel®. Chaque interne investigateur pouvait disposer à la fin du recueil de cette base de données pour son travail de thèse sous réserve de l'acceptation de son protocole ancillaire par le coordinateur de l'étude ECOGEN.

6. La Classification Internationale des Soins Primaires version 2 (CISP 2)

La Classification Internationale des Soins Primaires deuxième version (CISP 2) [12] est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC), développée par l'Organisation Internationale des Médecins Généralistes (WONCA) (annexe 4). Elle appartient à la famille des classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 2003, comme classification associée à la Classification Internationale des Maladies (CIM) utilisée en milieu hospitalier.

C'est la classification internationale de référence en médecine générale. Elle permet de décrire la consultation selon le modèle "SOAP" : le "S" (Subjectif) correspond aux plaintes du patient, le "O" (Objective) à la collecte d'informations faite par le médecin, le "A" (Assessment) aux diagnostics établis par le médecin et le "P" (Plan) aux actions de soins réalisées ou programmées pendant la consultation.

Grâce à ce modèle, elle a permis de structurer et coder les trois éléments constituant une consultation de médecine générale : le motif de rencontre du patient, les procédures de soins réalisées ou programmées par le médecin et le résultat de la consultation (conclusion du médecin généraliste).

C'est une classification bi-axiale (annexe 4), dont :

- le premier axe est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres "psychologique" et "social"),
- et le second axe de sept composants détaillés ci-après.

A chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre suivie de deux chiffres spécifiant le composant. La CISP 2 comprend 687 rubriques sans les procédures (composants 1 et 7 seulement), disposant le plus souvent de critères d'inclusion et exclusion, et d'une correspondance avec la liste des codes de la CIM 10.

6.1.Code alphabétique désignant les chapitres

A Général et non spécifié	R Respiratoire
B Sang, système hématopoïétique, immunologique	S Peau
D Système digestif	T Métabolique, nutrition, endocrinologie
F Œil	U Urinaire
H Oreille	W Grossesse, accouchement, planning familial
K Cardio-vasculaire	X Système génital féminin
L Ostéo-articulaire	Y Système génital masculin
N Neurologique	Z Social
P Psychologique	

6.2.Code numérique désignant les composants

Les composants 2 à 6 correspondent aux procédures de soins.

- 1 de 01 à 29 :** Symptômes et plaintes,
- 2 de 30 à 49 :** Procédures diagnostiques, préventives, dépistage,
- 3 de 50 à 59 :** Procédures thérapeutiques et médication,
- 4 60 et 61 :** Résultats d'examens,
- 5 62 :** Procédures administratives,
- 6 de 63 à 69 :** Référence et autres raisons de rencontre,
- 7 de 70 à 99 :** Diagnostics et maladies (maladies infectieuses, tumeurs, traumatismes, anomalies congénitales, autres).

Les motifs de consultations pouvaient être des symptômes (composant 1), diagnostics (composant 7) ou procédures (composants de 2 à 6).

Les résultats de consultation pouvaient être des symptômes (composant1) ou diagnostics (composant 7).

6.3.Les principaux codes de la CISP 2 avec leurs titres courts relatifs au tabagisme

Chaque code alphanumérique de la CISP 2 correspondait à un titre court de la CISP 2. L'interne pouvait écrire un verbatim (texte libre) en rapport avec le code alphanumérique de la CISP 2.

6.3.1. Résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac"(P17)

P17 Psychologique : Usage abusif du tabac

Définition : trouble induit par l'usage du tabac caractérisé par un ou plusieurs des éléments suivants : intoxication aiguë ; consommation excessive avec altération cliniquement significative de la santé ; syndrome de dépendance ; syndrome de sevrage.

Inclusion : tabagisme.

Considérer : "A23" Général et non spécifié : facteur de risque non côté ailleurs (NCA).

CIM 10 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac (F17).

A23 Général et non spécifié : Facteur de risque non côté ailleurs. Associé au verbatim "tabagisme" ou "tabac" permettait de prendre en compte également les résultats de consultation "tabac" non classés dans "usage abusif du tabac" (P17).

6.3.2. Motifs de consultation (MC) relatifs au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)

P17	Psychologique : Usage abusif du tabac
A98	Général et non spécifié : Gestion de santé/médecine préventive
A64	Général et non spécifié : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur
P64	Psychologique : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur

Les consultations contenant le motif de consultation "-64 : épisode nouveau/en cours initié par dispensateur" relatif au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17) correspondaient aux consultations "tabac" initiées par le médecin traitant.

Les consultations contenant d'autres motifs de consultation que "-64 " relatifs au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17) correspondaient aux consultations "tabac" initiées par le patient.

Pour être exhaustif et avoir l'ensemble des consultations sur le tabagisme initiées par le médecin, il a fallu, tenir compte de toutes les consultations avec le motif de consultation (MC) "-64" relatif au résultat de consultation (RC) "P17". A ces dernières, s'ajoutaient les consultations des 8 questionnaires suivants (pour lesquelles le verbatim indiquait que le tabagisme était initié par le médecin) :

- Q 379 (MC = "A98 : gestion de santé/médecine préventive" et verbatim du MC = "prévention initiée par médecine"),
- Q 5106 et Q 5110 (MC = "P65 : épisode nouveau/en cours initié par tiers" et verbatim du MC = "initié par médecin"),

- Q 11372 - Q 15624 - Q 11409 - Q 11167 et Q 11171 (MC = "P17 : usage abusif du tabac" et verbatim du MC = "initié par médecin").

P63 Psychologique : Rencontre de suivi

P50 Psychologique : Médication/Prescription

6.3.3. Procédures relatives au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)

P45 Psychologique: Recommandations/Education santé/Avis. C'était une procédure diagnostique et de prévention (notamment, le conseil minimal).

Le verbatim "conseil minimal" n'a pas été mis en correspondance exclusivement avec le code P45 "Psychologie : Recommandation/Education santé/Avis" de la CISP 2. Il a été mis en correspondance lors du recueil avec différents codes de la CISP 2. Pour estimer au plus juste l'utilisation du conseil minimal par les médecins généralistes, uniquement les verbatims contenant "le conseil minimal" (au singulier) ont été pris en compte, soit 54 verbatims. Les verbatims "conseils minimaux" (au pluriel) n'étaient pas, par définition, le conseil minimal. Les verbatims "conseil minimal" inscrits au pluriel ont été exclus, soit 3 verbatims.

P58 Psychologique : conseil thérapeutique/écoute/psychothérapie (procédure thérapeutique)

Selon le Dr Jamoulle [13], la différence entre "P58" et "P45" était claire et cette dernière a été bien expliquée lors du séminaire de formation des internes à Lyon. Une prise en charge et une relation approfondie dans le cadre d'une proposition d'arrêt d'intoxication tabagique se coderait "P58". Le conseil d'arrêter de fumer ou une explication succincte sur la nocivité du tabac se coderait "P45".

P50 Psychologique : Médication/Prescription

P67 Psychologique : Référence à un médecin

P30/P31 Psychologique : Examen médical détaillé/partiel

R30/R31 Respiratoire : Examen médical détaillé/partiel

A30/A31 Général et non spécifié : Examen médical détaillé/partiel

A45 Général et non spécifié : Recommandation/Education santé/Avis

P49 Psychologique : Autre procédure préventive

7. Evaluation de la qualité du recueil des données

7.1.Double saisie

Une double saisie a été réalisée par chaque interne investigateur sur un échantillon de 20 consultations du premier jour de consultation de la semaine du 6 au 10 février 2012 (soit 5%). Par défaut (interne absent cette semaine), la double saisie était réalisée la semaine suivante selon les mêmes modalités. Cette double saisie a été enregistrée sur une page Internet spécifique du site ECOGEN : <http://www.etudeecogen.fr:8080/ecogenDouble/>.

7.2.Enregistrement audio

Un contrôle de qualité de la description et du codage des consultations a été réalisé (avec accord écrit du patient, annexe 5) à partir de l'enregistrement audio systématique par chaque interne investigateur d'une consultation pour évaluation par un expert. Cette consultation correspondait à la 3^{ème} consultation du premier jour de consultation de la semaine du 6 au 10 février 2012 (ou à défaut la semaine suivante). La concordance entre l'expert et l'interne était mesurée par le nombre et la nature des motifs de consultation et des résultats de consultation, ainsi que par le nombre et la nature des procédures de soins (à l'exclusion de l'examen clinique, difficile à évaluer à partir d'un enregistrement audio).

7.3.Contre évaluation de la transférabilité

Les MSU ont réalisé une "contre-évaluation" de la transférabilité des procédures sur un échantillon de 20 consultations (soit 5%), en aveugle de l'évaluation réalisée par l'interne. Ce travail était indemnisé ; une "convention médecin investigateur" a été signée entre les deux parties.

8. Les objectifs de ce travail

8.1.Objectif principal

Décrire les caractéristiques des consultations de médecine générale de l'étude ECOGEN au cours desquelles la question du tabagisme était abordée.

8.2.Objectifs secondaires

Estimer la fréquence du recours au conseil minimal ;

Repérer et comparer les consultations au cours desquelles le tabagisme était évoqué par le patient et celles où il était abordé par le médecin généraliste ;

Décrire les procédures mises en place par le médecin généraliste face à un usage abusif du tabac et étudier leur transférabilité.

9. Analyse des données et méthode statistique

Tous les internes impliqués dans l'étude ECOGEN ont eu à disposition une copie de la base de données nationale en format Excel®. Pour ce travail de thèse, nous en avons extrait l'ensemble des consultations dans lesquelles apparaissaient le résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17) et le RC "facteur de risque non coté ailleurs (NCA)" (A23) associé au verbatim "tabagisme" ou "tabac". Dans la base de données d'ECOGEN, le tri a été réalisé à l'aide de la fonction "trier et filtrer" d'Excel® en choisissant "tri personnalisé" dans la colonne "PxRCcode" (code du résultat de consultation avec x correspondant au chiffre du panier P, x allant de 1 à 12). Ceci est devenu la base de données pour ce travail de thèse.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel SAS 9.3. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type, les variables qualitatives en pourcentage. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par le test du Chi2, celles des variables quantitatives par le test de Student. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide de l'épidémiologiste, Mme MINARY Laetitia, du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

10. Aspects éthique et réglementaire

Une déclaration a été établie auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission nationale de

l'informatique et des libertés (CNIL). Elle avait reçu un avis favorable auprès de ces deux entités pour l'étude ECOGEN.

Cette étude observationnelle n'a pas modifié les pratiques habituelles des médecins, et par conséquent n'entraîne pas, *a priori*, dans le cadre de la loi Huriet ; cependant une déclaration a été adressée auprès d'un Comité de protection des personnes (CPP).

Une affiche d'information pour les patients était apposée dans les cabinets des MSU concernés (annexe 6).

La base de données a été hébergée par une société de service.

Une autorisation d'utilisation de la CISP 2 a été demandée auprès de la WONCA (organisation internationale des médecins généralistes), à titre dérogatoire compte tenu du non acquittement des droits relatifs à cette classification par la France jusqu'à présent.

RESULTATS

1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ETUDE ECOGEN

1.1. Généralités

27 facultés de médecine ont été partenaires pour l'étude ECOGEN (figure 2).

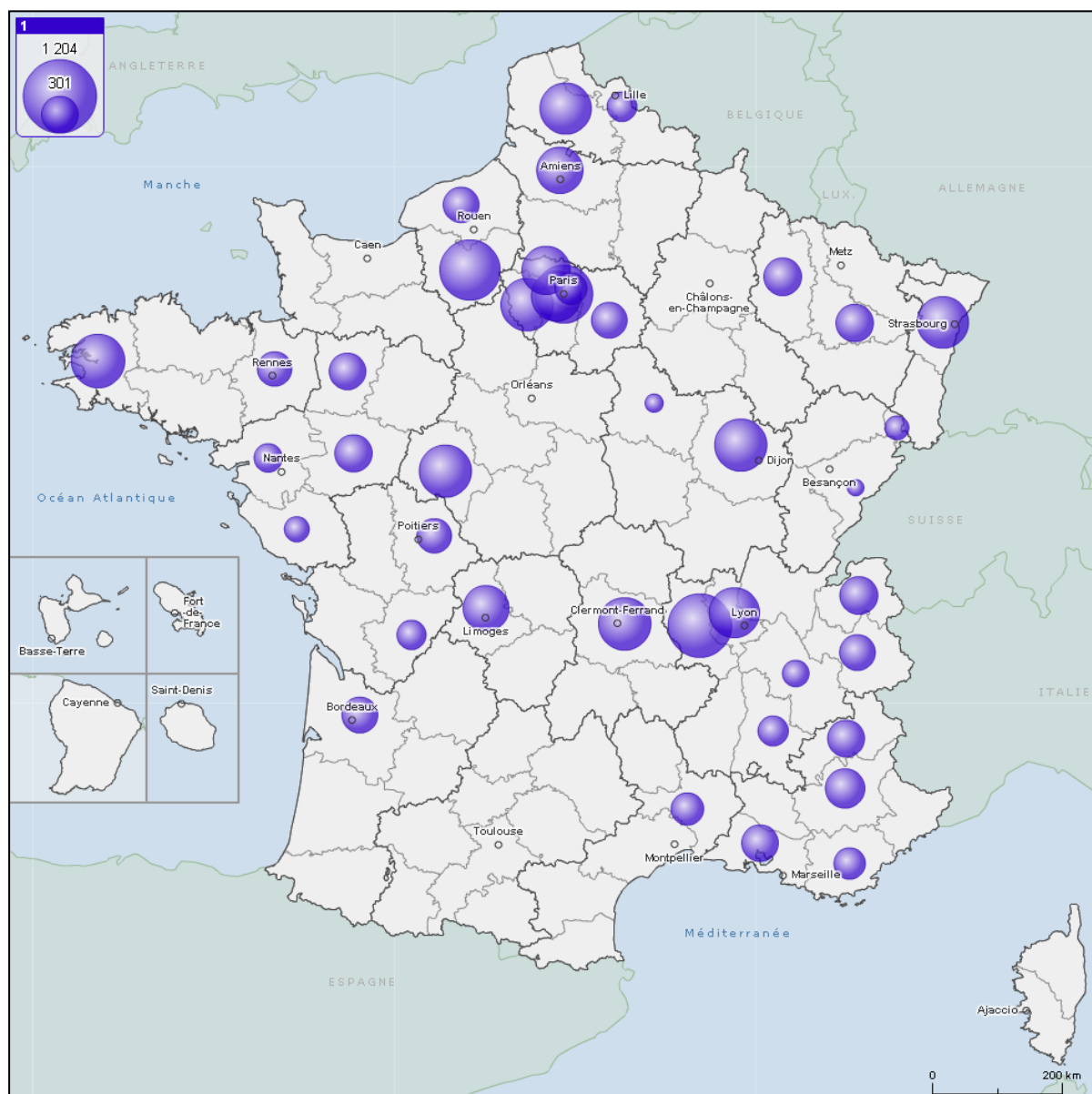
Figure 2 : Cartographie des Départements de médecine générale participant à ECOGEN



Au total, l'étude ECOGEN a recueilli 20 781 consultations de médecine générale.

128 médecins MSU ont participé à ECOGEN. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 4 (colonne "ECOGEN"). Il y avait 85 hommes (66,4%). L'âge moyen des MSU était de 52,6 ($\pm 7,9$) ans. Leur répartition sur le territoire français a été illustrée par une cartographie départementale (figure 3).

Figure 3 : Effectif des médecins généralistes investigateurs dans l'étude ECOGEN par département



Les 20 781 consultations de l'étude ECOGEN ont donné lieu à 45 750 problèmes de santé. Le nombre de résultats de consultation (RC), motifs de consultation (MC) et procédures (P) par consultation et par problème de santé sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Nombre de résultats de consultation, motifs de consultation et procédures, en moyenne par consultation et par problème de santé dans ECOGEN

	Moyenne par consultation ($\pm$ écart-type) N = 20 781	Moyenne par problème de santé ($\pm$ écart-type) N = 45 750
Résultats de consultation N = 45 750	2,20 ($\pm$ 1,46)	1,00 ($\pm$ 0)
Motifs de consultation N = 55 692	2,68 ($\pm$ 1,69)	1,23 ($\pm$ 0,57)
Procédures N = 99 041	4,77 ($\pm$ 2,75)	2,19 ($\pm$ 1,18)

1.2. Les motifs de consultation de l'étude ECOGEN

Le tableau 2 présente par ordre de fréquence les principaux motifs de consultation (MC) retrouvés dans l'étude ECOGEN.

Tableau 2 : Les cinq motifs de consultation (MC) les plus fréquents dans ECOGEN

Rang	Code CISP 2	Titre court de la CISP 2	Nombre de MC (%)
1	K50	Cardio-vasculaire : médication, prescription	3363 (6,70%)
2	T50	Métabolisme, nutrition, endocrinien : médication, prescription	2732 (5,00%)
3	R05	Toux	2602 (4,76%)
4	A64	Général et non spécifié : épisode nouveau/en cours initié par dispensateur	1682 (3,08%)
5	P50	Psychologique : médication, prescription	1476 (2,70%)

Le motif de consultation (MC) "épisode nouveau/en cours initié par le dispensateur" (-64) représentait 9,3% des motifs de consultation dans ECOGEN ; soit, en moyenne, une consultation sur 4 contenait un MC initié par le médecin traitant.

1.3. Les procédures de l'étude ECOGEN

Le tableau 3 présente par ordre de fréquence les principales procédures (P) retrouvés dans l'étude ECOGEN en détaillant celles qui avaient été réalisées par le médecin généraliste pendant la consultation.

Tableau 3 : Les 5 procédures les plus fréquentes dans ECOGEN, et détail des 5 procédures "réalisées" les plus fréquentes

Rang	Toutes les procédures ("programmées" + "réalisées")		Procédures "réalisées"	
	Code numérique et titre court de la CISP 2	%	Code numérique et titre court de la CISP 2	%
1	-50 : "médication, prescription"	31%	-31 : "examen médical partiel"	44,9%
2	-31 : "examen médical partiel"	25,5%	-30 : "examen médical détaillé"	11,4%
3	-30 : "examen médical détaillé"	6,5%	-58 : "conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie"	10,3%
4	-58 : "conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie"	5,9%	-45 : "recommandation, éducation santé, avis"	7,7%
5	-34 : "autre analyse de sang"	4,5%	-50 : "médication, prescription"	6,8%

La procédure "médication, prescription" (-50) était la première procédure en rang de classement des procédures "programmées" et représentait 62% des procédures "programmées".

La procédure "psychologique : conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie" (P58) était au 18^{ème} rang parmi toutes les procédures et au 9^{ème} rang parmi les procédures "réalisées".

1.4.Les résultats de consultation de l'étude ECOGEN

Le résultat de consultation le plus fréquent dans ECOGEN était "gestion de santé, médecine préventive" (A98) : environ 11% des résultats de consultation.

Le résultat de consultation P15 "alcoolisme chronique" a été enregistré au cours de 168 consultations soit 0,8% des consultations dans ECOGEN.

Cent soixante-dix consultations dans ECOGEN contenaient le résultat de consultation W78 "grossesse".

Au total :

- L'étude ECOGEN a permis d'analyser près de 21 000 consultations.
- Une consultation comportait en moyenne 2,7 motifs de consultation.
- Environ une consultation sur 4 donnait lieu à une prise en charge à l'initiative du médecin généraliste.

2. ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONSULTATIONS DE L'ETUDE ECOGEN OU LE TABAGISME ETAIT ABORDE

Aucune consultation n'associait "A23" et les verbatims "tabagisme" ou "tabac".

Le résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17) a été enregistré au cours de 249 consultations différentes soit 1,20% des consultations de l'étude ECOGEN. Avec une fréquence de 0,54%, il a été classé au 39^{ème} rang des résultats de consultation d'ECOGEN.

2.1.Objectif principal : décrire les caractéristiques des consultations de médecine générale de l'étude ECOGEN au cours desquelles la question du tabagisme était abordée

2.1.1. Description des médecins maîtres de stage universitaires

Quatre-vingt-quatre médecins ont eu au moins une consultation en rapport avec le tabac, avec une moyenne d'environ 3 ($\pm 2,9$) consultations par médecin. Sur les 5 mois de recueil des données, le médecin ayant mené le plus de consultations concernant le tabac a enregistré 19 consultations sur ce thème.

Quarante-quatre médecins, soit 34% des médecins dans ECOGEN, n'ont eu aucune consultation abordant le tabagisme pendant le recueil de l'étude.

En ce qui concerne les critères descriptifs des médecins (âge, sexe, milieu d'exercice, mode d'exercice, secteur, nombre de consultation annuel), il n'y avait pas de différence significative entre les médecins ayant mené au moins une consultation sur le tabagisme et ceux n'ayant mené aucune consultation en rapport avec le tabagisme dans ECOGEN.

Les caractéristiques démographiques des médecins MSU de l'étude ECOGEN étaient différentes de celles des médecins généralistes français (tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques démographiques des médecins ayant eu au moins un résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" dans ECOGEN, par rapport aux autres médecins généralistes de l'étude ECOGEN et aux médecins généralistes français

	Consultation avec RC "usage abusif du tabac" N=84*		ECOGEN N=128**	Atlas CNOM 2012 N=92477***
	N	%	%	%
Age				
30-39 ans	8	9,5	8,6	12 ,4
40-49 ans	14	16,7	18,7	23,3
50-59 ans	49	58,3	55,5	40,9
60 ans et plus	13	15,5	17,2	23,4
Sexe				
Homme	59	70,2	66,4	59
Femme	25	29,8	33,6	41
Milieu d'exercice				
Rural	17	20,2	22,6	-
Urbain	46	54,8	51,6	-
Semi-urbain	21	25,0	25,8	-
Mode d'exercice				
Non renseigné	1	1,2	1,6	-
Solo	18	21,4	21,1	-
Groupe médical	54	64,3	61,7	-
Groupe pluri-professionnel	11	13,1	15,6	-
Secteur				
1	78	92,9	92,2	-
2	6	7,1	7,8	-
Nombre annuel de consultations				
Faible (moins de 4334)	32	38,1	33,6	-
Moyen (entre 4334 et 5854)	36	42,9	43	-
Elevé (plus de 5854)	16	19,0	23,4	-

* Caractéristiques des médecins maîtres de stage universitaires de l'étude ECOGEN ayant au moins un résultat de consultation "usage abusif du tabac".

** Caractéristiques de la totalité des médecins maîtres de stage universitaires de l'étude ECOGEN.

*** Caractéristiques des médecins généralistes français selon les données de l'Atlas CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) 2012 [14].

La différence concernant le critère de l'âge entre les médecins d'ECOGEN et les médecins de l'Atlas CNOM 2012 [14] était significative ($p=0.013$). La différence concernant le critère du sexe entre ces 2 groupes était également significative ($p<0,0001$).

Nous avons également comparé, en fonction du sexe des médecins, l'âge, le milieu d'exercice (rural, urbain et semi-urbain), le mode d'exercice (seul, groupe médical ou pluri-professionnel), le secteur (1 ou 2) et le nombre annuel de consultations ; les différences concernant ces critères n'étaient pas significatives.

2.1.2. Critères sociodémographiques des patients

L'étude ECOGEN a été réalisée en 2011 et 2012. Concernant l'âge du patient, seule l'année de naissance du patient a été recueillie. Le calcul de l'âge exact du patient étant impossible, la description de l'âge des patients a utilisé des tranches par année de naissance.

Les patients pour lesquels le tabagisme a été abordé avaient en moyenne 45,5 ans ($\pm 15,6$). Le sujet le plus jeune était né en 1997 (environ 14 ans) et le plus âgé, en 1930 (environ 81 ans). Il y avait une prédominance masculine (51%).

Parmi ces patients, 60% étaient actifs. Les patients "actifs" regroupaient les professions "agriculteur", "artisan/commerçant/chef d'entreprise", "cadre supérieur/profession intellectuelle", "profession intermédiaire", "employé", "ouvrier". Les patients "inactifs" rassemblaient les statuts "retraité" et "autre sans activité professionnelle".

Les patients pour lesquels le tabagisme a été abordé en consultation ont été comparés au reste de l'échantillon (tableau 5). Les caractéristiques qui différaient significativement entre les deux groupes étaient : le genre, la classe d'âge, la catégorie et le statut professionnels.

Tableau 5 : Comparaison des caractéristiques des patients dont un des résultats de consultation (RC) était "usage abusif du tabac" (P17) par rapport aux autres patients de l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs)

	Autres consultations d'ECOGEN N=20532 (98,8%)		Consultations avec RC= "usage abusif du tabac" N=249 (1,2%)		
	N	%	N	%	p (test du chi 2)
Année de naissance du patient					<0,0001
Après 1995	3470	16,9	3	1,2	
Entre 1985 et 1995	1538	7,5	35	14,1	
Entre 1966 et 1985	4538	22,1	85	34,1	
Entre 1946 et 1965	5793	28,2	106	42,6	
Avant 1945	5193	25,3	20	8	
Sexe					0,0029
Homme	8547	41,6	127	51	
Femme	11985	58,4	122	49	
Profession du patient					<0,0001
Agriculteur	73	0,4	1	0,4	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	554	2,7	21	8,4	
Cadre supérieur, et profession intellectuelle	1034	5	18	7,2	
Profession intermédiaire	1227	6	20	8	
Employé	3941	19,2	73	29,3	
Ouvrier	803	3,9	17	6,8	
Retraité	6759	32,9	42	16,9	
Sans activité professionnelle	6133	29,9	57	22,9	
Statut professionnel du patient					<0,0001
Actifs	7632	37,2	150	60,2	
Inactifs	12892	62,8	99	39,8	

Il n'y avait pas de différence significative en fonction du statut d'étudiant ($p=0.3$) : la proportion d'étudiants parmi les consultations abordant le tabagisme était de 4%, *versus* 2,8% parmi les autres consultations d'ECOGEN.

Il n'y avait pas de différence significative selon le statut administratif (ALD, CMU, AME, AT, MP, invalidité, aucun) des patients ayant bénéficié d'une consultation tabac et celui des patients des autres consultations d'ECOGEN ($p=0.2$).

Au sein des consultations avec RC P17, 92,8% des patients étaient des patients "connus" par le médecin généraliste. Parmi les autres consultations d'ECOGEN, 94,5% étaient des patients "connus" par le médecin généraliste. Cette différence n'était pas significative ($p=0.2$).

Environ 1,6% des "nouveaux" patients de l'étude ECOGEN ont eu une consultation abordant le sujet du tabac contre 1,2% des patients "connus" de l'étude ECOGEN. Cette différence n'était pas significative ($p=0.2$).

Le tableau 6 compare, selon le genre, les caractéristiques des patients pour lesquels le sujet du tabac a été abordé dans l'étude ECOGEN. Les caractéristiques qui différaient de façon significative étaient la classe d'âge, le statut professionnel et le fait d'être étudiant.

Tableau 6 : Caractéristiques des patients de l'étude ECOGEN dont le résultat de consultation (RC) était "usage abusif du tabac" (P17) selon le genre (présentation des résultats significatifs)

	Homme		Femme		<i>p</i> (test chi 2)
	N=127 (51,0%)		N=122 (49,0%)		
	N	%	N	%	
Année de naissance du patient					0,0138
Après 1995	1	0,8	2	1,6	
Entre 1985 et 1995	10	7,9	25	20,5	
Entre 1966 et 1985	40	31,5	45	36,9	
Entre 1946 et 1965	63	49,6	43	35,2	
Avant 1945	13	10,2	7	5,7	
Profession du patient					0,0065
Agriculteur	0	0	1	0,8	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	12	9,4	9	7,4	
Cadre sup, et profession intellectuelle	12	9,4	6	4,9	
Profession intermédiaire	9	7,1	11	9	
Employé	33	26	40	32,8	
Ouvrier	15	11,8	2	1,6	
Retraité	25	19,7	17	13,9	
Sans activité professionnelle	21	16,5	36	29,5	
Etudiant					0,0081
	1	0,8	9	7,4	

Les différences, entre hommes et femmes, n'étaient pas significatives, selon :

- le statut administratif du patient (ALD, CMU, AME, AT, MP, invalidité, aucun) ($p=0,5$)
- le statut professionnel du patient ($p=0,2$).

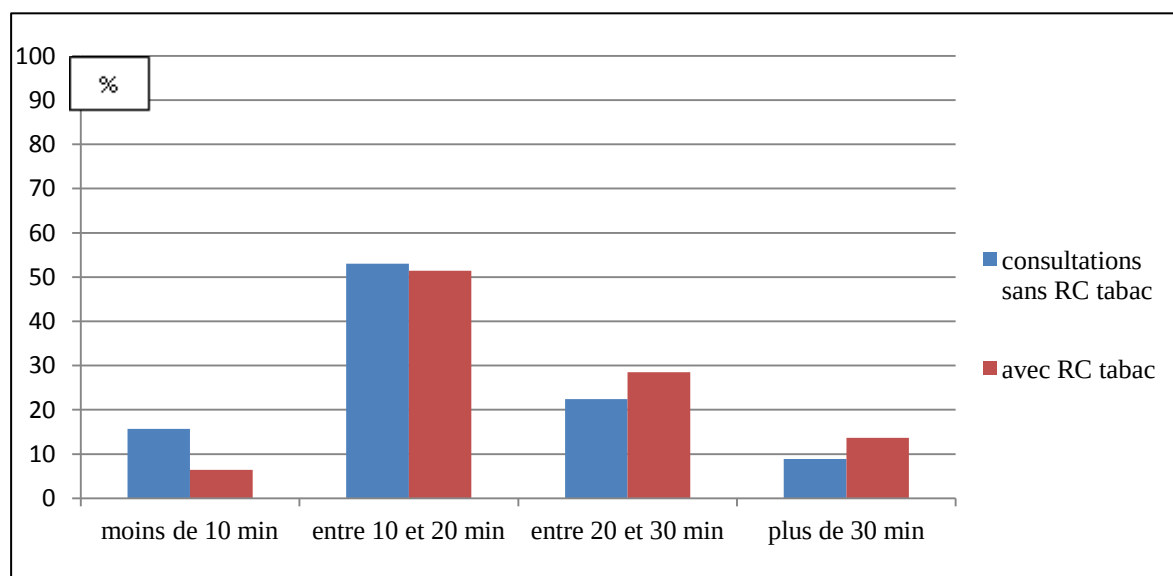
2.1.3. Description des consultations incluant le résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)

2.1.3.1. Durée des consultations avec le résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)

Les consultations avec le RC P17 étaient, en moyenne, plus longues que les autres consultations d'ECOGEN pour lesquelles le tabac n'était pas abordé ($p < 0,001$). Dans les consultations "tabac", une durée de consultation aberrante (381 minutes) a été exclue. En moyenne, la consultation comprenant le RC P17 durait 20,1 ($\pm 11,3$) minutes. La médiane était de 18 minutes. La consultation la plus courte a duré 4 minutes et la plus longue 102 minutes. Les consultations de la base ECOGEN n'abordant pas le tabac ont duré, en moyenne, 17,3 ($\pm 15,2$) minutes.

Les tranches de durée de consultation ont été définies de manière arbitraire. La figure 4 présente la répartition, selon leur durée, des consultations de l'étude ECOGEN selon qu'elles incluaient ou non un résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17).

Figure 4 : Répartition, selon leur durée, des consultations de l'étude ECOGEN incluant ou non un résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)



La durée des consultations pour lesquelles le médecin réalisait la procédure "P58 : conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie" dans le cadre de la prise en charge du tabagisme

n'était pas significativement différente des consultations "tabac" où cette procédure n'était pas réalisée ($p=0,13$).

2.1.3.2. Contexte de la consultation sur le tabagisme

Les consultations étaient soit menées au cabinet soit lors des visites à domicile. Celles abordant le tabagisme étaient plus souvent réalisées au cabinet que les consultations de l'étude ECOGEN n'abordant pas le sujet du tabac : 98% *versus* 93,8% ($p=0,0063$).

2.1.3.3. Statut du résultat de consultation "P17 : usage abusif du tabac"

Le RC P17 était soit un "nouveau" RC soit un "ancien" RC. Le RC P17 était plus souvent "ancien" que les autres résultats de consultation dans l'étude ECOGEN : 85,1% *versus* 54,3% ($p<0,0001$).

2.1.3.4. Les motifs de consultation (MC) relatifs au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17)

La liste des motifs de consultation relatifs au RC P17 est présentée à l'annexe 7. Huit motifs de consultation n'étaient pas renseignés.

Sur l'ensemble des consultations, le panier relatif au RC P17 contenait le plus souvent un seul motif de consultation. La moyenne du nombre de motifs de consultation relatifs au RC P17 était 1,08 ($\pm 0,3$). Au maximum, il y avait 3 motifs de consultation pour le RC P17.

Les consultations avec RC P17, codée avec le motif de consultation "épisode nouveau/en cours initié par dispensateur" (-64), étaient initiées par le médecin traitant. Environ 66% des consultations abordant le tabagisme dans ECOGEN étaient initiées par le médecin généraliste sur le sujet du tabac.

Neuf consultations comportaient comme motif de consultation une demande de médication/prescription du médecin traitant pour l'arrêt du tabac. D'après les verbatims, 5 patients ont demandé clairement une substitution nicotinique.

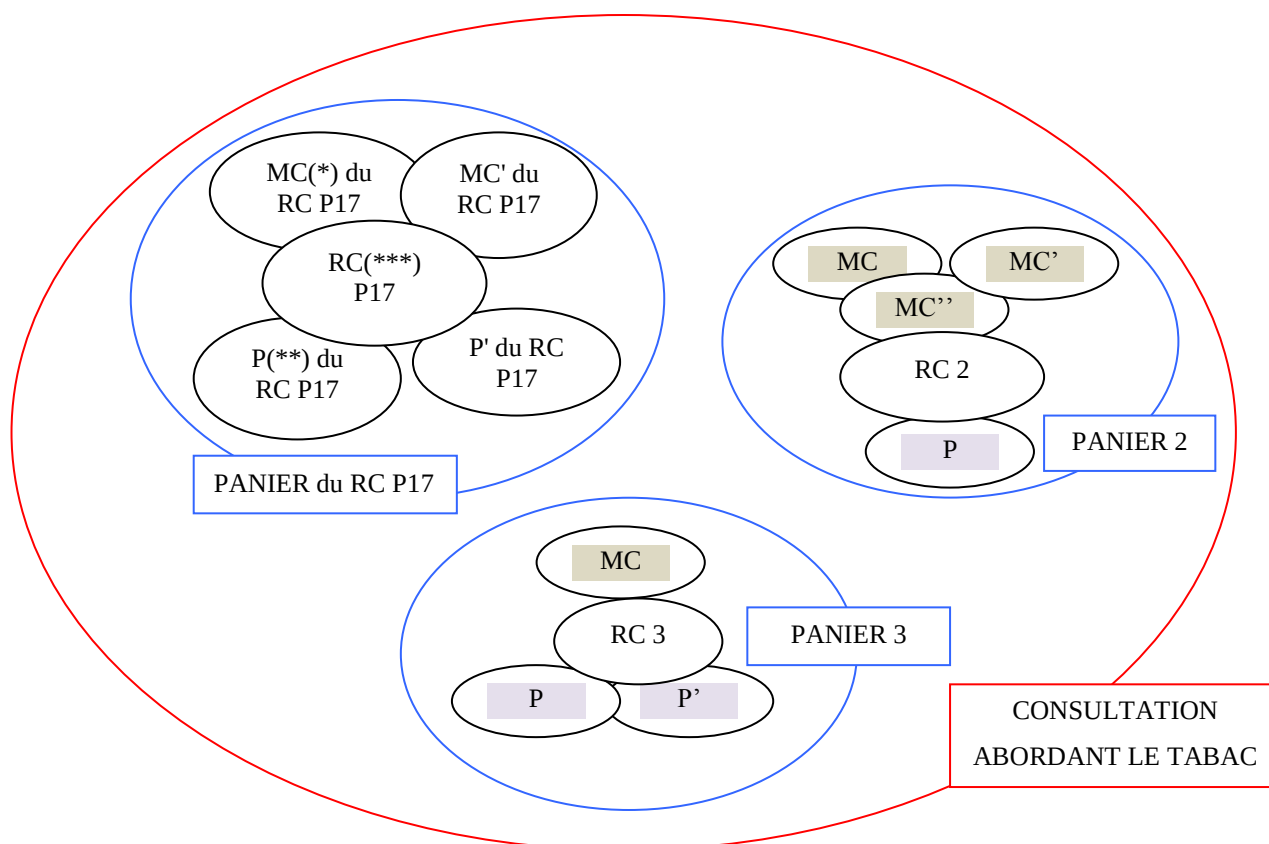
Dix patients étaient venus pour une "rencontre de suivi" (P63) organisée lors d'une précédente consultation.

Un seul patient était venu voir son médecin traitant en demandant de façon explicite à voir un médecin tabacologue (motif de consultation P67 : "psychologie : référence à un médecin" avec le verbatim "demande tabacologue").

2.1.3.5. Les motifs de consultation associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)

Nous avons créé la figure 5 pour illustrer le modèle "SOAP" d'une consultation abordant le tabac. Ce schéma permet de définir la différence entre les motifs de consultation et les procédures relatifs au RC P17 et ceux associées au RC P17.

Figure 5 : Schéma de la distribution des "paniers" et leurs composants au sein d'une consultation abordant le sujet du tabac (contenant un panier avec un résultat de consultation RC = P17 "usage abusif du tabac")



(*) MC = motif de consultation relatif au RC "usage abusif du tabac" (P17)

(**) P = procédure relative au RC "usage abusif du tabac" (P17)

(***) RC= résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)

MC : motifs de consultation des autres paniers de la consultation comportant un panier avec le RC "usage abusif du tabac" (P17) = motifs de consultation associés au RC "usage abusif du tabac" (P17)

P : procédures des autres paniers de la consultation comportant un panier avec le RC "usage abusif du tabac" (P17) = procédures associées au RC "usage abusif du tabac" (P17)

Le tableau 7 présente par ordre de fréquence les principaux motifs de consultation associés au RC P17 dans l'étude ECOGEN.

Tableau 7 : Les 20 motifs de consultation les plus fréquents associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17) dans ECOGEN

Code CISP 2	Titre court de la CISP 2	Fréquence (%)
R05	Toux	47 (6,50%)
K50	Cardio-vasculaire: Médication/prescription	40 (5,53%)
A64	Général et non spécifié : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	40 (5,53%)
T50	Métabolique, endocrinien: Médication/prescription	37 (5,12%)
P50	Psychologique : Médication, prescription	26 (3,60%)
T64	Métabolique, endocrinien: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	23 (3,18%)
R21	Symptôme ou plainte de la gorge	20 (2,77%)
R07	Congestion nasale, éternuement	19 (2,63%)
K64	Cardio-vasculaire : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	15 (2,07%)
A62	Général et non spécifié : Contact administratif	14 (1,94%)
P64	Psychologique: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	13 (1,80%)
W50	Grossesse, accouchement et planning familial: Médication/prescription	12 (1,66%)
R50	Respiratoire: Médication/prescription	12 (1,66%)
N01	Mal de tête	11 (1,52%)
A04	Général et non spécifié : Fatigue/faiblesse générale	11 (1,52%)
T60	Métabolique, endocrinien: Résultats analyses/examens	10 (1,38%)
P06	Perturbation du sommeil	8 (1,11%)
L02	Symptôme ou plainte du dos	8 (1,11%)
K63	Cardio-vasculaire : Rencontre de suivi	8 (1,11%)
A03	Général et non spécifié : Fièvre	8 (1,11%)

Le rang de classement des motifs de consultation associés au RC P17 était différent du rang de celui des motifs de consultation de toute l'étude ECOGEN (tableau 8).

Tableau 8 : Comparaison du rang de classement de l'ensemble des motifs de consultation (MC) à celui des motifs de consultation associés au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17), dans l'étude ECOGEN

Code CISP 2	Titre court de la CISP 2	Rang de classement en fréquence des MC associés au RC P17	Rang de classement en fréquence des MC d'ECOGEN
R05	Toux	N°1 (6,5%)	N°3 (4,8%)
K50	Cardio-vasculaire : Médication, prescription	N°2 (5,5%)	N°1 (6,7%)
A64	Général et non spécifié : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	N°3 (5,5%)	N°4 (3,1%)
T50	Métabolisme, nutrition, endocrinien : Médication, prescription	N°4 (5,1%)	N°2 (5%)
P50	Psychologique : Médication, prescription	N°5 (3,6%)	N°5 (2,7%)

2.1.3.6. Les résultats de consultation (RC) associés au RC "usage abusif du tabac" (P17)

La fréquence cumulée des résultats de consultation associés au RC P17 appartenant au chapitre "psychologique" était de 9,2%. La fréquence cumulée des résultats de consultation associés au RC P17 appartenant au chapitre "respiratoire" était de 23,8%.

Le tableau 9 présente par ordre de fréquence les principaux résultats de consultation associés au RC P17 dans l'étude ECOGEN et le tableau 10 les compare aux RC des autres consultations de l'étude ECOGEN.

Tableau 9 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents associés au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" (P17) dans ECOGEN

Code CISP 2	Titre court de la CISP 2	Fréquence	Fréquence (%) par RC (N=617)	Fréquence (%) par consultation (N = 249)
A98	Général et non spécifié : Gestion santé/médecine préventive	83	13,45%	33,3%
T93	Trouble du métabolisme des lipides	40	6,48%	16,1%
K86	Hypertension non compliquée	28	4,54%	11,2%
R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	24	3,89%	9,6%
P76	Dépression	22	3,57%	8,8%
W11	Contraception orale	18	2,92%	7,2%
R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	17	2,76%	6,8%
R96	Asthme	13	2,11%	5,2%
L84	Syndrome dorso-lombaire sans irradiation	12	1,94%	4,8%
K92	Athérosclérose/Maladie vasculaire périphérique	11	1,78%	4,4%
P06	Perturbation du sommeil	11	1,78%	4,4%
P15	Alcoolisme chronique	11	1,78%	4,4%
R95	Maladie pulmonaire chronique obstructive	11	1,78%	4,4%
A97	Général et non spécifié : pas de maladie	9	1,46%	3,6%
T90	Diabète non insulino-dépendant	9	1,46%	3,6%
T86	Hypothyroïdie/myxoedème	8	1,30%	3,2%
T91	Carence vitaminique/nutritionnelle	8	1,30%	3,2%
T82	Obésité	7	1,13%	2,8%
P74	Trouble anxieux/état anxieux	6	0,97%	2,4%
W78	Grossesse	6	0,97%	2,4%
Y85	Hypertrophie bénigne de la prostate	6	0,97%	2,4%
K90	Accident vasculaire cérébral	5	0,81%	2%
P01	Sensation d'anxiété/ nervosité /tension	5	0,81%	2%
R79	Bronchite chronique	5	0,81%	2%
T81	Goître	5	0,81%	2%

Tableau 10 : Comparaison des résultats de consultations (RC) associés RC "usage abusif du tabac" (P17) aux RC des autres consultations de l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs)

Code et titre court de la CISP 2	RC des autres consultations d'ECOGEN N=44884 (98,6%)		RC associés au RCP17 N=617 (1,4%)		p (test du chi 2)
	N	%	N	%	
A98 (Général et non spécifié : Gestion santé/médecine préventive)	4911	10,9	83	13,5	0,0475
T93 (Trouble du métabolisme des lipides)	1650	3,7	40	6,5	0,0003
W11 (Contraception orale)	256	0,6	18	2,9	<0,0001
R78 (Bronchite aiguë, bronchiolite)	680	1,5	17	2,8	0,0127
R96 (Asthme)	335	0,7	13	2,1	0,0001
L84 (Syndrome dorso-lombaire sans irradiation)	470	1	12	1,9	0,0305
K92 (Athérosclérose/Maladie vasculaire périphérique)	249	0,6	11	1,8	<0,0001
P15 (Alcoolisme chronique)	157	0,3	11	1,8	<0,0001
R95 (Maladie pulmonaire chronique obstructive)	239	0,5	11	1,8	<0,0001
T82 (Obésité)	130	0,3	7	1,1	0,0001
W78 (Grossesse)	164	0,4	6	1	0,0141

La différence entre les résultats de consultation associés au résultat de consultation P17 pendant la consultation et les résultats de consultation des autres consultations d'ECOGEN n'était pas significative pour les résultats de consultation :

- "Dépression" (P76), "Perturbation du sommeil" (P06) et "Troubles anxieux/état anxieux" (P74),
- "Infection aiguë des voies respiratoires supérieures" (R74),
- "Diabète non insulino-dépendant" (T90).

Le résultat de consultation "hypertension non compliquée" était significativement ($p=0,0156$) moins associé au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (4,5%) qu'aux autres résultats de consultation de l'étude ECOGEN (7%).

Au total :

- 1,2% des consultations étudiées a abordé le thème du tabagisme et un tiers des médecins n'a eu aucune consultation sur le tabac au cours de cette étude.
- Les patients ayant eu une consultation concernant le tabac était plus souvent des hommes actifs, entre 50 et 59 ans.
- Les consultations traitant du tabac duraient, en moyenne, plus longtemps que les autres consultations.
- La toux était le motif de consultation du patient le plus souvent associé aux consultations s'intéressant au tabagisme.
- En termes de résultats de consultation, les consultations orientées vers la prévention étaient plus fréquemment associées à celui de l'"usage abusif du tabac".

2.2.Objectifs secondaires

2.2.1. Estimer le recours au conseil minimal (CM)

2.2.1.1. Généralités

Le "conseil minimal" représentait 15,6% (n=54) des procédures (n= 347) relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17). Parmi les consultations abordant le tabagisme (n=249), le médecin a délivré le conseil minimal environ une fois sur cinq. Le conseil minimal a été enregistré sous différents codes de la CISP 2 et pas uniquement sous le code P45 "psychologique : recommandation, éducation, avis" (tableau 11).

Tableau 5 : Codes de la CISP 2 sous lesquels ont été enregistrés les verbatims "le conseil minimal"

Code de la CISP 2	Titre court de la CISP 2	Nombre de verbatims " le conseil minimal" (n=54)
A45	Général et non spécifié : recommandations, éducation pour la santé, avis, régime	3
P45	Psychologique : recommandations, éducation pour la santé, avis, régime	42
P49	Psychologique : autres procédures préventives	5
P58	Psychologique : conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie	3
R31	Respiratoire : examen médical/bilan santé partiel	1

36% des procédures P45 "psychologique : recommandation, éducation, avis" (n=116) étaient des verbatims "conseil minimal".

2.2.1.2. Durée de la consultation avec le conseil minimal

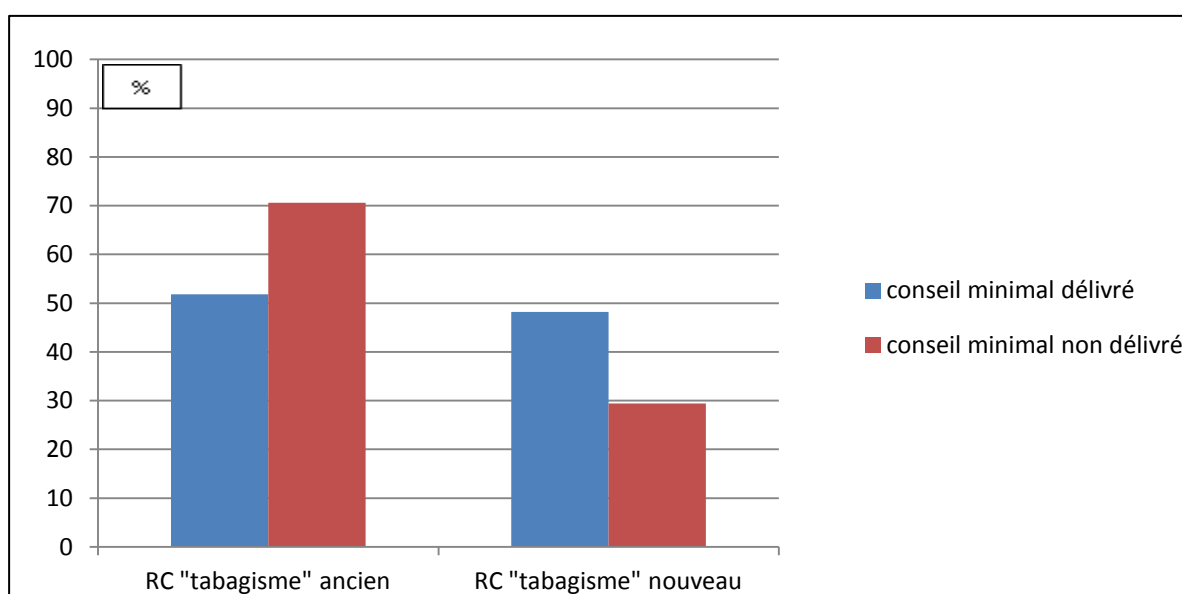
La durée de la consultation avec le conseil minimal relatif au tabagisme était, en moyenne, de 17,4 (±7,3) minutes.

Nous avons comparé la durée moyenne des consultations abordant le tabagisme en délivrant le conseil minimal à la durée moyenne de toutes les autres consultations de médecine générale

de l'étude ECOGEN (n = 20 727 ; 17,3 ±15,4 minutes). Il n'y avait de différence significative entre ces 2 groupes.

La figure 6 illustre la différence de délivrance du conseil minimal selon que le statut tabagique du patient était déjà connu ou non par le médecin traitant. Cette différence était significative ($p=0,0019$).

Figure 6 : Comparaison de la délivrance du conseil minimal en fonction du statut du résultat de consultation (RC) "tabagisme" (ancien/nouveau), dans l'étude ECOGEN



2.2.1.3. Profil des médecins MSU délivrant le conseil minimal

Le profil des médecins (âge, milieu d'exercice, mode d'exercice, secteur et nombre annuel de consultations) qui délivraient le conseil minimal par rapport au tabagisme n'était pas significativement différent du profil des médecins ne le délivrant pas.

2.2.1.4. Conseil minimal dans différentes populations

Il n'y avait pas de différence de fréquence du recours au conseil minimal dans les populations spécifiques identifiées ci-dessous par rapport aux autres patients.

- Les femmes nées entre 1945 et 1965

Parmi les femmes nées entre 1945 et 1965, 20,9% ont reçu le conseil minimal contre 21,84% en population générale ; la différence entre ces 2 groupes n'était pas significative ($p=0,89$).

- Les femmes enceintes

Six femmes ont eu une consultation avec au moins les deux résultats de consultation "usage abusif du tabac" et "grossesse". Ainsi, 3,5% des femmes ayant bénéficié d'une consultation avec le résultat de consultation "grossesse" (n=170) ont eu au cours de cette consultation aussi la question du tabac qui a été posée. La procédure P45 "psychologie : recommandation/éducation/avis" relative au tabagisme avait été réalisée pour toutes les femmes enceintes ayant bénéficié d'une consultation sur le tabagisme. Mais les verbatims en lien avec cette procédure n'ont pas été uniquement "conseil minimal". Le conseil minimal a été délivré au cours de 2 de ces consultations (33,3%). Pour 5 consultations sur 6, c'était le médecin traitant qui a abordé le tabagisme avec la femme enceinte. En population générale (femmes enceintes exclues), 21,8 % des consultations sur le tabagisme ont été abordés par le conseil minimal. La différence entre ces 2 groupes n'était pas significative ($p=0.61$).

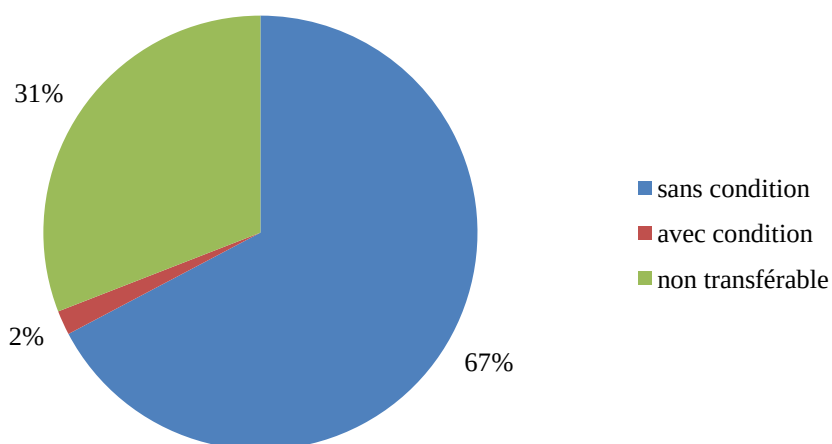
- Adolescents (≤ 18 ans)

Définition selon l'OMS : tout individu âgé entre 10 et 19 ans. Chez les jeunes nés en 1993 ou après (≤ 18 ans), 13 consultations ont traité du tabac. Onze ont généré la procédure -45 "recommandation/éducation/avis", dont 4 étaient "conseil minimal". Les médecins généralistes ont donc délivré le conseil minimal dans 30,8% des consultations abordant le tabac chez les moins de 18 ans. Dans la population générale de l'étude, le conseil minimal était délivré dans environ 21,2% des consultations sur le tabac. La différence entre ces 2 groupes n'était pas significative ($p=0,49$).

2.2.1.5. Transférabilité du conseil minimal

Le transfert de la procédure "conseil minimal" à d'autres professionnels de santé médical ou paramédical a été évalué par les internes de l'étude ECOGEN (figure 7).

Figure 7 : Transférabilité du conseil minimal évaluée par les internes investigateurs de l'étude ECOGEN



Toutes les procédures "conseil minimal" transférables sans condition étaient transférables à l'infirmière, parfois à d'autres professionnels de santé. Les internes ont estimé que 30% des procédures "conseil minimal" étaient transférables sans condition à la fois à l'infirmière, au psychologue et au pharmacien.

Au total :

- Le conseil minimal a été identifié 54 fois dans les verbatims, soit au cours d'une consultation sur cinq évoquant le sujet du tabac.
- La délivrance du conseil minimal chez un patient fumeur n'augmentait pas la durée d'une consultation de médecine générale.
- Deux tiers des procédures "conseil minimal" étaient jugés transférables sans condition à une infirmière.

2.2.2. Repérer et comparer les consultations au cours desquelles le tabagisme était évoqué par le patient à celles où il était abordé par le médecin généraliste

2.2.2.1. Généralités

Parmi les consultations ayant abordé le thème du tabac dans ECOGEN, 165 consultations ont été initiées par le médecin traitant (66%). Cela représentait 3,2% des 5259 résultats de consultation dont le motif de consultation était à l'initiative du médecin. Quatre-vingt-quatre consultations avaient pour motif une demande du patient concernant le tabagisme. Parmi ces dernières, 4 ont été plus précisément une demande de la tierce personne accompagnant le patient. La comparaison entre les consultations au cours desquelles le tabagisme était évoqué par le patient et celles où il était abordé par le médecin a concerné les procédures de soins.

2.2.2.2. Profil des patients initiant une consultation sur le thème du tabac

Le profil (âge, sexe, profession, statut de santé) des patients ayant initié le sujet du tabac lors d'une consultation de médecine générale n'était pas significativement différent du profil des patients n'ayant pas été à l'initiative de ce motif de consultation.

2.2.2.3. Profil des médecins MSU initiant une consultation sur le thème du tabac

Sur l'ensemble de l'étude ECOGEN, 37,5% (n=48) des médecins généralistes ont recherché un tabagisme et ont réalisé une procédure en rapport avec ce résultat de consultation "usage abusif du tabac".

Le profil des MSU ayant initié le sujet du tabac lors d'une consultation de médecine générale n'était pas significativement différent du profil des autres MSU de l'étude ECOGEN.

2.2.2.4. Comparaison des procédures des consultations sur le tabac initiées par le patient à celles initiées par le médecin

La fréquence de certaines procédures des consultations sur le tabac initiées par le patient étaient différentes de celles initiées par le patient. Le tableau 12 en présente les différences significatives.

Tableau 12 : Comparaison des procédures des consultations sur le tabac initiées par le patient à celles initiées par le médecin, dans l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs)

Titre court	CISP 2	Code CISP 2	Initiative du patient		Initiative du médecin		<i>p</i> (test du chi 2)
			N=145 (41,8%)		N=202 (58,2%)		
			N	%	N	%	
Recommandation, éducation, avis		-45	28	19,4	109	54	<0,0001
Médication, prescription		-50	32	22,2	9	4,5	<0,0001
Rencontre de suivi		-63	5	3,5	0	0	0,0076

Le nombre des procédures diagnostiques (examen clinique, biologie, autres examens complémentaires) liées au tabac n'était pas significativement différent entre les consultations initiées par le médecin et celles initiées par le patient.

La différence entre le pourcentage de procédures -58 "conseil thérapeutique, écoute" réalisées pendant la consultation abordant le tabagisme initiée par le médecin (22,3%) et celle initiée par le patient (26,4%) n'était pas significative ($p=0,37$).

2.2.2.5. Les motifs de consultation associés au fait que le médecin initie le sujet du tabac en consultation

Le tableau 13 présente par ordre de fréquence les principaux motifs de consultation associés au RC P17 lorsqu'il était initié par le médecin traitant dans l'étude ECOGEN. Le tableau 14 les compare aux motifs de consultation des autres consultations de l'étude ECOGEN.

Tableau 13 : Les 20 motifs de consultation les plus fréquents des autres paniers de la consultation où la question du tabagisme (P17) était posée par le médecin (-64)

Code CISP 2	Titre court de la CISP 2	Fréquence (%)
A64	Général et non spécifié : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	35 (6,8%)
R05	Toux	34 (6,6%)
T50	Métabolique, nutrition, endocrinien: Médication/prescription/injection	29 (5,6%)
K50	Cardio-vasculaire: Médication/prescription/injection	26 (5,1%)
T64	Métabolique, nutrition, endocrinien: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	20 (3,9%)
R21	Symptôme ou plainte de la gorge	19 (3,7%)
P50	Psychologique: Médication/prescription/injection	19 (3,7%)
R07	Congestion nasale, éternuement	16 (3,1%)
P64	Psychologique: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	12 (2,3%)
A62	Général et non spécifié : Contact administratif	10 (1,9%)
W50	Grossesse, accouchement et planning familial: Médication/prescription/injection	10 (1,9%)
K64	Cardio-vasculaire: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	9 (1,7%)
R50	Respiratoire: Médication/prescription/injection	9 (1,7%)
T60	Métabolique, nutrition, endocrinien: Résultats analyses/examens	9 (1,7%)
K63	Cardio-vasculaire: Rencontre de suivi	8 (1,6%)
N01	Mal de tête	8 (1,6%)
A03	Général et non spécifié : Fièvre	7 (1,4%)
A04	Général et non spécifié : Fatigue/faiblesse générale	7 (1,4%)
T63	Métabolique, nutrition, endocrinien : Rencontre de suivi	6 (1,2%)
D50	Digestif : Médication/prescription/injection	5 (1%)

Tableau 14 : Comparaison des motifs de consultation (MC) des autres paniers de la consultation où la question du tabagisme (RC P17) était posée par le médecin (-64) à ceux des autres consultations de l'étude ECOGEN (présentation des résultats significatifs)

Code et titre court de la CISP 2	MC des autres consultations d'ECOGEN		MC associés aux consultations contenant MC -64 + RC P17		
	N=54998 (99,1%)		N=518 (0,9%)		
	N	%	N	%	p (test du chi 2)
A64 (Général et non spécifié : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur)	1635	3	35	6,8	<0,0001
R05 (Toux)	2564	4,7	34	6,6	0,0424
T64 (Métabolique, nutrition, endocrinien: Episode nouveau/ en cours initié par dispensateur)	582	1,1	20	3,9	<0,0001
R21 (Symptôme ou plainte de la gorge)	950	1,7	19	3,7	0,0008
P64 (Psychologique: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur)	204	0,4	12	2,3	<0,0001
W50 (Grossesse, accouchement et planning familial: Médication/ prescription/injection)	138	0,3	10	1,9	<0,0001
R50 (Respiratoire: Médication/ prescription/injection)	461	0,8	9	1,7	0,0266

La différence entre les motifs de consultation des autres paniers de la consultation où la question du tabagisme (P17) était posée par le médecin (-64) pendant la consultation et les motifs de consultation des autres consultations de l'étude ECOGEN n'était pas significative pour les motifs de consultation :

- "Métabolique, nutrition, endocrinien : Médication/Prescription" (T50),
- "Cardio-vasculaire : Médication/Prescription" (K50),
- "Psychologique : Médication/Prescription" (P50).

Au total :

- Deux tiers des consultations "tabac" ont été à l'initiative du médecin traitant.
- Les médecins généralistes parlant du tabac en consultation étaient également initiateurs d'autres thèmes de soins et de prévention.

2.2.3. Description des procédures mises en place par le médecin généraliste face à un usage abusif du tabac

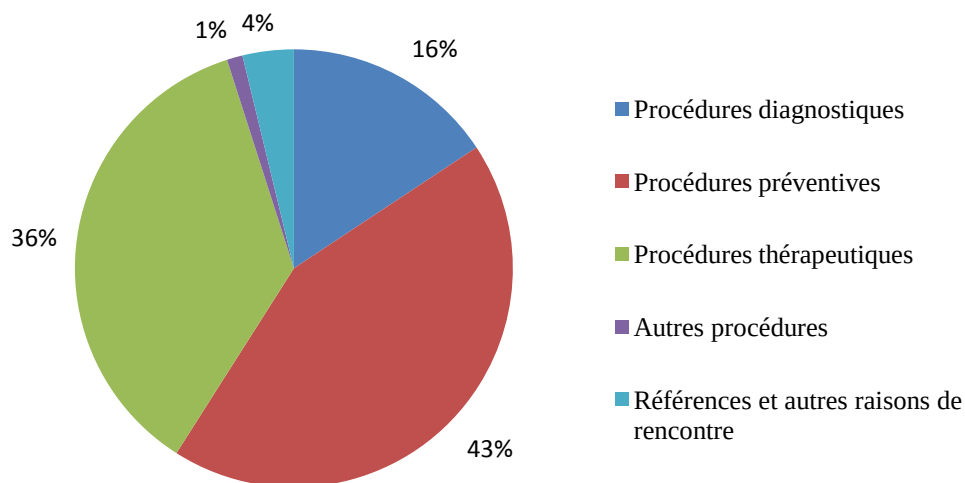
2.2.3.1. Généralités

Au total, 347 procédures ont été répertoriées pour les consultations contenant le résultat de consultation "usage abusif du tabac" (RC P17) (annexe 8). Le nombre moyen de procédures relatives au RC P17 était de 1,39 ($\pm$ 0.68). Au maximum, il y a eu 4 procédures générées en même temps face à un usage abusif du tabac.

Il y avait une procédure manquante et une procédure aberrante L50 "ostéo-articulaire : médication/prescription/injection". Une procédure du chapitre ostéo-articulaire ne pouvait pas être relative au résultat de consultation P17 "usage abusif du tabac". Pour une autre procédure, le verbatim inscrit ne correspondait pas au code CISP 2 enregistré : "A50 général et non spécifié : médication/prescription" était associé au verbatim "clinique auscultation cardio-pulmonaire". Ces 3 procédures ont été exclues du total. Après correction, le nombre retenu de procédures relatives au RC P17 était 344.

Les procédures relatives au RC P17 étaient principalement préventives et thérapeutiques (figure 8).

Figure 8 : Classification des procédures relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (n=344) par composant "standard" des procédures de la CISP 2

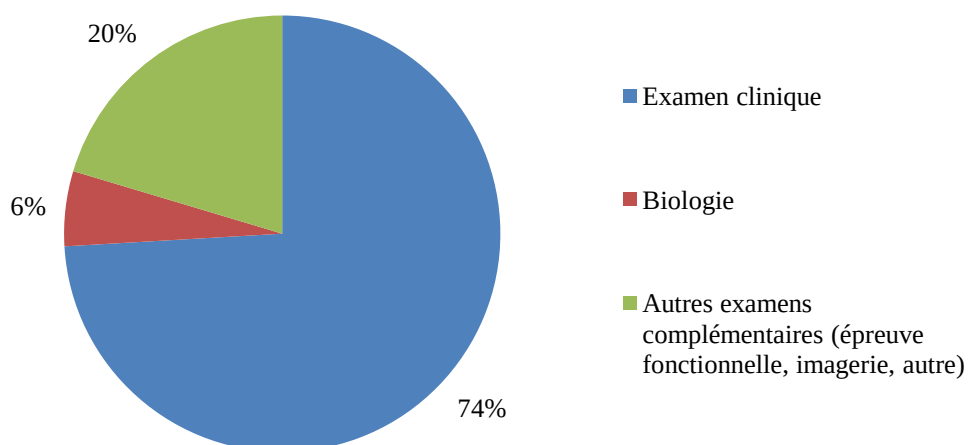


Environ 16% des procédures ont été programmées après la consultation et 84% des procédures ont été réalisées pendant la consultation.

2.2.3.2. Procédures diagnostiques

Parmi les procédures relatives au RC P17, 54 étaient des procédures diagnostiques. La figure 9 présente la répartition de ces procédures diagnostiques.

Figure 9 : Les différentes procédures diagnostiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" dans ECOGEN



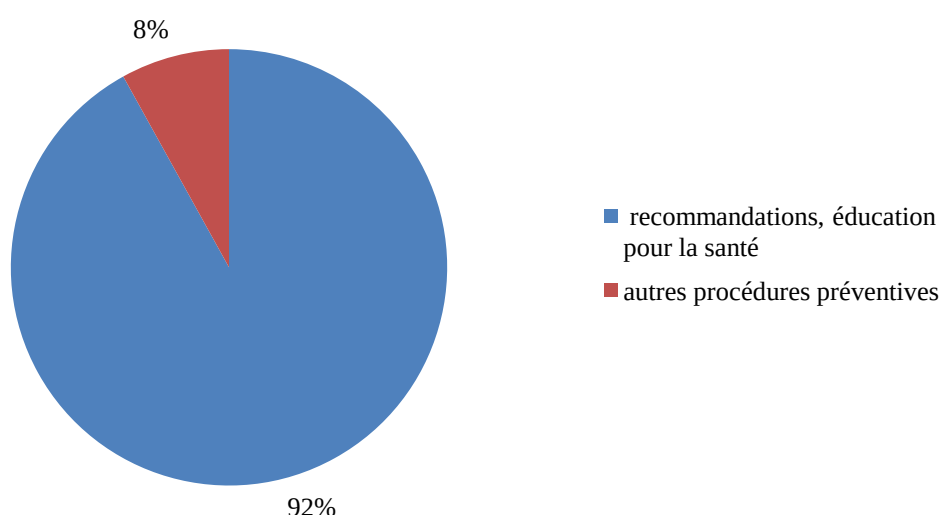
Certains examens complémentaires prescrits par le médecin traitant, notamment les épreuves fonctionnelles ou examens d'imagerie, ont été estimés non transférables à un autre professionnel de santé. Parmi les 3 biologies prescrites une seule a été évaluée transférable sous condition (protocole prédéfini) à la secrétaire. La procédure diagnostique P43, associée systématiquement au verbatim "évaluation de la consommation tabagique" (n=4), était toujours transférable sans condition à un autre professionnel. Les procédures "examen médical détaillé" (-30) n'étaient jamais transférables. Par contre, près d'un tiers (n= 10) des "examen médical partiel" (-31) en rapport avec le tabagisme ont été estimés transférables.

Le verbatim "test de Fagerström" (annexe 9), test diagnostique de la dépendance tabagique a été identifié à 2 reprises sur l'ensemble des procédures. Il a été mis en correspondance avec les codes P31 "psychologie : examen médical partiel" (procédure diagnostique) et P49 "psychologie : autre procédure préventive" (procédure préventive).

2.2.3.3. Procédures préventives

Parmi les procédures relatives au RC P17, 149 étaient des procédures préventives. La figure 10 présente la répartition de ces procédures préventives.

Figure 10 : Les différentes procédures préventives relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" dans ECOGEN



-Détails de quelques procédures préventives :

➤ Procédure -45 "recommandation/éducation santé/avis "

Le code -45 "recommandation, éducation pour la santé, avis" représentait, en théorie, la sphère d'activité préventive et d'éducation à la santé. Les verbatims (annexe 10) représentant cette prise en charge succincte étaient par exemple : "conseil", "conseil minimal", "éducation", "information", "recommandation", etc.

Neuf (7%) des 137 verbatims (annexe 10) relatifs au code -45 illustraient une prise en charge thérapeutique plus approfondie : "entretien motivationnel" (n=6) et "éducation thérapeutique" (n=3).

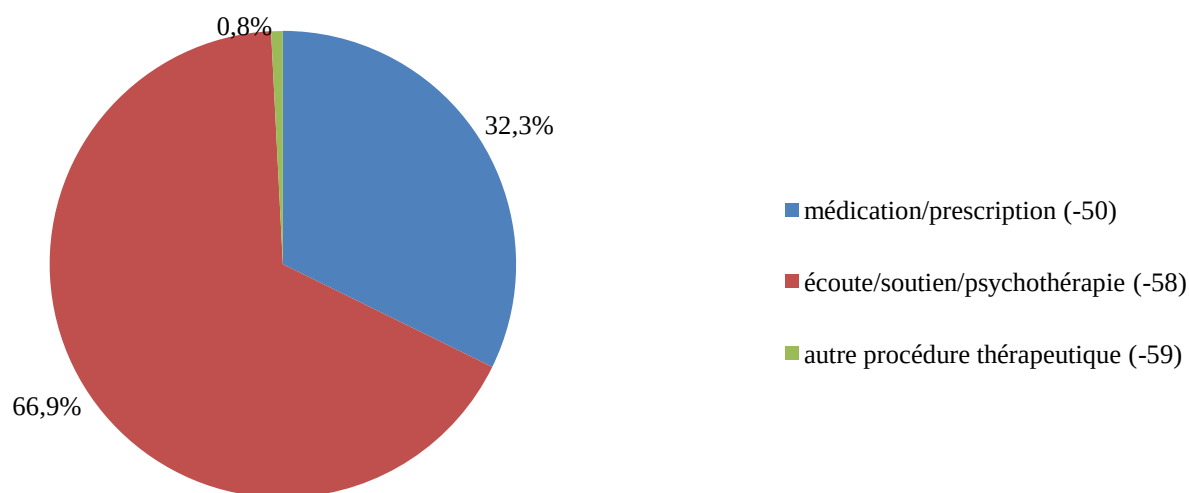
➤ Procédures -49 "autres procédures préventives"

P49 a été associé à 4 reprises au verbatim "évaluation de la consommation du tabac" (annexe 10). Toutes les "autres procédures préventives" (P49) étaient transférables sans condition.

2.2.3.4. Procédures thérapeutiques

Rappel : 2 procédures "médication/prescription" (-50) ont été exclues (A50 et L50). Parmi les procédures relatives au RC P17, 124 étaient des procédures thérapeutiques. La figure 11 présente la répartition de ces procédures thérapeutiques.

Figure 11 : Les différentes procédures thérapeutiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" dans ECOGEN



- Détails de quelques procédures thérapeutiques :

➤ Procédure -50 "médication/prescription"

Les verbatims :

Les 40 procédures -50 enregistrées étaient codées soit dans le chapitre "psychologique" (n=38) soit dans le chapitre "respiratoire" (N=2).

Près de 12% (n=40) des procédures déclenchées par rapport au tabagisme étaient des prescriptions médicamenteuses.

Les verbatims relatifs à "psychologie : médication/prescription" (P50) sont présentés en annexe 10. Plus de la moitié (n=20) correspondant au code P50 n'ont pas été renseignés. Trois verbatims n'ont pas permis de connaître le contenu de l'ordonnance par manque de précision du verbatim. Douze verbatims contenaient au moins les mots suivants "ordonnance, nicotinique" : 12 patients ont bénéficié d'une ordonnance de substitut nicotinique sans en connaître la forme, excepté pour 5 procédures où il était précisé la forme sous patch. La prescription de champix a été identifiée à 3 reprises dans les verbatims relatifs à P50.

➤ Procédure -58 "conseil thérapeutique/écoute/psychothérapie"

Les verbatims du code -58 "conseil thérapeutique/écoute/psychothérapique" (annexe 10) :

Sur les 83 procédures -58 (23,9% du total des procédures), une seule a été attribuée au chapitre "métabolique" (T58) avec comme verbatim la question de la prise pondérale liée à l'arrêt du tabac. Parmi les verbatims relatifs à P58 "psychologique : conseil thérapeutique/écoute/psychothérapique", 19 étaient intitulés "conseil" et 3 "conseil minimal" soit 21 verbatims évoquant une prise en charge plutôt succincte. 4 verbatims n'ont pas été renseignés pour le code P58. Sur l'ensemble des verbatims correspondant au code P58, environ deux tiers témoignaient d'une prise en charge approfondie ; par exemple, "conseil thérapeutique", "psychothérapie", "soutien", "entretien motivationnel", "éducation thérapeutique", "renforcement positif", etc.

2.2.3.5. Références et autres raisons de rencontre

Parmi les patients ayant bénéficié d'une consultation avec abord du tabagisme, 2% ont été reconvoqués par leur médecin généraliste pour une "rencontre de suivi" (code CISP 2 "P63") de patient fumeur.

Une consultation avec le résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17) a abouti en adressant le patient à un tabacologue. Lors de cette consultation, la demande de rencontre d'un médecin tabacologue était un des motifs de consultation du patient.

L'autre médecin spécialiste à qui quelques médecins généralistes ont référé leur patient était le pneumologue (code CISP 2 "R63 Respiratoire : référence à un médecin"). 1,2% (n=3) des patients pour lesquels le tabac a été abordé lors de la consultation ont été adressés en consultation de pneumologie dont 2 avec une demande d'EFR (exploration fonctionnelle respiratoire).

Moins de 1% des consultations avec abord du tabagisme a conduit le médecin généraliste à orienter ses patients vers la médecine non traditionnelle/parallèle (acupuncture) sans que cela soit une demande du patient (ne faisait pas partie des motifs de consultation du patient).

Un médecin a adressé son patient en consultation chez un "magnétiseur" pour arrêter le tabac.

2.2.3.6. Association des procédures face au tabagisme

Le médecin généraliste délivrait uniquement une "recommandation, éducation à la santé" (-45) dans 40,5% (n=101) des consultations où le tabagisme a été pris en charge.

La procédure "psychologique : conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie" (P58) était l'unique procédure du médecin généraliste pour près de 20% (n=49) des consultations abordant le tabagisme.

La procédure P50 "psychologique : médication/prescription" était l'unique procédure du médecin généraliste parmi environ 3% (n=7) des consultations abordant le tabagisme.

L'association des procédures entre elles, contenant au moins les 2 procédures P50 "psychologique : médication/prescription" et P58 "psychologique : conseil thérapeutique,

écoute, psychothérapie" représentait 4% (n=10) des consultations en rapport avec le tabagisme.

2.2.3.7. Transférabilité des procédures relatives au tabagisme

Les professionnels de santé à qui les médecins généralistes pourraient déléguer certaines procédures relatives au tabagisme étaient principalement les infirmières. Plus d'un tiers des procédures relatives au tabac était jugé transférable à une infirmière, et environ un quart exclusivement à elle. Les autres professionnels de santé qui étaient concernés par un transfert de procédures en rapport avec le tabac étaient surtout le pharmacien et le psychologue : 68 procédures (19,6% des procédures relatives au tabac) ont été estimées transférables au pharmacien et 77 au psychologue (22,1%). Les figures 12, 13 et 14 présentent la transférabilité des différents types de procédures relatives au tabagisme. Les figures 15 et 16 détaillent la transférabilité des procédures thérapeutiques "conseil thérapeutique/écoute/psychothérapie" (code CISP -58) et "psychologique : médication/prescription" (code CISP P50).

Figure 12 : Transférabilité des procédures diagnostiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN

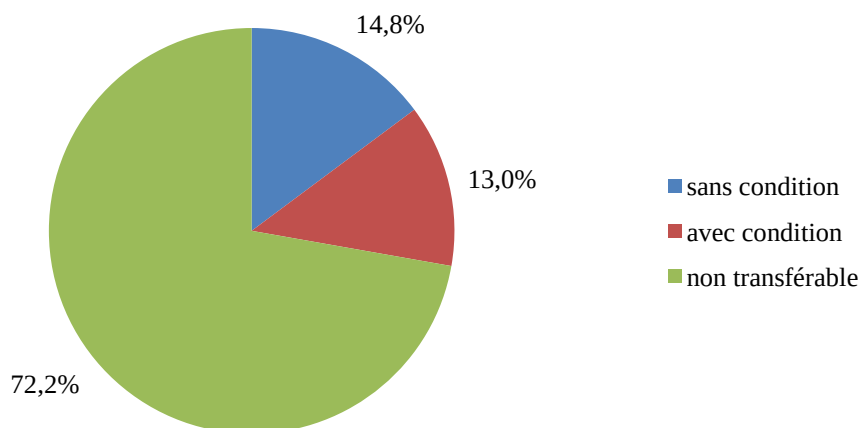


Figure 13 : Transférabilité des procédures préventives relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN

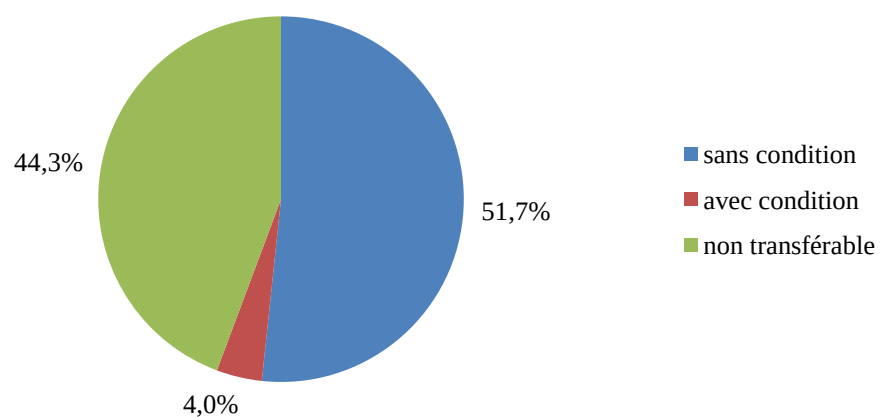


Figure 14 : Transférabilité des procédures thérapeutiques relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN

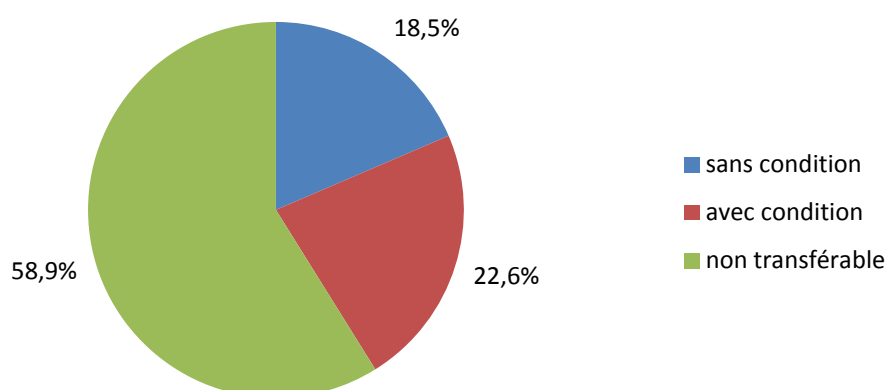


Figure 15 : Transférabilité des procédures thérapeutiques -58 "conseil thérapeutique/écoute/psychothérapie" relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN

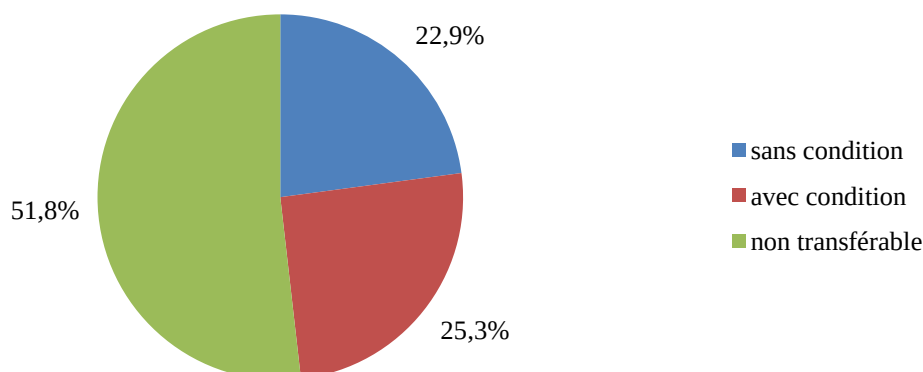
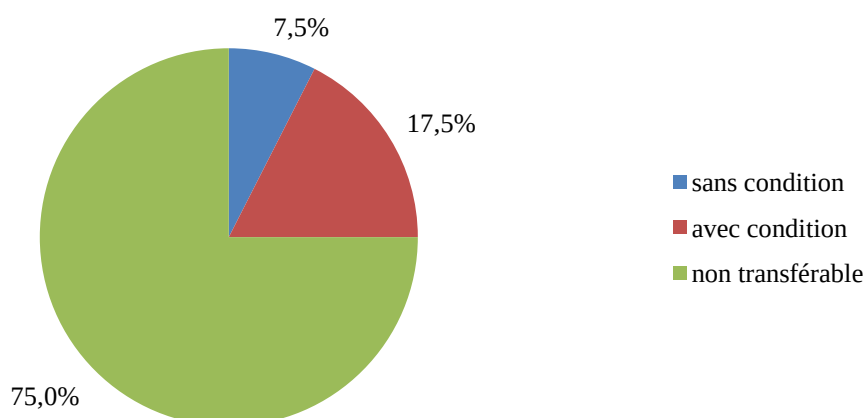


Figure 16 : Transférabilité des procédures thérapeutiques P50 "psychologie : médication/prescription" relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" évaluée par les internes investigateurs dans ECOGEN



Au total :

- Les procédures relatives au tabac étaient préventives ou thérapeutiques.
- La plupart des procédures relatives au tabac était réalisée pendant la consultation.
- Très peu de consultations ont été organisées, quelles aient été vers le médecin généraliste ou vers un spécialiste.
- Le pneumologue était le correspondant principal du généraliste au cours d'une consultation traitant du tabagisme.
- L'infirmière était le professionnel de santé préférentiellement désigné pour le transfert de procédures relatives au tabac.

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces

Ampleur de l'étude : L'étude ECOGEN était une étude prospective descriptive nationale multicentrique de grande envergure. Si quelques données étaient disponibles sur les résultats de consultation en médecine générale, les motifs de consultation des patients en médecine générale n'étaient pas connus en France avant l'étude ECOGEN. Les procédures de soins réalisées ou prescrites étaient aussi très peu documentées, en dehors des actes tarifés.

Données objectives sur la prise en charge du tabagisme : La plupart des données connues concernant la prise en charge du tabagisme par les médecins généralistes étaient des données déclaratives subjectives. ECOGEN était la première étude en France qui a permis d'étudier, objectivement, des épisodes de soins traitant du tabagisme en médecine générale, dans leur globalité (motifs de consultation, procédures et résultats de consultation).

Qualité du recueil : Les internes en stage de niveau 1 qui ont effectué le recueil de l'étude ECOGEN avaient tous intérêt que ce dernier soit de la meilleure qualité possible. En effet, chaque interne avait, à la clé, à sa disposition une base de données des consultations de médecine générale comme support pour son sujet de thèse.

Intérêt de la CISP 2 : La CISP 2 est la classification internationale de référence en médecine générale. La CISP 2 est parfaitement adaptée pour étudier la consultation de médecine générale : elle est centrée sur le patient avec une approche multi-dimensionnelle et globale (somatique, psychologique et sociale).

Elle est utilisée pour la création de base de données comme "*The Continuous Morbidity Registration Nijmegen*" qui a permis l'enregistrement des morbidités de 4 cabinets de médecins généralistes de Nimègue aux Pays-Bas depuis 1968 [15]. Cet enregistrement a permis de traiter des données épidémiologiques longitudinales.

Beaucoup de logiciels médicaux européens utilisent déjà en pratique la CISP 2 pour classifier les données de consultation en médecine générale. Par exemple, *Transition Project* [16], développé par le département de médecine générale d'Amsterdam, est un outil de codage informatique basé sur la CISP 2. Il permet le codage en temps réel, au sein du dossier

médical, des 3 temps de la consultation (motifs de consultation, problèmes identifiés, procédures). Ce programme a été développé également au Japon, en Pologne, en Grèce, et à Malte. La CISP 2 est une classification créée, bien connue et largement utilisée par les chercheurs en médecine générale, ce qui en faisait un outil de qualité pour cette étude.

1.2.Faiblesses

Biais de saison : Le recueil des données a été réalisé essentiellement pendant la période hivernale (de décembre 2011 à avril 2012). Il est évident que la saison a une influence sur l'activité du médecin généraliste. L'hiver est davantage propice aux viroses. Le nombre de résultats de consultation correspondant à ces viroses a probablement été surestimé en comparaison avec un recueil sur une année complète. Cependant, parmi les résultats de consultations des données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) [17] recueillies sur année entière, "état fébrile" et "rhinopharyngite - rhume" étaient aussi des résultats de consultation fréquents (respectivement, 4ème rang en fréquence avec 7.5% des actes et 5ème rang avec 5,4% des actes).

Biais de mémorisation : Le recueil de données était réalisé, lors de la consultation, directement sur un document papier. En théorie, les internes devaient enregistrer chaque consultation sur le site Internet (www.ecogen.fr, Annexe 3) dans un délai court après la consultation. L'objectif était que le codage sur informatique soit le plus représentatif de la consultation. Certaines consultations ont été codées sur Internet plus d'un mois après leur recueil "papier" : les dernières consultations ont été recueillies fin avril 2012 et les dernières inclusions informatiques ont eu lieu jusque début juin 2012. Une évaluation de la reproductibilité du codage informatique par double saisie sur un échantillon de consultation a été réalisée mais ces résultats n'étaient pas disponibles en juillet 2013 pour la rédaction de ce travail.

Erreurs de codage : Nous avons retrouvé dans notre étude des erreurs de codage de la CISP 2 notamment en ce qui concerne le conseil minimal. Les verbatims associés à chaque code ont permis de détecter et corriger ces erreurs. Le verbatim à lui seul était souvent peu informatif et surtout non exhaustif pour une étude de la base de données. Il a donc été nécessaire de coupler verbatim et code CISP 2 pour faire les analyses. Le séminaire de formation a permis un apprentissage rapide de la codification. Mais pour une codification de meilleure qualité, un

entraînement prolongé avec correction par des experts aurait été nécessaire. Les internes ayant réalisé le recueil étaient novices devant le codage de cette classification. Un support avec définition de chaque code de la CISP 2 était à disposition de chaque interne pour l'aide au codage, ainsi qu'un forum en ligne interactif en lien avec des experts du codage CISP 2. Dans les faits, le codage étant déjà très chronophage, il est probable que le recours à ce support ait été inférieur à ce qu'il aurait dû être pour garantir la qualité et l'homogénéité du codage. A la date de rédaction de ce travail de thèse, l'évaluation nationale de la qualité du codage sur enregistrement audio d'un échantillon des consultations n'était pas disponible. Ce dernier devait justement rendre compte de la justesse du codage de la CISP 2 par les internes. S'il avait été techniquement possible, un enregistrement vidéo aurait d'ailleurs été plus approprié puisque certaines procédures se font en silence par le médecin généraliste (par exemple : l'examen clinique). Nous pouvons également nous interroger sur la difficulté de l'interne à recueillir l'ensemble des résultats de consultation, notamment pour les patients consultants pour leur renouvellement d'ordonnance. Le temps destiné à rechercher *via* l'ordonnance les différents problèmes de santé du patient pouvait nuire à la concentration de l'interne au recueil d'autres problèmes de santé évoqués au cours de la consultation. Par exemple, le conseil minimal étant un temps très court de la consultation, son recueil pouvait être compliqué pendant la consultation de médecine générale. Cette difficulté du recueil était dépendante de l'organisation du maître de stage universitaire (MSU) en consultation.

Duplicité de l'interne (investigateur/stagiaire) : L'interne en stage de niveau 1, en théorie, devait être strictement observateur de l'activité du médecin généraliste lors des consultations ou visites. Cependant, le recueil s'effectuant au sein du terrain de stage, cette place n'était pas toujours évidente à maintenir au fil des consultations. La présence de l'interne en tant que tiers a très certainement perturbé la dualité médecin /patient pendant la consultation, et a même pu introduire un biais quant aux motifs de consultation exprimés, sans que cela soit quantifiable.

Lieu du recueil des données : Le recueil de l'étude a été réalisé chez des médecins généralistes MSU. Par conséquent, le profil de ces médecins n'était pas représentatif de la population générale des médecins généralistes français. Deux tiers des médecins généralistes d'ECOGEN étaient des hommes. Selon l'atlas du CNOM 2012 [14], la population générale des médecins généralistes français comprenait 59% d'hommes. Les médecins d'ECOGEN étaient plus âgés que dans la population générale : 72,7% des médecins d'ECOGEN avaient

plus de 50 ans contre 64,3% dans la population générale. Nous n'avions pas trouvé de données nationales sur les autres critères descriptifs des médecins généralistes français (milieu d'exercice, mode d'exercice et secteur conventionnel). Selon le Panel [18], les médecins bourguignons qui accueillent les internes en stage de niveau 1 sont des hommes de plus de 49 ans et exerçant en groupe. Cette population de médecins MSU est spécifique. Le recrutement des MSU est géré par les départements de médecine générale. Pour obtenir la qualification MSU, le praticien doit justifier d'une expérience en médecine générale (au moins 3 ans d'exercice libéral régulier de médecine allopathique). La qualification MSU nécessite également une participation régulière au développement professionnel continu (DPC), y compris à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). On peut donc penser que les MSU suivent davantage la formation médicale continue (FMC) que les autres médecins généralistes du territoire français puisque cela fait partie de leurs obligations pour conserver leur qualification.

2. Résultats principaux

2.1. Généralités

Au total, l'étude nationale ECOGEN a permis de recueillir 20781 consultations entre décembre 2011 et avril 2012. Sur ces 20781 consultations, seulement 249 ont abordé le sujet du tabagisme soit 1,2% des consultations de médecine générale dans ECOGEN. Quel paradoxe ! En 2010, la consommation quotidienne de tabac chez les adultes de 18 à 75 ans atteignait 29 % [7]. Les médecins généralistes sont en contact avec environ 75% de la population française [19]. Bien que le tabagisme soit reconnu comme un problème de santé publique majeur, le résultat de consultation "usage abusif du tabac" apparaît peu fréquent au sein des consultations recueillies. La dépendance tabagique est une maladie chronique fréquente et récidivante : la consultation sur le tabac a toute sa place en médecine générale où l'approche est longitudinale avec des consultations régulières, répétées et étalées dans le temps. La situation de premier recours du médecin généraliste dans le système de soins lui donne une place indiscutable dans la prise en charge des patients fumeurs.

Selon les résultats 2011 de l'enquête ITC France [20], environ trois quarts des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter et ont l'intention d'initier un nouveau sevrage. Près de 40% des fumeurs envisagent d'arrêter dans les 6 prochains mois. Malgré une volonté d'arrêt de la part des

fumeurs, l'aide au sevrage apportée aux fumeurs par les médecins et les professionnels de santé est faible ; un tiers des fumeurs ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé au cours des six derniers mois ont reçu, de leur part, des conseils pour arrêter de fumer. Les fumeurs sont encore moins nombreux (moins de 10% de ceux ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé au cours des six derniers mois) à avoir reçu une prescription pour un médicament d'aide à l'arrêt du tabac ou à avoir été orientés vers des services d'aide à l'arrêt du tabac.

Cette étude a montré des résultats paraissant davantage alarmants. L'aide au sevrage de la part du médecin généraliste semble faire défaut. Certes, l'étude ECOGEN ne renseignait pas le statut tabagique des patients. Mais, en moyenne, la population française compte 30% de fumeurs [7]. On peut ainsi estimer qu'environ 6234 patients des consultations ECOGEN (n=20781) étaient fumeurs. Le tabagisme était un résultat de consultation pour lequel le médecin avait procédé à certains actes diagnostiques, préventifs ou thérapeutiques pour 249 consultations ; soit environ 4% des patients fumeurs dans ECOGEN auraient bénéficié d'une consultation "tabac".

D'après les données de l'Assurance Maladie en 2010 [21], en moyenne, un médecin généraliste français réalise 4800 consultations par an (au cabinet et en visite). Dans ECOGEN, 1,2% des consultations a abordé le sujet du tabac. Si on extrapole ces résultats, seulement 58 consultations annuelles d'un médecin généraliste traiteraient du tabagisme, soit à peine plus d'une consultation par semaine. Dans le Baromètre santé médecin généraliste 1998/1999 [22], les médecins généralistes déclaraient déjà voir en consultation, en moyenne, deux patients par semaine dans le cadre du sevrage tabagique. En comparant ces données, on peut donc craindre qu'en une dizaine d'années, le nombre de patients pris en charge pour le tabagisme par le médecin traitant soit resté quasiment inchangé.

En 2009, l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) [17] classait le résultat de consultation "tabagisme" au 15^{ème} rang des résultats de consultation par ordre de fréquence (soit 2,7% des actes pour tous les patients en 2009). En dehors des données déclaratives, jusqu'à présent, l'OMG était la seule base de données en France représentant l'activité en consultation de médecine générale. Les données de l'OMG de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), sont issues du recueil systématique par des médecins du réseau utilisant le "Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)" (269 définitions

standardisées). Avec ces données, nous connaissions seulement la finalité de la consultation du point de vue du médecin. Dans le travail ECOGEN, la consultation a été étudiée globalement selon le schéma "motif(s) de consultation, procédure(s) et résultat(s) de consultation (RC)" grâce à la CISP 2. Avec cette classification, le RC "usage abusif du tabac" est une conclusion de consultation pour laquelle il y a forcément au moins une action de soin (procédure) de la part du médecin généraliste. A la différence, selon la définition du résultat de consultation "tabagisme" dans le DRC, le RC "tabagisme" peut être "une prise en compte du tabagisme par le médecin dans le suivi du patient". Cette partie de la définition du RC "tabagisme" du DRC s'apparente davantage à considérer le tabagisme comme un antécédent médical ou un facteur de risque. Cela explique que le RC "usage abusif du tabac" de la CISP 2 au sein de l'étude ECOGEN ait un classement en fréquence nettement plus faible par rapport aux dernières données de l'OMG (39ème position, fréquence=0.55% parmi tous les RC de l'étude ECOGEN).

Les médecins généralistes estiment que le sujet du tabagisme est globalement évoqué pendant leurs consultations. Selon le Baromètre du médecin généraliste 2009 [23], aborder au moins une fois le tabagisme avec chaque patient est fait par 63,2 % des médecins généralistes. La recherche de l'usage du tabac à l'interrogatoire n'est donc pas systématique pour plus d'un tiers des médecins traitants. Très souvent le médecin de famille connaît de façon implicite le statut tabagique de son patient. En effet, l'examen clinique ne s'arrête pas aux questions pendant l'interrogatoire. L'examen physique permet souvent d'identifier le statut tabagique du patient lorsqu'il est fumeur (odeur, teint, couleur des doigts, timbre de voix, toux chronique, sibilants à l'auscultation). Par contre, pour les fumeurs avec une faible consommation de cigarettes, ces signes cliniques sont moins évidents voire absents, surtout chez le sujet jeune. C'est pour ces patients que le médecin doit s'enquérir du statut tabagique de chacun de ses patients. Sinon comment le médecin peut-il en initier le sevrage tabagique ou prévenir le tabagisme s'il ne connaît pas le statut tabagique de ses patients ? Les données, déclaratives, du Baromètre Santé sont subjectives. L'étude ECOGEN a estimé de manière plus objective la part des consultations au cours desquelles le thème du tabac est évoqué en médecine générale : un tiers des médecins MSU n'a eu aucune consultation en rapport avec le tabagisme pendant les 5 mois du recueil des données. Le recueil ne concernait en moyenne qu'une seule journée de consultation par semaine pour chaque médecin. Chaque fumeur consulte en moyenne 2 à 4 fois par an un médecin généraliste pour différents problèmes de

santé, de façon significativement plus fréquente chez eux que dans la population des non-fumeurs [24]. Les avantages de l'outil informatique devraient être mis à profit pour favoriser l'aide médicale à l'arrêt du tabac.

Les logiciels utilisés comme supports pendant les consultations pourraient renseigner le statut tabagique de manière évidente afin que le médecin puisse enregistrer le statut fumeur ou non-fumeur de chaque patient, qu'il le connaisse de façon explicite ou implicite. Ainsi, si le statut tabagique du patient apparaissait à chaque consultation de routine, le médecin penserait peut-être plus facilement à réagir face au tabagisme. Renseigner le statut tabagique pourrait être suggéré au médecin traitant au moins une fois par an (actualisation) par l'intermédiaire d'un système d'aide à la décision médicale. Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) sont des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients. Le rappel (ou aide-mémoire) des SADM est majoritairement utilisé pour des actions de prévention et dépistage, et pour l'implémentation des recommandations de bonne pratique. De nombreuses études ont montré un impact positif des rappels sur le comportement des médecins et la persistance de cet impact au cours du temps [25].

Dans l'étude ECOGEN, il y a eu, en moyenne, environ 3 motifs de rencontre par consultation. Une consultation de médecine générale générerait, en moyenne, environ 5 procédures et traitait, en moyenne, 2 problèmes de santé. Ces chiffres montrent que la consultation de médecine générale française est chargée. Malgré cela, le médecin généraliste soulève souvent les problèmes de santé pour lesquels le patient n'était pas venu initialement : 9% des motifs de consultations étaient -64 (initiés par le médecin traitant). Parmi les sujets que le médecin généraliste initiait pendant la consultation, le tabagisme n'était pas le premier choisi par le médecin traitant. L'usage abusif du tabac a été initié par le médecin traitant seulement 157 fois, soit 3% des résultats de consultation où le motif de consultation était initié par le médecin.

De manière générale, la prévention est, en termes de résultat de consultation, le thème le plus fréquent dans l'étude ECOGEN. La nouvelle convention médicale [26] conforte le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins à travers son implication dans la prévention et le

suivi des pathologies chroniques en visant des objectifs de santé publique. Elle apporte une reconnaissance de la qualité des soins avec une rémunération sur objectifs de santé publique en complément du paiement à l'acte. Ce mode de rémunération permet au médecin d'évaluer, à l'échelle de sa patientèle, sa pratique professionnelle globale et de valoriser ses efforts pour la faire évoluer. La nouvelle convention médicale ne rémunère pas le dépistage du tabagisme ou le suivi du patient fumeur sur objectif de santé publique. Pourtant, le tabagisme est un problème majeur de santé publique. La morbidité et la mortalité liées au tabac représentent un coût social annuel pour la France estimé à 47 milliards d'euros, dont 18 milliards d'euros sur les seules dépenses de santé [27]. Cela représente environ 750 euros par habitant et plus de 3% de notre produit intérieur brut (PIB). Pour comparaison, le montant total des remboursements de l'assurance maladie aux personnes diabétiques traitées pharmacologiquement était estimé à 12,5 milliards d'euros en 2007 en France [28]. La prévalence du diabète traité était en 2007 d'environ 4%. Les dépenses de santé liées au tabagisme étaient globalement supérieures à celles du diabète sans considérer la prévalence respective de chacune de ces deux maladies chroniques. Lorsque nous rapportons ces dépenses de santé à la prévalence, les dépenses de santé liées au tabagisme apparaissent faibles par rapport à celle du diabète. Augmenter les dépenses de santé liées au tabagisme pour améliorer sa prise en charge semble être une piste envisageable (par exemple : remboursement des substituts nicotiniques). De plus, une étude médico-économique récente [29] montre que le rapport coût/efficacité de la prise en charge à 100% par l'assurance maladie du sevrage tabagique serait plus intéressant par rapport à celui de la prise en charge partielle actuelle (forfait de 50 euros par an par patient).

2.2.La consultation abordant le sujet du tabac en médecine générale

2.2.1. Profil des médecins maîtres de stage universitaires

Selon le Baromètre Santé 2009 [23], les médecins généralistes qui déclaraient avoir abordé au moins une fois avec chaque patient le sujet du tabac étaient majoritairement des praticiens jeunes (moins de 40 ans) et des femmes. Alors que dans l'étude ECOGEN, les médecins dont les consultations contenaient le résultat de consultation "usage abusif du tabac" étaient essentiellement des praticiens plus âgés (plus de 50 ans) et des hommes. L'étude ECOGEN a été réalisée dans les cabinets des médecins généralistes MSU. Cette population de médecin était spécifique et non représentative des médecins généralistes français. La population des

médecins MSU de l'étude ECOGEN était plus âgée et davantage masculine par rapport aux médecins généralistes français. Il était donc impossible d'identifier un profil "type" de médecin généraliste qui parle plus fréquemment que les autres médecins de la problématique du tabac. Nous pouvons penser que les médecins MSU se comportent vis-à-vis du tabagisme comme des médecins de leur âge et abordent moins le sujet que les praticiens plus jeunes. Cela a pu conduire à sous-estimer la fréquence des consultations où le tabac a été abordé. *A contrario*, le fait que les médecins MSU soient plus assidus aux formations médicales continues (FMC) que les autres médecins généralistes, de par leur obligation statutaire, aurait tendance à l'effet inverse.

2.2.2. Profil des patients

En comparant les critères sociodémographiques des patients ayant bénéficié d'une consultation avec abord du tabagisme à toutes les autres consultations d'ECOGEN (où le tabagisme n'apparaissait pas comme résultat de consultation), nous avons constaté une différence significative des critères "âge" ($p < 0,0001$), "sexe" ($p = 0,0029$) et "profession" ($p < 0,0001$).

Les jeunes de moins de 16 ans étaient nettement moins nombreux au sein des consultations évoquant le tabagisme (1,2%) par rapport aux autres consultations de l'étude ECOGEN (16,9%). En 2011, parmi les jeunes de 17 ans interrogés, l'âge moyen lors de la première cigarette était de 14,1 ans [30]. Selon une enquête internationale sur les collégiens [31], l'usage quotidien (au moins une cigarette par jour) concerne 18,9% des jeunes de 15 ans. Alors que le tabagisme touche nettement les jeunes, y compris avant 16 ans, le sujet du tabac est peu évoqué avec eux en consultation de médecine générale.

42,6% des patients pour lesquels le tabagisme a été un résultat de consultation étaient nés entre 1945 et 1965. En comparaison, 28,2% des patients avec une autre consultation de médecine générale n'abordant pas le tabac étaient nés entre 1945 et 1965. Dans cette tranche d'âge, les femmes étaient moins nombreuses (35,2%) que les hommes (49,6%) parmi les consultations "tabac". C'est pourtant chez elles qu'a été mesurée une augmentation de la prévalence du tabagisme [32].

Les patients âgés de plus 65 ans ayant bénéficié d'une consultation sur le tabac étaient peu nombreux (8%) par rapport à toutes les autres consultations dans ECOGEN (25,3%). Cela peut s'expliquer par le fait que la prévalence du tabagisme diminue avec l'âge (9,6% pour les hommes entre 65 et 75 ans et 5,9% pour les femmes du même âge) [32].

La population de cette étude était majoritairement masculine, les hommes représentant 51% du total. A l'inverse, la population des consultations de tabacologie [33] concernait majoritairement des femmes (51,4%). Dans la population générale, la prévalence d'hommes fumeurs étant plus importante que celle des femmes (36% *versus* 28% des 15-85 ans), il paraît normal que le médecin généraliste compte davantage d'hommes au sein de ses consultations "tabac" [32].

L'âge moyen des patients ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale traitant en partie du tabagisme était de 45.5 ans ($\pm 15,6$). Cet âge moyen est proche de celui retrouvé en consultation de tabacologie [33] : 42,8 ans ($\pm 11,7$).

La population de l'étude ECOGEN ayant eu une consultation "tabac" était significativement ($p < 0,0001$) plus active (60%) que les patients sans abord du tabac (37%). Ces résultats sont concordants avec le profil des fumeurs de la consultation de tabacologie [33] : les fumeurs enregistrés dans la base CDT étaient très majoritairement actifs (68,0%, quelque soit le sexe). Globalement, parler du tabac est plus courant avec les patients professionnellement "actif". Pourtant, les chômeurs comptent toujours, en 2010 [32], davantage de fumeurs quotidiens (51,0%) que les actifs occupés (33,4%). Et entre 2005 et 2010, l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien est presque trois fois plus importante chez les chômeurs (+16%) que chez les actifs occupés (+6%). Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi les chômeurs sont nombreux à fumer et ne parlent pas du sevrage avec un médecin. D'abord, une mauvaise situation matérielle n'incite pas à se préoccuper de sa santé. L'incapacité à se projeter dans l'avenir, qui résulte souvent d'une situation de précarité matérielle, est un puissant déterminant du tabagisme et d'autres conduites addictives. L'usage de la cigarette permettrait aux plus précaires de gérer le stress et l'anxiété associés à leur situation. Du côté du médecin généraliste, la gestion des co-morbidités rend le sevrage tabagique plus difficile chez ces patients en situation de précarité. Les problèmes de santé sont souvent multiples à gérer par le médecin et la problématique du tabac passe au second plan. Enfin, chez ces patients en situation de précarité, l'accès à une substitution nicotinique est freiné par son coût.

En consultation de tabacologie [33], les femmes étaient, significativement ($p<0,0001$), plus jeunes que les hommes : il existait ainsi une prédominance des femmes dans la classe d'âge des 35-44 ans alors que les hommes prédominaient dans la classe d'âge des 45-54 ans. En consultation "tabac" de médecine générale dans ECOGEN, les femmes étaient également significativement ($p=0.0138$) plus jeunes que les hommes ; les femmes de moins de 45 ans représentaient environ 59% du total des femmes alors que les hommes du même âge représentaient environ 40% du total des hommes. D'une manière générale, on comprend que le tabagisme soit une préoccupation des médecins chez la femme jeune. La contraception et la grossesse sont des occasions où le tabagisme est facilement un sujet de discussion entre le médecin et sa patiente. Dans ECOGEN, parler du tabac et de contraception au sein d'une même consultation était courant : environ 7% des consultations abordant le tabagisme avait également parmi ses résultats de consultation "contraception orale". Les résultats de consultation (RC) "contraception orale" et "grossesse" étaient significativement plus souvent associés au RC "usage abusif du tabac" (respectivement 2,9% et 1%) qu'aux autres résultats de consultation de l'étude ECOGEN (respectivement 0,6% et 0,4%). De plus, le tabagisme de la femme enceinte a fait l'objet d'une recommandation de bonne pratique spécifique [34].

Une sous-représentation des jeunes, des femmes de plus de 50 ans et des chômeurs a été observé au sein des consultations "tabac" de l'étude ECOGEN par rapport aux consultations sans abord du tabac. Ces différentes populations sont pourtant les victimes d'une forte prévalence du tabagisme.

2.2.3. La consultation

2.2.3.1. Durée

Cette étude a montré que les consultations abordant le sujet du tabac duraient, en moyenne, environ 3 minutes de plus que les autres consultations de médecine générale dans ECOGEN. Est-ce réellement dû au fait que la prise en charge du tabagisme allonge la durée de consultation ?

Les médecins généralistes initiant le sujet du tabac avec leurs patients pendant la consultation étaient initiateurs également d'autres thèmes de soins généraux et de prévention. Par conséquent, ces consultations pouvaient être particulièrement chargées car le patient venait pour un ou plusieurs motifs de consultation et le médecin n'hésitait pas également à aborder

des sujets pour lesquels le patient n'était pas venu à l'origine. Le manque de temps est habituellement un des facteurs incriminé dans les limites de prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale. Malgré ce manque de temps, les 2/3 des consultations sur le tabagisme ont été initiées par le médecin traitant. Nous retrouvons là un véritable paradoxe. Le manque de temps comme frein à la prise en charge du tabagisme semble être un mauvais argument de la part des médecins généralistes puisque, ceux qui en parlent, trouvent encore du temps pour évoquer d'autres problèmes de santé avec leur patient.

Est-il possible que les consultations sur le tabagisme soient associées à d'autres résultats de consultation qui allongent la durée de consultation ? Avec cette étude, nous ne pensons pas avoir mis en évidence cette idée. Par exemple, la dépression, pathologie au potentiel chronophage en médecine générale, n'était significativement pas plus souvent associée au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" qu'aux autres RC. Cependant, cette étude n'a pas permis d'évaluer précisément les déterminants de la durée de consultation avec abord du tabagisme, notamment en raison du faible nombre de consultations concernées.

Nous ne savons pas bien pourquoi la consultation abordant le sujet du tabac est plus longue que les autres consultations de médecine générale. Mais avoir objectivé ce fait est un argument de discussion important pour que la prise en charge du tabac soit reconnue. Dans la convention médicale [26], certaines activités longues et complexes sont valorisées : par exemple, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le suivi pédiatrique. Il serait intéressant de revaloriser les actes des consultations de prise en charge du patient fumeur. Le premier entretien d'initiation au sevrage tabagique, particulièrement long, nécessite de la disponibilité de la part du médecin généraliste pour évaluer la dépendance, la motivation et les comorbidités du fumeur. Le suivi du patient fumeur est également chronophage, car il met en jeu des techniques d'entretien motivationnel, voire de psychothérapie de soutien. Si la consultation de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique relève des médecins formés à cette spécialité reconnue par un DIU (diplôme inter-universitaire), l'aide à l'arrêt du tabagisme devrait être une priorité pour tous les médecins généralistes. Les consultations dédiées au tabac devraient être valorisées financièrement afin d'encourager cette pratique et de reconnaître son caractère chronophage. Cela permettrait peut-être aussi d'augmenter le nombre de médecins généralistes s'initiant à une formation spécifique en tabacologie.

Le manque de temps est un des facteurs incriminé dans les limites de prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale, comme d'autres facteurs de risque ou maladies chroniques comportementales telles que l'obésité ou l'alcoolisme. Les patients viennent rarement consulter directement pour leur tabagisme. Mais malgré ce manque de temps, il est notable que les deux tiers des consultations "tabac" ont été tout de même initiées par le médecin traitant.

2.2.3.2. Les motifs de consultations associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)

Les patients viennent donc rarement uniquement pour leur tabagisme. En moyenne, les patients sont venus avec 2,7 motifs de soins par consultation. Les médecins généralistes qui initiaient le sujet du tabac étaient également des praticiens initiant des sujets de santé d'ordre général : 6,8% des motifs de consultations associés au fait que le médecin traitant initie le tabac étaient le code CISP "Général et non spécifié : épisode nouveau/en cours initié par dispensateur (A64)" (soit un problème de santé d'ordre général initié par le médecin). De la même manière, les problèmes de santé initiés par le médecin relatifs au chapitre "métabolique, nutrition, endocrinien" et "psychologique" étaient plus souvent associés au résultat de consultation (RC) "usage abusif du tabac" qu'aux autres RC dans ECOGEN.

Selon une étude de 2006 [35], les médecins ont indiqué que les principales circonstances qui les incitent à poser la question de la consommation de tabac sont : les pathologies pulmonaires ou cardiovasculaires (36%), les infections ORL ou pulmonaires (21%), la contraception orale (14%) et le diabète, l'obésité, la sédentarité (11,5%). L'existence d'une autre addiction n'incite pas obligatoirement ces médecins à rechercher un tabagisme.

Dans ce travail, les médecins généralistes initiaient le sujet de tabac si le patient venait pour :

- ✓ une toux ou une plainte de la gorge ;
- ✓ une demande de traitement concernant le chapitre "grossesse, accouchement, planning familial" (par exemple, à une demande de contraception) ou le chapitre "respiratoire".

Devant une demande de traitement par le patient par rapport au chapitre "cardio-vasculaire" (par exemple : renouvellement d'ordonnance d'un patient coronarien) ou "métabolique, nutrition, endocrinien" (par exemple : renouvellement d'ordonnance de diabète), le médecin

ne pensait pas plus souvent à aborder la thématique "tabac" pendant la consultation. Il y a donc une contradiction avec ce qui avait été déclaré auparavant être fait par les médecins généralistes. Les maladies cardio-vasculaires ou le diabète sont des pathologies lourdes à prendre en charge en consultation de médecine générale puisqu'il s'agit très souvent de patients poly-pathologiques. Même si le sevrage tabagique est essentiel dans la prise en charge de ces pathologies, les médecins généralistes semblent en difficulté pour en parler avec ces patients. Le suivi de ces patients poly-pathologiques est compliqué et devrait être mensuel pour un travail de soins de qualité. De plus, lorsque les patients venaient en consultation avec une demande de traitement, très souvent, il s'agissait d'une demande de renouvellement pour une pathologie chronique. Cela explique aussi peut-être l'absence de questionnement systématique sur le tabac, en partie, parce que le statut tabagique du patient était certainement déjà connu.

2.2.3.3. Les résultats de consultation associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (P17)

Certains résultats de consultation étaient significativement associés au résultat de consultation "usage abusif du tabac". Ces résultats de consultations étaient surtout les co-morbidités liées au tabagisme : bronchite aigüe, asthme, athérosclérose, maladie pulmonaire chronique obstructive. Les consultations évoquant le sujet du tabac comportaient aussi plus souvent le résultat de consultation "alcoolisme chronique" (1,8%) que celles ne parlant pas de l'addiction au tabac (0,3%).

La prévention, de manière générale, était le résultat de consultation le plus fréquent dans ECOGEN. La prévention était aussi le résultat de consultation associé à "usage abusif du tabac" le plus fréquent. La prévention était même significativement plus souvent associée au résultat de consultation "usage abusif du tabac" (13,5 %) qu'aux autres résultats de consultation d'ECOGEN (10,9 %). Il y avait donc un lien étroit entre avoir une consultation sur un thème de prévention et aborder le tabac au cours de cette même consultation. Ce résultat est un argument pour les pouvoirs publics en faveur de la mise en place d'une consultation spécifique de prévention et d'éducation à la santé en médecine générale. Cette consultation serait pour la plupart des médecins un moment privilégié de questionnement sur le tabagisme, y compris pour ceux qui n'y pensent pas toujours dans les consultations des patients fumeurs venant pour un autre motif.

L'association des résultats de consultation "usage abusif du tabac" et "dépression" a été retrouvée au sein de 22 consultations dans ECOGEN, soit 8,8% des consultations "tabac". Les résultats de consultation "dépression" et "anxiété" n'étaient pas significativement plus fréquents dans les consultations où le tabac était abordé. C'est relativement moins qu'en consultation de tabacologie [33] où un antécédent d'épisode dépressif était retrouvé chez près d'un tiers des fumeurs consultants. Les antécédents cardio-vasculaires et respiratoires étaient particulièrement fréquents dans la population de la base nationale CDT [33]. 34% des fumeurs avaient au moins un antécédent cardio-vasculaire ou pulmonaire. La pathologie la plus fréquente était la bronchite chronique, rencontrée chez 17 % de cette population. Dans ECOGEN, la bronchite chronique ou la maladie chronique obstructive étaient retrouvées pour seulement 6,4% des patients ayant bénéficié d'une consultation abordant le sujet du tabac. Ces différences entre les taux de co-morbidités des patients fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie et ceux des patients fumeurs pris en charge en médecine générale s'expliquent par le recrutement particulier des sevrages difficiles en consultation de tabacologie, avec davantage de précarité et de co-morbidités somatiques et/ou psychologiques chez ces patients adressés en centre spécialisé.

Il existait un lien significatif entre le résultat de consultation "syndrome dorso-lombaire sans irradiation" (lombalgie) et celui du tabac (1,9%) par rapport aux autres consultations de l'étude ECOGEN (1%). Dans certaines études, le tabac est identifié comme facteur de risque de lombalgie. L'hypothèse la plus souvent avancée, fondée sur des démarches expérimentales, est que la nicotine et les substances chimiques de la cigarette, auraient des conséquences négatives sur la nutrition des disques intervertébraux (effet fibrinolytique de la nicotine par défaut de vascularisation) [36].

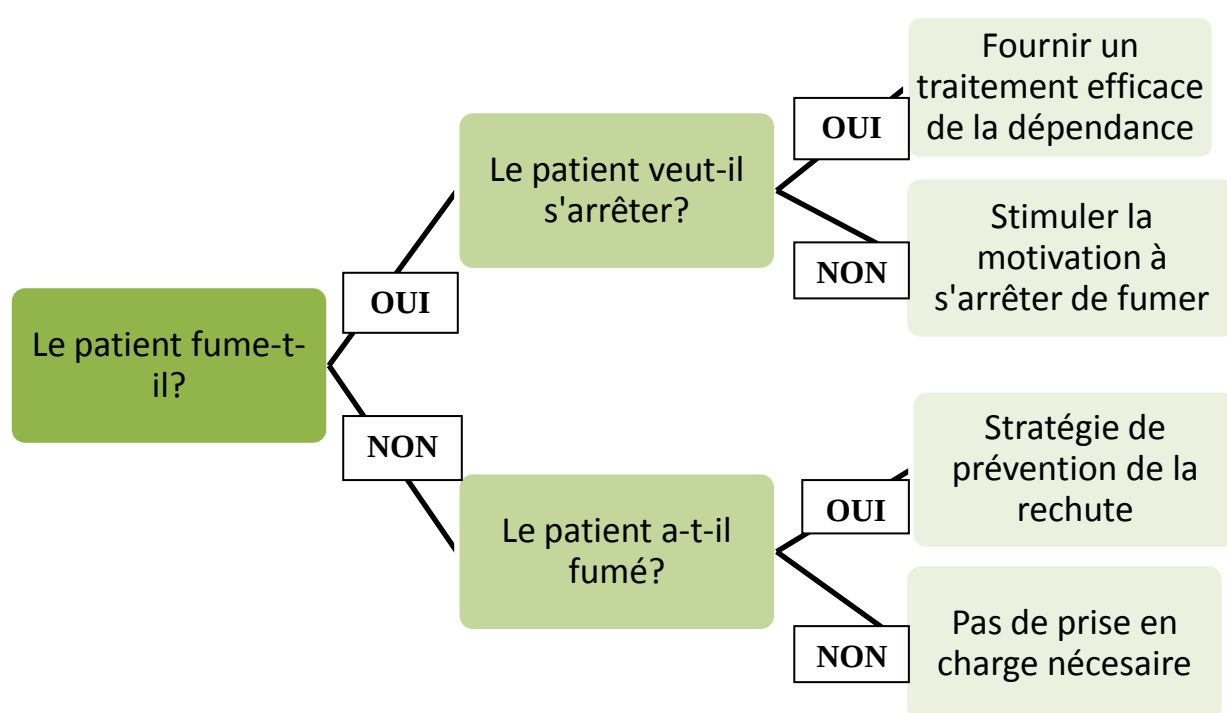
Le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme et la dyslipidémie sont tous des facteurs de risques de maladie cardio-vasculaire. Le résultat de consultation "trouble du métabolisme des lipides" était significativement plus fréquent au sein des consultations où le sujet du tabac était évoqué (6,5%) par rapport à celles ne l'évoquant pas (3,7%). Par contre, nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre le résultat de consultation "usage abusif du tabac" et "diabète non insulino-dépendant" ni avec "hypertension non compliquée" ; ce dernier résultat étant même significativement plus fréquent dans les consultations ECOGEN n'abordant pas le sujet du tabac (7% *versus* 4,5%). Ces résultats peuvent laisser craindre qu'il existe une lacune de prise en charge du tabagisme chez les patients à risque cardiovasculaire en prévention

primaire, le tabagisme n'étant pas considéré comme un facteur de risque aussi important que l'hypertension ou le diabète.

3. Résultats secondaires

L'étude des procédures relatives au résultat de consultation "usage abusif du tabac" a permis de constater que les médecins généralistes ne semblent pas avoir bien intégré dans leur pratique professionnelle les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS 2003 sur la prise en charge du tabagisme [9].

Figure 17 : Algorithme de prise en charge d'un sujet fumeur selon les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS 2003



A chaque étape de cet algorithme [9], les recommandations définissent l'attitude que le médecin traitant devrait avoir face au tabagisme.

3.1.Le conseil minimal : procédure préventive, diagnostique et thérapeutique

Le médecin traitant reçoit en consultation quotidiennement un grand nombre de fumeurs ne consultant que rarement pour leur tabagisme. Dans cette population, le généraliste a un rôle majeur dans la préparation de la prise de décision à l'arrêt du tabac. L'outil le plus intéressant pour répondre à ce rôle est le conseil minimal : simple, rapide et efficace. Ce dernier consiste, en pratique, à poser à chaque patient qui consulte deux questions : " Fumez-vous ? " puis, si la réponse est positive "Voulez-vous arrêter de fumer ?". Ces deux questions posées par un médecin doublent le taux de succès à l'arrêt, après un an, par rapport à l'arrêt spontané dans un groupe témoin [10]. Et si les fumeurs sont interrogés systématiquement par un médecin avec les questions ci-dessus, on observe un gain de 2% d'arrêt dans la population totale des fumeurs. Un conseil minimal délivré systématiquement par les médecins généralistes français se traduirait par un arrêt supplémentaire d'au moins 200 000 fumeurs par an en France [9]. Le conseil minimal est donc considéré comme la base de la prise en charge du tabagisme.

Une étude sur le repérage des fumeurs [37] réalisée, avec le référentiel d'auto-évaluation de l'HAS sur le repérage et l'initiation du sevrage tabagique [38], a montré, que le conseil minimal n'est que très peu utilisé en pratique courante de prévention des spécialistes ORL. Pourtant, les pathologies rencontrées en consultation ORL sont fréquemment en lien avec le tabagisme. En médecine générale, une étude [35] réalisée auprès de 317 praticiens marnais mettait en évidence de nombreuses occasions manquées pour aborder le tabagisme : dans 42% des cas le conseil minimal n'était pas donné. Pourtant, les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS de 2003 souligne que "le conseil minimal doit être systématique" dans la pratique du médecin généraliste. Pour un patient qui ne souhaite pas arrêter de fumer, le médecin généraliste doit acquérir le réflexe du conseil minimal pour motiver le patient à un arrêt futur. Dans ECOGEN, le conseil minimal a été délivré dans une consultation sur 5 parmi les consultations traitant du tabagisme. Bien que l'efficacité du conseil minimal pour inciter les fumeurs à l'arrêt soit démontrée, les médecins généralistes ne l'utilisent pas encore de manière systématique pendant leur consultation.

Au sein des consultations ECOGEN, nous avons vu que les jeunes et les femmes nées entre 1945 et 1965 étaient sous représentées au sein des consultations "tabac" de médecine générale. Il devrait pourtant s'agir de populations "cibles" pour les médecins généralistes

puisque l'on observe une augmentation de la prévalence du tabagisme dans ces deux populations. Le conseil minimal devrait être encore plus systématiquement délivré chez ces patients "cibles". Or, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de différence significative quant à la délivrance du conseil minimal entre ces deux populations et les autres patients de l'étude ECOGEN. Les médecins généralistes, par manque d'information, n'ont peut-être pas conscience de cette recrudescence du tabagisme dans ces populations. Pour seulement 3,5% des patientes ayant consulté pour une grossesse (consultation où la "grossesse" était un résultat de consultation) la question du tabac a été abordée. Le résultat de consultation "grossesse" était tout de même significativement plus fréquent parmi les consultations ayant évoqué le tabac que les consultations ECOGEN avec d'autres résultats de consultation. Au sein de cette population de femmes enceintes consultant pour leur grossesse, le conseil minimal n'était pas davantage délivré par rapport aux autres patients d'ECOGEN. Cependant, la procédure P45 "psychologie : recommandation/éducation/avis" était réalisée systématiquement. Il se pourrait que le verbatim "conseil minimal" par méconnaissance de sa définition par les internes n'ait pas été mis en lien avec le code P45 et par conséquent sous-estimé. Les femmes fumeuses consultant pour leur grossesse semblent davantage intéresser le médecin généraliste sur le sujet du tabac. La diffusion des recommandations de bonne pratique chez la femme enceinte sur la prise en charge du tabagisme [34] en est probablement une des raisons. De plus, prendre en charge le tabagisme chez la femme enceinte est probablement vécu comme plus simple par les médecins du fait d'une motivation plus importante liée à la protection du futur nouveau-né.

En théorie, le conseil minimal aurait dû être enregistré sous le code P45 "psychologique : recommandation, éducation santé, avis". Les 116 codes P45 contenaient plus de verbatims comme "éducation" ou "conseil" (64%) que de verbatims "conseil minimal". Le conseil et l'éducation sur le tabagisme sont des concepts larges qui peuvent éventuellement inclure le conseil minimal. Selon une étude réalisée auprès de 38 médecins généralistes pour un travail de thèse en Nouvelle Calédonie, 55% des médecins ne connaissaient pas le conseil minimal d'arrêt du tabac et aucun ne le pratiquait de façon complète, c'est-à-dire avec remise de brochure à l'issue des 2 questions habituelles [39]. Comme déjà évoqué brièvement, on ne sait pas si la définition précise du conseil minimal était connue des internes de médecine générale participant au recueil des données, ce qui a pu introduire un biais de classement. Le recueil du verbatim "conseil minimal" n'a probablement pas été exhaustif dans l'étude ECOGEN. Par

manque de connaissance ou de précision lors de l'enregistrement informatique des verbatims, les internes n'ont peut-être pas enregistré le verbatim "conseil minimal" sous ce terme exact ; ils ont pu simplement noter "conseil" à la place de "conseil minimal". La pratique du conseil minimal dans ECOGEN a pu être sous-estimée, à la fois, par ce manque de précision lors de la saisie des verbatims et, à la fois, par un manque de connaissance de la définition du conseil minimal par les internes. 137 procédures "recommandation, éducation, avis" (code CISP -45) ont été enregistrées lors des consultations "tabac" dans ECOGEN, soit 39,5% du total des procédures "tabac" *versus* 15,6% "conseil minimal" (n=54).

Dans ECOGEN, nous avons montré que délivrer le conseil minimal à un patient fumeur n'augmentait pas la durée de la consultation du médecin généraliste, alors qu'elle était augmentée en cas de prise en charge du tabagisme par ailleurs. La durée moyenne d'une consultation dans ECOGEN était de 17,3 minutes ($\pm 15,4$) et celle d'une consultation abordant le tabac dans ECOGEN était de 20,1 minutes ($\pm 11,3$). La durée des consultations où le conseil minimal était délivré face à un usage abusif du tabac dans ECOGEN était de 17,4 minutes ($\pm 7,3$). La durée du conseil minimal est donc courte. Elle avait déjà été évaluée, en moyenne, à moins d'une minute lorsque le professionnel de santé en a l'habitude et à trois minutes en phase d'apprentissage [40]. Malgré cette connaissance sur l'efficacité et la courte durée du conseil minimal, cette étude a montré que les médecins généralistes ne l'utilisent pas en pratique courante. Sur l'ensemble des procédures qu'ils ont mené face à un usage abusif du tabac, le conseil minimal ne représentait que 15,6% alors qu'une prise en charge psychologique plus approfondie représentait 23,9 % des procédures de soins. Les médecins généralistes incriminent souvent le facteur temps comme frein à la prise en charge des patients fumeurs. Mais, par manque de formation sur ce sujet, ils ne savent probablement pas aborder le sujet du tabac avec une intervention brève efficace.

Nous avons déjà souligné l'intérêt des logiciels avec système d'aide à la décision médicale dans le repérage du statut tabagique des patients en consultation de médecine générale. Si le patient est fumeur, le logiciel pourrait émettre une alerte automatique en proposant au praticien de réaliser le conseil minimal en affichant clairement les questions à poser au patient. Il y a probablement peu d'intérêt à ce que cette alerte soit systématique à chaque consultation : le médecin risque de ne plus en tenir compte. Par contre, proposer une intervention brève face à un usage abusif du tabac tous les 6 mois serait intéressant pour

évaluer régulièrement la motivation du patient. Surtout qu'un tabagisme déjà connu (ancien résultat de consultation) n'incitait pas le médecin à délivrer le conseil minimal. Dans ECOGEN, le conseil minimal était moins souvent délivré (30%) par le praticien lorsque le tabagisme était déjà connu du médecin généraliste.

Délivrer le conseil minimal a été une procédure de soins estimée fréquemment transférable (67% des verbatims "conseil minimal") à un autre professionnel de santé. Pourquoi l'intervention brève n'a-t-elle pas été estimée transférable dans 100% des situations ? Il faut tenir compte du fait que la transférabilité du conseil minimal était jugée au cours d'un épisode de soins précis et le contexte de la consultation à lui seul pouvait être un frein à la transférabilité de la procédure. De plus, il est logique de penser que l'intervention brève face à un usage abusif du tabac se doit d'être faite par l'ensemble des professionnels de santé, pas uniquement mais y compris par les médecins généralistes.

3.2. Autres procédures thérapeutiques

Pour un patient qui souhaite s'arrêter, il y a deux grandes phases : l'instauration du sevrage et le maintien de l'abstinence [9].

Initiation au sevrage tabagique : Pour l'initiation au sevrage, plusieurs thérapeutiques ont fait preuve de leur efficacité. Les substituts nicotiques sont recommandés (grade A) dans l'aide à l'arrêt du tabac chez les patients dépendants. Dans la plupart des études, les substituts nicotiques permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à 6 mois par rapport au placebo. A un an, 18% des fumeurs ayant été traités par des substituts nicotiques sont abstinents contre 10% dans le groupe placebo [41]. Dans ECOGEN, 12% des procédures déclenchées face à un tabagisme étaient des prescriptions médicamenteuses. Grâce aux verbatims, un tiers d'entre elles a été identifié comme une prescription de substituts nicotiques. La moitié des verbatims en rapport avec le code "médication/prescription" n'a pas été renseigné ; nous ne savons donc pas si ces prescriptions correspondaient à une substitution nicotinique. Nous pouvons simplement dire que les prescriptions médicamenteuses face à un usage abusif du tabac semblaient peu fréquentes dans ECOGEN. La proposition par le médecin généraliste d'une thérapeutique médicamenteuse à son patient fumeur nécessite que ce dernier soit assez motivé au sevrage. Mais, l'étude ECOGEN ne renseignait pas le stade de motivation du patient dans la décision à l'arrêt du tabac.

L'utilisation de la thérapie comportementale et cognitive (TCC) permet aussi de multiplier par deux le taux d'abstinence à 6 mois [42]. Associée aux substituts nicotiniques, la TCC accroît davantage les taux d'abstinence. Elle est également utile à la prévention des rechutes au long cours. Très peu de généralistes étant formés aux TCC (recommandation de grade A dans le sevrage tabagique), une autre approche psychologique avec conseil individuel est donc également recommandée (grade C) [9]. Ce processus de soutien psychologique est long et nécessite plusieurs consultations approfondies. Au quotidien, la pratique des TCC en consultation de médecine générale semble difficile car peu de médecins souhaitent s'y investir et se former parce qu'il s'agit déjà de prise en charge spécialisée de tabacologie.

Dans la CISP 2, le concept thérapeutique -58 "conseil thérapeutique/écoute psychothérapeutique" est souvent mis en balance avec la procédure -45 "recommandation, éducation pour la santé, avis", classée dans le Composant 2 (Procédures diagnostiques et préventives) [13]. La question se pose souvent de savoir à partir de quel moment il faut coder -58 : écoute thérapeutique, psychothérapie. C'est le terme "thérapie" qui donne la clé de cette question. A partir du moment où le médecin agit comme thérapeute et que sa parole ou son action se fait thérapeutique, on utilisera le -58. On peut donc considérer que le code P58 "psychologique : écoute, soutien psychologique, psychothérapie" correspondait à une prise en charge psychologique approfondie du sevrage tabagique.

Dans ECOGEN, la prescription d'un traitement médicamenteux (P50) et le soutien psychologique (P58) n'ont été associés, pour la prise en charge du sevrage tabagique, que dans 4% des consultations sur le tabagisme. Soit, 10 consultations sur les 20781 consultations de l'étude ECOGEN ont permis une prise en charge thérapeutique du tabagisme, de façon optimale, tel que c'est recommandé en combinant traitement médicamenteux et soutien psychologique.

Prévention des rechutes : Selon les recommandations de l'AFSSAPS [9], un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours (Grade A). La prise en charge doit être poursuivie sur une durée d'au moins six mois. Dans ECOGEN, seulement 2% des patients ayant bénéficié d'une consultation avec abord du tabagisme ont été convoqués explicitement par leur médecin généraliste pour une "rencontre de suivi" du patient fumeur. Dix patients étaient venus pour une "rencontre de suivi" (P63) sur le tabagisme organisée lors d'une précédente consultation (soit 4% des consultations "tabac").

Bien que la situation des patients dans l'algorithme de la prise en charge du patient fumeur ne soit pas connue dans l'étude ECOGEN, les thérapeutiques efficaces recommandées semblent être peu utilisées par le médecin généraliste. Pourquoi ? La formation universitaire et post-universitaire des médecins généralistes en matière de tabacologie est probablement insuffisante. La tabacologie est aussi une discipline récente. C'est seulement depuis 1997, suite à l'arrêté du 4/03/1997, qui réorganisait le second cycle en enseignements transversaux, qu'un séminaire doit être consacré aux addictions [8]. Depuis le plan cancer de 2003, les facultés de médecine sont également tenues d'intégrer une formation spécifique en tabacologie dans le cursus des étudiants en médecine. Un module "prévention et éducation à la santé" comportant un volet tabac dans le tronc commun du premier cycle des études médicales a été créé [43]. Ces nouvelles orientations permettent de penser que les jeunes médecins ont bénéficié d'une formation initiale à la prise en charge du tabagisme. Dans ECOGEN, les MSU ayant le tabagisme en résultat de consultation au moins une fois n'étaient pas plus jeunes que les MSU n'ayant aucune consultation en rapport avec le tabagisme. La formation initiale est nécessaire pour que les étudiants en médecine acquièrent des connaissances générales en tabacologie. Mais la formation initiale doit être complétée et actualisée par une formation médicale continue (FMC). De par leur obligation due à leur qualification, les MSU doivent participer régulièrement à des FMC et, *a priori*, davantage que les autres médecins généralistes. Le tabagisme ne semblait pourtant pas être pris en charge de façon massive dans l'étude ECOGEN. Il serait judicieux d'uniformiser la FMC (formation médicale continue) pour que, par exemple, l'ensemble des médecins ait les compétences minimales requises pour prendre en charge le tabagisme. L'évaluation de la pratique du sevrage tabagique doit évidemment compléter cette FMC afin que cela soit réellement intégrer dans l'exercice quotidien des médecins généralistes.

Procédure diagnostique : Parmi les diverses drogues, la nicotine est une de celles qui entraîne une dépendance parmi les plus fortes. L'évaluation de la dépendance tabagique ne semblait pas être une pratique courante au sein des consultations où médecin traitant et patient parlaient du tabac. Le test de Fagerström (annexe 9), outil d'évaluation de la dépendance physique, a été identifié de manière précise lors de seulement 2 consultations parmi les 249 abordant le tabagisme. Evaluer le niveau de dépendance tabagique est nécessaire pour savoir comment adapter la thérapeutique du sevrage tabagique. Selon la note de cadrage de l'HAS [44], pour certains spécialistes, la quantité de cigarettes consommées permet d'évaluer le

niveau de dépendance du patient et adapter le dosage des traitements, en ajustant avec les symptômes de surdosage ou de manque. La prochaine actualisation des recommandations "arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence" doit définir selon un consensus d'expert la validité de cette pratique simple à utiliser au quotidien pour les médecins généralistes.

Cependant, qu'est-ce que l'actualisation des recommandations en 2013 sur la prise en charge du tabagisme apportera de plus que les précédentes si les médecins généralistes ne les intègrent pas dans leur exercice quotidien ? Il paraît donc nécessaire d'inciter les praticiens à les intégrer dans leur pratique. La rémunération sur objectifs de santé publique, introduite par la nouvelle convention médicale, pourrait en être un levier. Si l'on considère que le tabagisme, en France, tue plus que le cancer colorectal, le cancer du sein et le diabète réunis, l'intérêt de la lutte contre le tabagisme pour la santé publique est évident. L'absence d'indicateur fiable de l'aide au sevrage tabagique en est actuellement un frein. D'autres critères, uniquement déclaratifs, ont pourtant déjà été pris en compte, comme le nombre de patients hypertendus bien équilibrés par exemple. Actuellement, les substituts nicotiniques ne sont que partiellement pris en charge par l'assurance maladie (forfait de 50 euros une fois par an et par assuré ou 150 euros pour une femme enceinte). Si les substituts nicotiniques étaient pris en charge à 100% pour tous les patients, comme le suggérait récemment l'étude médico-économique de l'UREco Paris [29], cela pourrait constituer un indicateur de l'effort d'aide au sevrage tabagique.

3.3.La transférabilité des procédures relatives au tabagisme

L'étude de la transférabilité d'une tâche (procédure) habituellement réalisée par le médecin traitant correspondait au fait de savoir si au moment d'une consultation pour ce patient cette tâche aurait pu être déléguée à un autre professionnel de santé. Il s'agissait d'une situation précise et non d'une généralité comme la délégation des tâches réalisées par le médecin.

Selon l'étude ECOGEN, les internes ont estimé que 50% des procédures préventives et 40% des procédures thérapeutiques relatives au tabagisme étaient transférables. Un quart des procédures P50 "psychologique : prescription, médication" a été estimé transférable à un autre professionnel de santé. Le soutien psychologique approfondi (-58) était transférable une fois sur deux. Le rôle de prescription médicamenteuse reste, culturellement, celui des médecins.

D'ailleurs, la prescription médicamenteuse était la procédure la plus souvent réalisée par les médecins généralistes sur l'ensemble de l'étude ECOGEN. L'infirmière était le professionnel de santé désigné privilégié pour la délégation des actes de soins relatifs au sevrage tabagique. Plus d'un tiers des procédures relatives au tabac serait transférable à une infirmière. D'après le Baromètre Médecin Généraliste 2009 [23], les médecins généralistes étaient favorables à une délégation aux personnels paramédicaux. Le transfert de compétences concernant le sevrage tabagique vers infirmiers(ères) (IDE), avec droit de prescription des substituts nicotiniques à l'image des pays nordiques (Suède, Finlande) devrait être testé et évalué en ambulatoire en France. Depuis décembre 1999, les substituts nicotiniques sont en vente libre en pharmacie et leurs ventes ont considérablement augmenté [45]. Les pharmaciens ont donc un rôle essentiel dans l'aide à l'arrêt du tabac puisqu'ils rencontrent des patients n'ayant pas forcément vu leur médecin en consultation pour une demande de sevrage. Dans ECOGEN, 19,6% des procédures relatives au tabagisme avaient été estimées transférables au pharmacien par les internes. Le pharmacien, au même titre que le médecin généraliste est en première ligne pour jouer le rôle d'informateur et de conseiller. Le partage d'informations entre généraliste et pharmacien sur les demandes de sevrage des patients fumeurs devrait être réalisé par l'intermédiaire d'un dossier médical partagé. Ainsi, chacun pourrait se rendre compte de l'intervention de l'autre dans le sevrage tabagique et ainsi renforcer la motivation des patients désireux d'arrêter la cigarette.

J'ai réalisé mon Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) au sein d'une maison médicale où nous pouvions travailler en collaboration avec une infirmière spécialisée en addictologie pour la prise en charge du sevrage tabagique. Une consultation rapprochée d'addictologie réalisée par l'infirmière avait lieu une fois par semaine dans la même commune que la maison médicale. L'infirmière travaillait le reste du temps à l'hôpital local (environ 20 km de la maison médicale). Le facteur "temps" est souvent incriminé par les médecins dans les difficultés de prise en charge du sevrage tabagique. Cette consultation rapprochée pourrait en être une des solutions. Les médecins recevaient un compte-rendu de chaque consultation afin de pouvoir suivre et renforcer la motivation du patient lors de la consultation médicale. L'objectif serait donc de transférer la prise en charge du sevrage tabagique aux infirmières spécialisées à condition que le dossier médical soit partagé entre plusieurs professionnels (médecin, IDE et pharmacien).

Dans mon expérience, les avantages de la consultation rapprochée (près d'une maison médicale) d'addictologie réalisée par une infirmière spécialisée étaient :

- Prise en charge spécialisée de proximité en secteur rural,
- Facilité d'accès (orientation par le médecin traitant),
- Gratuité,
- Gain de temps et confort pour le médecin traitant,
- Investissement du médecin traitant (par le suivi et renfort de la motivation du patient grâce au dossier médical partagé),
- Amélioration du sentiment d'efficacité.

Les conditions de réalisation à la consultation rapprochée d'addictologie :

- Formation initiale aux médecins généralistes par le médecin addictologue de l'hôpital local,
- Repérage du statut tabagique des patients,
- Délivrance du conseil minimal régulièrement aux fumeurs en mentionnant l'existence de cette consultation,
- Evaluation du degré de motivation à l'arrêt du tabac et proposer en fonction du stade de motivation cette consultation au patient.

CONCLUSION

Le tabagisme est un problème de santé publique mondiale. En France, environ 30% de la population fume, mais seulement 1,2% des consultations de médecine générale dans ECOGEN aurait abordé le sujet du tabac. Un tiers des médecins généralistes dans ECOGEN n'a eu aucune consultation sur le thème du tabac pendant le recueil. Lorsque le tabagisme était évoqué en consultation, ce n'était malheureusement pas préférentiellement avec les populations chez lesquelles il a été observé une augmentation de la prévalence du tabagisme (adolescents, femmes nées entre 1945 et 1965, chômeurs). Ces résultats font craindre un défaut de prise en charge du tabagisme par les médecins généralistes.

Même si leur portée est limitée, certaines procédures d'aide à l'arrêt du tabac ont un effet démontré. Le conseil minimal augmente le nombre d'initiation de sevrage et n'allonge pas la durée de consultation, mais il semble être sous-utilisé en consultation. Le conseil minimal est donc à intégrer d'urgence dans la pratique de tout généraliste.

L'enjeu sanitaire et socio-économique de la prise en charge du tabagisme est majeur. Le rôle des médecins généralistes, qui sont au plus près des fumeurs de tous âges et de tous milieux, est primordial pour lutter contre ce fléau : repérage des fumeurs, interventions brèves, prise en charge thérapeutique ou orientation et prévention du risque de rechute.

Cette étude a permis de rassembler des propositions visant à améliorer l'aide au sevrage tabagique en médecine générale. Intégrer la question du tabac dans la rémunération sur objectifs de santé publique de la convention médicale pourrait encourager les médecins généralistes à améliorer leurs performances sur ce thème. Rembourser intégralement les substituts nicotiques ainsi que les consultations chez un tabacologue/addictologue permettrait de lever le frein financier d'accès aux traitements et à une aide spécialisée. Les objectifs de la prise en charge de la dépendance tabagique auraient intérêt à être intégrés au développement professionnel continu des médecins généralistes comme des spécialistes. Les logiciels d'aide à la décision médicale pourraient générer automatiquement des alertes pour recueillir le statut tabagique dans le dossier médical et, si le patient fume, pour répéter le conseil minimal. Enfin la coordination inter-professionnelle (médecin traitant, infirmière, pharmacien, tabacologue/addictologue) et la délégation de certaines tâches à une infirmière spécialisée en addictologie, *via* un dossier médical partagé, sont certainement des pistes pour l'avenir.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale de l'Etat

AT : Accident de Travail

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CCLAT : Convention Cadre Lutte Anti-Tabac

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CDT : Consultation De Tabacologie

CIM : Classification Internationale des Maladies

CISP : Classification Internationale en Soins Primaires

CM : Conseil Minimal

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP : Comité de Protection des Personnes

DAM : Délégué Assurance Maladie

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

ECOGEN : Elément de CONsultation en médecine GENérale

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

ICPC : International Classification Primary Care

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMG : Interne en Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ITC : International Tobacco Control

MC : Motif de Consultation

MP : Maladie Professionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

NCA : Non Côté Ailleurs

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

P : Procédure

RC : Résultat de Consultation

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

SADM : Système d'Aide à la Décision Médicale

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SOAP : Subjective, Objective, Assessment, Plan

TCC: Thérapie Comportementale et Cognitive

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations
of General Practitioners/Family Physicians

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] HILL C. Epidémiologie du tabagisme. La revue du praticien, Mars 2012 ; 62 (3) : 325-332.
- [2] LE FAOU A.-L., SCEMAMA O. Epidémiologie du tabagisme. La revue des maladies respiratoires, Décembre 2005 ; 22 (6-C2) : 27-32.
- [3] Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000334398> (page consultée le 30/06/2013).
- [4] Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=&categorieLien=id> (page consultée le 30/06/2013).
- [5] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309> (page consultée le 30/06/2013).
- [6] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Genève : OMS ; 2003.
- [7] BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B et Al. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre Santé, France, 2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2011 ; 20-21 : 230-233.
- [8] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus : Arrêt de la consommation du tabac. 1998. Hôpital Pitié-Salpêtrière-Amphithéâtre Charcot.
- [9] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Saint Denis La Plaine : AFSSAPS ; 2003.

[10] HIRSCH A, KARSENTY S, SLAMA K. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomized, controlled trial in France. *Tabacco Control*, 1995 ; 4 : 162-169.

[11] Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Nomenclature professions et catégories socio-professionnelles (PCS). Niveau 1 - Liste des catégories socio-professionnelles agrégées. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm (page consultée le 30/06/2013).

[12] JAMOULLE M., ROLAND M., HUMBERT J., BRULET J-F. Traitement de l'information par la CISP-2. Care Edition, Bruxelles, 2000.

[13] JAMOULLE M, ROLAND M, DENDEAU B. Approche taxinomique en médecine de famille. Care Edition, Bruxelles, Décembre 1996.

[14] Atlas national CNOM (conseil national de l'ordre des médecins) 2012. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873> (page consultée le 30/06/2013).

[15] VAN WEEL C. The validity of long-term morbidity recording: experience from the Nijmegen Continuous Morbidity Registration. *J Epidemiol. Community Health*, 1995 ; 49 : 29-32.

[16] LAMBERTS H, OKKE IM. Transition Project. Disponible sur <http://www.transitieproject.nl/> (page consultée le 30/06/2013)

[17] Société Française des Médecins Généralistes (SFMG). Observatoire de la Médecine Générale (OMG), 2010. Disponible sur le site <http://omg.sfm.org/> (site fermé mais les données de l'OMG sont disponibles ; page consultée le 30/06/2013).

[18] Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux de Bourgogne et Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Bourgogne. Le Panel II de Médecins Généralistes en Bourgogne. Septembre 2012.

- [19] REYNAUD M, PARQUET P-J, LAGRUE G. Les Pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives : Rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé. Direction générale de la santé ; Décembre 1999, 169 p.
- [20] International Tobacco Control Policy Evaluation Project, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut national du cancer, Observatoire français des drogues et toxicomanies. Projet ITC (Février 2009). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Ontario, Canada. Paris : INPES ; 2009.
- [21] Assurance Maladie. Activité des Médecins (actes) par Région (Tableau excel 410). Document téléchargeable sur le site : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-geographiques/activite-prescriptions-des-medecins.php> (page consultée le 30/06/2013).
- [22] ARENES J, GUILBERT P, BAUDIER F. Baromètre santé médecins généralistes 1998-1999. CFES, CNAMTS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Haut comité de la santé publique, Paris, 2000.
- [23] GAUTIER A. Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009. Saint-Denis. INPES.
- [24] Collège de Basse Normandie des généralistes enseignants. Pour un référentiel métier de médecin généraliste. CBNGE ; 1997.
- [25] RENAUD-SALIS J-L, LAGOUARDE P, DARMONI P. Etude des systèmes informatiques d'aide à la décision médicale : état des lieux partie 1 et 2. Etude commanditée par la HAS et réalisée par Cegedim-activ ; version du 12 juillet 2010.
- [26] Assurance Maladie. Texte de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, conclue le 26 juillet 2011 et publiée au Journal officiel du 25 septembre 2011. Document téléchargeable sur le site : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medicale.php> (page consultée le 30/06/2013).
- [27] Document ministères santé-budget-solidarité, loi de financement de la sécurité sociale 2012, en chiffres ; disponible sur www.securite-sociale.fr.

- [28] Haute Autorité de Santé (HAS). Extrait de l'argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique : Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 ; chapitre : épidémiologie et coût du diabète de type 2 en France. Saint-Denis La Plaine : HAS ; janvier 2013.
- [29] CHEVREUL K, CADIER B, DURAND-ZALESKI I, CHAN E, THOMAS D. INVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°20-21. Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie. Mai 2013.
- [30] OFDT, LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O., LAFFITEAU C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 - Tendances, 2009, 66, p.1-6.
- [31] GODEAU E., ARNAUD C., NAVARRO F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006. Données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint Denis, INPES, 2008, (Etudes Santé), 271p.
- [32] INPES. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France. St Denis la Plaine, INPES, 2010.
- [33] LE FAOU A-L, SCEMAMA O, RUELLAND A et Al. Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. Analyse de la base nationale CDT. Revue Maladie Respiratoire, 2005 ; 22 : 739-50.
- [34] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Grossesse et tabac. Conférence de consensus, 7 et 8 octobre 2004. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; 2004.
- [35] DEPINOY D, VANNOBEL R. Médecins généralistes et patients fumeurs : des occasions manquées ? La Revue du Praticien, Médecine Générale, 2006 ; 20 : 181-186.
- [36] DERIENNEC F, LECLERC A, MAIRIAUX P. et Al. Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Chapitre : rôle des facteurs personnels et d'exposition physique au travail. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ; 2000, 149 p.

- [37] BAUJAT B. Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique en consultation ORL. Service ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital Foch à Suresnes. Revue Officielle de la Société française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou, 2008 ; 94 : 375-378.
- [38] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; 2004.
- [39] BIROLLEAU S, DANNER D, LAUMOND S. Identification du statut tabagique et conseil minimal par les médecins généralistes de Nouméa et Grand Nouméa. Journal franco-vietnamien de pneumologie 2011 ; 02 (04) : 1-90.
- [40] LEMAITRE B., RATTE S., STOEBNER-DEBARRE A. ; Sevrage tabagique des clés indispensables pour les praticiens. Collection Conduites. Doins Editeur. 2005. 176p.
- [41] SILAGY C, MANT D, FOWLER G, LANCASTER T. Cochrane Tobacco Addiction Group. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2001.
- [42] American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patient with nicotine dependence. Am J Psychiatry, 1996 ; 153 : 1-31.
- [43] Plan cancer 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre la cancer. Chapitre prévention.44p.
- [44] Haute Autorité de Santé (HAS). Note de cadrage. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence. Actualisation des recommandations de l'AFSSAPS 2003. Saint-Denis La Plaine : HAS ; Mars 2012.
- [45] OFDT. Ventes de substituts nicotiques ; évolution depuis 1998. http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00007.xhtml (page consultée le 30/08/2013).

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 2 : Questionnaire des médecins généralistes maîtres de stage universitaires

1. Votre âge : _____ ans

2. Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

3. Milieu d'exercice : Rural ☐ Semi-rural ☐ Urbain ☐

4. Lieu d'exercice : _____ Code postal : _____

6. Secteur conventionnel : Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Secteur 3 ☐

7. Mode d'exercice : En solo ☐ En groupe médical ☐

 En groupe pluri-professionnel ☐ En Centre de santé ☐

8. Nombre annuel de consultations : _____ (Selon les données du RIAP annuel 2010)

9. Recevez-vous les visiteurs médicaux ? Oui ☐ Non ☐

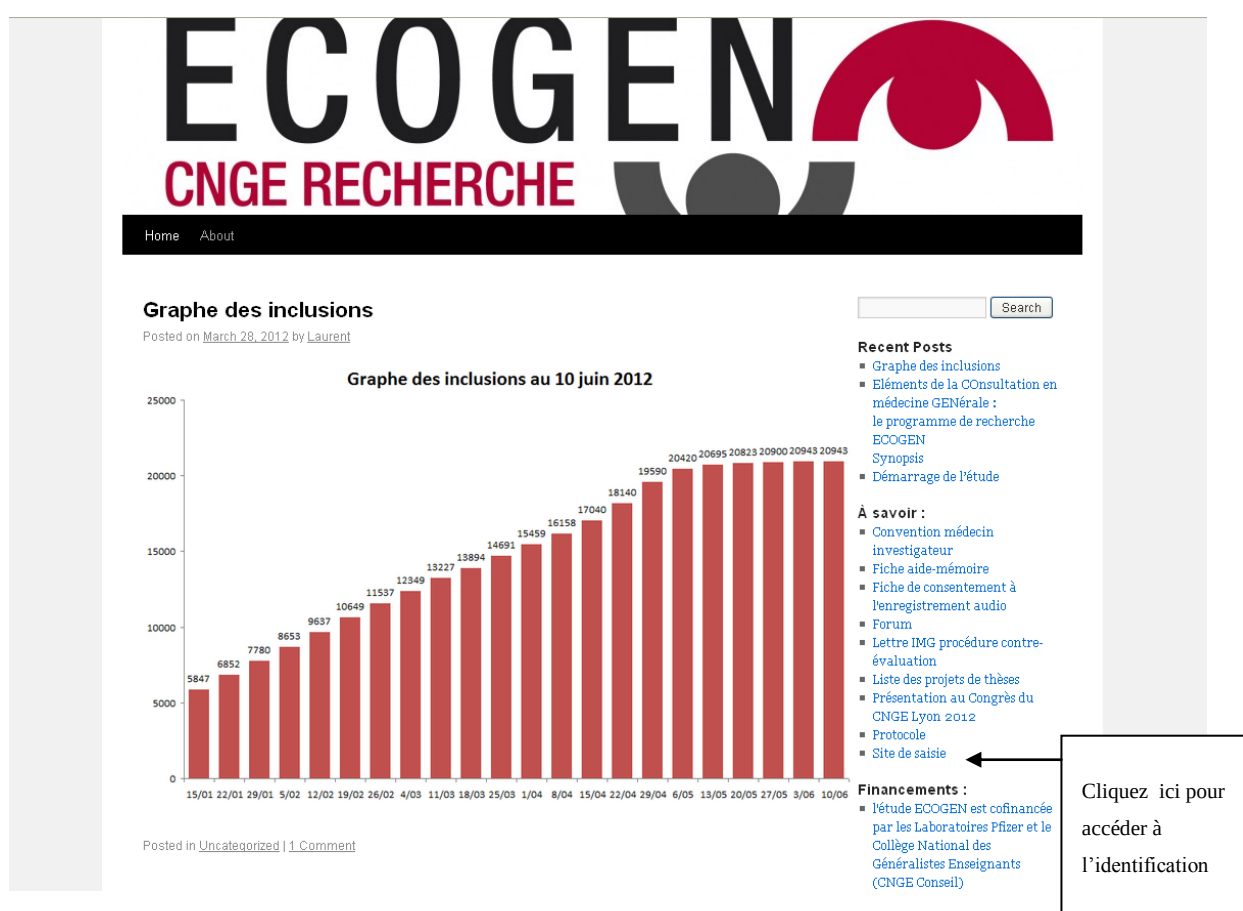
Si oui, nombre moyen de visiteurs par semaine : _____

10. Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nombre moyen de visites par an : _____

ANNEXE 3 : Site Internet ECOGEN

Page d'accueil du site : <http://www.etudeecogen.fr/> :

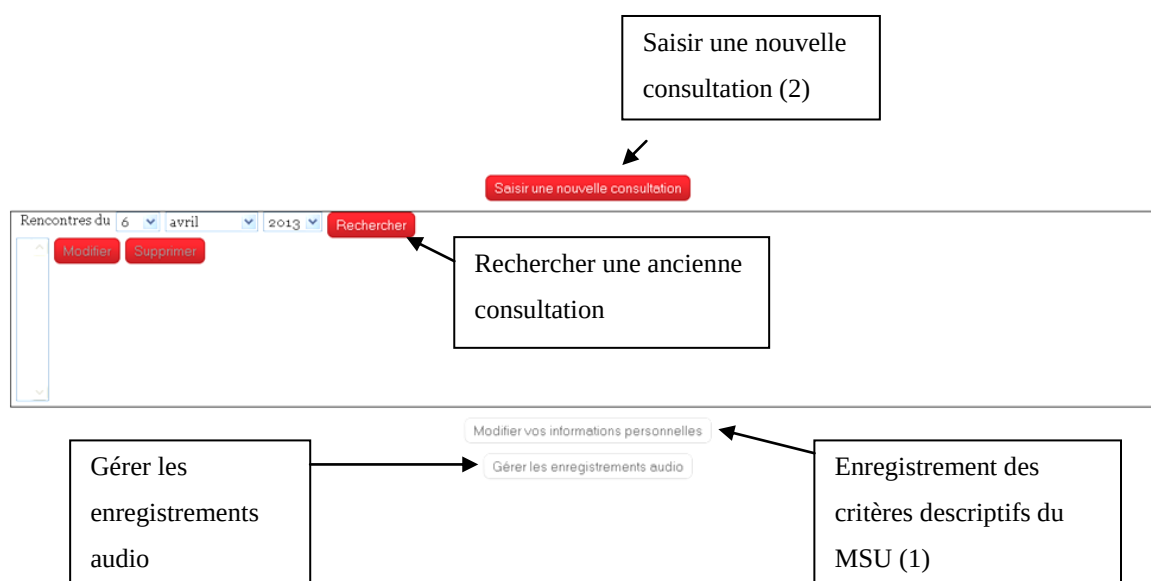


Identification du médecin maître de stage universitaire (MSU) :

Un identifiant a été attribué pour chaque MSU avec le mot de passe correspondant. Par conséquent, pour ma part, j'avais 3 identifiants avec leur mot de passe respectif. Je devais entrer l'identification du praticien avant de saisir les données relatives à ce dernier.



Après identification, le système d'enregistrement de la saisie informatique des consultations était ouvert :



Saisie des critères descriptifs du MSU (1) :

Les critères descriptifs de chaque MSU une fois saisis étaient enregistrés dans la base de données pour l'ensemble des consultations.

Né en 1955	Milieu d'exercice	☐ Rural ☐ Semi-rural ☒ Urbain
☒ Homme ☐ Femme	Lieu d'exercice	
	Secteur conventionnel	☒ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Secteur 3
	Mode d'exercice	☒ Solo ☐ Groupe ☐ Groupe pluriprofessionnel ☐ Centre de santé
	Nbre annuel de consultations	5000
	Recevez-vous les visiteurs médicaux ?	☒ Oui (nombre moyen par semaine 2) ☐ Non
	Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ?	☒ Oui (nombre moyen par an 6) ☐ Non
	Avez-vous adhéré au CAPI ?	☒ Oui ☐ Non

Saisie d'une nouvelle consultation (2) :

Les critères descriptifs de la consultation et du patient étaient enregistrés sur la partie supérieure de la page internet suivante.

Consultation	Questionnaire n°	Patient
☐ Nouveau ☐ Déjà connu		Statut ☐ ALD ☐ CMU ☐ AME ☐ AT ☐ MP ☐ Invalidité ☐ Aucun statut particulier
Le 6 avril 2013		Profession
De 12 : 00 A 12 : 00	Né en année	Etudiant ? ☐ Oui ☐ Non
☐ Cabinet ☐ Visite	☐ Homme ☐ Femme	

Critères descriptifs de la consultation

Critères descriptifs du patient

Saisie d'un nouveau panier (a)

Saisie d'un nouveau panier (a) :

La saisie d'un nouveau panier dans la consultation correspondait à un nouveau résultat de consultation et un seul. Par conséquent, le logiciel était fait de manière à commencer par la saisie du résultat de consultation. Un panier contenait un seul résultat de consultation en lien avec à un ou plusieurs motifs de consultation et une ou plusieurs procédures. Au sein d'une consultation, il pouvait y avoir plusieurs paniers.

- Saisie du résultat de consultation :

Chaque verbatim saisi en texte libre était associé à un code de la classification CISP 2 grâce à un système d'aide de codage en ligne.

The screenshot displays a medical consultation software interface. At the top, there are two main sections: 'Consultation' and 'Patient'. The 'Consultation' section includes fields for 'Le' (Date) set to 6 avril 2013, 'De' (Time) set to 12:00 A 12:00, and radio buttons for 'Cabinet' and 'Visite'. The 'Patient' section includes radio buttons for 'Nouveau' and 'Déjà connu', a 'Statut' field with checkboxes for ALD, CMU, AME, AT, MP, Invalidité, and 'Aucun statut particulier', a 'Né en' field set to 'année', a 'Profession' dropdown, and 'Etudiant?' radio buttons for 'Oui' and 'Non'. A red button labeled 'Nouveau panier' is located below the 'Consultation' section. In the center, a modal window titled 'Résultat de consultation' is open. It contains a 'Verbatim' text field with the value 'tabac', a 'Code CISP2' field with the value 'P17', and radio buttons for 'Nouveau', 'Ancien' (selected), 'Non iatrogène', and 'Iatrogène'. There are 'Ok' and 'Annuler' buttons at the bottom of the modal. An arrow points from a text box labeled 'Saisie du résultat de consultation' to the modal window. At the bottom of the interface, there are two red buttons: 'Valider la consultation' and 'Annuler' on the left, and a red button labeled 'Refus' on the right.

Après la validation du résultat de consultation :

Au choix, on ajoutait soit le ou les motifs de consultations soit la ou les procédures correspondant au résultat de consultation.

The screenshot shows a medical consultation form. The 'Consultation' section includes date and time pickers, and the 'Patient' section includes fields for name, age, sex, and status. The 'Motifs' section has a green plus icon and a red 'Nouveau panier' button. A text box with an arrow pointing to the plus icon contains the text: 'Ajout d'un motif de consultation relatif au résultat "usage abusif du tabac"'. Below the 'Motifs' section is the 'A Résultat' section, which contains a green box with 'P17' and 'Usage abusif du tabac'. Below that is the 'P Procédures' section, which has a green plus icon. A text box with an arrow pointing to the plus icon contains the text: 'Ajout d'une procédure relative au résultat "usage abusif du tabac"'. At the bottom are buttons for 'Valider la consultation', 'Annuler', and 'Refus'.

- Ajout du ou des motifs de consultation :

The screenshot shows the same medical consultation form as above, but with a dialog box open for adding a consultation motif. The dialog box has a title 'Code CISP2' and a text input field for 'Verbatim' with the value 'initié par médecin'. Below the input field is a 'Code CISP2' field with the value 'P64'. At the bottom of the dialog box are 'Ok' and 'Annuler' buttons. An arrow points from the 'Nouveau panier' button in the 'Motifs' section to the dialog box. The 'Motifs' section now contains two green boxes: 'A26' with 'Peur du cancer NCA' and 'P17' with 'Usage abusif du tabac'. The 'A Résultat' section remains the same. The 'P Procédures' section still has a green plus icon. The bottom buttons 'Valider la consultation', 'Annuler', and 'Refus' are still present.

- Ajout de la ou des procédures avec leur transférabilité :

Procédure 1 :

Consultation Questionnaire n°

Le 6 avril 2013
De 12 :00 A 12 :00
☐ Cabinet ☐ Visite

Patient
☐ Nouveau ☐ Déjà connu
Statut ☐ ALD ☐ CMU ☐ AME ☐ AT ☐ MP ☐ Invalidité ☐ Aucun statut particulier
Né en année Profession :
☐ Homme ☐ Femme Etudiant ? ☐ Oui ☐ Non

S Motifs Nouveau panier

A26 Peur du cancer NCA
P64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. (Psychologique)

A Résultat

P17 Usage abusif du tabac

P Procédures

Code CISP2
Verbatim conseil minimal
Code CISP2 P45
☒ Réalisée ☐ Programmée

Pour ce patient, cette procédure aurait-elle pu être réalisée ou programmée par un autre professionnel ?
☒ Oui, sans condition ☐ Oui, avec condition ☐ Non, impossible

Si oui, par quels professionnels ?
☒ Infirmière ☒ Pharmacien ☒ Psychologue ☐ Secrétaire
☒ Kiné ☒ Sage-Femme ☐ Assistante-sociale
☐ Autre professionnel :
à quelle condition ?
☐ Dossier médical partagé ☐ Protocole prédefini ☐ Supervision du médecin généraliste
Autre condition :
Ok Annuler

Valider la consultation Annuler Refus

Procédure 2 :

Consultation Questionnaire n°

Le 6 avril 2013
De 12 :00 A 12 :00
☐ Cabinet ☐ Visite

Patient
☐ Nouveau ☐ Déjà connu
Statut ☐ ALD ☐ CMU ☐ AME ☐ AT ☐ MP ☐ Invalidité ☐ Aucun statut particulier
Né en année Profession :
☐ Homme ☐ Femme Etudiant ? ☐ Oui ☐ Non

S Motifs Nouveau panier

A26 Peur du cancer NCA
P64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. (Psychologique)

A Résultat

P17 Usage abusif du tabac

P Procédures

P45 Recom./éducation santé/avis/régime (Psychologique)

Code CISP2
Verbatim examen clinique
Code CISP2 A31
☒ Réalisée ☐ Programmée

Pour ce patient, cette procédure aurait-elle pu être réalisée ou programmée par un autre professionnel ?
☐ Oui, sans condition ☐ Oui, avec condition ☒ Non, impossible

Si oui, par quels professionnels ?
☐ Infirmière ☐ Pharmacien ☐ Psychologue ☐ Secrétaire
☐ Kiné ☐ Sage-Femme ☐ Assistante-sociale
☐ Autre professionnel :
à quelle condition ?
☐ Dossier médical partagé ☐ Protocole prédefini ☐ Supervision du médecin généraliste
Autre condition :
Ok Annuler

Valider la consultation Annuler Refus

Consultation		Questionnaire n°		Patient	
Le	6 avril 2013			☐ Nouveau ☐ Déjà connu	Statut ☐ ALD ☐ CMU ☐ AME ☐ AT ☐ MP ☐ Invalidité ☐ Aucun statut particulier
De	12 : 00 A 12 : 00			Né en année	Profession
☐ Cabinet ☐ Visite				☐ Homme ☐ Femme	Etudiant ? ☐ Oui ☐ Non
S Motifs		Nouveau panier			
A26 Peur du cancer NCA P64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. (Psychologique)		Si la consultation contenait plusieurs résultats de consultation, il fallait créer un nouveau panier.			
A Résultat					
P17 Usage abusif du tabac					
P Procédures					
P45 Recom./éducation santé/avis/régime (Psychologique) A31 Ex médical/bilan santé partiel (Générique)					
Valider la consultation Annuler		Refus			

Après la saisie complète de la consultation :

Consultation		Questionnaire n°		Patient	
Le	6 avril 2013			☐ Nouveau ☐ Déjà connu	Statut ☐ ALD ☐ CMU ☐ AME ☐ AT ☐ MP ☐ Invalidité ☐ Aucun statut particulier
De	12 : 00 A 12 : 00			Né en année	Profession
☐ Cabinet ☐ Visite				☐ Homme ☐ Femme	Etudiant ? ☐ Oui ☐ Non
S Motifs		S Motifs		Nouveau panier	
A26 Peur du cancer NCA P64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. (Psychologique)		K50 Médication/prescription /injection (Cardio-vasculaire)		← Motifs	
A Résultat		A Résultat		← Résultats	
P17 Usage abusif du tabac		K86 Hypertension non compliquée			
P Procédures		P Procédures		← Procédures	
P45 Recom./éducation santé/avis/régime (Psychologique) A31 Ex médical/bilan santé partiel (Générique)		K50 Médication/prescription /injection (Cardio-vasculaire) K31 Ex médical/bilan santé partiel (Cardio-vasculaire)			
Valider la consultation Annuler				Refus	

Panier 1

Panier 2

**ANNEXE 4 : Titres courts de la Classification Internationale en Soins Primaires version
2 (CISP 2, WONCA)**

ICPC-2 – French
International Classification of
Primary Care – 2nd Edition
Wonca International
Classification Committee
(WICC)



Procédures

-30	Ex médical/bilan santé détaillé
-31	Ex médical/bilan santé partiel
-32	Test de sensibilité
-33	Ex microbiologique/immunologique
-34	Autre analyse de sang
-35	Autre analyse d'urine
-36	Autre analyse de selles
-37	Cytologie/histologie
-38	Autre analyse de laboratoire
-39	Epreuve fonctionnelle
-40	Endoscopie
-41	Radiologie diagnostique/imagerie
-42	Tracé électrique
-43	Autre procédure diagnostique
-44	Vaccination/médication préventive
-45	Recom./éducation santé/avis/régime
-46	Discussion entre dispensateurs SSP
-47	Discussion dispensateur spécialiste
-48	Clarification de la demande du patient
-49	Autre procédure préventive
-50	Médication/prescription/injection
-51	Incision/drainage/aspiration
-52	Excision/biopsie/cauté/débridement
-53	Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
-54	Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse
-55	Traitement local/infiltration
-56	Pansement/compression/bandage
-57	Thérapie manuelle/médecine physique
-58	Conseil thérap./écoute/examens
-59	Autres procédures thérapeutiques
-60	Résultats analyses/examens
-61	Résultats ex./procéd. autre dispensateur
-62	Contact administratif
-63	Rencontre de suivi
-64	Epis. nouveau/en cours init. par diap.
-65	Epis. nouveau/en cours init. par tiers
-66	Référence à dispens. SSP non médecin
-67	Référence à médecin
-68	Autre référence
-69	Autres procédures

Général et non
spécifié

A

A01	Douleur générale/de sites multiples
A02	Frissons
A03	Fièvre
A04	Fatigue/faiblesse générale
A05	Sensation d'être malade
A06	Évanouissement/syncope
A07	Coma
A08	Gonflement
A09	P. de transpiration
A10	Saignement/hémorragie NCA
A11	Douleur thoracique NCA
A12	Précoc. par/peur traitement médical
A13	Nourison irritable
A14	Précoc. par son aspect extérieur
A15	Demande/discussion sur l'euthanasie
A16	Facteur de risque de cancer
A17	Facteur de risque NCA
A18	Peur de la mort, de mourir
A19	Peur du cancer NCA
A20	Peur d'une autre maladie NCA
A21	Limitation de la fonction/incap. NCA
A22	Autre S/P général
A23	Tuberculose
A24	Rougeole
A25	Varicelle
A26	Paludisme
A27	Rubéole
A28	Mononucléose infectieuse
A29	Autre exanthème viral
A30	Autre maladie virale NCA
A31	Autre maladie infectieuse NCA
A32	Cancer NCA
A33	Traumatisme/lésion traumat. NCA
A34	Polytraumatisme/lésions multiples
A35	Effet tardif d'un traumatisme
A36	Intoxication par subst. médicamenteuse
A37	Effet sec. subst. médicamenteuse
A38	Effet toxique subst. non médicamenteuse
A39	Complication de traitement médical
A40	Effet sec. de facteur physique
A41	Effet sec. de matériel prothétique
A42	Anom. congénitale NCA/multiple
A43	Résultat d'investigat. anormale NCA
A44	Allergie/réaction allergique NCA
A45	Nouveau-né prématuré
A46	Autre morbidité périnatale
A47	Mortalité périnatale
A48	Mort
A49	Pas de maladie
A50	Gestion santé/médecine préventive
A51	Maladie de nature/site non précisé

Sang, syst. hématop/
immunol.

B

B02	Ganglion lymph. augmenté/douloureux
B03	S/P du sang
B04	Peur du SIDA/du VIH
B05	Peur du cancer du sang/lymph.
B06	Peur autre maladie sang/lymph/rate
B07	Limitation de la fonction/incap. (B)
B08	Autre S/P du syst. lymph./immunol.
B09	Adénite aiguë
B10	Adénite chronique/non-spécifique
B11	Maladie de Hodgkin/lymphome
B12	Leucémie
B13	Autre cancer du sang
B14	Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.
B15	Rupture traumat. de la rate
B16	Autre traumat. sang/lymph/rate
B17	Anémie hémolytique héréditaire
B18	Autre anom. congénitale sang/lymph/rate
B19	Anémie par déficience en fer
B20	Anémie carence vit B12/ac. folique
B21	Autre anémie/indét.
B22	Purpura/défaut de coagulation
B23	Globules blancs anormaux
B24	Splénomégalie
B25	Infection par le virus HIV, SIDA
B26	Autre maladie sang/lymph/rate

Syst. Digestif

D

D01	Douleur/crampes abdominales gén.
D02	Douleur abdominale/épigastrique
D03	Brûlure/brûlant/brûlement estomac
D04	Douleur rectale/anele
D05	Démangeaisons périanales
D06	Autre douleur abdominale loc.
D07	Dyspepsie/indigestion
D08	Flatulence/gaz/renvoi
D09	Nausée
D10	Vomissement
D11	Diarrhée
D12	Constipation
D13	Jaunisse
D14	Hématémèse/vomissement de sang
D15	Mélena
D16	Saignement rectal
D17	Incontinence rectale
D18	Modification selles/mouvem. intestin
D19	S/P dents/gencives
D20	S/P bouche/langue/lèvres
D21	P. de déglutition
D22	Hépatomégalie
D23	Masse abdominale NCA
D24	Distension abdominale
D25	Peur du cancer du syst. digestif
D26	Peur d'une autre maladie digestive
D27	Limitation de la fonction/incap. (D)
D28	Autre S/P du syst. digestif
D29	Infection gastro-intestinale
D30	Oreillons
D31	Hépatite virale
D32	Gastro-entérite présumée infectieuse
D33	Cancer de l'estomac
D34	Cancer du colon/du rectum
D35	Cancer du pancréas
D36	Autre cancer digestif/NCA
D37	Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.
D38	CE du syst. digestif
D39	Autre traumat. du syst. digestif
D40	Anom. congénitale du syst. digestif
D41	Maladie des dents/des gencives
D42	Maladie bouche/langue/lèvres
D43	Maladie de l'œsophage
D44	Ulcère duodénal
D45	Autre ulcère peptique
D46	Trouble de la fonction gastrique
D47	Appendicite
D48	Hernie inguinale
D49	Hernie hiatale
D50	Autre hernie abdominale
D51	Maladie diverticulaire
D52	Syndrome du colon irritable
D53	Entérite chronique/colite ulcéreuse
D54	Fissure anale/abcès péréal
D55	Vers/autre parasite
D56	Maladie du foie NCA
D57	Cholécystite/cholélithiase
D58	Autre maladie du syst. Digestif

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Oeil

F

F01	Oeil douloureux
F02	Oeil rouge
F03	Écoulement de l'œil
F04	Taches visuelles/flottantes
F05	Autre perturbation de la vision
F06	Sensation oculaire anormale
F07	Mouvements oculaires anormaux
F08	Apparence anormale de l'œil
F09	S/P de la paupière
F10	S/P lunettes
F11	S/P lentilles de contact
F12	Peur d'une maladie de l'œil
F13	Limitation de la fonction/incap. (F)
F14	Autre S/P de l'œil
F15	Conjonctivite infectieuse
F16	Conjonctivite allergique
F17	Blépharite, orgelet, chalazion
F18	Autre infection/inflammation de l'œil
F19	Tumeur de l'œil et des annexes
F20	Contusion/hémorragie de l'œil
F21	CE dans l'œil
F22	Autre lésion traumat. de l'œil
F23	Sténose canal lacrymal de l'enfant
F24	Autre anom. congénitale de l'œil
F25	Décollement de la rétine
F26	Rétinopathie
F27	Dégénérescence maculaire
F28	Ulcère de la cornée
F29	Trachome
F30	Défaut de réfraction
F31	Cataracte
F32	Glaucome
F33	Cécité
F34	Strabisme
F35	Autre maladie de l'œil/annexes

Oreille

H

H01	Douleur d'oreille/otalgie
H02	P. d'audition
H03	Acouphène/bourdonnement d'oreille
H04	Écoulement de l'oreille
H05	Saignement de l'oreille
H06	Sensation d'oreille bouchée
H07	Précoc. par l'aspect des oreilles
H08	Peur d'une maladie de l'oreille
H09	Limitation de la fonction/incap. (H)
H10	Autre S/P de l'oreille
H11	Otite externe
H12	Otite moyenne aiguë/myringite
H13	Otite moyenne séreuse
H14	Salpingite d'eustache
H15	Otite moyenne chronique
H16	Tumeur de l'oreille
H17	CE dans l'oreille
H18	Perforation du tympan
H19	Lésion traumat. superf. de l'oreille
H20	Autre lésion traumat. de l'oreille
H21	Anom. congénitale de l'oreille
H22	Excès de cérumen
H23	Syndrome vertigineux
H24	Otosclérose
H25	Presbycusie
H26	Traumatisme sonore
H27	Surdité
H28	Autre maladie de l'oreille/mastoïde

Cardio-vasculaire

K

K01	Douleur cardiaque
K02	Oppression/contriction cardiaque
K03	Douleur cardiovasculaire NCA
K04	Palpitat./perception battements card.
K05	Autre battement cardiaque irrégulier
K06	Veines proéminentes
K07	Oedème, gonflement des chevilles
K08	Facteur risque mal. cardio-vasculaire
K09	Peur d'une maladie de cœur
K10	Peur d'hypertension
K11	Peur autre maladie cardio-vasculaire
K12	Limitation de la fonction/incap. (K)
K13	Autre S/P cardiovasculaire
K14	Infection du syst. cardio-vasculaire
K15	RAA/maladie cardiaque rhumatismale
K16	Tumeur cardio-vasculaire
K17	Anom. congénitale cardio-vasculaire
K18	Cardiopathie ischémique avec angor
K19	Infarctus myocardique aigu
K20	Cardiopathie ischémique sans angor
K21	Décompensation cardiaque
K22	Fibrillation auriculaire/flutter
K23	Tachycardie paroxystique
K24	Arythmie cardiaque NCA
K25	Souffle cardiaque/artériel NCA
K26	Cœur pulmonaire
K27	Valvulopathie NCA
K28	Autre maladie cardiaque
K29	Pression sanguine élevée
K30	Hypertension non compliquée
K31	Hypertension avec complication
K32	Hypotension orthostatique
K33	Ischémie cérébrale transitoire
K34	Accident vasculaire cérébral
K35	Maladie cérébrovasculaire
K36	Artérioscl./mal. vasculaire périphér.
K37	Embolie pulmonaire
K38	Phlébite et thrombophlébite
K39	Varices des jambes
K40	Hémorroïdes
K41	Autre maladie cardio-vasculaire

Ostéo-articulaire

L

L01	S/P du cou
L02	S/P du dos
L03	S/P des lombes
L04	S/P du thorax
L05	S/P du flanc et du creux axillaire
L06	S/P de la mâchoire
L07	S/P de l'épaule
L08	S/P du bras
L09	S/P du coude
L10	S/P du poignet
L11	S/P de la main et du doigt
L12	S/P de la hanche
L13	S/P de la jambe et de la cuisse
L14	S/P du genou
L15	S/P de la cheville
L16	S/P du pied et de l'orteil
L17	Douleur musculaire
L18	S/P musculaire NCA
L19	S/P d'une articulation NCA
L20	Peur cancer syst. ostéo-articulaire
L21	Peur autre maladie syst. ostéo-artic.
L22	Limitation de la fonction/incap. (L)
L23	Autre S/P ostéo-articulaire
L24	Infection du syst. ostéo-articulaire
L25	Cancer du syst. ostéo-articulaire
L26	Fracture du radius/cubitus
L27	Fracture du tibia/péroné
L28	Fracture de la main/du pied
L29	Fracture du fémur
L30	Autre fracture
L31	Entorse de la cheville
L32	Entorse du genou
L33	Entorse articulaire NCA
L34	Luxation et subluxation
L35	Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
L36	Anom. congénitale ostéo-articulaire
L37	Syndrome cervical
L38	Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
L39	Déformation acquise de la colonne
L40	Syndr. dorso-lombaire et irradiation
L41	Bursite, tendinite, synovite NCA
L42	Polyarthrite rhumatoïde séropositive
L43	Coxarthrose
L44	Gonarthrose
L45	Autre arthrose
L46	Syndrome de l'épaule
L47	Coude du joueur de tennis
L48	Ostéochondrose
L49	Ostéoporose
L50	Lésion aiguë interne du genou
L51	Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
L52	Déformation acquise membres inf.
L53	Autre maladie ostéo-articulaire

Neurologique

N

N01	Mal de tête
N02	Douleur de la face
N03	Jambes sans repos
N04	Fourmillements doigts, pieds, orteils
N05	Autre perturbation de la sensibilité
N06	Convulsion/crise comitiale
N07	Mouvements involontaires anormaux
N08	Perturbation du goût/de l'odorat
N09	Vertige/étourdissement
N10	Paralysie/faiblesse
N11	Trouble de la parole
N12	Peur d'un cancer neurologique
N13	Peur d'une autre maladie neurologique
N14	Limitation de la fonction/incap. (N)
N15	Autre S/P neurologique
N16	Poliomyélite
N17	Méningite/encéphalite NCA
N18	Tétanos
N19	Autre infection neurologique
N20	Cancer du syst. neurologique
N21	Tumeur bénigne neurologique
N22	Autre tumeur indét. neurologique
N23	Commotion
N24	Autre lésion traumat. de la tête
N25	Autre lésion traumat. neurologique
N26	Anom. congénitale neurologique
N27	Sclérose en plaque
N28	Syndrome parkinsonien
N29	Epilepsie
N30	Migraine
N31	Algie vasculaire de la face
N32	Paralysie faciale/paralysie de Bell
N33	Névralgie du trijumeau
N34	Syndrome du canal carpien
N35	Névrite/neuropathie périphérique
N36	Céphalée de tension
N37	Autre maladie neurologique

Psychologique	P	Peau	S	U72	U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99	Grossesse, accouchement et PF	W	Syst. génital masculin et sein	Y
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension		S01 Douleur/hypersensibilité de la peau		U72	U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99	Grossesse, accouchement et PF	W	Y01 Douleur du pénis	
P02 Réaction de stress aiguë		S02 Prurit		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y02 Douleur des testicules, du scrotum	
P03 Sensation de dépression		S03 Verrue		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme	
P04 Sentiment/comport. irritable/colère		S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y04 Autre S/P du pénis	
P05 Sensation vieux, comportement sénile		S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum	
P06 Perturbation du sommeil		S06 Eruption localisée		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y06 S/P de la prostate	
P07 Diminution du désir sexuel		S07 Eruption généralisée		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y07 Impuissance sexuelle NCA	
P08 Diminution accomplissement sexuel		S08 Modification de la couleur de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme	
P09 Préoccupation sur identité sexuelle		S09 Doigt/orteil infecté		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme	
P10 Bégaiement, bredouillement, tic		S10 Furoncle/anthrax		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y13 Stérilisation de l'homme	
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant		S11 Infection post-traumat. de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y14 Autre PF chez l'homme	
P12 Enurésie		S12 Piqûre d'insecte		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y16 S/P du sein chez l'homme	
P13 Encoprésie		S13 Morsure animale/humaine		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y24 Peur dysfonction sexuelle homme	
P15 Alcoolisme chronique		S14 Brûlure cutanée		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y26 Peur d'une MST chez l'homme	
P16 Alcoolisation aiguë		S15 CE dans la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y26 Peur d'un cancer génital homme	
P17 Usage abusif du tabac		S16 Ecchymose/contusion		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y27 Peur autre maladie génitale homme	
P18 Usage abusif de médicament		S17 Erafure, égratignure, ampoule		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)	
P19 Usage abusif de drogue		S18 Coupure/lacération		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y28 Autre S/P génitale chez l'homme	
P20 Perturbation de la mémoire		S19 Autre lésion traumat. de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y29 Syphilis chez l'homme	
P22 S/P du comportement de l'enfant		S20 Cor/callosité		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y71 Gonococcie chez l'homme	
P23 S/P du comportement de l'adolescent		S21 S/P au sujet de la texture de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y72 Herpes génital chez l'homme	
P24 P. spécifique de l'apprentissage		S22 S/P de l'ongle		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y73 Prostatite/vésiculite séminale	
P25 Problèmes de phase de vie adulte		S23 Calvitie/perte de cheveux		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y74 Orchite/épididymite	
P27 Peur d'un trouble mental		S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y75 Balanite	
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)		S26 Peur du cancer de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y76 Condylome acuminé chez l'homme	
P29 Autre S/P psychologique		S27 Peur d'une autre maladie de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y77 Cancer de la prostate	
P70 Démence		S28 Limitation de la fonction/incap. (S)		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y78 Autre cancer génital chez l'homme	
P71 Autre psychose organique		S29 Autre S/P de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme	
P72 Schizophrénie		S70 Zona		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y80 Lésion traumat. génitale homme	
P73 Psychose affective		S71 Herpes simplex		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce	
P74 Trouble anxieux/état anxieux		S72 Gale/autre acarirose		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y82 Hypospadias	
P75 Trouble somatoforme		S73 Pédiculose/autre infestation peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y83 Ectopie testiculaire	
P76 Dépression		S74 Dermatophytose		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y84 Autre anom. congénitale homme	
P77 Suicide/tentative de suicide		S75 Moniliasse/candidose de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate	
P78 Neurasthénie, surmenage		S76 Autre maladie infectieuse de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y86 Hydrocèle	
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif		S77 Cancer de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W	Y99 Autre maladie génitale chez l'homme	
P80 Trouble de la personnalité		S78 Lipome		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
P81 Trouble hyperkinétique		S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
P82 Syndrome de stress post-traumatique		S80 Kératose actinique/coup de soleil		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
P88 Retard mental		S81 Hémangiome/lymphangiome		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
P86 Anorexie mentale, boulimie		S82 Naevus/naevus pigmentaire		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
P98 Autre psychose NCA		S83 Autre anom. congénitale de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
P99 Autre trouble psychologique		S84 Impétigo		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R01 Douleur du syst. respiratoire	R	S85 Kyste/fistule pilonidal		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R02 Souffle court, dyspnée		S86 Dermite atopique/eczéma		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R03 Sibillance		S87 Dermite et allergie de contact		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R04 Autre P. respiratoire		S89 Erythème fessier		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R05 Toux		S90 Pytriasis rosé		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R06 Saignement de nez, épistaxis		S91 Psoriasis		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R07 Congestion nasale, éternuement		S92 Maladie des glandes sudoripares		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R08 Autre S/P du nez		S93 Kyste sébacé		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R09 S/P des sinus		S94 Ongle incarné		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R21 S/P de la gorge		S95 Molluscum contagiosum		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R23 S/P de la voix		S96 Acné		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R24 Hémoptysie		S97 Ulcère chronique de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R25 Expectoration/glaire anormale		S98 Urticaire		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire		S99 Autre maladie de la peau		U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R29 Autre S/P respiratoire				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R71 Coqueluche				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R72 Streptococcie pharyngée				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R73 Furoncle/abcès du nez				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R75 Sinusite aiguë/chronique				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R76 Angine aiguë				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R77 Laryngite, trachéite aiguë				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R79 Bronchite chronique				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R80 Grippe				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse, accouchement et PF	W		
R81 Pneumonie				U78	U76	U77	U78	U79	U80	U86	U88	U90	U96	U98	U99		Grossesse			

ANNEXE 5 : Consentement enregistrement audio



Je soussigné M..... déclare accepter que la consultation de ce jour soit l'objet d'un enregistrement audio, dans le cadre de l'étude nationale ECOGEN. Cette étude, promue par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE Conseil), a pour objectif principal de mieux connaître les problèmes de santé des patients consultant en médecine générale et leur prise en charge. Elle a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'enregistrement audio sera analysé de façon anonyme et ne permettra pas de vous identifier (ou d'identifier votre enfant ou la personne dont vous avez la charge, le cas échéant). Il sera utilisé exclusivement par l'équipe de recherche à des fins scientifiques.

Le

Signature

ANNEXE 6 : Information au patient



Ce cabinet médical participe à l'étude nationale ECOGEN, promue par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE Conseil). Son objectif principal est de mieux connaître les problèmes de santé des patients consultant en médecine générale, les motifs de consultation correspondants, et leur prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Les données seront recueillies par l'interne en stage dans ce cabinet avec votre accord, seront anonymes et ne permettront pas de vous identifier (ou d'identifier votre enfant, le cas échéant). Elles seront utilisées exclusivement par l'équipe de recherche à des fins scientifiques.

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS).

ANNEXE 7 : Liste des motifs de consultation relatifs au résultat de consultation "usage abusif du tabac"

	N=269	%
Manquant	8	
A : GENERAL ET NON SPECIFIE		
Peur du cancer NCA (non côté ailleurs)	1	0,4
Peur d'une autre maladie NCA (non côté ailleurs)	1	0,4
Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	12	4,6
Gestion santé/médecine préventive	9	3,4
K : CARDIO-VASCULAIRE		
Peur autre maladie cardio-vasculaire	1	0,4
P : PSYCHOLOGIQUE		
Sensation anxiété/nervosité/tension	1	0,4
Sentiment/comportement irritable/colère	2	0,8
Perturbation du sommeil	1	0,4
Usage abusif du tabac	43	16,5
Psychologique: Recommandation/éducation santé/avis/régime	1	0,4
Psychologique: Médication/prescription/injection	9	3,4
Psychologique: Conseil thérapeutique/écoute/examens	3	1,1
Psychologique: Autres procédures thérapeutiques	1	0,4
Psychologique: Rencontre de suivi	10	3,8
Psychologique: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	139	53,3
Psychologique: Episode nouveau/en cours initié par tiers	4	1,5
Psychologique: Référence à médecin	1	0,4
Psychologique: Autres procédures	1	0,4
Neurasthénie, surmenage	1	0,4
R : RESPIRATOIRE		
Souffle court, dyspnée	1	0,4
Toux	4	1,5
Peur d'un cancer du système respiratoire	1	0,4
Peur d'une autre maladie respiratoire	1	0,4
Respiratoire: Radiologie diagnostique/imagerie	2	0,8
Respiratoire: Résultats analyses/examens	2	0,8
Respiratoire: Résultats ex/procédure autre dispensateur	1	0,4
Respiratoire: Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	3	1,1
Asthme	1	0,4
T: METABOLIQUE, NUTRITION, ENDOCRINIEN		
Gain de poids	1	0,4
Métabolique : Episode nouveau/en cours initié par dispensateur	3	1,1

**ANNEXE 8 : Tableau descriptif des procédures relatives au résultat de consultation P17
"usage abusif du tabac" (N=347)**

Composant des procédures de la CISP 2	Titre court CISP 2	Code numérique CISP 2	Code alphanumérique CISP 2	N	%
Procédures diagnostiques (N=54)	examen clinique				
	détaillé	30			
			P30	1	0,3
			R30	4	1,2
	partiel	31			
			A31	9	2,6
			K31	2	0,6
			P31	13	3,7
			R31	11	3,2
	biologie				
	examen microbiologique	33			
			A33	1	0,3
	autre analyse de sang	34			
			P34	2	0,6
Procédures préventives (N=149)	autres examens complémentaire				
	épreuve fonctionnelle	39			
			R39	1	0,3
	imagerie	41			
			P41	2	0,6
			R31	4	1,2
	autres	43			
			P43	4	1,2
	recommandation, éducation	45			
			A45	11	3,2
			P45	116	33,4
			R45	7	2,0
			T45	3	0,9
	autres mesures préventives	49			
			P49	12	3,5

Procédures thérapeutiques
(N=125)

	médication, prescription	50			
			A50	1	0,3
			P50	38	11,0
			R50	2	0,6
	conseil thérapeutique/écoute/ psychothérapie	58			
			P58	82	23,6
			T58	1	0,3
	autre procédure thérapeutique	59			
			P59	1	0,3
Procédures diverses (N=4)					
	résultat analyse/examen	60			
			A60	1	0,3
			R60	1	0,3
	contact administratif	62			
			A62	1	0,3
			P62	1	0,3
Référence et autre raison de rencontre (N=13)					
	rencontre de suivi	63			
			P63	5	1,4
	référence à un dispensateur non médecin	66			
			A66	1	0,3
			P66	1	0,3
	référence à un médecin	67			
			A67	1	0,3
			P67	2	0,6
			R67	3	0,9
Manquant			-	1	0,3
Erreur de codage	Ostéo- articulaire : médication		L50	1	0,3

ANNEXE 9: Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui	1
Non	0

Fumez-vous lorsque vous êtes malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

TOTAL :

Score de 0 à 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

Score de 3 à 4 : le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

Score de 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant.

L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotiniques va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la galénique le plus adapté à son cas.

Score de 7 à 10 : le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

**ANNEXE 10 : Liste des procédures avec les verbatims correspondants aux codes de la
CISP 2**

Verbatims pour le code A45 "Général, non spécifié : conseil, éducation"				
Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
CONSEILS MINIMAL	1	9.09	1	9.09
Conseil minimal	1	9.09	2	18.18
Conseil minimal pour arreter de fumer	1	9.09	3	27.27
Conseils arrêt du tabac	1	9.09	4	36.36
Conseils minimaux	1	9.09	5	45.45
Conseils sevrage	1	9.09	6	54.55
EDUCATION	1	9.09	7	63.64
conseil	1	9.09	8	72.73
conseil minimal	1	9.09	9	81.82
conseils aide	1	9.09	10	90.91
education conseil sevrage	1	9.09	11	100.00

Verbatims pour P45 "Psychologique : conseil, éducation, avis"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
CONSEIL	2	1.72	2	1.72
CONSEIL MINIMAL	3	2.59	5	4.31
CONSEIL MINIMAL VOIRE UN PEU PLUS	1	0.86	6	5.17
CONSEILS	3	2.59	9	7.76
Conseil minimal	2	1.72	11	9.48
Conseils d'arrêt	1	0.86	12	10.34
Conseils utilisation	1	0.86	13	11.21
EDUCATION	1	0.86	14	12.07
Education : complication du tabagisme, moyen de se	1	0.86	15	12.93
Education anti-tabac	1	0.86	16	13.79
Recommandation d'arrêt du tabac	1	0.86	17	14.66
aide à l'arrêt du tabac	1	0.86	18	15.52
arrêt du tabac ?	1	0.86	19	16.38
avis	1	0.86	20	17.24
conseil arret	1	0.86	21	18.10
conseil arret du tabac	1	0.86	22	18.97
conseil arret tabac	1	0.86	23	19.83
conseil arrêt tabac	1	0.86	24	20.69
conseil d'arret du tabac	1	0.86	25	21.55

Verbatims pour P45 "Psychologique : conseil, éducation, avis"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
conseil d'arrêter le tabac	1	0.86	26	22.41
conseil de santé	1	0.86	27	23.28
conseil minimal	32	27.59	59	50.86
conseil minimal a l arret du tabac	1	0.86	60	51.72
conseil minimal arrêt du tabac	1	0.86	61	52.59
conseil minimal tabac	1	0.86	62	53.45
conseil minimal tabagisme	1	0.86	63	54.31
conseils	7	6.03	70	60.34
conseils arret tabac	2	1.72	72	62.07
conseils arrêt du tabac	2	1.72	74	63.79
conseils et entretien motivationnel, explication d	1	0.86	75	64.66
conseils minimal	2	1.72	77	66.38
conseils pour l'arret	1	0.86	78	67.24
conseils sevrage	1	0.86	79	68.10
conseils tabac	2	1.72	81	69.83
education	4	3.45	85	73.28
education de santé	1	0.86	86	74.14
education santé	1	0.86	87	75.00
education sur les risques tabac pilule +35 ans	1	0.86	88	75.86

Verbatims pour P45 "Psychologique : conseil, éducation, avis"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
education therapeutique	1	0.86	89	76.72
education à la santé	3	2.59	92	79.31
entretien motivationnel	3	2.59	95	81.90
entretien motivationnel et test de hren	1	0.86	96	82.76
entretien motivationnel sur le tabac	1	0.86	97	83.62
information	1	0.86	98	84.48
information arret tabac	1	0.86	99	85.34
information risque tabagisme	1	0.86	100	86.21
prevention	1	0.86	101	87.07
prévention	1	0.86	102	87.93
prévention education arret-sevrage tabac	1	0.86	103	88.79
recommandation	1	0.86	104	89.66
reommandations	1	0.86	105	90.52
éducation	3	2.59	108	93.10
éducation aux risques BPCO	1	0.86	109	93.97
éducation de santé	1	0.86	110	94.83
éducation risques tabagisme	1	0.86	111	95.69
éducation santé et avis	1	0.86	112	96.55
éducation sur le tabagisme	1	0.86	113	97.41

Verbatims pour P45 "Psychologique : conseil, éducation, avis"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
éducation tabac (succinte)	1	0.86	114	98.28
éducation thérapeutique	2	1.72	116	100.00

Verbatims pour R45 "Respiratoire : conseil, éducation, avis"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
Conseil arrêt	1	14.29	1	14.29
Information sur radio	1	14.29	2	28.57
conseil	1	14.29	3	42.86
conseil d'arrêt du tabac	1	14.29	4	57.14
éducation, sevrage tabac	1	14.29	5	71.43
recommandation, sevrage	1	14.29	6	85.71
éducation santé	1	14.29	7	100.00

Verbatims pour T45 "Métabolique : conseil, éducation, avis"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
arrêt du tabac	1	33.33	1	33.33
arrêt du tabac ?	1	33.33	2	66.67
conseils pour éviter prise de poids supplémentaire	1	33.33	3	100.00

Verbatims pour P49 "Psychologique : autre procédure préventive"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
aide minimal a l arret du tabac	1	8.33	1	8.33
conseil minimal a arret du tabac	1	8.33	2	16.67
conseil minimal a l arret du tabac	1	8.33	3	25.00
conseil minimal d arret du tabac	2	16.67	5	41.67
conseil minimal à l 'arret du tabac	1	8.33	6	50.00
evaluation consommation tabac	1	8.33	7	58.33
prévention	1	8.33	8	66.67
test de fagerstrom	1	8.33	9	75.00
évaluation consommation de tabac	1	8.33	10	83.33
évaluation consommation tabac	1	8.33	11	91.67
évaluation de la consommation du tabac	1	8.33	12	100.00

Verbatims pour P50 "Psychologique : médication, prescription"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
CHAMPIX	1	5.00	1	5.00
ORDONNANCE SUBSTITUT NICOTINIQUE	1	5.00	2	10.00
Ordonnance de susstituts	1	5.00	3	15.00
P50	2	10.00	5	25.00
PRESCRIPTION champix	1	5.00	6	30.00
Substitution nicotinique	1	5.00	7	35.00
Substituts nicotiniques	1	5.00	8	40.00
ordonnance	1	5.00	9	45.00
ordonnance patchs	1	5.00	10	50.00
ordonnance substituts	1	5.00	11	55.00
patch nicotine	1	5.00	12	60.00
patchs nicotine	1	5.00	13	65.00
prescription champix	1	5.00	14	70.00
prescription de patch nicotiniques	1	5.00	15	75.00
prescription patchs de nicotine	1	5.00	16	80.00
renouvellement d'ordonnance	1	5.00	17	85.00
sevrage tabac	1	5.00	18	90.00
substitution nicotinique	1	5.00	19	95.00
substituts nicotiniques	1	5.00	20	100.00

Verbatims pour P58 "Psychologique : soutien, écoute, psychothérapie"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
CONSEILS	5	6.10	5	6.10
CONSEILS ARRET TABAC	1	1.22	6	7.32
Conseils	1	1.22	7	8.54
ECOUTE	3	3.66	10	12.20
ECOUTE CONSEILS	1	1.22	11	13.41
ENCOURAGEMENT ARRET	1	1.22	12	14.63
Education tabagique	1	1.22	13	15.85
P58	4	4.88	17	20.73
Psychothérapie/Information/rhd	1	1.22	18	21.95
conseils pr arret	1	1.22	19	23.17
conseil d'arrêter le tabac	1	1.22	20	24.39
conseil minimal	3	3.66	23	28.05
conseil therapeutique	7	8.54	30	36.59
conseil thérapeutique	5	6.10	35	42.68
conseils	2	2.44	37	45.12
conseils arrêt tabac	1	1.22	38	46.34
conseils hygiéno-diététiques	1	1.22	39	47.56
conseils pou motivation à arreter	1	1.22	40	48.78
conseils pour baisser le tabac	1	1.22	41	50.00

Verbatims pour P58 "Psychologique : soutien, écoute, psychothérapie"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
conseils pr arrêt tabac	1	1.22	42	51.22
conseils sevrage	1	1.22	43	52.44
conseils sevrage tabagique	1	1.22	44	53.66
conseils thérapeutiques	2	2.44	46	56.10
ecoute	2	2.44	48	58.54
ecoute onseils	1	1.22	49	59.76
ecoute therapeutique	1	1.22	50	60.98
education therapeutique	1	1.22	51	62.20
education thérapeutique	3	3.66	54	65.85
education thérapeutique , arret du tabac	1	1.22	55	67.07
entretien arret du tabac	1	1.22	56	68.29
entretien motivationnel	1	1.22	57	69.51
entretien motivationnel à la poursuite du sevrage	1	1.22	58	70.73
interrogatoire psy	1	1.22	59	71.95
proposition de sevrage	1	1.22	60	73.17
psuchotherapie	1	1.22	61	74.39
psychotherapie	4	4.88	65	79.27
psychothérapie de soutien	2	2.44	67	81.71
renforcement positif	1	1.22	68	82.93

Verbatims pour P58 "Psychologique : soutien, écoute, psychothérapie"

Verbatims	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	% cumulé
soutien	2	2.44	70	85.37
soutien psychologique	1	1.22	71	86.59
thérapie comportementale	2	2.44	73	89.02
écoute	5	6.10	78	95.12
écoute , entretien motivationnel	1	1.22	79	96.34
écoute, entretien motivationnel	2	2.44	81	98.78
écoute, soutien	1	1.22	82	100.00

VU

NANCY, le **11 juillet 2013**

NANCY, le **30 juillet 2013**

Le Président de Thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. PAILLE

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6520

NANCY, le 27/08/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Contexte : Le tabagisme, responsable en 2004 de 73 000 décès prématurés, est un problème de santé publique majeur en France. Malgré les mesures législatives et financières récentes, sa prévalence augmente.

Objectif : étudier les caractéristiques des consultations de médecine générale dans lesquelles le tabagisme était abordé. Objectifs secondaires : estimer le recours au conseil minimal (CM) ; étudier les consultations initiées par le patient *versus* celles initiées par le médecin ; décrire les procédures mises en place.

Méthode : Données issues d'une enquête nationale multicentrique réalisée en 2012 en patientèle de médecins généralistes maîtres de stage universitaires (MSU) : ECOGEN. Codage des consultations selon la Classification Internationale en Soins Primaires 2.

Résultats : 1,2% des 20 781 consultations étudiées ont abordé le sujet du tabac. Le CM était délivré une fois sur cinq. Le CM n'augmentait pas la durée moyenne de consultation. Un tiers des 128 médecins n'a eu aucune consultation sur le tabac.

Discussion : Cette étude a pu sous-estimer l'implication des généralistes dans la lutte contre le tabagisme mais laisse aussi craindre un défaut de sa prise en charge, notamment dans les populations à risque. Des perspectives d'amélioration de l'aide au sevrage tabagique seraient : de créer des alertes dans les logiciels médicaux, de travailler en coordination inter-professionnelle, voire de déléguer des tâches aux infirmières et de valoriser cette consultation de prévention pour les médecins.

TITRE EN ANGLAIS

An ancillary study of the ECOGEN study : approach to smoking addiction in general practice consultations

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : médecine générale / tabagisme / conseil minimal / CISP 2

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
