



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-theses-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>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Julien GAUTRY

le 18 juin 2002

**LE MEDECIN ET LE TABAC :
DU TABAGISME A LA TABACOLOGIE
ENQUETE AUPRES DE 261 MEDECINS**

Examineurs de la thèse :

Monsieur François Paille	Professeur	Président
Monsieur Jean Marie Polu	Professeur	Juge
Monsieur Pierre Lederlin	Professeur	Juge
Monsieur Patrick Florentin	Docteur en Médecine	Juge
Monsieur Jean Marie Heid	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

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

Professeur Jean-Claude HOFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU

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

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Philippe CANTON – 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

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

Professeur Guy PETIET

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 Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

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 et réanimation chirurgicale)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

Professeur Gérard FIEVE

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

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

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIOWSKI – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur Mickaël KRAMER

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

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

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A.)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A.)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A.)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A.)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A.)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A.)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A.)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A.)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur François Paille

Nous avons été sensible à l'attention que vous nous avez portée en acceptant la Présidence de cette thèse et aux conseils que vous nous avez prodigués pour sa réalisation.

Soyez assuré de nos remerciements respectueux.

A notre juge,

Monsieur le Professeur Jean Marie Polu,

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger cette thèse.

Nous avons apprécié votre enseignement au cours de nos stages d'externe dans votre service.

Nous tenons à vous exprimer nos remerciements et notre estime.

A notre juge,

Monsieur le Professeur Pierre Lederlin,

Nous sommes heureux de votre présence dans notre jury de thèse.

Nous avons apprécié de pouvoir bénéficier de la transmission d'une partie de votre savoir, et nous avons été sensible à vos qualités humaines et votre bonne humeur au cours de nos stages d'externe et de résident.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Patrick Florentin,

Nous sommes fier et pesons la chance d'avoir été votre élève.

Nous gardons le souvenir des moments agréables passés à vos côtés en Principauté de Salm, où nous avons découvert l'exercice concret de la médecine de ville.

Nous avons été particulièrement sensible à votre humanisme.

Permettez-nous, au travers de ce travail, de vous témoigner notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Jean Marie Heid

Vous êtes l'inspirateur de ce travail, nous vous en remercions.

Nous apprécions vos qualités de cœur et votre sensibilité artistique, nous sommes honoré d'être jugé par le médecin et l'homme que vous êtes.

Soyez assuré de nos remerciements et de notre affection.

A mes parents

A Marie, Clémence et Pierre

A mes grands-parents

A Paul et Augustin

A Philippe et Nicolas

A mon parrain

A ma famille

A Axel, Sandrine et Marie

A Christiane, Bernard, Laure et Olivier

A mes amis

SERMENT

"Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

2.1.3- Qualité des informations recueillies	39
2.1.3.1- Obtenir un profil précis du médecin et de sa pratique	39
2.1.3.2- Réponses pouvant être interprétables	39
2.2- Description du questionnaire	40
2.2.1- Première question	40
2.2.2- Deuxième question	40
2.2.3- Troisième question	41
2.2.4- Quatrième question	41
2.2.5- Cinquième question	41
2.2.6- Sixième question	41
2.2.7- Septième question	42
2.2.8- Huitième question	41
2.2.9- Neuvième question	42
2.2.10- Dixième question	42
2.2.11- Onzième question	42
2.2.12- Douzième question	42
2.2.13- Treizième question	42
2.2.14- Quatorzième question	43
2.2.15- Quinzième question	42
2.2.16- Seizième question	43
3- Réalisation de l'enquête	43
4- Méthode statistique	44
Les résultats de l'enquête	45
1- Echantillon total, quel que soit le mode de pratique médicale	46
1.1- Résultats pour les seize questions	46
1.2- Résultats selon le sexe	52
1.2.1- Les femmes	52
1.2.2- Les hommes	58
1.3- Résultats selon le statut tabagique	64
1.3.1- Les médecins qui n'ont jamais fumé	64
1.3.2- Les médecins ayant déjà fumé	70
1.3.3- Les ex-fumeurs	76
1.3.4- Les médecins qui fument toujours	82
2- Les médecins généralistes	88
2.1- Les résultats aux quinze questions	88
2.2- Les médecins généralistes à exercice particulier	94
3- Les médecins hospitaliers	100
4- Comparaisons, tests statistiques	107
4.1- Comparaisons selon le sexe	107
4.2- Comparaison selon le statut tabagique	113
4.2.1- Comparaison Fumeur et Non Fumeur	113
4.2.2- Comparaison Fumeur et Ex-Fumeur	117
4.2.3- Comparaison Non-Fumeur et Ex-Fumeur	120
4.2.4- Résultats en fonction de la quantité de cigarettes quotidiennes	124
4.3- Comparaison selon le mode d'exercice	128
4.4- Comparaison selon l'âge	132

Discussion	137
1- Le profil des médecins	138
2- Le tabagisme des médecins	138
3- La prise en compte du tabagisme des patients	140
4- L'attitude face au tabagisme	142
5- L'intérêt pour une formation médicale continue	146
6- Comparaison aux données de la littérature	148
6.1- En France	148
6.1.1- Médecins libéraux	148
6.1.2- Médecins hospitaliers	149
6.2- Dans les autres pays	149
6.2.1- Les médecins	149
6.2.1.1- Royaume uni	149
6.2.1.2 Espagne	150
6.2.1.3- Hollande	150
6.2.1.4- Malaisie	151
6.2.1.5- Etats Arabes Unis	151
6.2.2- Les étudiants	151
6.2.2.1- Allemagne	151
6.2.2.2- Arabie saoudite	152
6.2.2.3- Pakistan	152
7- Synthèse	152
 L'action de formation sur le tabagisme	 153
1- Les différentes formes de FMC possibles	154
1.1- Les formations offertes, la méthode choisie	154
1.2- Les méthodes de formation de groupe	155
1.2.1- Méthode magistrale	155
1.2.2- Pédagogie active	155
2- L'action de FMC mise en œuvre : un mini séminaire	156
2.1- Les objectifs	156
2.1.1- L'objectif principal	156
2.1.2- Les objectifs secondaires	156
2.2- Les moyens	156
2.2.1- Les moyens humains	156
2.2.2- Les moyens financiers	157
2.2.3- Les moyens logistiques	157
2.3- Les méthodes	159
2.3.1- Les conférences plénières	159
2.3.2- Les ateliers pratiques	160
2.4- Le déroulement du mini-séminaire	160
2.5- Evaluation	162
2.5.1- Evaluation des connaissances	162
2.5.2- Evaluation des pratiques	166
2.6- Critique	168
2.6.1- Appréciation des participants	168
2.6.2- Regard critique des organisateurs	168
 Conclusion	 169

Bibliographie

171

Annexe

179



Introduction



Dans la perspective de proposer une formation en tabacologie à un groupe de médecins, nous avons été amenés à réaliser une enquête quant à leurs attentes. Ce travail avait aussi pour objectif d'étudier les comportements des médecins face au tabac.

Nous nous proposons donc de rapporter la méthodologie et les résultats de cette enquête menée en 1998 auprès de 261 médecins exerçant dans le département des Vosges quel que soit leur mode d'exercice.

Pour débiter cette thèse, il nous a paru nécessaire de l'ouvrir par un chapitre de généralités concernant d'une part **le tabac** et ses effets, et d'autre part ce que nous avons pu comprendre de l'organisation de **la formation médicale continue** en France.

Notre enquête sera ensuite présentée sur le plan méthodologique, puis les résultats en seront détaillés et analysés sur le plan statistique.

La discussion portera sur le tabagisme des médecins et ses liens avec la prise en compte de celui de leurs patients, leurs attitudes face au tabagisme en fonction de leurs propres pratiques, dans notre étude et par comparaison avec les données de la littérature.

Cette discussion se poursuivra enfin par la description de l'action de formation que nous avons mise en place.

Généralités

1-Le tabac.

1.1-Historique.[40]; [59]; [64]

Le tabac est originaire d'Amérique, seul continent où il ait poussé à l'état sauvage. Les deux principales espèces *nicotiana tabacum* et *nicotiana rustica* proviennent respectivement des régions correspondant aujourd'hui au Brésil et au Mexique. Son utilisation remonte à des temps très anciens, on a retrouvé des fume-cigare et des peintures des Mayas de plus de 2000 ans d'âge, des pipes datant de 500 avant J.C. en Amérique du Sud (Equateur). Chez les Mayas, le tabac était l'objet de cérémonies religieuses au cours desquelles les prêtres soufflaient la fumée de cigares en direction du soleil puis des quatre points cardinaux. Les Indiens des Caraïbes fument le tabac sous forme de cigares à des fins récréatives, mais aussi dans leur pratique religieuse pour provoquer des visions prémonitoires et dans un but curatif vis à vis des blessures de flèches.

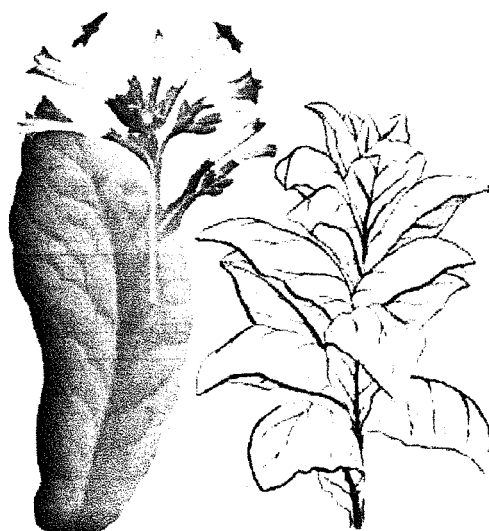
Ce n'est qu'à partir du XV^{ème} siècle que sa diffusion va débiter après sa découverte par les Européens chez les habitants des Antilles. Est-ce Las Casas en octobre 1492, ou Luis de Torres et Rodriguo de Jerez en novembre de la même année qui découvrent cette pratique particulière des autochtones de Cuba qui « buvaient la fumée » ? En tout cas ce sont des hommes de l'équipage de Christophe Colomb qui furent les premiers Européens à faire connaissance avec le tabac.

A partir de 1520, la culture du tabac est introduite en Europe. La première plantation française est ornementale ; c'est celle d'un religieux, André Thevet, en 1556 au couvent des Cordeliers d'Angoulême avec des graines rapportées du Brésil. Cette culture va s'étendre aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles en Afrique (favorisée par le commerce des esclaves), sur tout le continent européen et en Asie. Les vertus

médicinales de cette plante vont être très tôt utilisées par leurs nouveaux adeptes, la consommatrice la plus célèbre étant Catherine de Médicis qui sur les conseils d'un certain Jean Nicot va se servir du tabac pour guérir ses migraines. En 1565 le botaniste Lonitzer crée le nom de *Nicotiana* pour désigner cette plante. Au XVIII^{ème} Nicolas Vauquelin extrait du tabac une substance qu'il baptise Nicotine dont la formule chimique ($C^{10}H^{14}N^2$) sera découverte par un Marseillais, Théophile Schoesingh.

1.2-Botanique, culture. [64]

Le tabac est une plante herbacée annuelle ou vivace, à feuille alterne dont il existe plusieurs variétés pouvant atteindre jusqu'à deux mètres de haut avec des feuilles de soixante-dix centimètres de long. Ses graines sont de très petite taille, on peut en dénombrer 12 000 par gramme. Cette plante appartient à la grande famille des solanacées, qui sont des plantes dicotylédones à fleurs gamopétales ayant pour fruit une baie ou une capsule. Cette famille regroupe la pomme de terre, l'aubergine, la tomate, la jusquiame, la mandragore, le pétunia, la belladone, le tabac et bien d'autres plantes.



© Hachette Livre

La culture peut se faire sous des latitudes situées entre 40° Sud et 50° Nord. De nombreux pays sont d'ailleurs producteurs : Cameroun, Chine (premier producteur mondial), Cuba, Brésil, Bulgarie (premier producteur européen), Etats Unis d'Amérique, France, Grèce, Inde, Italie, Madagascar, Philippines, Rhodésie, Turquie, Yougoslavie.

En France, la culture se déroule d'avril à septembre. Il existe deux techniques de culture qui se différencient au moment des semis : les semis traditionnels directement dans le sol et les plants en mini-mottes ou semis flottants qui sont la plantation de graines enrobées d'argile protectrice dans un terreau spécifique disposé dans des bacs en polystyrène flottant sur une solution nutritive. La plantation en pleine terre a lieu au mois de mai à l'aide d'une machine à planter. Aux mois de juillet et août l'entretien de la culture consiste surtout en l'écimage qui est l'ablation de la hampe florale du plant de tabac favorisant ainsi le développement et la maturité des feuilles. Cette opération peut être réalisée à la main, au sécateur, à la pince, ou avec une rampe équipée de couteaux et montée sur un enjambeur. Après l'écimage, la croissance des feuilles et des racines va s'accélérer mais aussi celle des bourgeons siégeant à la base des feuilles. Ces bourgeons pourront, comme les fleurs, gêner le développement des feuilles, on procède donc à l'inhibition qui est l'application d'un produit inhibiteur à l'aide d'une lancette, d'une pince écimeuse, ou par une rampe à jet. La récolte se fera de fin juillet à fin septembre. Le tabac brun est récolté par pied, coupé mécaniquement puis piqué tête en bas sur une latte munie de clous pour permettre le séchage qui durera jusqu'au mois de novembre. Le tabac blond est récolté feuille par feuille par des cueilleurs, les feuilles sont ensuite piquées dans des grands peignes et mises dans un four pendant 5 jours à des températures croissantes (38° pendant 48 heures, 54° pendant 48 heures, 70° le dernier jour). La destruction des souches puis les labours se font à l'automne.

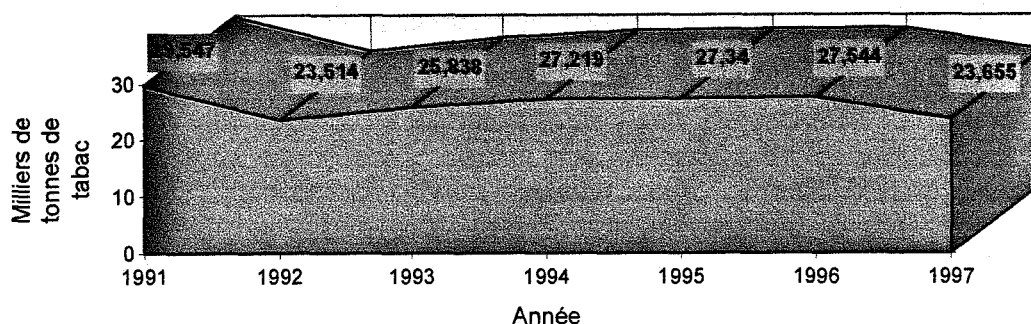
CALENDRIER CULTURAL DU TABAC

Automne	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre
Labour	Semis		Plantation		Récolte				Destruction souches
					Ecimage inhibition		Dessication, triage Conditionnement, stockage		
				Irrigation					
Fertilisation	Insecticide, désherbage		Anti-limaces		Anti-Oidium				
				Anti-mildiou					
				Insecticides					

La production française de tabac était d'environ 23655 tonnes pour l'année 1997, soit environ un quart de la consommation nationale, répartie sur 8000

exploitations de petite et moyenne taille, principalement situées dans le sud-ouest, mais cette culture est présente dans 70 départements.

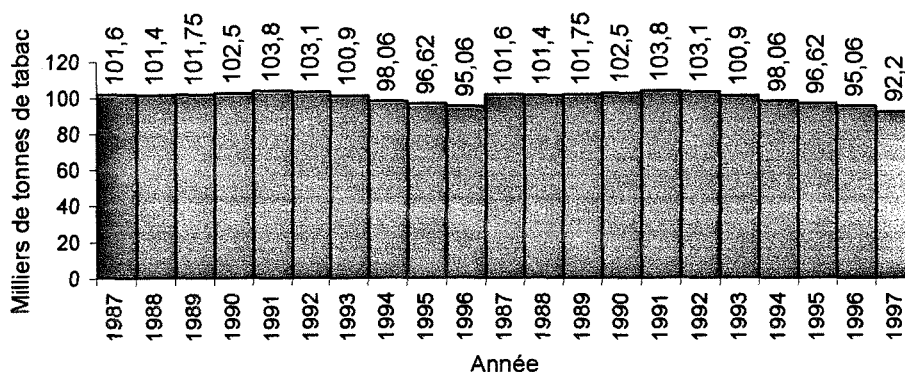
Production de tabac en France



1.3-Aspects sociologiques et économiques.

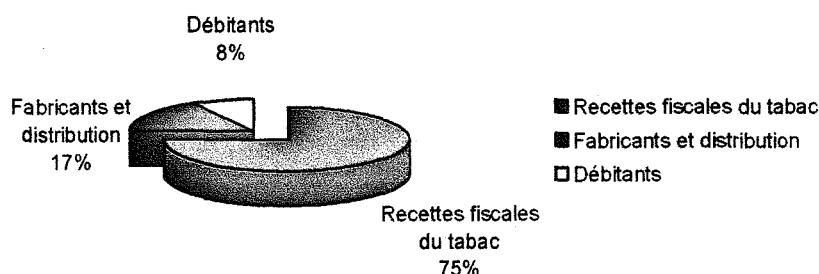
Le tabac est essentiellement consommé sous forme de cigarettes (90% des fumeurs), mais on note ces dernières années une augmentation des ventes de cigares et de tabac à fumer qui compense partiellement la diminution des ventes de cigarettes. Globalement, les ventes de tabac au cours de la dernière décennie ont peu régressé en France comme on peut le voir sur ce graphique qui rapporte le total des ventes de tabac en milliers de tonnes pour la France entre 1987 et 1997 [11].

Ventes totales de tabac en France



Ces ventes en baisse quant au volume de tabac, correspondent à un chiffre d'affaire en hausse de 4.2% pour l'année 1997 par rapport à l'année 1996 soit une somme totale de 75.240 milliards de francs (11.47 milliards €) (72.174 milliards de Francs en 1996 (11 milliards €)). En effet, la hausse du prix du tabac est plus rapide que la baisse des ventes en particulier par l'augmentation de la taxation (taux moyen de taxation sur les produits du tabac 75.2% du prix, soit le sixième rang des pays de la Communauté Economique Européenne (Danemark 81.7%, Portugal 80.6%, Royaume-Uni 77.5%, Irlande 76.8%, Finlande 76.4%)). Cela a permis une augmentation des recettes fiscales du tabac de 106.3% entre 1987 et 1996. Ainsi le chiffre d'affaire du tabac se décompose, comme l'indique le graphique qui suit, en trois parts dont la plus importante revient à l'état [11].

Décomposition du chiffre d'affaire du tabac en 1996



Si les taxes sur le tabac ont rapporté 56.586 milliards de Francs (8.63 milliards €) pour l'année 1997, on peut considérer cette taxe comme une perte pour la société, car selon une hypothèse basse le coût économique des conséquences du tabagisme a été estimé à 138 milliards de francs (21.04 milliards €) (soit 6400 francs par famille française (975.67 €))[17]; [46].

1.4-Epidémiologie. [6]; [32]; [33]; [34]; [35]; [59]; [78]

On estime à environ un tiers de la population adulte la proportion de fumeurs en France. Après une forte diminution entre les années cinquante (72% de fumeurs chez les hommes et 17% chez les femmes en 1953) et le milieu des années soixante-dix, ce chiffre est resté relativement stable depuis les 20 dernières années (40% des hommes et 27% des femmes). La plupart des fumeurs sont des hommes mais leur proportion diminue par rapport aux femmes. Le niveau social influe sur le

tabagisme, les milieux socio-économiques les plus défavorisés étant les plus touchés par le tabagisme.

Le nombre de décès attribuables au tabac en France est d'environ 60000 par an, soit plus d'un décès sur dix, dont la moitié par cancers (pulmonaire, des voies aéro-digestives supérieures, de la vessie, des reins, du pancréas, du col de l'utérus), environ un cinquième par des maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique, arrêt cardiaque, maladie cérébro-vasculaire, artériosclérose, anévrisme de l'aorte, artérite), un huitième par des maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive). De ces 60000 décès on dénombre 55000 hommes et 5000 femmes, et on estime pour 2025 devoir déplorer 105000 décès chez les hommes et 55000 chez les femmes si aucune modification des comportements n'intervient.

1.5-Physiopathologie.

1.5.1-Les constituants de la fumée. [9]; [42]; [50]; [59]; [66]; [77]

La fumée de tabac, qui résulte de la combustion incomplète du tabac, est faite de deux phases, l'une particulaire avec des éléments de 0.1µm à 0.8µm, l'autre gazeuse, qui présentent plus de 4000 constituants.

La phase particulaire contient la nicotine, les substances cancérigènes (hydrocarbures, dérivés nitrés, aldéhydes, nitrosamines, cétones,...), les irritants (acroléines,...), les métaux (nickel, cadmium,...), les radicaux libres (quinones, époxydes, composés peroxydes,...). Dans la phase gazeuse on trouve du gaz carbonique (CO₂), du monoxyde de carbone (CO), du cyanide d'hydrogène (CNH) et des composés organiques volatils (aldéhydes, cétones, ammoniacque). On isole en général quatre types principaux de substances toxiques: la nicotine, le monoxyde de carbone, les irritants, les hydrocarbures (communément appelés goudrons).

1.5.1.1-La nicotine.

A l'état pur, cet alcaloïde du tabac est un liquide incolore et volatil qui devient brun au contact de l'air. C'est elle qui donne son odeur au tabac. Chaque cigarette en contient 1 à 12 mg. Après l'inhalation, la nicotine atteint le cerveau en sept secondes où elle peut exercer ses effets grâce à sa structure proche

de l'acétylcholine, en se fixant aux récepteurs post synaptiques à acétylcholine avec lesquels elle forme des liaisons plus stables que l'acétylcholine elle-même. Sa formule chimique est $C_{10}H_{14}N_2$.

1.5.1.2-Les substances cancérigènes.

Les hydrocarbures polycycliques (benzopyrène) : leur taux varie de 0.1 mg à 15 mg par cigarette.

Les N-nitrosamines spécifiques du tabac (tobacco-spécific N-nitrosamines (TSNA)) formées à partir de la nicotine

Les amines aromatiques

Les aldéhydes

Le chrome

L'arsenic

Le polonium 210

1.5.1.3-Les irritants.

Le cyanide d'hydrogène (CNH)

Les aldéhydes

L'acroléine

Les radicaux libres oxydants (quinone, époxydes,...)

1.5.1.4-Le monoxyde de carbone.

Il se fixe sur l'hémoglobine de manière stable

1.5.2-Les pathologies liées au tabac.

1.5.2.1-Cancers. [8]; [35]; [61]

Cancer du poumon, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'oesophage, du pancréas, de la vessie, du rein, du col de l'utérus.

1.5.2.2-Maladies cardio-vasculaires. [35]; [61]

- Maladie coronaire

Le tabagisme augmente le risque de maladies coronariennes, et surtout celui de survenue d'un infarctus du myocarde. En effet, le tabac favorise l'athérosclérose, la thrombose coronaire, le spasme coronaire et son association à

une contraception oestroprogestative est particulièrement propice à ces manifestations.

- Artériopathie
 - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
 - Maladie de Buerger
 - Anévrisme de l'aorte abdominale
- Accidents vasculaires cérébraux
- Hypertension artérielle

1.5.2.3-Maladies respiratoires. [61]; [62]

- Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Cancer bronchique

1.5.2.4-Maladies de l'appareil digestif [21]

- Ulcère gastrique
- Rectocolite hémorragique, est essentiellement observée chez les non-fumeurs, il semblerait que la nicotine permette de diminuer la symptomatologie.
- Maladie de Crohn, est favorisée par le tabagisme avec un risque double de faire la maladie chez les fumeurs.

1.5.2.5-Tabac et grossesse. [35]; [61]; [67]

- Augmentation du risque d'avortement spontané
- Augmentation du risque d'hématome rétroplacentaire
- Augmentation du risque de prématurité
- Augmentation de la mortalité
- Petit poids de naissance (poids moyen de naissance inférieur d'environ 150 à 250 grammes par rapport aux enfants de mères non fumeuses)

1.5.2.6-Tabagisme passif. [35]; [76]

- Augmentation de la fréquence des affections ORL : sinusite, rhinite, amygdalite, otite, laryngite.

- Augmentation de la fréquence des affections respiratoires :
bronchiolite, bronchite, broncho-pneumopathie
- Apparition ou aggravation des maladies coronariennes
- Augmentation de la fréquence des cancers bronchiques

1.5.2.7-Autres effets.

- Poids inférieur chez le fumeur mais répartition androïde de la masse adipeuse. [9]; [47]
- Baisse de l'acuité auditive [23]
- Interactions médicamenteuses : elles sont très nombreuses mais encore mal connues. On a remarqué une augmentation du métabolisme hépatique de certains médicaments, abaissant donc leur concentration plasmatique et diminuant alors leur efficacité. Ce phénomène s'observe en particulier avec la théophylline, ce qui peut rendre difficile l'équilibre du traitement. D'autres interactions relevant de mécanismes différents sont identifiées, ainsi la nicotine inhiberait les effets antihypertenseurs des beta-bloquants non cardio-sélectifs, on note aussi une diminution des effets diurétiques du furosémide, de la résorption de l'insuline, de l'efficacité des anti-histaminiques H2.

1.6-Prise en charge thérapeutique. [44]; [59]; [79]

La prise en charge thérapeutique du fumeur repose pour une part importante sur l'accompagnement psychologique du patient. On parle souvent, et le terme est bien approprié, d'aide au sevrage. On comprendra alors toute l'importance de la relation entre le médecin et le patient.

Il existe des produits de substitution nicotinique sous différentes formes (gomme, timbre, spray, inhalateur) [18] ; [39] ; [45], qui sont utiles s'il existe une forte dépendance pharmacologique, mais il conviendra de considérer qu'ils ne sont qu'un des moyens, qu'une des armes du sevrage et surtout qu'ils ne constituent pas à eux seuls un traitement. Nous pouvons à ce propos peut-être, nous poser la question de savoir si la libre délivrance de ces produits en officine autorisée récemment, constitue un réel progrès en effaçant l'aspect relationnel et d'aide psychologique nécessaire au sevrage. Sur ce point seules les données

épidémiologiques futures pourront nous permettre de juger du bien fondé de cette mesure.

Les autres traitements médicamenteux utiles lors d'un sevrage tabagique sont les anxiolytiques et les antidépresseurs. D'ailleurs, le bupropion (dénomination commerciale : Zyban LP®) récemment apparu dans l'arsenal thérapeutique possède des propriétés antidépressives avec une action d'inhibiteur de la recapture neuronale des catécholamines.

Il existe des alternatives qui peuvent présenter si ce n'est une réelle efficacité au moins un soutien intéressant comme l'acupuncture, l'auriculothérapie, l'homéopathie, l'hypnose, les thérapies de groupe.

2-La formation médicale continue.

2.1-Historique.

Les premières manifestations de la formation médicale continue (FMC) en France remontent aux années trente avec les Assises de Médecine puis en 1947 les Entretiens de Bichat à Paris. C'est à partir des années cinquante que vont se créer des associations locales de FMC ; il en existera 150 en 1970, 830 en 1986, plus de 1200 en 1994. Ces associations, très dispersées géographiquement, sont de taille variable, allant de la petite association regroupant une dizaine de membres jusqu'aux associations départementales pouvant compter plusieurs centaines d'adhérents. Depuis 1996 il existe pour les médecins une obligation légale de formation médicale continue (Code de la santé publique Livre IV, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section II, Paragraphe 3 articles L . 367-1 à L. 367-11 et Décret 96-1050 du 5 décembre 1996) [15], [54].

2.2- Objectifs.

La justification de la formation médicale continue est évidente étant donnée l'évolution permanente de la profession, fortement liée au progrès scientifique et soumise pour une part importante à de nombreux doutes. Ses objectifs sont d'aider individuellement et collectivement le corps médical à rester au contact de l'actualité et ainsi permettre une plus facile et rapide progression des connaissances et favoriser par effet d'entraînement l'avancement de la recherche.

D'un point de vue plus pratique, des thèmes de formation médicale prioritaires sont choisis annuellement par un Conseil national de la formation médicale continue. Pour l'année 1998, parmi les 1472 propositions recueillies, le CNFMC a retenu vingt quatre thèmes parmi lesquels le quinzième, intitulé « Prévention et prise en charge des dépendances : alcool, tabac, médicaments, drogues illicites. ».

2.3- Critères de qualité de la FMC. [63]

Pour que la formation médicale continue remplisse correctement ses objectifs, elle se doit de répondre à un certain nombre de critères qualitatifs. Le Conseil national de Formation médicale continue a défini, le 21 juin 1989, selon quatre grands axes, des critères qui permettent d'obtenir une FMC de qualité.

- **Les Critères de validation d'une action de FMC :**

La Formation Médicale Continue (FMC) a pour objectif la qualité des soins et la promotion de la santé.

Le principe de la diversité des actions de FMC reste la base du système français, qu'il s'agisse de formation orale ou de formation écrite, de stages, de cycles de formation, d'actions individuelles de diverses natures. Mais pour être validées dans le cadre de la politique professionnelle de FMC, ces actions doivent satisfaire à un certain nombre de grands critères précisés ci-dessous.

1. Adaptation à l'exercice du praticien concerné

- concordance avec la réalité des besoins des praticiens et de la santé ;
- recherche de l'efficacité, dans la décision médicale ;
- prise en compte de l'ensemble de l'environnement, notamment psychologique, social et économique, au plan individuel et collectif.

2. Qualité scientifique de la formation

Elle est appréciée sur la qualité des sources, des experts et le développement de l'esprit critique ;

- prise en compte de l'ensemble des connaissances anciennes et nouvelles, argumentées et référencées ;

- confrontation des données diversifiées et recherche de stratégies et de conduites à tenir ;
- formation à la pratique du raisonnement critique notamment dans la décision médicale.

3. Qualité pédagogique de la formation

La qualité pédagogique d'une action de FMC s'apprécie sur

- l'identification diversifiée des besoins ;
- le choix des objectifs de formation adaptés à la pratique professionnelle ;
- une méthodologie adaptée aux thèmes traités et aux participants ;
- l'existence d'une procédure d'évaluation de l'action de formation et si possible des résultats.

4. Indépendance de l'action de formation

La FMC a pour objectif la qualité des soins et ne doit donc pas être détournée vers d'autres objectifs ou vers des intérêts contraires à la santé publique. Dans cet esprit l'indépendance de la FMC doit s'exercer notamment vis à vis de toutes les sources de financement et vis à vis des intérêts particuliers de tout organisateur.

L'indépendance d'une action de FMC doit s'apprécier à tous les niveaux de son organisation :

- choix des thèmes ;
- choix des experts ;
- contenu et modalités de déroulement de la formation (en particulier tout aspect promotionnel publicitaire doit être strictement identifié et distingué de la formation) ;
- transparence des modalités de financement.

Ces données doivent faire l'objet d'un contrat ou d'un document écrit obligatoirement soumis à l'instance chargée de la validation.

Présentation de l'enquête

1- La population concernée

L'enquête a été réalisée dans le département des Vosges. Pour ce département, l'Ordre des Médecins recense pour le premier semestre 1998, période pendant laquelle l'enquête s'est déroulée, 1015 médecins inscrits.

1.1- Les médecins généralistes libéraux.

Les médecins généralistes sont 360, répartis en 344 médecins généralistes et 16 médecins généralistes ayant un exercice particulier (MEP). Le terme d'exercice particulier concerne les activités d'acupuncture, homéopathie, ostéopathie déclarée par le médecin comme pratique essentielle. Notre échantillon regroupe 165 médecins généralistes dont 10 MEP.

1.2- Les médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers publics du département des Vosges sont 163, répartis de la manière suivante :

- Anesthésie réanimation: 18
- Biologie médicale: 1
- Cardiologie: 7
- Chirurgie: 16
- Endocrinologie: 1
- Gastro-entérologie: 4
- Gynécologie obstétrique: 7
- Médecine interne: 11
- Médecine physique et réadaptation: 6
- Néphrologie: 1
- O.R.L: 2

- Ophtalmologie: 1
- Pédiatrie: 7
- Pneumologie: 6
- Psychiatrie: 19
- Radiologie: 7
- Radiothérapie: 2
- Stomatologie: 1
- Sans spécialité: 46

Notre échantillon comprend 96 médecins hospitaliers que nous avons répartis selon des classes un peu différentes de celles proposées par l'Ordre des Médecins, pour des raisons pratiques que nous exposerons au paragraphe 2.2.2 de ce chapitre. Les effectifs par classes sont donc les suivants:

- Anesthésie-réanimation: 8
- Cardiologie: 9
- Chirurgie: 8
- Diabétologie-endocrinologie: 2
- Gastro-entérologie: 3
- Médecine d'urgence: 16
- Médecine interne: 13
- O.R.L.: 2
- Pédiatrie: 7
- Pneumologie: 6
- Autres spécialités: 20

On remarque, chose étonnante, que notre échantillon compte deux cardiologues de plus que n'en recense l'ordre des médecins. Y-a-t-il eu erreur de recensement par l'ordre, erreur de récolte de l'information de notre part, ou fausse déclaration d'un médecin ?

2- Le questionnaire

2.1- Les contraintes à la réalisation du questionnaire

2.1.1- Acceptabilité du questionnaire par les médecins

2.1.1.1- Brièveté du questionnaire

Pour obtenir le maximum de questionnaires, il fallait que les médecins veuillent bien y répondre! Dans une activité professionnelle où le temps est déjà compté nous nous devions de proposer un questionnaire le plus court possible. Le nombre de questions posées devait donc être limité et les réponses attendues devaient pouvoir être données rapidement sans que l'enquêté ait besoin d'un temps de réflexion trop long. Les questions à réponses ouvertes ont dû être écartées. Le questionnaire comprend donc finalement seize points et seuls trois demandaient un petit temps de réflexion (questions numéro huit, treize et quatorze). Le temps à consacrer pour répondre à ce questionnaire est d'environ trois minutes.

2.1.1.2- Eviter les questions qui risquent de blesser la susceptibilité de l'interrogé.

Nous n'avons donc pas posé de question testant les connaissances du médecin en matière de tabacologie, bien que nous eussions aimé savoir si les médecins ayant effectivement le plus de lacunes sur ce sujet en étaient conscients et souhaitaient y remédier.

2.1.2- Acceptabilité du questionnaire par l'enquêteur

Cela concerne la partie de l'enquête réalisée par téléphone. Les contraintes rejoignent celles de brièveté décrites au paragraphe 2.1.1.1, auxquelles on peut ajouter le besoin d'un format de questionnaire pratique dans son utilisation et son stockage. Nous avons présenté les seize questions sur une feuille unique de format A4. (voir en annexe page 180)

2.1.3- Qualité des informations recueillies

2.1.3.1- Obtenir un profil précis du médecin et de sa pratique (nécessité de questions nombreuses, avec des items pouvant correspondre à tous les cas ou avec des questions à réponses ouvertes).

- Le tabagisme du médecin

- Pour évaluer le tabagisme du médecin nous aurions pu nous servir du test de dépendance de Fagerström qui aurait été un indicateur plus précis que la quantité de cigarettes quotidienne (neuvième question) ; l'application de ce test aurait considérablement alourdi le questionnaire et nous ne pensons pas qu'il nous aurait apporté des renseignements plus intéressants.

- Evaluation de la pratique du médecin

- La pratique du médecin est décrite selon l'idée qu'il en a et non de manière objective. Un audit aurait permis d'obtenir une appréciation plus proche de la réalité qu'un simple questionnaire ; en particulier pour les dixième, onzième et douzième questions le biais est certainement très important.

- Les connaissances du médecin

Ce domaine n'est pas du tout exploré par le questionnaire alors qu'il aurait été certainement très intéressant et instructif, nous permettant d'apprécier la qualité de la formation médicale initiale ou de la FMC déjà suivie et de savoir si les médecins ayant le plus de lacunes en sont conscients et souhaitent y remédier. Deux raisons nous ont contraints à négliger cet aspect : la difficulté d'interprétation de questions ouvertes (questions portant sur la connaissance des effets du tabac sur l'organisme et questions sur la prise en charge du tabagisme) ; la seconde raison était d'éviter de froisser la susceptibilité de certains considérant ce type de question comme un test de leurs compétences.

2.1.3.2- Réponses pouvant être interprétables (pas de question ouverte).

Pour pouvoir utiliser les réponses après l'enquête, nous avons dû nous astreindre à des questions à choix multiple, nous privant ainsi des commentaires éventuels des médecins. Le libellé des questions ne doit pas exposer au risque de non-réponse (questions trop compliquées ou hors du contexte ou ne correspondant à aucune réalité).

2.2- Description du questionnaire

On peut diviser le questionnaire en deux grandes parties. La première partie (de la première à la neuvième question) étudie le profil du médecin. La seconde (de la dixième à la seizième question) nous renseigne sur la manière dont le médecin aborde le tabagisme dans sa pratique professionnelle. (*voir le questionnaire en annexe*)

2.2.1- Première question

Cette question permettra d'obtenir le classement des médecins en deux catégories principales en fonction du mode d'exercice. Ainsi nous pourrons différencier les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux.

2.2.2- Deuxième question

La deuxième question nous permettra d'affiner notre étude du mode d'exercice du médecin, et de pouvoir en particulier isoler les médecins dont la pratique est en rapport plus direct avec le tabagisme. Nous avons dans un premier temps choisi que les réponses soient de type ouvertes. Nous nous sommes rendus compte que nous ne pourrions pas exploiter les réponses si nous conservions ce système. Il nous a fallu retravailler pour pouvoir entrer dans le cadre d'une question dite à choix multiples (simple). Nous avons en fait défini les spécialités ou les pratiques particulières a posteriori, alors que l'enquête était close. La population a donc été répartie en treize catégories. Deux catégories concernent les médecins généralistes libéraux il s'agit de "Homéopathie, acupuncture, ostéopathie" et de "Aucune pratique particulière". Il nous a paru intéressant de pouvoir isoler les homéopathes, acupuncteurs et ostéopathes (définis d'ailleurs aussi par l'Ordre des Médecins comme médecins ayant un exercice particulier) qui ont une approche particulière de la prise en charge du tabagisme et pour qui cette pathologie peut représenter une part importante de leur activité. Quant aux médecins hospitaliers nous les avons répartis en onze classes. Le choix s'est fait en fonction du rapport évident de la spécialité avec le tabagisme (pneumologie, ORL, cardiologie...) et des spécialités pour lesquelles nous avons un effectif important (urgences...). La classe "Autres spécialités" regroupe l'information médicale, la médecine physique et réadaptation, la neurologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie.

Les catégories définies sont donc les suivantes:

MEP

Anesthésie-réanimation

Cardiologie

Chirurgie

Diabétologie-endocrinologie

Gastro-entérologie

Médecine d'urgence

Médecine interne

O.R.L.

Pédiatrie

Pneumologie

Autres spécialités

Aucune spécialité ni pratique particulière

2.2.3- Troisième question

L'âge du médecin. Réponse numérique.

2.2.4- Quatrième question

Le sexe du médecin.

2.2.5- Cinquième question

Nous avons souhaité pouvoir avoir une idée de l'époque de la formation médicale initiale. Nous avons retenu la date de la thèse qui est la clôture de cette formation bien qu'elle intervienne dans certains cas plusieurs années après que le médecin ait quitté les bancs de la faculté et les stages hospitaliers d'interne, d'interne en médecine générale ou de résident (selon l'appellation en vigueur).

2.2.6- Sixième question

Cette question nous permet de repérer les personnes ayant déjà fumé ne serait-ce qu'une cigarette. Elle n'apporte aucune autre précision quant à la consommation de tabac.

2.2.7- Septième question

Cette question nous apporte une précision importante sur le médecin si on la confronte à la sixième question. On peut en effet reconnaître ceux pour qui il y a eu une prise de conscience des dangers du tabagisme assez importante pour les inciter à arrêter de fumer. Cette question ainsi que les deux suivantes sont évidemment sans objet pour les individus qui ont répondu "NON" à la sixième question.

2.2.8- Huitième question

Nous permet de connaître la durée de l'exposition tabagique volontaire.

2.2.9- Neuvième question

Evalue l'importance de l'intoxication en quantité de cigarettes journalières. Nous avons préféré ce système d'évaluation à un test de dépendance (Test de Fagerström) dont la réalisation aurait été trop longue pour l'enquête téléphonique.

2.2.10- Dixième question

Le dossier médical ayant une importance essentielle dans la prise en charge du patient, puisqu'il est la mémoire de l'histoire médicale d'un patient, qu'il permet une meilleure communication des informations entre les acteurs de santé, nous voulions savoir si le tabagisme était une information assez importante pour le médecin pour qu'elle y figure.

2.2.11- Onzième question

Cette question essaye de savoir si le tabagisme actif est présent à l'esprit du médecin, dans sa pratique quotidienne, comme étant une étiologie ou un facteur favorisant d'une pathologie.

2.2.12- Douzième question

L'intérêt de la douzième question est le même que la onzième mais concerne le tabagisme passif.

2.2.13- Treizième question

L'attitude du médecin face au patient fumeur est étudiée aux treizième et quatorzième questions. La treizième question est à choix multiple et réponses multiples proposant quatre items qui expriment l'abord du tabagisme.

2.2.14- Quatorzième question

Associée à la question précédente celle-ci nous indique la persévérance, la manière d'aborder à nouveau le problème du tabagisme, du médecin face à un patient peu réceptif aux premiers conseils.

2.2.15- Quinzième question

L'impression d'efficacité du médecin par rapport au tabagisme.

2.2.16- Seizième question

La volonté du médecin de parfaire sa formation. Nous avons demandé aux médecins s'ils souhaitaient se former, et de nous préciser vers quelle orientation voulaient-ils que se fasse l'enseignement: soit sur les conséquences du tabagisme soit sur la prise en charge thérapeutique, voire dans ces deux domaines.

3- La réalisation de l'enquête

Cette enquête s'est déroulée au cours du premier trimestre 1998. Nous avons utilisé deux techniques de prospection, en fonction des modes d'exercice des médecins comme ils sont définis par la première question. Il nous a paru en effet plus efficace de procéder à une enquête téléphonique pour toucher les médecins généralistes libéraux étant donnée leur dispersion géographique, en revanche nous avons préféré distribuer directement aux médecins hospitaliers ou à leurs secrétariats les questionnaires, les contacts téléphoniques étant a priori difficiles et soumis à de nombreux barrages au sein des hôpitaux. L'enquête téléphonique s'est avérée beaucoup plus chronophage que nous le pensions; il était en effet fréquent qu'au moment de notre appel le médecin soit en visite, ou indisponible à cause d'une consultation chargée ou en plein examen clinique. En ce qui concerne l'enquête en milieu hospitalier il a suffi de distribuer les questionnaires et de les récupérer quelques jours plus tard, après il est vrai avoir parfois dû insister auprès de certains pour qu'ils consacrent quelques minutes à cette enquête.

4- Méthode statistique

L'ensemble des données recueillies manuellement sur des fiches papiers reprenant le questionnaire a ensuite été saisi avec un logiciel spécifiquement destiné aux études statistiques (Sphinx). Les calculs de pourcentages, les tris croisés ont été réalisés par le logiciel. Les tests statistiques du khi2 et de Fischer ont été calculés avec le logiciel Epi Info 6.04 dfr.

Les résultats de l'enquête

1- Echantillon total, quel que soit le mode de pratique médicale.

1.1- Résultats pour les seize questions.

Nous présentons dans ce chapitre les tableaux d'effectifs pour chacune des 16 questions de l'enquête. Nous rappelons avant chaque tableau la question telle qu'elle a été posée au médecin. La première colonne de chaque tableau recense les différentes réponses proposées selon les modalités exposées au chapitre II, la deuxième colonne indique l'effectif en nombre absolu (nombre de citations (Nb. Cit.)), et la troisième la fréquence calculée par rapport à l'effectif total. L'échantillon total représente 261 observations.

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	165	63%
Médecin hospitalier	96	37%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	1%
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	10	4%
Anesthésie-réanimation	8	3%
Cardiologie	9	3%
Chirurgie	8	3%
Diabétologie-endocrinologie	2	1%
Gastro-entérologie	3	1%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	16	6%
Médecine interne	13	5%
ORL	2	1%
Pédiatrie	7	3%
Pneumologie	6	2%
Autres spécialités	20	8%
Aucune	154	59%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	1%
moins de 33	30	11%
de 33 à 40	51	20%
de 40 à 46	80	31%
de 46 à 53	62	24%
de 53 à 59	30	11%
59 et plus	6	2%
TOTAL OBS.	261	100%

Minimum = 27, Maximum = 66

Moyenne = 43,62 Ecart-type = 7,96

Tableau construit sur l'échantillon total.

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 259 réponses sont prises en considération.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	0%
Masculin	204	78%
Féminin	56	21%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	2%
moins de 1964	3	1%
de 1964 à 1971	16	6%
de 1971 à 1978	49	19%
de 1978 à 1984	74	28%
de 1984 à 1991	73	28%
1991 et plus	41	16%
TOTAL OBS.	261	100%

Minimum = 1958, Maximum = 1998

Moyenne = 1983 Ecart-type = 8

Tableau construit sur l'échantillon total.

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 256 réponses sont prises en considération.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	166	64%
non	95	36%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	51	20%
non	210	80%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	7	3%
moins de 7	129	49%
de 7 à 15	67	26%
de 15 à 23	26	10%
de 23 à 30	22	8%
de 30 à 38	5	2%
38 et plus	5	2%
TOTAL OBS.	261	100%

Minimum = 0, Maximum = 46

Moyenne = 9,20 Ecart-type = 10,55

Tableau construit sur l'échantillon total.

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 254 réponses sont prises en considération.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	2	1%
Aucune (<1/jour)	97	37%
Jusqu'à 5	44	17%
De 6 à 10	36	14%
De 11 à 15	19	7%
De 16 à 20	40	15%
Plus de 20	23	9%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

Remarque : il y a 97 personnes qui ne fument aucune cigarette alors qu'il n'y a que 95 non fumeurs ; 2 fumeurs nous ont répondu qu'ils ne fumaient aucune cigarette signifiant qu'ils en fumaient moins d'une par jour.

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
oui	210	80%
non	47	18%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	2%
oui	249	95%
non	7	3%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
oui	161	62%
non	96	37%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

- 13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	2%
Vous informez votre patient des risques	195	75%
Vous faites des recommandations de modération	89	34%
Vous faites des recommandations d'arrêt	192	74%
Vous proposez une aide au sevrage	151	58%
TOTAL OBS.	261	

Tableau construit sur l'échantillon total.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	10	4%
Vous les reformulez	198	76%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	38	15%
Vous renoncez à convaincre	15	6%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	2%
Pas du tout	27	10%
Très peu	157	60%
Assez	66	25%
Très	6	2%
TOTAL OBS.	261	100%

Tableau construit sur l'échantillon total.

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	7	3%
Aucun intérêt	92	35%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	52	20%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	147	56%
TOTAL OBS.	261	

Tableau construit sur l'échantillon total.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

1.2.-Résultats selon le sexe

1.2.1-Les femmes

Nous présentons les tableaux d'effectifs pour chacune des 15 questions de l'enquête pour la sous population des femmes. L'échantillon total représente 261 observations. Ces tableaux sont construits sur la strate de population "Femme" contenant 56 observations et définie par la réponse « Féminin » à la question n°4 « Quel est votre sexe ? ».

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	28	50%
Médecin hospitalier	28	50%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	3	5%
Anesthésie-réanimation	4	7%
Cardiologie	1	2%
Chirurgie	1	2%
Diabétologie-endocrinologie	1	2%
Gastro-entérologie	0	0%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	8	14%
Médecine interne	2	4%
ORL	0	0%
Pédiatrie	2	4%
Pneumologie	2	4%
Autres spécialités	7	13%
Aucune	25	45%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
moins de 32	7	13%
de 32 à 37	17	30%
de 37 à 42	13	23%
de 42 à 47	10	18%
de 47 à 52	6	11%
52 et plus	2	4%
TOTAL OBS.	56	100%

Minimum = 27, Maximum = 58

Moyenne = 39,85 Ecart-type = 6,95

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 55 réponses sont prises en considération.

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
moins de 1971	2	4%
de 1971 à 1976	4	7%
de 1976 à 1981	12	21%
de 1981 à 1986	11	20%
de 1986 à 1991	14	25%
1991 et plus	13	23%
TOTAL OBS.	56	100%

Minimum = 1966, Maximum = 1997

Moyenne = 1986 Ecart-type = 7

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	28	50%
non	28	50%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	6	11%
non	50	89%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
moins de 4	33	59%
de 4 à 8	4	7%
de 8 à 13	8	14%
de 13 à 17	6	11%
de 17 à 21	3	5%
21 et plus	1	2%
TOTAL OBS.	56	100%

Minimum = 0, Maximum = 26

Moyenne = 5,15 Ecart-type = 6,91

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 55 réponses sont prises en considération.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	1	2%
Aucune (<1/jour)	28	50%
Jusqu'à 5	7	13%
De 6 à 10	3	5%
De 11 à 15	5	9%
De 16 à 20	10	18%
Plus de 20	2	4%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
oui	50	89%
non	6	11%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
oui	52	93%
non	3	5%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
oui	34	61%
non	21	38%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

- 13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	4%
Vous informez votre patient des risques	41	73%
Vous faites des recommandations de modération	17	30%
Vous faites des recommandations d'arrêt	40	71%
Vous proposez une aide au sevrage	37	66%
TOTAL OBS.	56	

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	5%
Vous les reformulez	41	73%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	8	14%
Vous renoncez à convaincre	4	7%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
Pas du tout	8	14%
Très peu	34	61%
Assez	12	21%
Très	1	2%
TOTAL OBS.	56	100%

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	4%
Aucun intérêt	19	34%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	13	23%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	33	59%
TOTAL OBS.	56	

Tableau construit sur la strate de population « Femme ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

1.2.2- Les hommes

Nous présentons les tableaux d'effectifs pour chacune des 15 questions de l'enquête pour la sous population des hommes. L'échantillon total représente 261 observations. Ces tableaux sont construits sur la strate de population "Homme" contenant 204 observations et définie par la réponse « Masculin » à la question n°4 « Quel est votre sexe ? ».

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	137	67%
Médecin hospitalier	67	33%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	1%
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	7	3%
Anesthésie-réanimation	4	2%
Cardiologie	8	4%
Chirurgie	7	3%
Diabétologie-endocrinologie	1	0%
Gastro-entérologie	3	1%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	8	4%
Médecine interne	10	5%
ORL	2	1%
Pédiatrie	5	2%
Pneumologie	4	2%
Autres spécialités	13	6%
Aucune	129	63%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	0%
moins de 34	23	11%
de 34 à 40	41	20%
de 40 à 47	60	29%
de 47 à 53	51	25%
de 53 à 59	22	11%
59 et plus	6	3%
TOTAL OBS.	204	100%

Minimum = 28, Maximum = 66

Moyenne = 44,61 Ecart-type = 7,92

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 203 réponses sont prises en considération.

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	2%
moins de 1964	3	1%
de 1964 à 1971	14	7%
de 1971 à 1978	44	22%
de 1978 à 1984	56	27%
de 1984 à 1991	54	26%
1991 et plus	28	14%
TOTAL OBS.	204	100%

Minimum = 1958, Maximum = 1998

Moyenne = 1982 Ecart-type = 8

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 199 réponses sont prises en considération.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	137	67%
non	67	33%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	45	22%
non	159	78%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	6	3%
moins de 7	91	45%
de 7 à 15	54	26%
de 15 à 23	22	11%
de 23 à 30	21	10%
de 30 à 38	5	2%
38 et plus	5	2%
TOTAL OBS.	204	100%

Minimum = 0, Maximum = 46

Moyenne = 10,34 Ecart-type = 11,12

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 198 réponses sont prises en considération.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	1	0%
Aucune (<1/jour)	69	34%
Jusqu'à 5	37	18%
De 6 à 10	33	16%
De 11 à 15	13	6%
De 16 à 20	30	15%
Plus de 20	21	10%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

Remarque : il y a 69 hommes qui ne fument aucune cigarette alors qu'il n'y en a que 67 non fumeurs ; 2 fumeurs nous ont répondu qu'ils ne fumaient aucune cigarette signifiant qu'ils en fumaient moins d'une par jour.

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
oui	159	78%
non	41	20%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
oui	196	96%
non	4	2%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	1%
oui	126	62%
non	75	37%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

- 13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	1%
Vous informez votre patient des risques	154	75%
Vous faites des recommandations de modération	72	35%
Vous faites des recommandations d'arrêt	151	74%
Vous proposez une aide au sevrage	114	56%
TOTAL OBS.	204	

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	7	3%
Vous les reformulez	156	76%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	30	15%
Vous renoncez à convaincre	11	5%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
Pas du tout	19	9%
Très peu	122	60%
Assez	54	26%
Très	5	2%
TOTAL OBS.	204	100%

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	2%
Aucun intérêt	73	36%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	39	19%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	113	55%
TOTAL OBS.	204	

Tableau construit sur la strate de population « Homme ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

1.3-Résultats selon le statut tabagique.

1.3.1-Les médecins qui n'ont jamais fumé

Nous présentons les tableaux d'effectifs pour chacune des 14 questions de l'enquête pour la sous population des Non-fumeurs. Ces tableaux sont construits sur la strate de population "Non fumeur" contenant 95 observations et définie par la réponse « NON » à la question n°6 « Avez-vous déjà fumé ? ». Les questions 7, 8 et 9 n'ont pas lieu d'être pour ces médecins.

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	49	52%
Médecin hospitalier	46	48%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	4	4%
Anesthésie-réanimation	7	7%
Cardiologie	4	4%
Chirurgie	3	3%
Diabétologie-endocrinologie	1	1%
Gastro-entérologie	1	1%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	8	8%
Médecine interne	9	9%
ORL	0	0%
Pédiatrie	2	2%
Pneumologie	3	3%
Autres spécialités	8	8%
Aucune	45	47%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
moins de 32	8	8%
de 32 à 37	22	23%
de 37 à 42	26	27%
de 42 à 47	19	20%
de 47 à 52	13	14%
52 et plus	6	6%
TOTAL OBS.	95	100%

Minimum = 27, Maximum = 58

Moyenne = 41,27 Ecart-type = 6,88

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 94 réponses sont prises en considération.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Masculin	67	71%
Féminin	28	29%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
moins de 1971	4	4%
de 1971 à 1976	10	11%
de 1976 à 1981	17	18%
de 1981 à 1986	26	27%
de 1986 à 1991	22	23%
1991 et plus	15	16%
TOTAL OBS.	95	100%

Minimum = 1966, Maximum = 1997

Moyenne = 1985 Ecart-type = 7

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 94 réponses sont prises en considération.

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
oui	80	84%
non	14	15%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

- 11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
oui	93	98%
non	0	0%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
oui	55	58%
non	39	41%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

- 13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
Vous informez votre patient des risques	74	78%
Vous faites des recommandations de modération	29	31%
Vous faites des recommandations d'arrêt	73	77%
Vous proposez une aide au sevrage	54	57%
TOTAL OBS.	95	

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	5%
Vous les reformulez	72	76%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	11	12%
Vous renoncez à convaincre	7	7%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

- 15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
Pas du tout	12	13%
Très peu	59	62%
Assez	20	21%
Très	2	2%
TOTAL OBS.	95	100%

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur »

- 16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
Aucun intérêt	24	25%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	27	28%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	60	63%
TOTAL OBS.	95	

Tableau construit sur la strate de population « Non fumeur ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

1.3.2-Les médecins ayant déjà fumé

Nous présentons les tableaux d'effectifs pour chacune des 15 questions de l'enquête pour la sous population des médecins ayant déjà fumé. Ces tableaux sont construits sur la strate de population "Fumeur (ancien et actuel)" contenant 166 observations et définie par la réponse «OUI » à la question n°6 « Avez-vous déjà fumé ? ».

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	116	70%
Médecin hospitalier	50	30%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	2%
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	6	4%
Anesthésie-réanimation	1	1%
Cardiologie	5	3%
Chirurgie	5	3%
Diabétologie-endocrinologie	1	1%
Gastro-entérologie	2	1%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	8	5%
Médecine interne	4	2%
ORL	2	1%
Pédiatrie	5	3%
Pneumologie	3	2%
Autres spécialités	12	7%
Aucune	109	66%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
moins de 35	25	15%
de 35 à 41	32	19%
de 41 à 47	39	23%
de 47 à 53	44	27%
de 53 à 59	19	11%
59 et plus	6	4%
TOTAL OBS.	166	100%

Minimum = 29, Maximum = 66

Moyenne = 44,96 Ecart-type = 8,21

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 165 réponses sont prises en considération.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
Masculin	137	83%
Féminin	28	17%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
moins de 1964	3	2%
de 1964 à 1971	12	7%
de 1971 à 1978	35	21%
de 1978 à 1984	48	29%
de 1984 à 1991	38	23%
1991 et plus	26	16%
TOTAL OBS.	166	100%

Minimum = 1958, Maximum = 1998

Moyenne = 1982 Ecart-type = 8

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 161 réponses sont prises en considération.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	166	100%
non	0	0%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	51	31%
non	115	69%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

●8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	7	4%
moins de 7	34	20%
de 7 à 15	67	40%
de 15 à 23	26	16%
de 23 à 30	22	13%
de 30 à 38	5	3%
38 et plus	5	3%
TOTAL OBS.	166	100%

Minimum = 0, Maximum = 46

Moyenne = 14,70 Ecart-type = 9,86

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 159 réponses sont prises en considération.

●9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	2	1%
Aucune (<1/jour)	2	1%
Jusqu'à 5	44	27%
De 6 à 10	36	22%
De 11 à 15	19	11%
De 16 à 20	40	24%
Plus de 20	23	14%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	2%
oui	130	78%
non	33	20%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	2%
oui	156	94%
non	7	4%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	2%
oui	106	64%
non	57	34%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	2%
Vous informez votre patient des risques	121	73%
Vous faites des recommandations de modération	60	36%
Vous faites des recommandations d'arrêt	119	72%
Vous proposez une aide au sevrage	97	58%
TOTAL OBS.	166	

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	3%
Vous les reformulez	126	76%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	27	16%
Vous renoncez à convaincre	8	5%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	2%
Pas du tout	15	9%
Très peu	98	59%
Assez	46	28%
Très	4	2%
TOTAL OBS.	166	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	3%
Aucun intérêt	68	41%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	25	15%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	87	52%
TOTAL OBS.	166	

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur (ancien et actuel) ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

1.3.3-Les ex-fumeurs.

Nous présentons les tableaux d'effectifs pour chacune des 14 questions de l'enquête pour la sous population des ex-fumeurs. Ces tableaux sont construits sur la strate de population "Ex-Fumeur" contenant 115 observations et définie par la réponse « OUI » à la question n°6 « Avez-vous déjà fumé ? » et la réponse « NON » à la question n°7 « Fumez-vous aujourd'hui ? ».

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	74	64%
Médecin hospitalier	41	36%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	3%
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	5	4%
Anesthésie-réanimation	1	1%
Cardiologie	4	3%
Chirurgie	4	3%
Diabétologie-endocrinologie	1	1%
Gastro-entérologie	2	2%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	6	5%
Médecine interne	3	3%
ORL	2	2%
Pédiatrie	4	3%
Pneumologie	2	2%
Autres spécialités	9	8%
Aucune	69	60%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
moins de 34	15	13%
de 34 à 39	15	13%
de 39 à 45	26	23%
de 45 à 50	28	24%
de 50 à 55	17	15%
55 et plus	13	11%
TOTAL OBS.	115	100%

Minimum = 29, Maximum = 61

Moyenne = 45,32 Ecart-type = 8,16

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 114 réponses sont prises en considération.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
Masculin	92	80%
Féminin	22	19%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
moins de 1969	7	6%
de 1969 à 1975	20	17%
de 1975 à 1981	32	28%
de 1981 à 1986	22	19%
de 1986 à 1992	15	13%
1992 et plus	17	15%
TOTAL OBS.	115	100%

Minimum = 1964, Maximum = 1998

Moyenne = 1981 Ecart-type = 8

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 113 réponses sont prises en considération.

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	4%
moins de 6	31	27%
de 6 à 13	36	31%
de 13 à 20	24	21%
de 20 à 26	13	11%
de 26 à 33	4	3%
33 et plus	2	2%
TOTAL OBS.	115	100%

Minimum = 0, Maximum = 40

Moyenne = 11,56 Ecart-type = 8,18

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 110 réponses sont prises en considération.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	1	1%
Aucune (<1/jour)	2	2%
Jusqu'à 5	27	23%
De 6 à 10	25	22%
De 11 à 15	14	12%
De 16 à 20	28	24%
Plus de 20	18	16%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
oui	91	79%
non	22	19%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
oui	108	94%
non	6	5%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
oui	71	62%
non	42	37%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	3%
Vous informez votre patient des risques	89	77%
Vous faites des recommandations de modération	41	36%
Vous faites des recommandations d'arrêt	86	75%
Vous proposez une aide au sevrage	69	60%
TOTAL OBS.	115	

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	3%
Vous les reformulez	91	79%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	15	13%
Vous renoncez à convaincre	5	4%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
Pas du tout	13	11%
Très peu	70	61%
Assez	28	24%
Très	3	3%
TOTAL OBS.	115	100%

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	3%
Aucun intérêt	41	36%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	22	19%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	64	56%
TOTAL OBS.	115	

Tableau construit sur la strate de population « Ex-fumeur ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

1.3.4- Les médecins qui fument toujours.

Les tableaux sont construits sur la strate de population "Fumeur actuel" contenant 51 observations et définie par la réponse « OUI » aux questions n°6 « Avez vous déjà fumé ? » et n°7 « Fumez-vous aujourd'hui ? ». Nous présentons les réponses pour les 14 questions correspondantes à cette population.

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Nb. cit.	Fréquence
Médecin généraliste libéral	42	82%
Médecin hospitalier	9	18%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	1	2%
Anesthésie-réanimation	0	0%
Cardiologie	1	2%
Chirurgie	1	2%
Diabétologie-endocrinologie	0	0%
Gastro-entérologie	0	0%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	2	4%
Médecine interne	1	2%
ORL	0	0%
Pédiatrie	1	2%
Pneumologie	1	2%
Autres spécialités	3	6%
Aucune	40	78%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
moins de 36	12	24%
de 36 à 42	10	20%
de 42 à 48	14	27%
de 48 à 54	8	16%
de 54 à 60	5	10%
60 et plus	2	4%
TOTAL OBS.	51	100%

Minimum = 31, Maximum = 66

Moyenne = 44,16 Ecart-type = 8,29

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Masculin	45	88%
Féminin	6	12%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	4%
moins de 1964	1	2%
de 1964 à 1971	1	2%
de 1971 à 1977	10	20%
de 1977 à 1984	15	29%
de 1984 à 1990	11	22%
1990 et plus	11	22%
TOTAL OBS.	51	100%

Minimum = 1958, Maximum = 1997

Moyenne = 1983 Ecart-type = 8

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 49 réponses sont prises en considération.

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	4%
moins de 11	11	22%
de 11 à 18	6	12%
de 18 à 25	19	37%
de 25 à 32	7	14%
de 32 à 39	3	6%
39 et plus	3	6%
TOTAL OBS.	51	100%

Minimum = 5, Maximum = 46

Moyenne = 21,73 Ecart-type = 9,66

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 49 réponses sont prises en considération.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	1	2%
Aucune (<1/jour)	0	0%
Jusqu'à 5	17	33%
De 6 à 10	11	22%
De 11 à 15	5	10%
De 16 à 20	12	24%
Plus de 20	5	10%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
oui	39	76%
non	11	22%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	4%
oui	48	94%
non	1	2%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
oui	35	69%
non	15	29%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
Vous informez votre patient des risques	32	63%
Vous faites des recommandations de modération	19	37%
Vous faites des recommandations d'arrêt	33	65%
Vous proposez une aide au sevrage	28	55%
TOTAL OBS.	51	

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
Vous les reformulez	35	69%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	12	24%
Vous renoncez à convaincre	3	6%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	4%
Pas du tout	2	4%
Très peu	28	55%
Assez	18	35%
Très	1	2%
TOTAL OBS.	51	100%

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	2%
Aucun intérêt	27	53%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	3	6%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	23	45%
TOTAL OBS.	51	

Tableau construit sur la strate de population « Fumeur actuel ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

2- Les médecins généralistes.

2.1-Les résultats aux quinze questions.

Nous présentons les réponses aux quinze questions posées aux médecins généralistes libéraux .Les tableaux sont construits sur la strate de population "Médecin généraliste libéral" contenant 165 observations et définie par la réponse «Médecin généraliste libéral » à la question 1.

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	10	6%
Anesthésie-réanimation	0	0%
Cardiologie	0	0%
Chirurgie	0	0%
Diabétologie-endocrinologie	0	0%
Gastro-entérologie	0	0%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	0	0%
Médecine interne	0	0%
ORL	0	0%
Pédiatrie	0	0%
Pneumologie	1	1%
Autres spécialités	0	0%
Aucune	154	93%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
moins de 36	28	17%
de 36 à 42	44	27%
de 42 à 48	43	26%
de 48 à 54	34	21%
de 54 à 60	12	7%
60 et plus	4	2%
TOTAL OBS.	165	100%

Minimum = 31, Maximum = 66

Moyenne = 44,46 Ecart-type = 7,47

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Masculin	137	83%
Féminin	28	17%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	1%
moins de 1964	2	1%
de 1964 à 1971	9	5%
de 1971 à 1977	36	22%
de 1977 à 1984	48	29%
de 1984 à 1990	39	24%
1990 et plus	29	18%
TOTAL OBS.	165	100%

Minimum = 1958, Maximum = 1997

Moyenne = 1982 Ecart-type = 8

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 163 réponses sont prises en considération.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	116	70%
non	49	30%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	42	25%
non	123	75%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
moins de 7	71	43%
de 7 à 15	44	27%
de 15 à 23	20	12%
de 23 à 30	21	13%
de 30 à 38	3	2%
38 et plus	5	3%
TOTAL OBS.	165	100%

Minimum = 0, Maximum = 46

Moyenne = 11,15 Ecart-type = 11,31

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 164 réponses sont prises en considération.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	1	1%
Aucune (<1/jour)	50	30%
Jusqu'à 5	33	20%
De 6 à 10	22	13%
De 11 à 15	11	7%
De 16 à 20	27	16%
Plus de 20	21	13%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

Remarque : il y a 50 médecins généralistes libéraux qui ne fument aucune cigarette alors qu'il n'y a que 49 non fumeurs ; 1 fumeur nous a répondu qu'il ne fumait aucune cigarette signifiant qu'il en fumait moins d'une par jour.

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
oui	128	78%
non	37	22%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
oui	161	98%
non	4	2%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
oui	119	72%
non	45	27%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

- 13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Vous informez votre patient des risques	123	75%
Vous faites des recommandations de modération	64	39%
Vous faites des recommandations d'arrêt	128	78%
Vous proposez une aide au sevrage	118	72%
TOTAL OBS.	165	

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
Vous les reformulez	127	77%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	35	21%
Vous renoncez à convaincre	2	1%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Pas du tout	7	4%
Très peu	104	63%
Assez	48	29%
Très	6	4%
TOTAL OBS.	165	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	2%
Aucun intérêt	67	41%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	25	15%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	91	55%
TOTAL OBS.	165	

Tableau construit sur la strate de population « Médecin généraliste libéral ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

2.2-Les médecins généralistes à exercice particulier.

Nous avons souhaité traiter en particulier les médecins généralistes dont la pratique médicale pouvait modifier leur attitude vis à vis du tabagisme. Nous présentons ici les réponses au questionnaire de 10 médecins se définissant eux même par rapport à l'Ordre des médecins comme « Médecins à exercice particulier » (M.E.P), et ayant ainsi répondu à la question 1 qu'ils étaient médecins généralistes libéraux et à la question 2 qu'ils étaient homéopathes, ostéopathes ou acupuncteurs.

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
moins de 41	2	20%
de 41 à 43	1	10%
de 43 à 44	3	30%
de 44 à 46	0	0%
de 46 à 47	0	0%
47 et plus	4	40%
TOTAL OBS.	10	100%

Minimum = 40, Maximum = 49

Moyenne = 44,70 Ecart-type = 3,13

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Masculin	7	70%
Féminin	3	30%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
moins de 1978	3	30%
de 1978 à 1980	1	10%
de 1980 à 1982	1	10%
de 1982 à 1984	1	10%
de 1984 à 1986	2	20%
1986 et plus	2	20%
TOTAL OBS.	10	100%

Minimum = 1976, Maximum = 1989

Moyenne = 1982 Ecart-type = 4

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier »

.La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	6	60%
non	4	40%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	1	10%
non	9	90%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
moins de 3	4	40%
de 3 à 7	0	0%
de 7 à 11	4	40%
de 11 à 15	1	10%
de 15 à 19	0	0%
19 et plus	1	10%
TOTAL OBS.	10	100%

Minimum = 0, Maximum = 23

Moyenne = 7,80 Ecart-type = 7,39

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	0	0%
Aucune (<1/jour)	4	40%
Jusqu'à 5	2	20%
De 6 à 10	1	10%
De 11 à 15	0	0%
De 16 à 20	1	10%
Plus de 20	2	20%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
oui	8	80%
non	2	20%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
oui	8	80%
non	2	20%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	10%
oui	6	60%
non	3	30%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Vous informez votre patient des risques	7	70%
Vous faites des recommandations de modération	5	50%
Vous faites des recommandations d'arrêt	8	80%
Vous proposez une aide au sevrage	9	90%
TOTAL OBS.	10	

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Vous les reformulez	7	70%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	3	30%
Vous renoncez à convaincre	0	0%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Pas du tout	0	0%
Très peu	2	20%
Assez	5	50%
Très	3	30%
TOTAL OBS.	10	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Aucun intérêt	5	50%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	1	10%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	5	50%
TOTAL OBS.	10	

Tableau construit sur la strate de population « Médecin à exercice particulier ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

3- Les médecins hospitaliers

Nous présentons les réponses aux quinze questions posées aux médecins hospitaliers. Les tableaux sont construits sur la strate de population "Médecin hospitalier" contenant 96 observations et définie par la réponse «Médecin hospitalier » à la question 1.

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	3%
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	0	0%
Anesthésie-réanimation	8	8%
Cardiologie	9	9%
Chirurgie	8	8%
Diabétologie-endocrinologie	2	2%
Gastro-entérologie	3	3%
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	16	17%
Médecine interne	13	14%
ORL	2	2%
Pédiatrie	7	7%
Pneumologie	5	5%
Autres spécialités	20	21%
Aucune	0	0%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

•3 - Quel est votre âge ?

AGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	2	2%
moins de 32	12	13%
de 32 à 38	26	27%
de 38 à 44	16	17%
de 44 à 49	19	20%
de 49 à 55	13	14%
55 et plus	8	8%
TOTAL OBS.	96	100%

Minimum = 27, Maximum = 61

Moyenne = 42,14 Ecart-type = 8,55

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 94 réponses sont prises en considération.

•4 - Quel est votre sexe ?

SEXE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	1	1%
Masculin	67	70%
Féminin	28	29%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

•5 - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

DATE DE THESE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	3%
moins de 1969	2	2%
de 1969 à 1975	12	13%
de 1975 à 1981	17	18%
de 1981 à 1986	24	25%
de 1986 à 1992	20	21%
1992 et plus	18	19%
TOTAL OBS.	96	100%

Minimum = 1964, Maximum = 1998

Moyenne = 1984 Ecart-type = 8

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 93 réponses sont prises en considération.

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Nb. cit.	Fréquence
oui	50	52%
non	46	48%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Nb. cit.	Fréquence
oui	9	9%
non	87	91%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

•8 - Durant combien d'années avez-vous fumé?

ANNEE TABAC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	6	6%
moins de 5	55	57%
de 5 à 11	18	19%
de 11 à 16	8	8%
de 16 à 22	6	6%
de 22 à 27	0	0%
27 et plus	3	3%
TOTAL OBS.	96	100%

Minimum = 0, Maximum = 33

Moyenne = 5,66 Ecart-type = 7,85

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

La question est à réponse ouverte numérique. Les observations sont regroupées en 6 classes d'égale amplitude.

La moyenne et l'écart-type sont calculés sans tenir compte des non-réponses, seules 90 réponses sont prises en considération.

●9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NOMBRE CIGARETTES	Nb. Cit.	Fréquence
Non- réponse	1	1%
Aucune (<1/jour)	47	49%
Jusqu'à 5	11	11%
De 6 à 10	14	15%
De 11 à 15	8	8%
De 16 à 20	13	14%
Plus de 20	2	2%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

Remarque : il y a 47 médecins hospitaliers qui ne fument aucune cigarette alors qu'il n'y a que 46 non fumeurs ; 1 fumeur nous a répondu qu'il ne fumait aucune cigarette signifiant qu'il en fumait moins d'une par jour.

●10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	4%
oui	82	85%
non	10	10%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

- 11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	5%
oui	88	92%
non	3	3%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	3	3%
oui	42	44%
non	51	53%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

- 13 - Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	5%
Vous informez votre patient des risques	72	75%
Vous faites des recommandations de modération	25	26%
Vous faites des recommandations d'arrêt	64	67%
Vous proposez une aide au sevrage	33	34%
TOTAL OBS.	96	

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	9	9%
Vous les reformulez	71	74%
Vous attendez la survenue d'un nouvel événement	3	3%
Vous renoncez à convaincre	13	14%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

- 15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	5	5%
Pas du tout	20	21%
Très peu	53	55%
Assez	18	19%
Très	0	0%
TOTAL OBS.	96	100%

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

- 16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	4	4%
Aucun intérêt	25	26%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	27	28%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	56	58%
TOTAL OBS.	96	

Tableau construit sur la strate de population « Médecin hospitalier ».

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

4-Comparaisons, tests statistiques

4.1-Comparaisons selon le sexe

•1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE	Femme	Homme
Médecin généraliste libéral	28 (50%)	137 (67%)
Médecin hospitalier	28 (50%)	67 (33%)
TOTAL OBS.	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=5.58 p=0.018

La différence est significative.

•2 - Si vous êtes médecin généraliste, avez-vous une pratique particulière? Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

SPECIALITE	Femme	Homme
Non-réponse	0 (0%)	3 (1%)
Homéopathie, acupuncture, ostéopathie	3 (5%)	7 (3%)
Anesthésie-réanimation	4 (7%)	4 (2%)
Cardiologie	1 (2%)	8 (4%)
Chirurgie	1 (2%)	7 (3%)
Diabétologie-endocrinologie	1 (2%)	1 (0%)
Gastro-entérologie	0 (0%)	3 (1%)
Médecine d'urgence, SAMU, SMUR	8 (14%)	8 (4%)
Médecine interne	2 (4%)	10 (5%)
ORL	0 (0%)	2 (1%)
Pédiatrie	2 (4%)	5 (2%)
Pneumologie	2 (4%)	4 (2%)
Autres spécialités	7 (13%)	13 (6%)
Aucune	25 (45%)	129 (63%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Femme	Homme
Oui	28 (50%)	137 (67%)
Non	28 (50%)	67 (33%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=5.58 p=0.018

La différence est significative.

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Femme	Homme
Oui	6 (11%)	45 (22%)
Non	50 (89%)	159 (78%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=3.59 p=0.058

La différence est significative.

•9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour? (réponses concernant la sous population des « fumeurs anciens et actuels ».)

NOMBRE DE CIGARETTES	Femme	Homme
Non-réponse	1 (4%)	1 (1%)
Aucune (<1/jour)	0 (0%)	2 (1%)
Jusqu'à 5	7 (26%)	37 (27%)
De 6 à 10	3 (11%)	33 (24%)
De 11 à 15	5 (18%)	13 (9%)
De 16 à 20	10 (36%)	30 (22%)
Plus de 20	2 (7%)	21 (15%)
TOTAL	28 (100%)	137 (100%)

Khi2=6.90 p=0.227 ddl=5

La différence n'est pas significative.

•10 – Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossier ?

DOSSIER	Femme	Homme
Non-réponse	0 (0%)	4 (2%)
Oui	50 (89%)	159 (78%)
Non	6 (11%)	41 (20%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=2.80 p=0.094

La différence est peu significative.

•11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Femme	Homme
Non-réponse	1 (2%)	4 (2%)
Oui	52 (93%)	196 (96%)
Non	3 (5%)	4 (2%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=1.93 p=0.164. Une des valeurs attendues est inférieure à 5, on applique le test de Fisher p=0.173

La différence n'est pas significative.

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Femme	Homme
Non-réponse	1 (2%)	3 (1%)
Oui	34 (61%)	126 (62%)
Non	21 (38%)	75 (37%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=0.01 p=0.906

La différence n'est pas significative.

- 13 – Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Femme	Homme
Non-réponse	2 (4%)	3 (1%)
Vous informez des risques	41 (73%)	154 (75%)
Recommandations de modération	17 (30%)	72 (35%)
Recommandations d'arrêt	40 (71%)	151 (74%)
Aide au sevrage	37 (66%)	114 (56%)
TOTAL	56	204

Khi2=1.17 p=0.760 ddl=3

La différence n'est pas significative.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Femme	Homme
Non-réponse	3 (5%)	7 (3%)
Vous les reformulez	41 (73%)	156 (76%)
Vous attendez	8 (14%)	30 (15%)
Vous renoncez	4 (7%)	11 (5%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=0.04 p=0.982 ddl=2

La différence n'est pas significative.

•15 - Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Femme	Homme
Non-réponse	1 (2%)	4 (2%)
Pas du tout ou très peu	42 (75%)	141 (69%)
Assez ou très	13 (23%)	59 (29%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=0.73 p=0.392

La différence n'est pas significative.

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Femme	Homme
Non-réponse	2 (4%)	5 (2%)
Non	19 (34%)	73 (36%)
Oui	35 (62%)	126 (62%)
TOTAL OBS	56 (100%)	204 (100%)

Khi2=0.04 p=0.839

La différence n'est pas significative.

4.2-Comparaison selon le statut tabagique

4.2.1-Comparaison Fumeur et Non fumeur

•10 – Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	1 (2%)	1 (1%)
Oui	39 (76%)	80 (84%)
Non	11 (22%)	14 (15%)
TOTAL OBS	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=1.15 p=0.283

La différence n'est pas significative.

- 11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	2 (4%)	2 (2%)
Oui	48 (94%)	93 (98%)
Non	1 (2%)	0 (0%)
TOTAL OBS	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=1.91 p=0.166. Une des valeurs attendues est inférieure à 5, on applique le test exact de Fisher p=0.345

La différence n'est pas significative.

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	1 (2%)	1 (1%)
Oui	35 (69%)	55 (58%)
Non	15 (29%)	39 (41%)
TOTAL OBS	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=1.84 p=0.175

La différence n'est pas significative.

•13 – Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	1 (2%)	1 (1%)
Vous informez des risques	32 (63%)	74 (78%)
Recommandations de modération	19 (37%)	29 (31%)
Recommandations d'arrêt	33 (65%)	73 (77%)
Aide au sevrage	28 (55%)	54 (57%)
TOTAL	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=1.53 p=0.674 ddl=3

La différence n'est pas significative.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	1 (2%)	5 (5%)
Vous les reformulez	35 (69%)	72 (76%)
Vous attendez	12 (24%)	11 (12%)
Vous renoncez	3 (6%)	7 (7%)
TOTAL OBS	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=3.28 p=0.194 ddl=2

La différence n'est pas significative.

•15 - Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	2 (4%)	2 (2%)
Pas du tout ou très peu	30 (59%)	71 (75%)
Assez ou très	19 (37%)	22 (23%)
TOTAL OBS	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=3.57 p=0.058

La différence est significative.

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Fumeur actuel	Non fumeur
Non-réponse	1 (2%)	2 (2%)
Non	27 (53%)	24 (25%)
Oui	23 (45%)	69 (73%)
TOTAL OBS	51 (100%)	95 (100%)

Khi2=11.26 p=0.000

La différence est significative.

4.2.2-Comparaison fumeur Ex fumeur

- 10 – Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossier ?

DOSSIER	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (2%)	2 (2%)
Oui	39 (76%)	91 (79%)
Non	11 (22%)	22 (19%)
TOTAL OBS	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.14 p=0.710

La différence n'est pas significative.

- 11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	2 (4%)	1 (1%)
Oui	48 (94%)	108 (94%)
Non	1 (2%)	6 (5%)
TOTAL OBS	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.87 p=0.352. Une des valeurs attendues est inférieure à 5, on applique le test exact de Fisher p=0.322

La différence n'est pas significative.

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (2%)	2 (2%)
Oui	35 (69%)	71 (62%)
Non	15 (29%)	42 (37%)
TOTAL OBS	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.78 p=0.376

La différence n'est pas significative.

- 13 – Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (2%)	3 (3%)
Vous informez des risques	32 (63%)	89 (77%)
Recommandations de modération	19 (37%)	41 (36%)
Recommandations d'arrêt	33 (65%)	86 (75%)
Aide au sevrage	28 (55%)	69 (60%)
TOTAL	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.57 p=0.902 ddl=3

La différence n'est pas significative.

- 14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (2%)	4 (3%)
Vous les reformulez	35 (69%)	91 (79%)
Vous attendez	12 (24%)	15 (13%)
Vous renoncez	3 (6%)	5 (4%)
TOTAL OBS	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=3.05 p=0.217 ddl=2

La différence n'est pas significative.

- 15 - Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	2 (4%)	1 (1%)
Pas du tout ou très peu	30 (59%)	83 (72%)
Assez ou très	19 (37%)	31 (27%)
TOTAL OBS	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=2.16 p=0.141

La différence n'est pas significative.

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Fumeur actuel	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (2%)	4 (3%)
Non	27 (53%)	41 (36%)
Oui	23 (45%)	70 (61%)
TOTAL OBS	51 (100%)	115 (100%)

Khi2=4.11 p=0.042

La différence est significative.

4.2.3-Comparaison Non fumeur-Ex fumeur

•10 – Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossier ?

DOSSIER	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (1%)	2 (2%)
Oui	80 (84%)	91 (79%)
Non	14 (15%)	22 (19%)
TOTAL OBS	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.75 p=0.387

La différence n'est pas significative.

- 11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	2 (2%)	1 (1%)
Oui	93 (98%)	108 (94%)
Non	0 (0%)	6 (5%)
TOTAL OBS	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=5.04 p=0.024 . Une des valeurs attendues est inférieure à 5, on applique le test exact de Fisher p=0.026

La différence est significative.

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (1%)	2 (2%)
Oui	55 (58%)	71 (62%)
Non	39 (41%)	42 (37%)
TOTAL OBS	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.40 p=0.525

La différence n'est pas significative.

•13 – Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	1 (1%)	3 (3%)
Vous informez des risques	74 (78%)	89 (77%)
Recommandations de modération	29 (31%)	41 (36%)
Recommandations d'arrêt	73 (77%)	86 (75%)
Aide au sevrage	54 (57%)	69 (60%)
TOTAL	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.46 p=0.927 ddl=3

La différence n'est pas significative.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	5 (5%)	4 (3%)
Vous les reformulez	72 (76%)	91 (79%)
Vous attendez	11 (12%)	15 (13%)
Vous renoncez	7 (7%)	5 (4%)
TOTAL OBS	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.98 p=0.612 dll=2

La différence n'est pas significative.

•15 - Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	2 (2%)	1 (1%)
Pas du tout ou très peu	71 (75%)	83 (72%)
Assez ou très	22 (23%)	31 (27%)
TOTAL OBS	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=0.34 p=0.561

La différence n'est pas significative.

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Non fumeur	Ex-fumeur
Non-réponse	2 (2%)	4 (3%)
Non	24 (25%)	41 (36%)
Oui	69 (73%)	70 (61%)
TOTAL OBS	95 (100%)	115 (100%)

Khi2=2.89 p=0.089

La différence est peu significative.

4.2.4-Résultats en fonction de la quantité de cigarettes quotidiennes
(population fumeur actuel et ex fumeur)

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

1 - Quel est votre mode d'exercice?

MODE NBR. CIG.	Médecin généraliste libéral	Médecin Hospitalier
Non réponse	1 (1%)	1 (2%)
Aucune (<1/jour)	1 (1%)	1 (2%)
Jusqu'à 5	33 (28%)	11 (22%)
6 à 10	22 (19%)	14 (28%)
11 à 15	11 (9%)	8 (16%)
16 à 20	27 (23%)	13 (26%)
Plus de 20	21 (18%)	2 (4%)
TOTAL	116 (100%)	50 (100%)

Khi2=8.69 p=0.121 ddl=5

La différence n'est pas significative.

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

4 - Quel est votre sexe ?

SEXE NBR. CIG.	Femme	Homme
Non réponse	1 (4%)	1 (1%)
Aucune (<1/jour)	0 (0%)	2 (1%)
Jusqu'à 5	7 (25%)	37 (27%)
6 à 10	3 (11%)	33 (24%)
11 à 15	5 (18%)	13 (9%)
16 à 20	10 (36%)	30 (22%)
Plus de 20	2 (7%)	21 (15%)
TOTAL	28 (100%)	137 (100%)

Khi2=6.90 p=0.227 ddl=5

La différence n'est pas significative.

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER NBR. CIG.	Non réponse	Oui	Non
Non réponse	0 (0%)	1 (1%)	1 (3%)
Aucune (<1/jour)	0 (0%)	1 (1%)	1 (3%)
Jusqu'à 5	0 (0%)	38 (29%)	6 (18%)
6 à 10	2 (67%)	29 (22%)	5 (15%)
11 à 15	0 (0%)	17 (13%)	2 (6%)
16 à 20	1 (33%)	27 (21%)	12 (36%)
Plus de 20	0 (0%)	17 (13%)	6 (18%)
TOTAL	3 (100%)	130 (100%)	33 (100%)

Khi2=7.29 p=0.199 ddl=5

La différence n'est pas significative. Mais une valeur théorique est inférieure à 5, les règles du Khi2 ne sont pas réellement applicables.

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF NBR. CIG.			
	Non réponse	Oui	Non
Non réponse	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)
Aucune (<1/jour)	1 (25%)	1 (1%)	0 (0%)
Jusqu'à 5	1 (25%)	40 (26%)	3 (43%)
6 à 10	1 (25%)	34 (22%)	1 (14%)
11 à 15	0 (0%)	19 (12%)	0 (0%)
16 à 20	1 (25%)	37 (24%)	2 (29%)
Plus de 20	0 (0%)	22 (14%)	1 (14%)
TOTAL	4 (100%)	155 (100%)	7 (100%)

Khi2=1.86 p=0.868 ddl=5

La différence n'est pas significative. Mais une valeur théorique est inférieure à 5, les règles du Khi2 ne sont pas réellement applicables.

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF NBR. CIG.	Non réponse	Oui	Non
Non réponse	0 (0%)	1 (1%)	1 (2%)
Aucune (<1/jour)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)
Jusqu'à 5	0 (0%)	25 (24%)	19 (33%)
6 à 10	1 (33%)	20 (19%)	15 (26%)
11 à 15	0 (0%)	13 (12%)	6 (11%)
16 à 20	2 (67%)	28 (26%)	10 (18%)
Plus de 20	0 (0%)	17 (16%)	6 (11%)
TOTAL	3 (100%)	106 (100%)	57 (100%)

Khi2=5.49 p=0.358 ddl=5

La différence n'est pas significative.

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

15 - Vous sentez vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE NBR. CIG.	Non réponse	Pas du tout-Très peu	Assez-Très
Non réponse	0 (0%)	1 (1%)	1 (2%)
Aucune (<1/jour)	0 (0%)	1 (1%)	1 (2%)
Jusqu'à 5	1 (33%)	31 (27%)	12 (24%)
6 à 10	1 (33%)	23 (20%)	12 (24%)
11 à 15	0 (0%)	12 (11%)	7 (14%)
16 à 20	1 (33%)	29 (26%)	10 (20%)
Plus de 20	0 (0%)	16 (14%)	7 (14%)
TOTAL	3 (100%)	113 (100%)	50 (100%)

Khi2=1.53 p=0.909 ddl=5

La différence n'est pas significative.

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION NBR. CIG.	Non réponse	Oui	Non
Non réponse	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)
Aucune (<1/jour)	2 (33%)	0 (0%)	0 (0%)
Jusqu'à 5	2 (33%)	27 (29%)	15 (22%)
6 à 10	1 (17%)	23 (25%)	12 (18%)
11 à 15	0 (0%)	10 (11%)	9 (13%)
16 à 20	1 (17%)	24 (26%)	15 (22%)
Plus de 20	0 (0%)	8 (9%)	15 (22%)
TOTAL	6 (100%)	93 (100%)	67 (100%)

Khi2 réalisé en excluant la ligne « Aucune (<1/j) » pour laquelle il n'y a que des non réponses.

Khi2=7.06 p=0.132 ddl=4

La différence n'est pas significative.

4.3-Comparaison selon le mode d'exercice

•6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Oui	116 (70%)	50 (52%)
Non	49 (30%)	46 (48%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=8.50 p=0.003

La différence est significative.

•7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Oui	42 (25%)	9 (9%)
Non	123 (75%)	87 (91%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=9.98 p=0.001

La différence est significative.

10 – Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	0 (0%)	4 (5%)
Oui	128 (78%)	82 (85%)
Non	37 (22%)	10 (10%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=5.28 p=0.021

La différence est significative.

- 11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	0 (0%)	5 (5%)
Oui	161 (98%)	88 (92%)
Non	4 (2%)	3 (3%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=0.17 p=0.682

La différence n'est pas significative.

- 12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	1 (1%)	3 (3%)
Oui	119 (72%)	42 (44%)
Non	45 (27%)	51 (53%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=19.04 p=0.000

La différence est significative.

•13 – Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

ATTITUDE	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	0 (0%)	5 (5%)
Vous informez des risques	123 (75%)	72 (75%)
Recommandations de modération	64 (39%)	25 (26%)
Recommandations d'arrêt	128 (78%)	64 (67%)
Aide au sevrage	118 (72%)	33 (34%)
TOTAL	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=9.95 p=0.018 ddl=3

La différence est peu significative.

•14 - Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

ECHEC	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	1 (1%)	9 (9%)
Vous les reformulez	127 (77%)	71 (74%)
Vous attendez	35 (21%)	3 (3%)
Vous renoncez	2 (1%)	13 (14%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=30.06 p=0.000 ddl=2

La différence est significative.

•15 - Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	0 (0%)	5 (5%)
Pas du tout ou très peu	111 (67%)	73 (76%)
Assez ou très	54 (33%)	18 (19%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=4.86 p=0.027

La différence est significative.

•16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION	Médecin généraliste libéral	Médecin hospitalier
Non-réponse	3 (2%)	4 (4%)
Non	67 (41%)	25 (26%)
Oui	95 (57%)	67 (70%)
TOTAL OBS	165 (100%)	96 (100%)

Khi2=5.11 p=0.023

La différence est significative.

4.4-Comparaison selon l'âge

Les limites des classes d'âge sont choisies pour obtenir des classes d'effectifs semblables permettant leur comparaison.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

6 - Avez-vous déjà fumé?

ANCIEN FUMEUR AGE	Oui	Non	Total
Non réponse	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	37 (55%)	30 (45%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	39 (58%)	28 (42%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	36 (59%)	25 (41%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	53 (83%)	11 (17%)	64 (100%)
TOTAL	166 (64%)	95 (36%)	261 (100%)

$\text{Khi}^2=13.65$ $p=0.003$ $\text{ddl}=3$

La différence est significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

7 - Fumez-vous aujourd'hui?

FUMEUR ACTUEL AGE	Oui	Non	Total
Non réponse	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	13 (19%)	54 (81%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	14 (21%)	53 (79%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	10 (16%)	51 (84%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	14 (22%)	50 (78%)	64 (100%)
TOTAL	51 (20%)	210 (80%)	261 (100%)

$\text{Khi}^2=0.68$ $p=0.878$ $\text{ddl}=2$

La différence n'est pas significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

9 - Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

NBR CIGARETTES AGE	Non réponse	Aucune	Jusqu'à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	Plus de 20	Total
Non réponse	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	0 (0%)	30 (45%)	10 (15%)	9 (13%)	5 (7%)	9 (13%)	4 (6%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	1 (1%)	28 (42%)	17 (25%)	5 (7%)	3 (4%)	10 (15%)	3 (4%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	1 (2%)	26 (43%)	8 (13%)	6 (10%)	6 (10%)	10 (16%)	4 (7%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	0 (0%)	12 (19%)	9 (14%)	15 (24%)	5 (8%)	11 (17%)	12 (19%)	64 (100%)
TOTAL	2 (1%)	97 (37%)	44 (17%)	36 (14%)	19 (7%)	40 (15%)	23 (9%)	261 (100%)

Khi2=15.93 p=0.194 ddl=12

La différence n'est pas significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

10 - Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

DOSSIER AGE	Non réponse	Oui	Non	Total
Non réponse	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	1 (1%)	56 (84%)	10 (15%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	1 (1%)	56 (84%)	10 (15%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	0 (0%)	46 (75%)	15 (25%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	2 (3%)	50 (78%)	12 (19%)	64 (100%)
TOTAL	4 (2%)	210 (80%)	47 (18%)	261 (100%)

Khi2=2.52 p=0.471 ddl=3

La différence n'est pas significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

11 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

RECHERCHE ACTIF AGE	Non réponse	Oui	Non	Total
Non réponse	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	1 (1%)	64 (96%)	2 (3%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	1 (1%)	66 (99%)	0 (0%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	2 (3%)	57 (93%)	2 (3%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	1 (2%)	60 (94%)	3 (5%)	64 (100%)
TOTAL	5 (2%)	249 (95%)	7 (3%)	261 (100%)

Khi2=2.92 p=0.403 ddl=3 Une valeur attendue est <5. Le khi 2 n'est pas valide.

La différence n'est pas significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

12 - Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

RECHERCHE PASSIF AGE	Non réponse	Oui	Non	Total
Non réponse	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	1 (1%)	40 (60%)	26 (39%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	0 (0%)	42 (63%)	25 (37%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	2 (3%)	37 (61%)	22 (36%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	1 (2%)	42 (66%)	21 (33%)	64 (100%)
TOTAL	4 (2%)	161 (62%)	96 (37%)	261 (100%)

Khi2=0.53 p=0.912 ddl=3

La différence n'est pas significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

15 - Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

PRISE EN CHARGE AGE	Non réponse	Pas du tout très peu	Assez très	Total
Non réponse	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	1 (1%)	50 (75%)	16 (24%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	1 (1%)	48 (72%)	18 (27%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	1 (2%)	41 (67%)	19 (31%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	2 (3%)	44 (69%)	18 (28%)	64 (100%)
TOTAL	5 (2%)	184 (70%)	72 (28%)	261 (100%)

Khi2=0.91 p=0.822 ddl=3

La différence n'est pas significative.

18 - Quel est votre âge ? (Mise en classes de la variable numérique "AGE")

16 - Etes-vous intéressé par une formation?

FORMATION AGE	Non réponse	Oui	Non	Total
Non réponse	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
De 27 à 36 ans	0 (0%)	45 (67%)	22 (33%)	67 (100%)
De 37 à 42 ans	2 (3%)	46 (69%)	19 (28%)	67 (100%)
De 43 à 48 ans	3 (5%)	35 (57%)	23 (38%)	61 (100%)
De 49 à 66 ans	2 (3%)	35 (55%)	27 (42%)	64 (100%)
TOTAL	7 (3%)	162 (62%)	92 (35%)	261 (100%)

Khi2=3.45 p=0.327 ddl=3

La différence n'est pas significative.

Discussion

1- Le profil des médecins.

Les médecins que nous avons interrogés représentent une part importante des médecins du département des Vosges, puisque sur les 1015 recensés par le conseil départemental de l'Ordre des Médecins des Vosges à l'époque de l'enquête, nous en avons contacté 261 soit 25.7%. Mais en fait, si on regarde la population que nous avons ciblée pour cette enquête la proportion est plus importante car les médecins généralistes libéraux ne sont que 360 et les médecins hospitaliers 163. Concernant les médecins généralistes nous avons obtenu des réponses de 165 d'entre eux soit 45.8%, quant aux médecins hospitaliers notre échantillon en dénombre 96 soit 58.8%.

Ces médecins sont essentiellement des hommes (78%), plus chez les médecins généralistes libéraux (83%) que chez les médecins hospitaliers (70%). La moyenne d'âge est de 43 ans, le plus jeune d'entre eux a 27 ans, il est médecin hospitalier (le médecin généraliste libéral le plus jeune a 31 ans) et le plus âgé a 66 ans, c'est un médecin généraliste libéral (le médecin hospitalier le plus âgé a 61 ans).

2- Le tabagisme des médecins.

Il existe une idée reçue selon laquelle les médecins, prédestinés à donner l'exemple et à apporter des conseils en matière d'hygiène de vie, sont pour la plupart d'entre eux des fumeurs et certainement plus nombreux que dans la

population générale. Mais il faut se méfier des rumeurs et préférer des informations plus objectives ; si une enquête comme la nôtre peut donner une image imparfaite de la réalité, elle s'en approche assez malgré tout.

Comme nous l'indiquions dans le chapitre d'introduction, on estime à environ 30% la proportion de fumeurs dans la population générale. Dans notre enquête nous avons des données assez précises sur le statut tabagique des médecins. En effet nous avons analysé le rapport au tabac par quatre questions (n°6, n°7, n°8, n°9) qui nous permettent de connaître la proportion d'individus ayant déjà fumé, celle de fumeurs à ce jour, la durée de l'exposition et l'importance du tabagisme en nombre de cigarettes journalières.

La sixième question « Avez-vous déjà fumé ? », nous révèle des chiffres inquiétants puisque nous obtenons 64% de réponses positives pour l'échantillon total, 50% chez les femmes, 67% chez les hommes, 70% chez les médecins généralistes libéraux, 60% chez les M.E.P., 52% chez les médecins hospitaliers.

Parmi les personnes qui ont répondu « oui » à cette question on dénombre ceux qui n'ont fumé ne serait-ce qu'une fois (et qui nous l'ont « avoué »). Cette question nous permet de nous rapprocher de la population générale, car on compte dans ces fumeurs ceux qui, aujourd'hui médecins, fument encore mais aussi ceux qui fumaient, alors qu'ils n'étaient pas encore médecins et qui ont cessé leur intoxication par la suite.

Peut-être les médecins ont-ils pris conscience des méfaits du tabagisme plus que le reste de la population, par un accès plus facile aux informations et donc une meilleure sensibilisation à ce problème ? On verra que selon l'enquête du CFES réalisée en 1998, cette sensibilisation particulière n'est pas due à l'aspect médical de la profession. En effet à la septième question, « Fumez-vous aujourd'hui ? », qui nous permet d'apprécier l'importance du tabagisme dans la population médicale aujourd'hui, les chiffres sont plus faibles. Nous ne dénombrons plus que les médecins réellement fumeurs, nous excluons ceux qui n'ont fait que de rares expériences avec le tabac et ceux qui ont réussi à arrêter. Seulement 20% des médecins fument actuellement, 11% chez les femmes, 22% chez les hommes, 25% chez les médecins généralistes libéraux, 10% chez les M.E.P., 9% chez les

médecins hospitaliers (différences significatives, $\chi^2=3.59$ $p=0.058$ et $\chi^2=9.98$ $p=0.001$, cf chapitre III 4.1 et 4.3). Ces médecins fument donc globalement moins que les patients dont ils s'occupent. Certains médecins restent lucides quant à la fragilité de cette victoire sur le tabac ; ainsi l'un d'eux a annoté son questionnaire, ayant répondu qu'il ne fumait plus aujourd'hui mais « Peut-être demain » ...

La durée d'exposition au tabagisme actif est étudiée par la question numéro 8. La moyenne est de 14,7 ans avec un écart type de 9,86 ans (minimum=0, maximum =46). Pour cette question il faut s'intéresser aux résultats obtenus pour la population "fumeur (ancien et actuel)" comme elle est définie au paragraphe 1.3.2 du chapitre III car si on regarde les résultats pour l'échantillon total il existe un biais, les non fumeurs étant recensés comme ayant fumé zéro année de la même manière que les fumeurs qui ont fumé moins de 12 mois (individus n'ayant fait qu'une seule ou de très rares expériences du tabac). On note quelques cas remarquables, comme celui du médecin qui fume depuis 46 ans plus d'un paquet par jour.

Pour avoir une idée de l'intensité de l'exposition tabagique nous pouvons étudier la question numéro 9 qui nous donne en nombre de cigarettes quotidiennes la consommation des fumeurs. On remarque que certains ont répondu qu'ils ne fumaient aucune cigarette. Il s'agit de personnes effectivement fumeuses mais dont la consommation est en moyenne inférieure à une cigarette par jour. La moitié des individus de notre échantillon déclare fumer entre 0 et 10 cigarettes par jour, l'autre moitié plus de 10 cigarettes par jour. Ils sont 14% des fumeurs à consommer plus d'un paquet (20 cigarettes) quotidien.

3- La prise en compte du tabagisme des patients.

Les questions numéro 10, 11 et 12 reflètent la sensibilisation des médecins au tabagisme, l'intérêt qu'ils portent à cette pathologie. Les réponses apportées à cette série de questions sont très subjectives elles dépendent de la réalité de la pratique des médecins mais aussi beaucoup de l'impression qu'ils ont de leur propre pratique. On comprend donc qu'il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats et qu'il ne faut leur accorder qu'une valeur toute relative. Une autre technique d'investigation pourrait nous permettre d'évaluer plus fidèlement la réalité

de la pratique, surtout en ce qui concerne la question 10 sur la tenue du dossier médical, il s'agit de l'audit (ce que nous avons d'ailleurs proposé aux participants du mini séminaire de formation médicale organisé par l'AMVPPU au terme de cette enquête).

- Dans les dossiers médicaux

Si on considère l'ensemble des médecins interrogés, une large majorité, 80%, nous affirme que la mention du tabagisme de leurs patients figure sur les dossiers médicaux.

Selon qu'ils soient généralistes libéraux, qu'ils pratiquent un exercice particulier (MEP) ou qu'ils soient en secteur hospitalier, on relève respectivement 78%, 80% et 85% de réponses affirmatives ; leur attitude varie donc en fonction de leur mode d'exercice ($\chi^2=5.28$ $p=0.021$).

L'autre facteur qui semble influencer sur la bonne tenue des dossiers est le sexe du médecin avec comme proportion de réponses affirmatives, 78% chez les hommes contre 89% chez les femmes mais la dépendance n'est que peu significative ($\chi^2=2.80$ $p=0.094$).

Le statut tabagique du médecin ou son âge n'impliquent pas de différence quant à la tenue du dossier (cf chapitres III 4.2 et III 4.4).

- Au cours de pathologies possiblement induites par le tabagisme

A l'étude des résultats des questions 11 et 12 on remarque que quel que soit le profil des médecins, ils sont toujours plus nombreux à penser au tabagisme actif que passif dans la genèse de pathologies potentiellement induites par le tabac.

Selon le mode d'exercice on remarque que ce sont les médecins hospitaliers qui sont les moins nombreux (44%) à rechercher le tabagisme passif, viennent ensuite les MEP (60%), puis les généralistes (72%) (différence significative ($\chi^2=19.04$ $p=0.000$)).

Le sexe et l'âge ne font pas apparaître de comportements différents. (chapitres III 4.1 et III 4.4) .

En étudiant les réponses des médecins selon leur statut tabagique, on ne retrouve pas de différence, ni même parmi les médecins fumeurs, il n'y a pas d'écart significatif entre les « petits » et les « gros » fumeurs (chapitre III 4.2.).

4- L'attitude face au tabagisme.

Comment le praticien agit-il dans sa pratique quotidienne lorsqu'il est confronté au tabagisme de ses patients? Les questions que nous posons (numéros 13 et 14) abordent ce thème et proposent au médecin de nous donner son point de vue sur sa pratique, le libellé des réponses est optimiste puisqu'il ne propose pas d'item pour l'absence d'action de la part du médecin à la question numéro 13. On considèrera avec prudence ces réponses en se rappelant qu'il s'agit de ce que les médecins considèrent pratiquer lorsqu'ils ont une action vis-a-vis du tabagisme, que cette attitude n'est peut être pas systématique.

- La première approche : question 13

Pour les attitudes proposées, l'ordre décroissant de fréquence des citations est sur l'échantillon total :

Information du patient des risques (75%)

Recommandation d'arrêt (74%)

Proposition d'une aide au sevrage (58%)

Recommandation de modération de la consommation (34%)

On retrouve une répartition identique lorsque l'on observe les individus en fonction de leur sexe et en fonction de leur statut tabagique même si il y a un ordre différent dans la répartition des actions chez les fumeurs actuels par rapport à tous les autres individus, celui ci n'est pas significativement différent. (cf. chapitre III 4.2).

Chez les fumeurs actuels:

- Recommandation d'arrêt (65%)
- Information du patient des risques (63%)
- Proposition d'une aide au sevrage (53%)
- Recommandation de modération de la consommation (37%)

Une différence d'attitude apparaît entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers ($\chi^2=9.95$, $p=0.018$, $ddl=3$ cf. chapitre III 4.3), les hospitaliers formulant moins souvent des recommandations d'arrêt que les généralistes:

Généralistes:

- Recommandation d'arrêt (78%)
- Information du patient des risques (75%)
- Proposition d'une aide au sevrage (72%)
- Recommandation de modération de la consommation (39%)

Hospitaliers:

- Information du patient des risques (75%)
- Recommandation d'arrêt (67%)
- Proposition d'une aide au sevrage (34%)
- Recommandation de modération de la consommation (26%)
- Non réponses (5%)

Pour les MEP, du fait de leur faible effectif dans notre enquête, nous ne pouvons faire d'affirmation mais simplement remarquer, semble-t-il, une approche différente avec une priorité à la proposition d'une aide au sevrage alors que pour les autres médecins cette proposition n'arrive qu'en troisième position. Cette différence tient certainement aux particularités d'exercices de ces médecins qui utilisent des techniques pour lesquelles des applications spécifiques au sevrage tabagique ont été élaborées.

MEP:

Proposition d'une aide au sevrage (90%)

Recommandation d'arrêt (80%)

Information du patient des risques (70%)

Recommandation de modération de la consommation (50%)

On remarque que quelle que soit la sous-population étudiée, la recommandation de modération est toujours l'attitude la moins citée.

- La suite de la prise en charge : question 14

L'étude de l'échantillon total montre que, en cas d'échec des recommandations adressées au patients, les médecins, dans leur grande majorité (76%), reformulent leurs conseils. Ils sont 15% à préférer attendre une nouvelle occasion, et seulement 6% se découragent et renoncent à convaincre leur patient.

Il n'y a pas de différence d'attitude entre les femmes et les hommes (cf. chapitre III 4.1). Le statut tabagique du médecin, lui non plus ne modifie pas son comportement (cf. chapitre III 4.2).

En revanche, c'est comme nous le constatons déjà à l'étude de la treizième question le mode d'exercice qui est le facteur déterminant de la manière de prendre en charge le patient. Les médecins hospitaliers essayent soit de convaincre leur patient sur le moment (74%) soit ils renoncent définitivement (14%), n'attendant pas un moment plus opportun (3%). Les médecins généralistes eux ne renoncent pas (1%). ($\chi^2=30.06$ $p=0.000$ $ddl=2$, cf chapitre III 4.3).

Les médecins qui sont actuellement encore fumeurs préfèrent plus que les autres (24%), attendre la survenue d'un nouvel événement. Cette attitude est aussi plus fréquente chez les MEP (30%) que chez les autres médecins.

- Efficacité ressentie

Le facteur qui semble influencer sur l'efficacité ressentie (ou réelle?) de la prise en charge de la maladie tabagique est le mode d'exercice. Ainsi concernant l'échantillon total nous relevons:

Pas du tout efficace : 10%

Très peu efficace : 60%

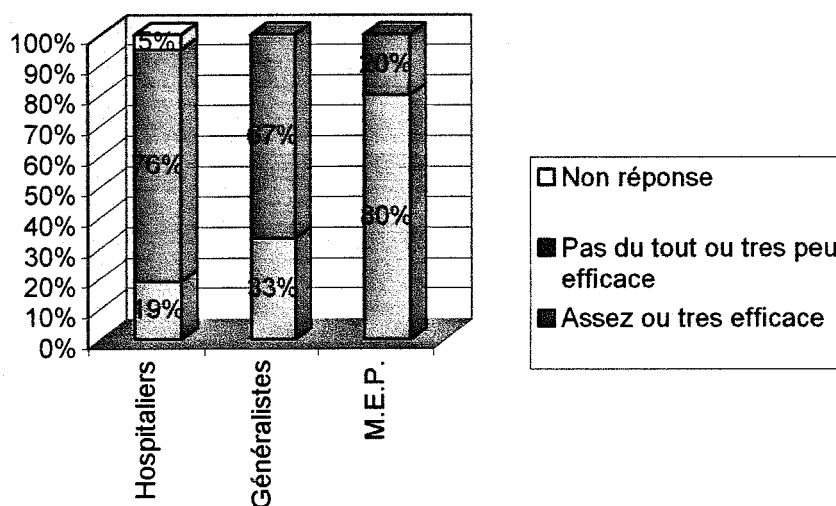
Assez efficace : 25%

Très efficace : 2%

Non réponse : 2%

Les médecins hospitaliers sont ceux qui pensent être le moins souvent efficaces, suivent les généralistes, puis les MEP (concernant la comparaison entre hospitaliers et généralistes : $\chi^2=4.86$ $p=0.027$ cf. chapitre III 4.3) :

Efficacité ressentie dans la prise en charge des patients en fonction du mode d'exercice du médecin



Nous avons fait figurer les MEP à titre indicatif, leur effectif trop faible ne permettant pas d'analyse statistique.

5- L'intérêt pour une formation médicale continue.

Une des principales motivations à la réalisation de notre enquête, était la perspective de l'organisation d'une action de formation médicale continue avec l'AMVPPU. Nous devons aborder ce thème dans notre questionnaire ; la seizième et dernière question.

Les réponses à cette question sont plutôt encourageantes avec 62% d'intérêt pour une formation sur le tabagisme, essentiellement pour l'aspect thérapeutique. Nous rappelons les réponses obtenues pour l'échantillon total :

•16 - Etes-vous intéressé par une formation sur le tabac?

FORMATION	Nb. cit.	Fréquence
Non-réponse	7	3%
Aucun intérêt	92	35%
Sur les conséquences du tabagisme sur la santé	52	20%
Sur les thérapeutiques de la maladie tabagique	147	56%
TOTAL OBS.	261	

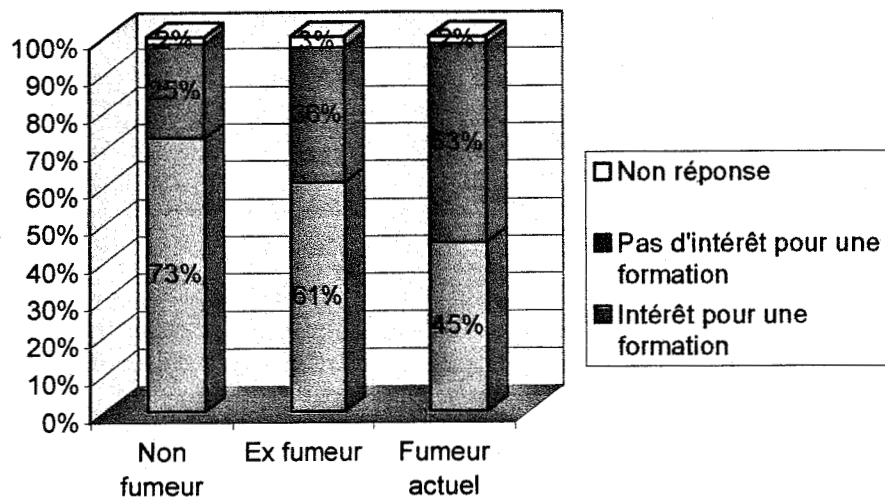
Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre d'observations.

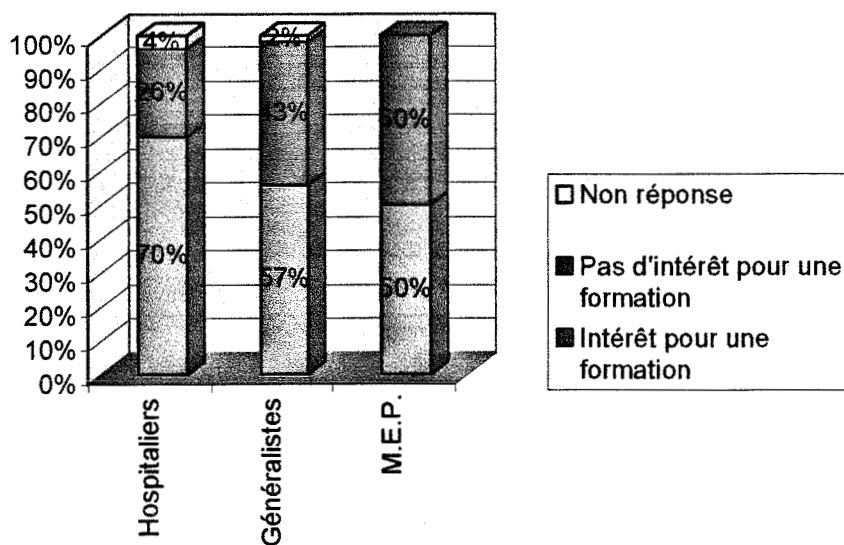
La somme des pourcentages est supérieure à 100 du fait des réponses multiples.

Il n'y a pas d'influence du sexe sur le désir de formation (cf. chapitre III 4.1) ; le statut tabagique du médecin et son mode d'exercice en revanche modifient les réponses : les non fumeurs sont plus intéressés que les ex-fumeurs eux mêmes plus que les fumeurs actuels (73%, 61%, 45%) les différences sont significatives mais moins entre non fumeurs et ex fumeurs ($\chi^2=2.89$ $p=0.089$ cf chapitre III 4.2). Toujours dans un ordre décroissant d'intérêt pour une formation en fonction du mode d'exercice nous classons les médecins hospitaliers puis les généralistes et les M.E.P ($\chi^2=5.11$ $p=0.023$ cf. chapitre III 4.3).

Intérêt pour une formation sur le tabac en fonction du statut tabagique du médecin



Intérêt pour une formation en fonction du mode d'exercice du médecin



6- Comparaison aux données de la littérature

Les données auxquelles nous comparons notre étude, concernent des enquêtes françaises mais aussi des résultats obtenus dans d'autres pays révélant parfois des attitudes différentes.

6.1- En France

6.1.1- Médecins libéraux

L'enquête réalisée par le CFES [5] auprès de 2073 médecins généralistes libéraux de novembre à décembre 1998 prend en compte en particulier des données similaires à celles que nous avons étudiées.

Les médecins sont fumeurs pour 32,1% d'entre eux, surtout les hommes (33,9% pour 25,4% chez les femmes). Les plus jeunes et les plus âgés d'entre eux sont moins souvent fumeurs. Dans cette étude on s'aperçoit que les médecins fument moins que la population générale (36,4%). Mais en comparant ces médecins avec des individus exerçant d'autres professions de la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures (à laquelle les médecins sont assimilés), alors il ne semble pas exister de différence significative.

Pour la prise en charge des patients, 84,2% des médecins déclarent renseigner le dossier des patients sur la consommation de tabac. Cette mention est plus souvent présente lorsqu'il s'agit d'une femme médecin (89,1% versus 82,9%) ou d'un jeune médecin.

42,8% se sentent assez ou très efficaces pour lutter contre le tabagisme. Les fumeurs se considèrent moins efficaces et ce sont les ex-fumeurs et les MEP qui pensent être les plus efficaces.

Concernant l'interrogatoire sur le tabagisme des patients, une enquête de 1992 auprès de 630 médecins [4] mettait en évidence une différence de comportement dans l'abord du tabagisme en fonction de leur propre statut tabagique, contrairement à ce que nous constatons dans notre étude. La prévalence du tabagisme dans cette population était de 38%.

En 1991 [72] la prévalence du tabagisme chez les généralistes était de 32%.

En 1987, l'étude portant sur 1012 médecins généralistes [75] montrait déjà une diminution de la proportion de médecins fumeurs par rapport à 1980. Dans cette population les fumeurs représentaient 37% de médecins. Bien qu'on ne puisse comparer les échantillons, cette tendance semble se confirmer par notre enquête et par celle du CFES.

En 1993 dans une population de cardiologues [73] 27% étaient fumeurs (quotidiens (14%) ou occasionnels (13%)). Il existait une différence en fonction de l'âge du médecin puisque la proportion de ceux qui n'avaient jamais fumé était plus grande chez les plus jeunes d'entre eux (29 à 45 ans) : 33% contre 21% pour les plus de 45 ans. D'une manière générale ces médecins ne se sentaient pas suffisamment armés pour prendre en charge le tabagisme de leur patients.

6.1.2- Médecins hospitaliers

Une enquête de 1998 réalisée dans 10 hopitaux auprès du personnel, montrait dans la population médicale (120 médecins) une prévalence du tabagisme entre 20 et 25%. [31]. Ces médecins souhaitaient pour 22,1% d'entre eux une information complémentaire sur le tabagisme. On constate une forte discordance avec les résultats de notre enquête puisque la prévalence est plus de deux fois plus importante et que les médecins semblent beaucoup moins intéressés par une formation sur ce thème.

6.2- Dans les autres pays

6.2.1- Les médecins

6.2.1.1- Royaume uni

Le pays précurseur en tabacologie, particulièrement en ce qui concerne la population médicale, est le Royaume Uni avec les travaux de Doll et Peto depuis le début des années cinquante [26], [27]. Bien plus qu'une simple enquête épidémiologique, ils ont révélé les liens entre le tabagisme et ses pathologies induites.

Plus récemment l'enquête réalisée au sein de l'hôpital Llandough de Cardiff [37] retrouvait une prévalence de fumeurs de seulement 5% chez les médecins.

Chamber [13] lui a étudié le tabagisme de médecins généralistes de ville, la proportion de fumeurs était de 10%. Les proportions de médecins fumeurs sont au Royaume Uni deux fois plus faibles que celles que nous constatons avec notre travail. Mais nous observons dans ces deux études une tendance similaire à celle que nous avons mise en évidence auprès des médecins du département des Vosges avec une plus forte prévalence du tabagisme chez les médecins généralistes installés que chez les médecins hospitaliers (Différence significative $\chi^2=9.98$ $p=0.001$ (cf chapitre III 4.3)).

6.2.1.2- Espagne

Les résultats d'une enquête réalisée auprès de 250 des 738 médecins de l'hôpital universitaire « Reina Sofia » de Cordoba [52] montrent une prévalence très importante du tabagisme (42%) mais en diminution par rapport à 1987 (56%). Cette enquête met en lumière des comportements étonnants puisque 87% de ces médecins fument à l'intérieur de l'hôpital et même pour 26% d'entre eux en présence des familles des patients. La prise de conscience des méfaits du tabagisme semble encore à parfaire et la notion d'exemplarité vis à vis des patients en matière d'hygiène de vie paraît ne pas être prise en compte.

La population médicale espagnole étudiée présente un profil tabagique très éloigné de celui constaté dans notre enquête. Toutefois dans ce pays comme en France, le tabagisme, bien qu'encore très important, est en net recul au sein de la population médicale.

6.2.1.3- Hollande

Une étude publiée en 1993 [24] met en évidence des différences quant au tabagisme des médecins hollandais en fonction de leur mode d'exercice, de leur âge et de leur sexe. Ainsi, comme nous le constatons aussi, les généralistes sont plus fumeurs que les médecins hospitaliers (38% et 27%). Les étudiants en médecine ne sont que 18% à fumer. La prévalence du tabagisme est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Contrairement à ce que nous observons dans notre enquête, la population médicale est plus atteinte par le tabagisme que la population générale. De plus une étude plus ancienne [1] révélait que les médecins hollandais

estimaient que l'exemplarité de leur comportement concernant la santé n'avait pas beaucoup de valeur.

6.2.1.4- Malaisie

En 1991, 120 médecins de l'hôpital universitaire de Sains en Malaisie ont répondu à une enquête [81] qui a révélé une proportion de 18% de fumeurs et de 13% d'ex-fumeurs. Parmi les fumeurs il n'y avait aucune des 32 femmes interrogées (mais 3 d'entre elles étaient ex-fumeuses). Les médecins non fumeurs sont plus nombreux à conseiller à leurs patients d'arrêter de fumer que leurs confrères fumeurs : 81% contre 43%.

6.2.1.5- Etats Arabes Unis

L'enquête réalisée entre décembre 1991 et novembre 1992 dans les hôpitaux et cliniques de Al-Ain [7] trouvait 43.7% d'hommes fumeurs, 12.2% ex-fumeurs et 44.2% non fumeurs. Chez les femmes, 5.6% fumaient, 1.4% étaient ex-fumeuses et 93% non fumeuses. Les médecins fumeurs informaient moins leurs patients des risques du tabagisme que leurs confrères non fumeurs, et 83.6% des médecins exprimaient le besoin d'une formation spécifique pour prendre en charge l'arrêt du tabagisme de leurs patients.

6.2.2 - Les étudiants

6.2.2.1 - Allemagne

Auprès des 817 étudiants de l'université de médecine de Ulm en 1992 et 1993 [10] :

17,6% des femmes étaient fumeuses

29,2% des hommes étaient fumeurs

La plupart avaient commencé à fumer avant leur entrée à l'université de médecine.

6.2.2.2 - Arabie Saoudite

En 1990 la prévalence du tabagisme chez les étudiants de l'université de Riyadh [65] était de 22% (24% chez les hommes et 14% chez les femmes). La plupart des fumeurs avaient commencé à fumer avant l'âge de 16 ans.

6.2.2.3 - Pakistan

En 1993 à l'université de médecine Aga Khan de Karachi [36] 11% des étudiants étaient des fumeurs, 17% parmi les hommes et 4% pour les femmes. L'âge de début était 17 ans.

7. Synthèse

La population médicale étudiée semble être moins victime du tabagisme que la population générale. Cette moindre exposition ne dépend peut être pas de la spécificité de cette profession mais de la classe socio-professionnelle à laquelle elle peut être rattachée. Notre enquête nous montre que le facteur essentiel qui modifie les comportements dans notre échantillon est le mode d'exercice du médecin. Cela se retrouve aussi dans la plupart des sous-populations observées.

L'action de formation sur le tabagisme

1- Les différentes formes de FMC possibles.

1.1- Les formations offertes, la méthode choisie

Les media permettant l'acquisition d'une formation continue se multiplient sous des formes de plus en plus diversifiées, concernant soit une formation individuelle soit une formation de groupe :

- Presse médicale
- Multimédia : cassette vidéo, CD-ROM, Internet
- Diplôme Universitaire et Inter-Universitaire, Capacité
- Congrès, séminaires, mini-séminaires, soirées d'enseignement post-universitaire

La prise en charge du tabagisme nécessitant une implication personnelle importante du médecin ainsi qu'un savoir-faire et savoir-être particuliers, il nous est apparu évident que ce sujet relevait d'une formation de groupe au cours de laquelle les participants pourraient échanger leurs points de vues et leurs expériences, entre eux et avec les formateurs. Nous avons choisi de réaliser une action de formation se déroulant sur une demi-journée utilisant des méthodes pédagogiques permettant à la fois l'acquisition de savoir ainsi qu'une bonne communication entre tous les acteurs présents.

1.2- Les méthodes de formation de groupe

En matière de formation de groupe deux méthodes principales sont utilisées ; la méthode dite magistrale qui était pendant longtemps l'unique méthode pédagogique, et la pédagogie active qui progressivement prend une place de plus en plus importante.

1.2.1- Méthode magistrale

Elle est la méthode la plus répandue, en particulier en ce qui concerne la formation initiale. Sa principale qualité est d'apporter un maximum d'informations au maximum d'étudiants, en un minimum de temps ; cette méthode est donc plutôt adaptée à la formation initiale dont l'objectif est l'acquisition de connaissances quantitativement importantes. Elle permet surtout d'acquérir le savoir plus que le savoir-faire ou le savoir-être. Elle est donc moins appropriée à la FMC mais peut permettre, si on l'utilise parcimonieusement, d'apporter des informations précises.

1.2.2- Pédagogie active

Cette méthode est dite "active" par l'implication, qu'elle sous-entend, de l'étudiant dans l'acquisition du savoir. La pédagogie active nécessite une base de connaissances minimum de la part des étudiants.

Concrètement, sa mise en œuvre est possible avec un nombre optimum de participants (8 à 15 personnes) pour ne pas risquer soit un excès soit une insuffisance d'échanges entre les intervenants. Si le nombre de participants est trop important, on formera alors des sous-groupes pour réaliser un travail en atelier. Il faudra aussi que soit désigné un animateur qui aura un rôle de régulation des échanges et de respect des règles de fonctionnement du groupe.

Les particularités de la pédagogie actives sont qu'elle apporte plus un savoir-faire ou un savoir-être que des connaissances théoriques ;

2-L'action de FMC mise en œuvre : un mini séminaire.

2.1- Les objectifs

2.1.1- L'objectif principal

Apporter au médecin généraliste les outils permettant de prendre en charge ses patients dans leur ensemble et individuellement en matière de tabagisme. C'est à dire finalement avoir une action de santé publique.

2.1.2- Les objectifs secondaires

Nous avons défini avec les experts trois objectifs secondaires qui répondaient à l'objectif principal.

1- Le dépistage

Etre capable de prendre en considération le tabagisme de ses patients.

2- L'évaluation

Etre capable d'évaluer la dépendance.

3- La thérapie

Etre capable d'utiliser des outils de prise en charge du malade tabagique

2.2- Les moyens

2.2.1- Les moyens humains

La mise en œuvre de ce mini-séminaire a nécessité l'intervention de différents acteurs ayant chacun un rôle bien spécifique. Celui de pivot central de cette organisation était assuré par un homme habitué à la mise en place d'actions de formation médicale continue et jeune diplômé en tabacologie, Monsieur le Docteur Jean-Marie Heid, Président de l'AMVPPU, attaché d'enseignement à la Faculté de Médecine de Nancy, qui est aussi un des principaux initiateurs de notre enquête et de cette thèse. La caution scientifique était apportée par trois médecins experts : Monsieur le Professeur François Paille, Chef de service en Médecine Interne au CHRU de Nancy, Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Nancy ; Madame le Docteur Claudine Gillet, Praticien hospitalier au CHRU de Nancy, Tabacologue et Alcoologue ; Monsieur Gérard Peiffer, Praticien hospitalier au CHR

de Metz-Thionville, Pneumologue et Tabacologue. Trois animateurs assistaient les experts lors du travail en ateliers pratiques, il s'agissait de Monsieur le Docteur Patrick Florentin, Trésorier de l'AMVPPU, membre de LORFORMEC et du CRFMC, attaché d'enseignement à la Faculté de Médecine de Nancy ; Madame le Docteur Florence Coppin, Membre de l'AMVPPU, Résident, et moi-même, membre de l'AMVPPU et Résident. Tout le travail de secrétariat, de contact avec les laboratoires pharmaceutiques, de mise en place de la logistique a été assurée par Madame Christine Noël secrétaire de l'AMVPPU et Mademoiselle Caroline Rohmer agent de développement de l'AMVPPU.

2.2.2- Les moyens financiers

- Recettes

Subvention de laboratoires pharmaceutiques

TOTAL= 13000,00 francs (1981.84 €)

- Dépenses

Frais de déplacements, matériel de bureau, frais de secrétariat

TOTAL = 8871,90 francs (1352.51 €)

- Solde

SOLDE CREDITEUR= 4128,10 francs (629.32 €)

2.2.3- Les moyens logistiques

- Le secrétariat

L'AMVPPU dispose d'un ordinateur pourvu des logiciels de bureautique habituels, d'un photocopieur noir et blanc, de matériel permettant la reliure de documents, d'une ligne de téléphone avec télécopieur.

- Les moyens d'information de la tenue du mini-séminaire

Nous avons essentiellement utilisé deux media pour informer les médecins de la tenue de cette formation. Il s'agissait de l'organe de presse officiel de l'AMVPPU qu'est EPU 88, un journal de 12 pages, édité à plus de cinq cents exemplaires, à parution pluriannuelle, créé en novembre 1994 et de courriers adressés aux médecins.

Dans le numéro onze d'EPU 88 paru en février 1998 nous avons annoncé aux lecteurs qu'une enquête allait être réalisée au cours du premier

trimestre ; dans l'édition de juin 1998 les premiers résultats de l'enquête ont été dévoilés et dans le treizième numéro d'octobre nous annonçons la réalisation du mini-séminaire ainsi que celles de trois autres actions de formation (pneumologie, examen programmé du rachis et scoliose idiopathique de l'enfant), avec un bulletin d'inscription.

Nous avons aussi réalisé un mailing, adressé à tous les médecins généralistes qui nous avaient répondu lors de l'enquête qu'ils souhaitaient suivre un enseignement en tabacologie, proposant l'inscription au mini-séminaire.

Chaque médecin nous ayant répondu qu'il assisterait à cette formation a ensuite reçu un courrier de confirmation auquel nous avons joint un audit visant à évaluer l'attention portée au tabagisme des patients dans les dossiers médicaux. Ce courrier expliquait comment devait être rempli l'audit. L'identité des médecins ayant répondu à l'enquête et à l'audit n'a été connue que par moi-même et le secret partagé uniquement avec le secrétariat, cela pour des raisons pratiques d'organisation du mini-séminaire, pour éviter les risques de doublets dans les réponses et pour permettre l'utilisation des réponses données et leur comparaison lors d'investigations futures (un nouvel audit).

- Les locaux

Le mini-séminaire a eu lieu dans les locaux gracieusement prêtés de l'école d'infirmières de Saint Dié. Nous avons à notre disposition un amphithéâtre pour accueillir les conférences plénières, deux salles pour les ateliers pratiques, un hall central pour les quelques moments de détente accordés par les organisateurs avec la possibilité de se restaurer, de se désaltérer (ou de fumer pour certains des participants...) . Les laboratoires pharmaceutiques ayant participé au financement de cette après midi pouvaient installer des stands de présentation pour leurs produits dans ce hall.

Pour les interventions en conférence plénière les orateurs pouvaient utiliser du matériel de rétroprojection et de projection de diapositives.

2.3- Les méthodes

Le public de ce type de formation et le sujet abordé, nous invitent à apporter un enseignement pratique pouvant être mis à profit rapidement et facilement dès les premières consultations qui suivront. Mais nous devons assurer un minimum de bases théoriques nécessaires à la compréhension de la pathologie pour pouvoir aborder facilement l'aspect pratique qu'est la prise en charge du patient.

Pour répondre à ces exigences et aux objectifs principaux et secondaires que nous nous étions fixés, nous avons décidé d'aborder la théorie au cours de trois conférences plénières (cours magistraux) suivies chacune d'ateliers pratiques sous forme de jeux de rôle (pédagogie active). L'après-midi de travail se terminant par une table ronde au cours de laquelle les experts feraient la synthèse des connaissances délivrées et les participants pourraient poser des questions. Nous avons voulu remettre à chaque participant un document reprenant les interventions de chacun des orateurs, ainsi que quelques informations complémentaires. Nous avons aussi proposé un pré-test et post-test qui en plus de leur fonction d'évaluation de la formation, participent de la formation.

2.3.1- Les conférences plénières.

Pour traiter de tabacologie sur une demi-journée, nous avons convenu de quatre thèmes principaux et incontournables à aborder :

- L'épidémiologie du tabagisme
- Les conséquences du tabagisme
- La dépendance
- Les outils thérapeutiques

Ces quatre thèmes allaient diriger l'organisation du mini-séminaire et seraient expliqués lors de conférences plénières par les experts présents, cette forme d'enseignement étant adaptée à la dispense de connaissances théoriques. Ainsi, nous avons réparti en trois interventions ces sujets. Nous les avons traités dans l'ordre dans lequel nous venons de les présenter, ce qui nous paraissait une progression logique pour l'acquisition des connaissances.

• Première conférence plénière :

Elle a concerné l'épidémiologie et les conséquences du tabagisme, l'intervenant était Monsieur le Docteur Peiffer qui a situé l'importance du sujet aujourd'hui et donc la nécessité de s'y intéresser.

- Deuxième conférence plénière :

La dépendance, ses concepts, mécanismes et applications. Ce thème, qui est sans doute le plus difficile à comprendre, était incontournable car il explique toute la difficulté de la prise en charge du patient. Monsieur le Professeur Paille était chargé de l'expliquer aux participants

- Troisième conférence plénière :

Les outils thérapeutiques et leurs indications, qui sont l'aboutissement de la prise en charge du patient ont été présentés par Madame le Docteur Gillet.

2.3.2- Les ateliers pratiques

Ils ont eu lieu dans deux petites salles de cours, regroupant une dizaine de participants, deux animateurs et un ou deux experts.

Ces ateliers répondent aux objectifs secondaires et se déroulent chacun à la suite d'une conférence plénière dont le thème est en relation. Ils s'appuient sur des jeux de rôle mettant en scène un patient et un médecin généraliste permettant ensuite d'engager la discussion entre les participants, les animateurs et les experts. Le patient était joué par un animateur qui avait préparé son rôle en s'appuyant sur un cas clinique lors d'une réunion préalable. Le médecin était désigné au hasard dans le groupe de travail.

2.4- Le déroulement du mini-séminaire

Après l'accueil des participants et la présentation du mini-séminaire, les conférences plénières se sont enchaînées en alternance avec les ateliers pratiques puis de l'après-midi de travail s'est terminée par une table ronde permettant aux experts de faire une synthèse des connaissances apportées et aux participants de poser des questions.

Ainsi le programme fut celui-ci :

13h30 - 14h00 : Accueil

Distribution des pré-tests, émargement

14h00 - 14h15 : Présentation du séminaire. Docteur HEID

Présentation d'une enquête. Julien GAUTRY

14H15 - 14H45 : Conférence plénière

L'épidémiologie du tabac, les conséquences du tabagisme.

Docteur PEIFFER

14h45 - 15h30 : Atelier pratique (Pr PAILLE, Dr GILLET, Dr PEIFFER, Dr HEID, Dr FLORENTIN, Mr GAUTRY, Mme COPPIN).

L'entretien de motivation et le premier contact avec le patient tabagique, jeux de rôle.

15h30 - 16h15 : Conférence plénière

La dépendance, concept et mécanisme, applications. Professeur PAILLE

16h15 - 16h45 : Pause

16h45 - 17h15 : Atelier pratique (Pr PAILLE, Dr GILLET, Dr PEIFFER, Dr HEID, Dr FLORENTIN, Mr GAUTRY, Mme COPPIN).

La dépendance, utilisation des outils d'évaluation, jeu de rôle.

17h15 - 18h00 : Conférence plénière

Présentation des outils thérapeutiques. Docteur GILLET

18H00 - 18H30 : Atelier pratique (Pr PAILLE, Dr GILLET, Dr PEIFFER, Dr HEID, Dr FLORENTIN, Mr GAUTRY, Mme COPPIN).

Utilisation des outils thérapeutiques, jeux de rôle

18h30 - 19h00 : Conférence plénière, table ronde (Pr PAILLE, Dr GILLET, Dr PEIFFER, Dr HEID, Dr FLORENTIN, Mr GAUTRY, Mme COPPIN).

Distribution des post-tests

Synthèse et questions des participants

2.5- Evaluation

Nous avons évalué les connaissances des participants avant et juste après le séminaire ainsi que leur pratique avant et quelques mois après. Nous avons utilisé pour cela un test sous forme de QCM et un audit. Cette évaluation est autant celle des participants que celle de la formation proposée.

2.5.1- Evaluation des connaissances

Le test comprenait onze questions, sous forme de QCM relatives à tous les thèmes abordés par l'enseignement :

PRE-TEST/POST-TEST

OUI NON

1 - En France, on estime le nombre annuel de décès liés au tabac à :

* 10 000	☐	☒
* 25 000	☐	☒
* 60 000	☒	☐
* 75 000	☐	☒
* 100 000	☐	☒

2 - On estime la fréquence du tabagisme chez les hommes alcooliques à :

* < 50%	☐	☒
* 50 à 60%	☐	☒
* 60 à 70%	☐	☒
* 70 à 80%	☐	☒
* > 80%	☒	☐

3 - Parmi les méthodes biologiques ci-dessous, quelle(s) est(sont) celles(s) qui peut(vent) être utilisée(s) en routine pour apprécier la réalité du sevrage tabagique ?

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * Dosage de la nicotine plasmatique | ☐ | ☒ |
| * Mesure du taux de CO dans l'air expiré | ☒ | ☐ |
| * Dosage plasmatique des thiocyanates | ☐ | ☒ |
| * Mesure de la plombémie | ☐ | ☒ |
| * Aucune mesure biologique n'est utilisable | ☐ | ☒ |

4 - Le test de tolérance de FAGERSTRÖM est très utile pour :

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * Apprécier le degré de dépendance à la nicotine | ☒ | ☐ |
| * Guider le choix thérapeutique | ☒ | ☐ |
| * Rechercher les complications du tabagisme | ☐ | ☒ |
| * Apprécier la motivation du fumeur | ☐ | ☒ |
| * Gérer les compensations alimentaires après le sevrage (prise de poids) | ☐ | ☒ |
| * Apprécier les attentes et les caractéristiques psychologiques | ☐ | ☒ |

5 - Le sevrage tabagique induit une augmentation du risque de rechute chez l'alcoolodépendant sevré :

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

6 - Quelle(s) pathologie(s) contre-indique(nt) momentanément un sevrage tabagique:

- | | | |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * L'alcoolisme | ☐ | ☒ |
| * La dépression | ☒ | ☐ |
| * L'anxiété | ☐ | ☒ |

7 - Il est nécessaire de prescrire dans tout sevrage tabagique un traitement substitutif:

☐	☒
--------------------------	-------------------------------------

8 - Le test de HORN est très utile pour :

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * Apprécier le degré de dépendance à la nicotine | ☐ | ☒ |
| * Guider le choix thérapeutique | ☐ | ☒ |
| * Rechercher les complications du tabagisme | ☐ | ☒ |
| * Apprécier la motivation du fumeur | ☐ | ☒ |
| * Gérer les compensations alimentaires après le sevrage | | |
| (prise de poids) | ☐ | ☒ |
| * Apprécier les attentes et les caractéristiques psychologiques | ☒ | ☐ |

9 - On estime la fréquence du tabagisme dans la population générale française à :

- | | | |
|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * < 10% | ☐ | ☒ |
| * 10 à 20% | ☐ | ☒ |
| * 20 à 30% | ☐ | ☒ |
| * 30 à 40% | ☒ | ☐ |
| * > 40% | ☐ | ☒ |

10 - Chez un bronchiteux chronique, quelle(s) est(sont) la(les) thérapeutique(s) prolongeant de façon significative la survie :

- | | | |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * Corticoïdes | ☐ | ☒ |
| * Bêta 2 mimétiques | ☐ | ☒ |
| * Oxygénothérapie | ☒ | ☐ |
| * Anticholinergiques | ☐ | ☒ |
| * Arrêt du tabac | ☒ | ☐ |
| * Immunostimulants | ☐ | ☒ |

11 - Après 10 ans de suivi, la prise de poids moyenne est de :

Chez l'homme :

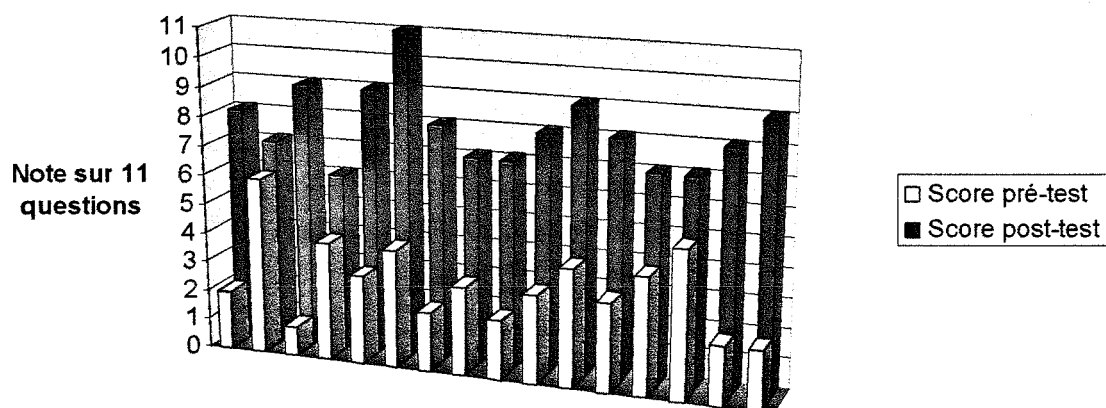
* < 3 Kg	☐	☒
* 3 à 4 Kg	☒	☐
* 4 à 5 Kg	☐	☒
* 5 à 6 Kg	☐	☒
* 6 à 7 Kg	☐	☒

Chez la femme :

* < 3 Kg	☐	☒
* 3 à 4 Kg	☐	☒
* 4 à 5 Kg	☒	☐
* 5 à 6 Kg	☐	☒
* 6 à 7 Kg	☐	☒

Le dépouillement des réponses au test nous indique la nécessité d'une telle formation ainsi que son efficacité. En effet on remarque, sur le graphique suivant illustrant sous forme d'histogrammes les scores obtenus aux pré-test et post-test

Progression des connaissances



pour chacun des séminaristes, que seulement un participant a la moyenne au pré-test et que tous ont progressé à la fin du mini-séminaire, les notes étant toutes supérieures à la moyenne.

2.5.2- Evaluation des pratiques

L'évaluation objective des pratiques des médecins en ce qui concerne l'importance accordée au tabagisme peut se faire par la réalisation d'un audit. Nous avons comme nous l'indiquions plus haut, envoyé à chaque participant un tableau à remplir au cours de trente consultations précédant le mini-séminaire et nous comparerons aux réponses faites quelques mois plus tard ; ainsi nous avons une idée de l'intérêt porté au sujet avant l'enseignement et de l'influence de cet enseignement.

L'audit se présente sous la forme d'un tableau à douze colonnes et trente lignes sur une seule feuille de format A4 (pour des raisons de commodité d'emploi) sur laquelle sont exposés les critères d'inclusion des patients ainsi que les explications permettant de remplir correctement le tableau :

Audit

Le médecin face à la maladie tabagique

Nous vous demandons de remplir ce tableau pour les 30 premiers patients de plus de 15 ans que vous verrez en consultation après la réception de ce courrier (le recueil des données peut se faire sur plusieurs jours, en fonction de l'affluence de patients correspondant au profil).

Numéro patient	TABAGISME ACTIF							TABAGISME PASSIF			
	Tabagisme actif mentionné sur le dossier		Précision de l'importance du tabagisme sur le dossier			Tabagisme actif réel à la date de la consultation		Tabagisme passif mentionné sur le dossier		Exposition au tabagisme passif	
	OUI	NON	Nombre de cigarettes par jour	Nombre d'année	Absence de renseignement	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

•Mention du tabagisme sur le dossier : répondez « oui » seulement si une mention écrite figure sur le dossier ; si vous connaissez le statut tabagique du patient mais que vous ne l'avez pas écrit sur le dossier vous devez répondre « NON ».

•Précision de l'importance du tabagisme : selon qu'il est précisé sur le dossier le nombre de cigarette(s) ou de paquet(s) fumé(s),ou la durée du tabagisme (ou l'âge de début), cochez la case « Nombre Cigarettes » ou la case « Nombre Années »,ou les deux cases ;sinon cochez « NON ».

•Tabagisme actif réel à la date de la consultation : à faire préciser par le patient.

•Mention du tabagisme passif sur le dossier: répondez « oui » seulement si une mention écrite figure sur le dossier ; si vous savez que le patient est exposé au tabagisme passif mais que vous ne l'avez pas écrit sur le dossier vous devez répondre « NON ».

•Exposition au tabagisme passif : à faire préciser par le patient.

2.6- Critique

2.6.1-Appréciations des participants

Nous avons réalisé une enquête d'opinion auprès des participants au séminaire à la fin de la journée, leurs réponses sont plutôt positives.

La formation que vous venez de suivre :

	<u>Pas du tout</u>	<u>Plus ou moins</u>	<u>Plutôt</u>	<u>Tout à fait</u>	<u>Sans opinion</u>
1) a été conforme à vos attentes	:	:	1	15	:
2) s'est déroulée dans une ambiance favorable de travail	:	:	:	15	1
3) utilise des méthodes adaptées aux objectifs	:	:	6	9	1
4) vous apporte des informations validées	:	:	:	16	:
5) est susceptible d'entraîner des changements dans votre pratique professionnelle	:	:	6	10	:
6) est à recommander à vos confrères	:	:	2	14	:

2.6.2-Regard critique des organisateurs

Le sentiment des organisateurs sur le déroulement de cette action de formation est celui d'avoir accompli correctement sa mission, du point de vue de la qualité des enseignements dispensés, de la participation active des destinataires, de l'organisation, et aussi de l'ambiance conviviale, détendue et studieuse de la journée. Le choix des méthodes de travail est apparu adapté aux objectifs fixés initialement.

Un regret porte sur l'évaluation à long terme de cette formation, puisque l'audit préparé n'a pas été réalisé. Il aurait fallu savoir être plus convaincant, plus insistant auprès de nos confrères pour leur faire saisir l'intérêt de cet audit et que la contrainte qu'il représentait pour eux paraisse moindre.

Conclusion

L'enquête menée auprès d'un groupe de 261 médecins, et qui visait à apprécier leurs attentes quant à leur formation en tabacologie, nous amène à conclure d'une part sur des points essentiels ressortant de l'enquête elle-même, et d'autre part sur l'intérêt d'une action de formation.

Notre travail permet d'avancer les affirmations suivantes:

- ces médecins fument moins que la population générale.
 - dans ce groupe les hommes fument plus que les femmes, et les généralistes plus que les hospitaliers.
 - la prise en compte du tabagisme ainsi que sa prise en charge par les médecins varient selon leur mode d'exercice : les généralistes pensent plus souvent à le noter et l'évoquent plus volontiers devant une pathologie donnée.
 - le mode d'exercice et le statut tabagique des médecins interviennent sur leur désir de formation: les hospitaliers expriment plus un désir de se former que les généralistes ; les non-fumeurs sont plus demandeurs de formation que les fumeurs.
- En somme, le paramètre déterminant semble être le mode d'exercice

Concernant la formation, on remarque qu'une proportion importante des médecins la souhaite. Cet intérêt justifie en soi l'organisation d'actions de formation sur le thème du tabagisme, bien que dans notre expérience nous n'ayons pu en évaluer l'efficacité à long terme.

Au delà de l'intérêt personnel que peuvent porter les médecins à ce type de formation, il convient d'en souligner l'importance face au problème majeur de santé publique posé par le tabagisme.

Bibliographie

1. **ADRIAANSE H. ; VAN REEK J. ; METSEMAKERS J.** Smoking behaviour of Dutch general practitioners in the period 1977-1983. Scand. J. Prim. Health Care 1986 sep ;4(3) :151-6.
2. **ANAE ; ASSISTANCE PUBLIQUE.** L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris, 8-9 octobre 1998. Paris. Editions EDK ,1998 .
3. **ANDRE E.** Le médecin généraliste. Un interlocuteur privilégié pour le fumeur. in X^{es} JOURNEES DE L'ASSOCIATION « PSYCHOLOGIE ET CANCER », Le tabagisme au quotidien. Acta des X^{es} Journées de l'association « Psychologie et cancer » (Nancy les 3 et 4 décembre 1992) -1993, p180-181.
4. **ANSQUER J.C. ; STOLL L. ; LAGRUE G.** Enquête sur le tabagisme de médecins généralistes. Sem. Hôp. Paris, 5-12 Novembre 1992, n° 36-37, p1312-1313.
5. **ARENES J. ; BAUDIER F. ; GUILBERT P.**, Barometre santé médecins généralistes 98/99. Editions CFES 2000, 218p.
6. **BAUDIER F., DRESSEN C., GRIZEAU D., JANVRIN M.P., WARSZAWSKI J.,** Baromètre Santé 93/94. Edition CFES, 1995, 168p.
7. **BENER A. ; GOMES J. ; ANDERSON J.A. ; ABDULLAH S.** Smoking among health professionals. Med. Educ. 1994 Mar ; 28(2) :151-7.
8. **BENHAMOU S.** Les cancers liés au tabac. Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10, p1214-1217.
9. **BOURLAUD I. ; UNDERNER M ; PERAULT M.C. ; PATTE F.** Pharmacologie de la nicotine. Rev. Mal. Resp. 1992,9,p367-374.
10. **BRENNER H. ; SCHARER S.** Smoking habits of future physicians : a survey among medical students of a south German university. Soz Praventivmed 1996 ; 41(3) :150-7.
11. **CENTRE DE DOCUMENTATION ET D' INFORMATION SUR LE TABAC.** Le tabac en France en 1996. Tabac news numéro 18- mai 1997, 14p.
12. **CENTRE DE DOCUMENTATION ET D' INFORMATION SUR LE TABAC.** Le tabac en France en 1997. Tabac news numéro 19- mai 1998, 14p.
13. **CHAMBER R.** Health and lifestyle of general practitioners and teachers. Occup. Med. (Oxf) 1992 May; 42(2):69-78.

14. **CHRISTENSEN B.** Praktiserende læger og rygning. Praktiserende lægers viden, holdning og rygevaner og sammenhængen imellem disse vurderet ved en enqueteundersøgelse i Århus Amt. Ugeskr Læger 1993 Feb. 1 ;155(5) :307-10.
15. **CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**
16. **COLEMAN T. ; WILSON A.** Anti-smoking advice in general practice consultations : general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problem. Br. J. Gen. Pract. 1996 Feb. ; 46(403) :87-91.
17. **COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE,** Le tabac nous coûte socialement 90 milliards de francs. Tabac actualités. n° 6 - décembre 1999, p8.
18. **COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE,** Un inhalateur de nicotine pour aider les fumeurs à réduire leur nombre de cigarettes. Tabac actualités. n° 9 – octobre 2000, p4.
19. **CONSEIL NATIONAL DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE,** Séance du 10 janvier 1998.
20. **COOREMAN J. ; PRETET S. ; LEVALLOIS M. ; MARSAC J. ; PERDRIZET S.** Le tabagisme du personnel soignant d'un grand hôpital. Le concours médical, 1989, p933-937.
21. **COSNES J.** Maladies inflammatoires de l'intestin : le tabac est un facteur d'environnement majeur. Rev. Prat.-Médecine générale, 12, 415, p9-11.
22. **CRITON M.** Le tabagisme du médecin généraliste en Meurthe et Moselle Sud. Thèse Nancy 1991.
23. **CRUICKSHANKS K.J. ; KLEIN R. ; KLEIN B.E.K. ; WILEY T.L. ; NONDAHL D.M. ; TWEED T.S.** Cigarette smoking and hearing loss. JAMA. 1998; 279, p1715-1719.
24. **DEKKER H.M. ; LOOMAN C.W. ; ADRIAANSE H.P. ; VAN DER MAAS P.J.** Prevalence of smoking in physicians and medical students, and the generation effect in The Netherlands. Soc. Sci. Med. 1993 Mar. ; 36(6) :817-22.
25. **DICKINSON J.A. ; WIGGERS J. ; LEEDER S.R. ; SANSON-FISHER R.W.** General practitioners' detection of patients' smoking status. Med. J. Aust. 1989 Apr. 17 ; 150(8) :420-2,425-6.

26. **DOLL R.; GRAY R.; HAFNER B.; PETO R.** Mortality in relation to smoking: 22 years' observations on female British doctors. *Br. Med. J.* 1980 Apr 5;280(6219):967-71.
27. **DOLL R.; PETO R.** Mortality in relation to smoking 20 years' observation on male British doctors. *Br. Med. J.* 1976 Dec 25;2(6051):1525-36.
28. **DUBOIS G. ; BOUCHER P.** La consommation de tabac en France et en Europe, bilan et perspectives. in **MARTINET Y. ;BOHADANA A.** Le tabagisme de la prévention au sevrage, Masson 1997, p13-18.
29. **GALLOIS P.** La formation médicale continue Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation, Flammarion médecine-Sciences-1997, 280p.
30. **GALLOIS P.** La formation médicale continue: principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation, Flammarion Médecine-Sciences-1997, 280p.
31. **GRIZEAU D. ; BAUDIER F. ; DOUCET C. ; LEMARIE Y.** Attitudes et comportement du personnel hospitalier face au tabagisme. *Rev. Mal. Respir.*, 1998,15, p79-87.
32. **HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.** La santé en France 1994-1998. Paris : La Documentation Française, 1998, p 167-177.
33. **HILL C.** Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. In : **Anaes / Assistance publique.** L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris, 8-9 octobre 1998. Paris. Editions EDK, 1998, p 67-73
34. **HILL C.** Tabagisme et santé :aspects épidémiologiques, *La presse médicale*-15 juin 1996 ; 25, n°21, p959-962.
35. **HIRSCH A.** Tabagisme. Epidémiologie du tabagisme, de la pathologie liée au tabac. Conséquences sur la santé publique, prévention. *Rev. Prat. (Paris)*, 1991, 41, 18, p1709-1712
36. **HUSSAIN S.F. ; MOID I. ; KHAN J.A.** Attitudes of Asian medical students towards smoking. *Thorax* 1995 Sep. ; 50(9) :996-7.
37. **HUSSAIN S.F. ; TJEDER-BURTON S. ; CAMPBELL I.A. ; DAVIES P.D.** Attitudes to smoking and smoking habits among hospital staff. *Thorax* 1993 Feb. ; 48(2) :174-5.

38. **IZARD C. ; CHOUTEAU J.** Le tabac. Que sais-je ? Presses Universitaires de France. 1982. 127p.
39. **JARVIS M.J.** Nouveautés thérapeutiques dans l'aide à l'arrêt du tabac. Sem. Hôp. Paris 1994 ;70 :n°13-14,381-386.
40. **JAUZE R.** Le guide du tabac, Edition R. Jauze-1984, p11-33.
41. **JOSSERAN L. ; KING G. ; VELTER A. ; DRESSEN C. ; GRIZEAU D.** Smoking behavior and opinions of French general practitioners. J. Natl. Med. Assoc. 2000 Aug; 92(8):382-90.
42. **JULIAN H. ; BOUTIN C.** Tabac et voies respiratoires. Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Poumon, 6020-A⁵⁰, 7-1987, 4p.
43. **LAGRUE G.** Tabagisme. Evaluation du degré d'intoxication tabagique ; physiopathologie. Composants de la fumée de tabac et leurs effets. La revue du praticien (Paris) 1992,42,1,p127-130.
44. **LAGRUE G. ; CORMIER S.** Les difficultés de l'aide à l'arrêt du tabac, Méd. et Hyg. -1996 ; 54, p768-774.
45. **LAGRUE G. ; GRIMALDI B. ; DEMARIA C. ; LEBARGY F.** Le traitement pharmacologique de la dépendance tabagique par la nicotine (gomme, timbre). Sem. Hop. Paris, 1992, 68, n°36-37, p1282-1287.
46. **LE NET M.** L'évaluation du coût économique du tabagisme. in Le tabagisme de la prévention au sevrage, Masson 1997, p19-24.
47. **LOUIS-SYLVESTRE J.** Tabac et poids. Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10, p1235-1237.
48. **MACKENZIE N.** Tabagisme, vie privée et rôle du médecin Un entretien avec S. KARSENTY, Concours médical -1994 ;116 :708-9, p27-2.
49. **MAILLARD C.,** Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabac Efficacité d'une intervention médicale minimale Un entretien avec A. HIRSCH Le concours médical-17-02-1996-118-07, p477-481.
50. **MARTINET Y. ; BOHADANA A.** La composition de la fumée du tabac. In MARTINET Y. ;BOHADANA A. Le tabagisme de la prévention au sevrage, Masson 1997, p25-33.

51. **MARTINET Y. ; BOHADANA A.** Les affections liées à la consommation de tabac.
In MARTINET Y. ; BOHADANA A. Le tabagisme de la prévention au sevrage, Masson 1997, p46-54.
52. **MENGUAL LUQUE P. ; PERULA DE TORRES L.A. ; REDONDO SANCHEZ J. ; ROLDAN VILLALOBOS A. ; PRADA VIGIL A. ; MARTINEZ DE LA IGLESIA J. ; RUIZ MORAL R.** Evolution in consumption of and attitude towards tobacco towards physicians at the regional hospital « Reina Sofia », Cordoba. Gac. Sanit. 1996 Jan.-Feb. ; 10(52) :18-24.
53. **MICHON A.** Place du médecin généraliste dans la lutte contre le tabagisme.
Thèse Nancy 1992.
54. **MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES** , Decrets 96- 1050 du 5 décembre 1996 relatifs à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. Journal officiel de la République Française du 6 décembre 1996.
55. **ORHANT C.A.** Calendrier cultural du tabac. Ecimage-inhibition : contraindre pour mieux développer. Revue des Tabacs ,435- septembre 1997, p46-47.
56. **ORHANT C.A.** Calendrier cultural du tabac. L'année commence. Revue des Tabacs ,433- juin 1997 , p49-51.
57. **ORHANT C.A.** Calendrier cultural du tabac. Plantation le jour J. Revue des Tabacs ,434- juillet-août 1997 , p50-51.
58. **ORHANT C.A.** Calendrier cultural du tabac. Récolte et séchage du tabac. Revue des Tabacs ,436- octobre 1997, p46-47.
59. **PAILLE F. ; ALAN-FLACHET M. ; GILLET C. ; PIROLLET P. ; de KORWIN J.D.**
Le tabagisme. Epidémiologie, pharmacologie, mécanismes de la dépendance et principes thérapeutiques, Annales médicales de Nancy et de l'Est, 1991, 30, p371-394.
60. **PECOUD A. ; DECNEY H.** Médecine préventive au cabinet du praticien: une formation nécessaire. Revue médicale de la Suisse romande, 1995, 115, p599-601.
61. **PRETET S., MARSAC J.,** Le tabagisme. Encycl. Méd. Chir (Paris-France). Intoxications. Pathologies du travail, 16061 A¹⁰, 7-1988, 6p.
62. **RACINEUX J.L. ; VIDAL J.F. ; MESLIER N.** Les maladies respiratoires chroniques liées au tabagisme. Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10, p1223-1226.

63. **ROLAND J. ; BONET P.** Quels sont les critères possibles d'une formation médicale continue de qualité ? La revue du praticien- Médecine générale-11, 404,p33-34.
64. **SABBAGH P.** Le guide de la pipe , Stock 1993.
65. **SAEED A.A. ; AL-JOHALI E.A. ; AL-SHAHRY A.H.** Smoking habits of students in secondary health institutes in Riyadh City, Saudi Arabia. J. R. Soc. Health 1993 Jun. ; 113(3) :132-5.
66. **SALMERON S.** Tabagisme épidémiologie du tabagisme, de la pathologie liée au tabac. Evaluation du degré d'intoxication tabagique. Physiopathologie. Composants de la fumée du tabac et de leurs effets. Conséquences sur la santé publique. Prévention. Hoechst Internat-Fiche B 008.
67. **SASCO A.J.** Conséquences du tabagisme sur la mère et l'enfant . Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10, p1227-1229 .
68. **SLAMA K.** Tabagisme. Le concours du médecin. Concours médical 1994 ;116 :1143-1145.
69. **SLAMA K. ; KARSENTY S. ; HIRSCH A.** French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. Addiction 1999 Jan; 94(1): 125-32.
70. **SLAMA K. ; KARSENTY S. ; HIRSCH A.** La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ? Evaluation et perspectives, Institut national de la santé et de la recherche médicale ,Comité français d'éducation pour la santé,1992, 208p.
71. **STEIN RJ. ; HADDOCK CK. ; O'BYRNE KK. ; HYMOWITZ N. ; SCHWAB J.** The Pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children. Pediatrics 2000 Nov;106(5):E66.
72. **TESSIER J.F. ; RENE L. ; NEJJARI C. ; BELOUGNE D. ; MOULIN J. ; FREOUR P.** Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco, Tobacco Control 1993 ; 2 : 226-230.
73. **TESSIER JF. ; THOMAS D. ; NEJJARI C. ; BELOUNE D. ; FREOUR P.** Les cardiologues français face au tabagisme. Arch. Mal. Cœur Vaiss. 1996 Mar ; 89(3) : 341-7.

74. **THOMAS D.** Tabagisme et maladies cardiovasculaires. Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10, p1218-1222.
75. **TREDANIEL J. ; KARSENTY S. ; CHASTANG C. ; SLAMA K. ; HIRSCH A.** Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français Résultats d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 1012 médecins. Rev. Mal. Resp., 1993, 10, p35-38.
76. **TREDANIEL J. ; ZALCMAN G. ; BOFFETA P. ; HIRSCH A.** Le tabagisme passif .Effet sur la santé. . Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10, p1230-1234 .
77. **TREDANIEL J. ; ZALCAM G. ; HIRSCH A.** Tabac et maladies respiratoires. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris), Pneumologie, 6-020-A-50, 1996, 4p.
78. **TREDANIEL J. ; HIRSCH A.** Tabagisme épidémiologie et pathologies liées au tabac, Rev. Prat. (Paris) -1998, 48, p433-435.
79. **ULDRY C. ; CORNUZ J.** Arrêt du tabagisme : technique de désaccoutumance et bénéfices cardiovasculaire. Med. Et Hyg. 1998 ; 56 :518-522.
80. **X^{es} JOURNEES DE L'ASSOCIATION « PSYCHOLOGIE ET CANCER »**, Le tabagisme au quotidien Acta des X^{es} Journées de l'association « Psychologie et cancer » (Nancy les 3 et 4 décembre 1992) -1993, 223p.
81. **YAACOB I. ; ABDULLAH Z.A.** Smoking habits and attitudes among doctors in a Malaysian hospital. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health 1993 Mar. ; 24(1) :28-31.



Annexe



AMVPPU

1er trimestre 98

**Enquête réalisée auprès des médecins vosgiens
Le Médecin face à la maladie tabagique**

1. Quel est votre mode d'exercice?

- ☐ 1. Médecin généraliste libéral
- ☐ 2. Médecin hospitalier

2. Si vous êtes hospitalier, quelle est votre spécialité?

3. Quel est votre âge ?

(La réponse doit être comprise entre 25 et 70.)

4. Quel est votre sexe ?

- ☐ 1. Masculin
- ☐ 2. Féminin

5. En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

(La réponse doit être comprise entre 1945 et 1998.)

6. Avez-vous déjà fumé?

- ☐ 1. oui
- ☐ 2. non

7. Fumez-vous aujourd'hui?

- ☐ 1. oui
- ☐ 2. non

8. Durant combien d'années avez-vous fumé?

(La réponse doit être comprise entre 0 et 60.)

9. Combien de cigarettes fumiez-vous ou fumez-vous par jour?

- ☐ 1. Aucune
- ☐ 2. Moins de 5
- ☐ 3. de 5 à 10
- ☐ 4. de 10 à 15
- ☐ 5. de 15 à 20
- ☐ 6. plus de 20

10. Mentionnez-vous le tabagisme de vos patients sur leurs dossiers ?

- ☐ 1. oui
- ☐ 2. non

11. Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme actif?

- ☐ 1. oui
- ☐ 2. non

12. Face à une pathologie susceptible d'être induite par le tabac, recherchez-vous systématiquement le tabagisme passif?

- ☐ 1. oui
- ☐ 2. non

13. Face à la maladie tabagique patente, quelle est votre attitude?

- ☐ 1. Vous informez votre patient des risques
- ☐ 2. Vous faites des recommandations de modération
- ☐ 3. Vous faites des recommandations d'arrêt
- ☐ 4. Vous proposez une aide au sevrage

(Indiquez les réponses en cochant une ou plusieurs cases)

14. Si vos recommandations ne sont pas suivies par votre patient, que faites-vous?

- ☐ 1. Vous les reformulez
- ☐ 2. Vous attendez la survenue d'un nouvel événement
- ☐ 3. Vous renoncez à convaincre

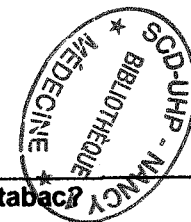
15. Vous sentez-vous efficace dans la prise en charge de la maladie tabagique?

- ☐ 1. Pas du tout
- ☐ 2. Très peu
- ☐ 3. Assez
- ☐ 4. Très

16. Etes-vous intéressé par une formation sur le tabac?

- ☐ 1. Aucun intérêt
- ☐ 2. Sur les conséquences du tabagisme sur la santé
- ☐ 3. Sur les thérapeutiques de la maladie

(Indiquez les réponses en cochant une ou plusieurs cases : 2 au maximum)



VU

NANCY, le 29 avril 2002
Le Président de Thèse

NANCY, le 15 mai 2002
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. PAILLE

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 21 mai 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur. Sa prise en charge médicale peut être améliorée. Une des possibilités pour y parvenir est de former les médecins à la tabacologie.

Une enquête a été réalisée au premier semestre 1998 dans le département des Vosges auprès de 261 médecins hospitaliers et généralistes libéraux. A partir de cette enquête, l'auteur étudie la relation entre le profil personnel, professionnel, le statut tabagique du médecin et ses attitudes vis à vis de la tabacologie en pratique quotidienne et pour sa formation continue.

Cette enquête a fait apparaître un désir de formation de la part des praticiens. Une action de formation médicale continue sur le thème de la tabacologie a été proposée aux médecins généralistes de ce département, organisée par l'Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire. Le déroulement de cette action, les méthodes pédagogiques utilisées sont exposées.

TITRE EN ANGLAIS

Doctors and tobacco : tobacco addiction and treatment

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2002

MOTS CLEFS

Tabagisme – Médecin – Formation continue – Questionnaire

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
