



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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Katya ZEKRI

le 11 Octobre 2011 à Nancy

Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque :

Résultats des deux tours d'un audit
réalisé par 22 médecins généralistes lorrains.

Examineurs de la thèse :

M. François PAILLE	Professeur	Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	Juge
M. Bruno CHENUÉL	Professeur	Juge
M. Jacques BIRGE	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE -
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – 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 ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

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

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSAINT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JULLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

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

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

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

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

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

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

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

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEIN

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

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)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (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)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique (Option Clinique)

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Pour votre disponibilité, vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail,

Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Bruno CHENUEL

Professeur de Physiologie

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Jacques BIRGE

Docteur en médecine

Vous nous avez fait l'immense honneur de diriger ce travail et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.

Vous êtes à l'origine de ce travail.

Par votre soutien et votre disponibilité, vous avez su nous accompagner, mois après mois, dans l'élaboration et la rédaction de cette thèse.

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants de nous avoir enseigné votre savoir médical et votre esprit d'analyse.

Avec nos sentiments les plus respectueux.

À ma famille

À mes parents,

Vous avez su m'apporter tout le soutien et l'amour inestimable dont j'avais besoin pour mener à bien les projets qui me sont les plus chers. Ma réussite est aussi la vôtre.

À mon bébé,

Que je sens grandir en moi et pour qui j'ai déjà tant d'amour. Je t'attends avec impatience ma petite fille, et je m'en veux déjà de tous le stress que je te communique.

À mes sœurs et mon frère,

Vous savez m'écouter et m'apporter votre soutien.

À Laurent et à ma belle-famille,

Je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté.

À mes grands-parents et ma grande famille,

J'espère vous faire honneur.

À mes amis

À Emilia, Antoine, Brice, Vanessa, Sandrine, Géraldine

Merci de m'avoir accueilli parmi vous, de m'avoir soutenu et d'avoir créé une amitié inoubliable.

À Léonie, Laurette, Guillaume, Aurélie, Audrey...

À tous ceux que j'oublie...

La chaleureuse équipe du SIUMPPS de Nancy, celle de gynécologie de Saint –Dié ou encore celle des urgences de Lunéville....

Au GLAM et à Mme Camerlengo.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"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 matières

I.	Liste des abréviations.....	18
II.	Introduction	19
III.	Généralités.....	21
A.	Le tabagisme chez le patient à haut risque	21
1.	Rappel des risques liés au tabagisme dans la population générale.....	21
a.	Prévalence du tabagisme dans la population générale.....	21
b.	Morbi-mortalité du tabagisme	25
2.	Tabagisme passif	27
3.	Définition du patient à haut risque	28
a.	Tabac et maladie cardio-vasculaire	28
b.	Tabac et grossesse	31
c.	Tabac et contraception œstroprogestative	35
d.	Tabac et maladies respiratoires.....	37
e.	Tabac et cancers.....	40
B.	Le rôle du médecin généraliste.....	41
1.	Bénéfice de l'arrêt de la consommation de tabac	41
a.	Généralités	41
b.	Tabac et gynécologie-obstétrique.....	43
c.	Tabac et BPCO	44
d.	Tabac et pathologies cardiovasculaires	44
e.	Tabac et cancers.....	46
2.	Les étapes de l'arrêt : des prémisses à la concrétisation.....	47
a.	L'approche motivationnelle : le cycle de Prochaska	47
b.	Le conseil minimal [58].....	49
c.	L'entretien motivationnel [69, 70].....	50
d.	Aides à l'arrêt du tabac	51
3.	Patients fumeurs et médecins généralistes fumeurs : « des occasions manquées » ..	57
4.	Moyens de lutte contre le tabagisme	61
a.	Les politiques de lutte sur le plan national	61
b.	Les politiques de lutte sur le plan international.....	63
c.	Moyens de lutte en Lorraine.....	64
C.	Évaluation des pratiques professionnelles.....	66

1. Objectifs des évaluations des pratiques professionnelles	66
2. Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » et évolution vers le Développement Professionnel Continu	67
3. Audit médical	68
a. Définition.....	68
b. Méthodologie.....	68
c. Obstacles à son usage en médecine générale.....	69
4. Le G.L.A.M.	70
a. Historique	70
b. Fonctionnement	70
c. Objectifs : « S'évaluer pour évoluer ».....	71
d. La charte du GLAM	71
e. Élaboration des audits du GLAM (annexe III)	71
5. OGC-DPC.....	72
IV. Matériel et méthode de l'audit	74
A. Objectifs de l'audit	74
B. Méthodes	74
1. Guide méthodologique du GLAM.....	74
2. Choix du thème.....	75
3. Choix de la cible de l'audit.....	75
4. Méthode d'envoi des audits et financement	76
5. Argumentaire scientifique et validation universitaire	76
C. Matériel : grille d'audit, argumentaire et lettre d'invitation	77
1. Critères d'inclusions	77
2. Critères d'exclusions	78
3. Mode d'inclusion.....	78
4. Critères évalués.....	79
5. Durée de recueil et/ou nombre de patients à inclure	80
6. Réalisation du test de faisabilité	80
D. Définition des objectifs (en vue du 2 ^e tour).....	80
E. Recueil des grilles et relances éventuelles	81
F. Exploitation du 1 ^{er} tour.....	81
G. Présentation des résultats, recommandations et annonce du second tour (annexes VIII, IX, X).....	82

H.	Exploitation du 2 ^e tour	83
V.	Résultats	84
A.	Premier tour	84
1.	Nombre de médecins participants et de patients inclus	84
2.	Analyse de la population incluse	85
a.	Âge/Sexe.....	85
b.	Tabagisme actif/sevré	85
c.	Facteurs de risque des patients	86
3.	Analyse des résultats par médecin.....	87
a.	Répartition des fumeurs actifs parmi les patients inclus par les médecins.....	87
b.	Évaluation de la motivation au sevrage	88
c.	Proposition de sevrage.....	89
d.	Tentative de sevrage	89
e.	Synthèse des critères.....	90
B.	Second tour	91
1.	Nombre de médecins participant et de patients inclus	91
2.	Analyse de la population incluse	92
a.	Âge/Sexe.....	92
b.	Tabagisme actif/sevré	92
c.	Facteurs de risque des patients	93
3.	Analyse des résultats par médecin.....	94
a.	Répartition des fumeurs actifs parmi les patients inclus par les médecins.....	94
b.	Évaluation de la motivation au sevrage	95
c.	Proposition de sevrage.....	96
d.	Tentative de sevrage	96
e.	Synthèse des critères.....	97
VI.	Discussion	98
A.	Limites de l'audit.....	98
1.	Taux de participation	98
a.	Notre audit	98
b.	Les audits précédents.....	100
2.	Caractéristiques de l'audit : grilles, critères, objectifs.....	101
a.	Grilles et critères.....	101

b.	Objectifs.....	102
3.	Patients recrutés.....	103
B.	Analyse des résultats de l’audit	104
1.	Tabagisme actif/Tabagisme sevré	104
2.	Évaluation de la motivation au sevrage.....	104
3.	Proposition de sevrage.....	105
4.	Tentative de sevrage	105
5.	Analyse de la population	105
6.	Récapitulatif des résultats des deux tours.....	106
C.	Pistes d’amélioration proposées et efficacité des mesures	106
D.	... Rien n’est impossible.....	107
VII.	Conclusion.....	109
VIII.	Bibliographies.....	110
IX.	Annexes.....	117
A.	Annexe I : Loi VEIL.....	117
B.	Annexe II : Loi EVIN	119
C.	Annexe III : Guide méthodologique du GLAM	121
D.	Annexe IV : Lettre d’invitation commune aux trois audits 1 ^{er} tour.....	122
E.	Annexe V : Lettre d’invitation 1 ^{er} tour	123
F.	Annexe VI : Argumentaire.....	124
G.	Annexe VII : Grille d’audit 1 ^{er} tour	126
H.	Annexe VIII : Trame des résultats du 1 ^{er} tour envoyé aux participants	127
I.	Annexe IX : Lettre d’invitation 2 ^e tour	128
J.	Annexe X : Grille d’audit 2 ^e tour.....	130
K.	Annexe XI : Test de Fagerström	131
L.	Annexe XII : Échelle HAD	132

I. LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD :	Affection Longue Durée
AMPPU :	Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé
ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
AOMI :	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
BEH :	Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
BMJ :	British Medical Journal
BPCO :	Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives
COP :	Contraception OestroProgestative
CREDES :	Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
DPC :	Développement Professionnel Continu
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EPP :	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FMC :	Formation Médicale Continue
GLAM:	Groupe Lorrain d'Audit Médical
HAS :	Haute Autorité de Santé
INED :	Institut National d'Études Démographiques
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
JORF :	Journal Officiel de la République Française
LorForMEP :	Fédération Lorraine des Associations de FMC et d'EPP
MILDT :	Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
INPES :	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes
OGC :	Organisme Gestionnaire Conventionnel
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORSAS :	Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales
RCIU :	Retard de Croissance Intra-Utérin
SPLF :	Société de Pneumologie de Langue Française

II. INTRODUCTION

La consommation de tabac est la source de nombreuses pathologies (maladies cardiovasculaires, cancers, pathologies respiratoires) et compte parmi les principales causes de morbi-mortalité. Chaque année en France, le tabac tue environ 66 000 individus, dont les deux tiers sont des hommes. Il est la première cause de mortalité évitable. Outre son rôle bien connu dans la cancérogénèse, de nombreux décès lui sont également attribués par le biais des maladies cardiovasculaires et respiratoires dont il est le facteur de risque principal. Néanmoins, le caractère volontaire de l'intoxication joue en faveur du médecin qui trouve alors sa place dans la lutte contre le tabagisme.

Il est important de connaître les bénéfices de l'arrêt du tabagisme pour mieux en informer nos patients fumeurs et motiver l'arrêt. Cet arrêt, même succédant l'émergence de la pathologie liée au tabac, permet d'améliorer non seulement son état de santé, mais également sa qualité de vie et sa survie.

Même si les risques et méfaits du tabac sont bien connus, chaque jour voit naître son lot de nouveaux fumeurs, entrant dans cette dépendance dont il est toujours difficile de s'acquitter. Et lorsque la maladie émerge, le fatalisme prend le dessus avec les célèbres répliques qui n'échappent à aucun médecin : « Maintenant que je suis malade, il est trop tard pour arrêter de fumer. Et puis, c'est tout ce qu'il me reste ».

Quelque soit le type d'affection, qu'elle soit induite ou aggravée par le tabagisme, les bénéfices du sevrage sont majeurs dans tous les domaines. Mis en évidence dans de nombreuses études, ils sont réels et devraient stimuler le patient et son médecin à œuvrer dans ce sens.

Véritable problème de santé publique, les coûts estimés imputables au tabagisme en France atteignent 12 milliards d'euros [1] incitant les pouvoirs publics à mener une lutte de plus en plus active. Les lois Veil puis Evin ont permis des avancées notoires mais insuffisantes amenant le gouvernement à renforcer l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif par le décret du 15 novembre 2006. Celui-ci a été mis en place en deux temps, d'abord appliqué dans les entreprises les administrations, les établissements scolaires, les établissements de santé depuis le 1^{er} février 2007, puis élargi aux lieux dits « de convivialité »

(cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos) depuis le 1er janvier 2008, marquant ainsi une nouvelle étape, déterminante, dans la lutte contre le tabagisme en France [2].

Le rôle du médecin généraliste, acteur de soins primaires, apparaît donc incontestable. Il est en première ligne dans la lutte contre le tabac et dispose d'atouts exclusifs : il connaît son patient, son statut social et économique, son état psychique, ses autres dépendances dont il pourrait pâtir, ses problèmes familiaux, mais avant tout, il le rencontre régulièrement : 70% des 20 millions de fumeurs consultent un médecin généraliste au moins une fois par an [3] ; peu d'entre eux expriment spontanément une demande d'aide au sevrage [3]. Celui-ci a donc l'opportunité d'intervenir plus souvent que les autres acteurs de soins et de répéter les messages en vue de l'arrêt du tabac [3].

Les médecins généralistes sont régulièrement amenés à prendre en charge les patients dont le tabagisme est particulièrement délétère pour leur santé et se doivent, plus encore, de les conseiller et de les accompagner lors du sevrage. Mais qu'en est-il réellement? À l'instar du fumeur ayant déjà fait les frais de son addiction, le médecin généraliste se cache-t-il derrière un même fatalisme déraisonné ? Baisse-t-il également les bras ?

La diminution des risques de survenue de nouvelles morbidités et l'amélioration de la qualité de vie, induites par l'arrêt du tabac, doivent nous inciter à combattre ce fléau même s'il existe déjà une pathologie.

En Lorraine, existe-t-il une prise en charge de ces patients à haut risque ? La motivation de sevrage a-t-elle été évaluée ? Un sevrage a-t-il été proposé ? Tenté ?

Dans une première partie, nous présenterons des rappels des risques liés au tabagisme et nous définirons la notion de « patients à haut risque » que nous avons utilisée pour la réalisation de cet audit. Puis nous traiterons du rôle du médecin généraliste, des bénéfices du sevrage chez ces patients à haut risque, des moyens de lutte mis en place à l'échelle nationale et ceux dont dispose le médecin généraliste au cabinet. Nous nous intéresserons ensuite à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et, au promoteur de cet audit, le Groupe Lorrain d'Audit Médical. Nous détaillerons ensuite la méthode et les moyens utilisés pour la réalisation de cet audit, ce qui nous conduira aux résultats des pratiques des médecins généralistes, vis-à-vis du tabagisme, face à ces patients à haut risque. Enfin, nous analyserons les données exploitables de cet audit et en discuterons les pistes d'amélioration.

III. GENERALITES

A. Le tabagisme chez le patient à haut risque

1. Rappel des risques liés au tabagisme dans la population générale

a. Prévalence du tabagisme dans la population générale

Avant de débiter, quelques définitions, utilisées pour les baromètres santé de l'INPES [4], semblent importantes à rappeler :

- Le fumeur occasionnel est la personne qui déclare fumer moins d'une cigarette par jour.
- Un fumeur régulier est une personne qui déclare fumer au moins une cigarette par jour.

Une autre source étant celle de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanes (OFDT) [5]. Les principaux chiffres des baromètres santé de l'INPES y sont repris, néanmoins, d'autres définitions y figurent permettant de distinguer le nombre de consommateurs de tabac en France métropolitaine parmi les 12-75 ans :

- Les expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie (estimés à 34.8 millions).
- Les actuels : au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours (estimés à 14.9 millions).
- Les réguliers : usage quotidien (estimés à 11.8 millions).

L'enquête récemment réalisée pour le baromètre santé 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), montre une augmentation récente du tabagisme en France [4].

Il s'agit d'un sondage réalisé auprès de 27 658 personnes âgées de 15 à 85 ans. Les données ont été recueillies par téléphone, grâce au système de Collecte Assistée par Téléphone et Informatique (CATI) et ont ensuite pu être comparées à celles recueillies pour le baromètre santé 2005.

Au total, environ un tiers des 15-85 ans se déclarent fumeurs, 26,9 % de fumeurs quotidiens et 4,7 % de fumeurs occasionnels. Même si la prévalence est toujours plus forte dans la population masculine avec 35,5 % de consommateurs, celle des femmes se rapproche

avec 27,9 %. La consommation quotidienne concerne 30,3 % des hommes et 23,8 % des femmes. La plus forte prévalence est observée chez les 26-34 ans avec 46,7% de fumeurs chez les hommes et 35% chez les femmes (figure 1). Globalement, la prévalence du tabagisme reste plus faible chez les femmes que chez les hommes.

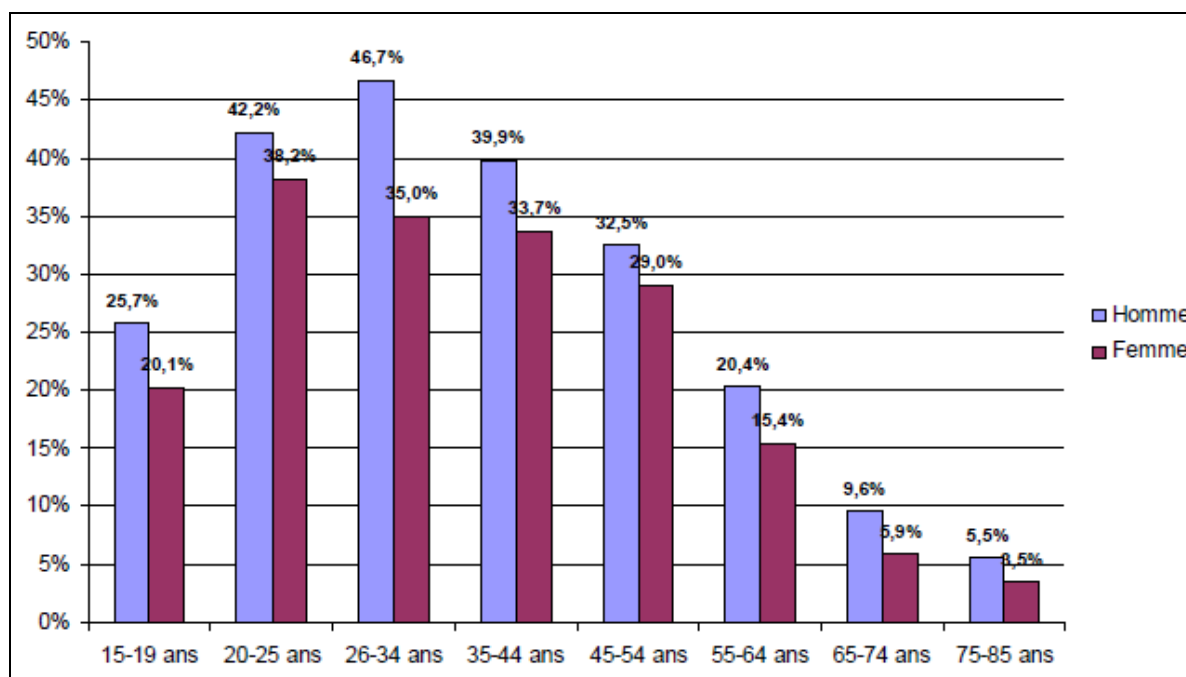


Figure 1: Proportion de fumeurs quotidien de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe. Source : Baromètre Santé 2010, INPES.

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976 et la loi Evin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des succès importants, en terme de consommation (la figure 2 illustre le cas, jusqu'en 2009, de la relation hausse des prix, régression de la consommation), ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux publics (février 2007 et janvier 2008). Avec bien d'autres mesures mises en place par ailleurs, le baromètre santé 2005 mettait plutôt en évidence un recul du tabagisme, malheureusement, le baromètre 2010 ne va pas en ce sens et fait évoquer un essoufflement.

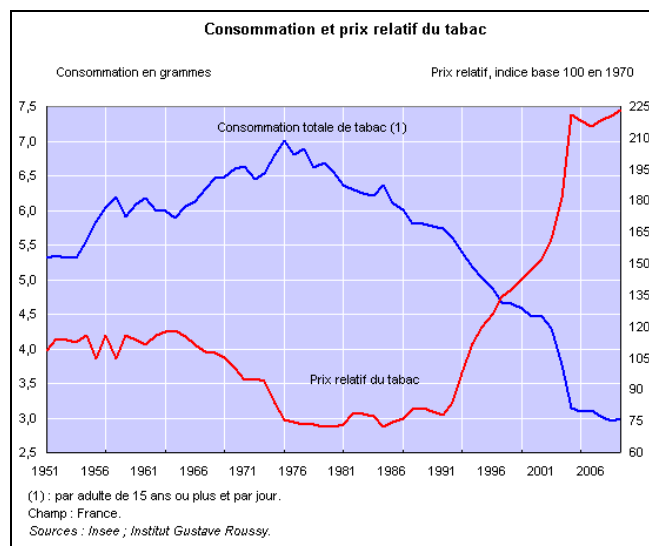


Figure 2: Évolution de la consommation et du prix relatif du tabac [98].

Les chiffres du tabagisme en France dans la dernière décennie, tirés des résultats des baromètres santé 2000, 2005 (exploitée dans le BEH du 25 mai 2010 [6]) et 2010, sont illustrés par l'histogramme ci-dessous (figure 3) et confirment cette dynamique.

Nous pouvons noter la reprise significative de la consommation de tabac (personnes qui déclarent fumer, ne serait ce que de temps en temps) entre 2005 et 2010 alors qu'elle marquait une tendance à la baisse jusqu'à cette année, elle passe de 31.8% à 33.6% chez les 15-75 ans. Cette augmentation significative est uniquement la résultante de la majoration du nombre de fumeurs quotidiens qui passe de 26.1% à 28.7%, soit une augmentation de deux points entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme occasionnel restant stable, autour de 5 %, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

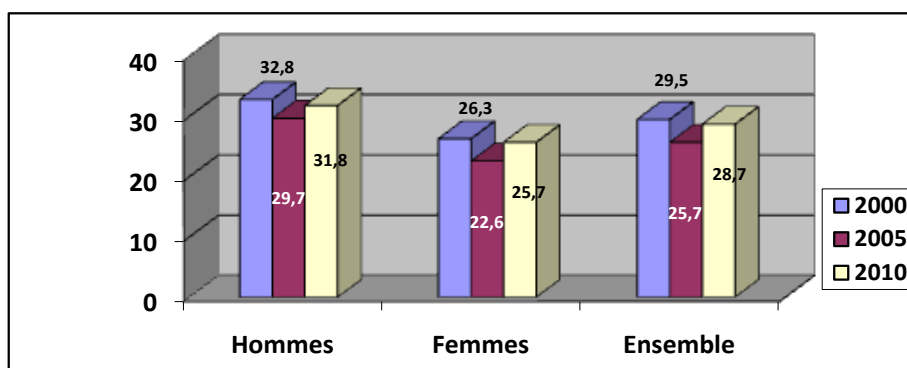


Figure 3: Évolution du tabagisme quotidien des 15-75 ans (en %) selon les enquêtes quinquennales du Baromètre Santé. Source : Baromètres Santé, Inpes.

Après ce bref aperçu de l'évolution du tabagisme sur le territoire national, nous allons aborder, à présent ce sujet, sur le plan régional.

Les derniers chiffres à notre disposition en ce qui concerne la prévalence du tabagisme en Lorraine sont issus des données de l'observatoire régional de la santé et des affaires sociales (ORSAS) de Lorraine [7].

Selon le baromètre santé établi en 2005 sur un échantillon lorrain, un quart des personnes âgées de 18 à 75 ans se déclarent fumeurs quotidiens (au moins une cigarette par jour). Les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes (29% versus 25%). La proportion d'adultes fumeurs quotidiens est à son maximum à 18-24 ans et diminue fortement avec l'âge, en particulier après 35 ans (figure 4). Il existait alors une diminution de la prévalence de ce type de consommation pour la même catégorie d'âge par rapport à 2001 où elle était alors de 30.5%.

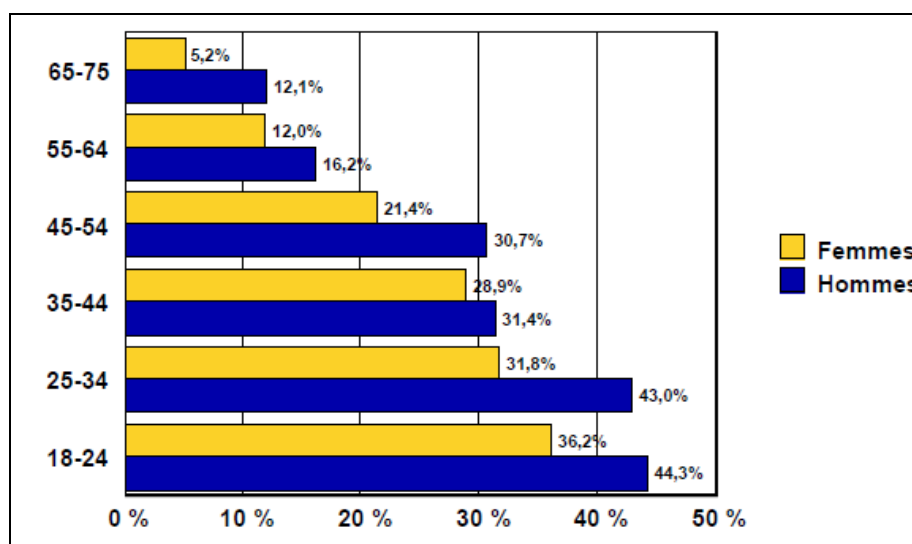


Figure 4: Proportion de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans en Lorraine, en 2005. Source : Baromètre Santé 2005, exploitation ORSAS Lorraine 2007 [7].

Tandis que les chiffres du baromètre santé ne mettent pas en évidence une surconsommation en Lorraine, une enquête de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et de la FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé), menée en 2001 (figure 5), place la Lorraine dans le « trio de tête » des régions où la prévalence de fumeurs réguliers (fumant tous les jours ou presque) est la plus importante parmi la clientèle des médecins généralistes.

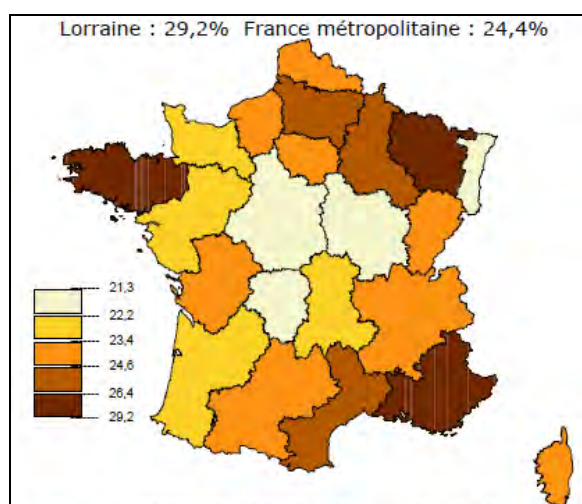


Figure 5: Proportion de fumeurs réguliers parmi les patients des médecins généralistes en octobre 2001.
Source : DREES, FNORS (Enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins) ; exploitation ORSAS Lorraine 2007 [7].

La Lorraine semble être une région particulièrement touchée par ce fléau qu'est le tabac, et est probablement peu épargnée par la recrudescence de ces dernières années.

b. Morbi-mortalité du tabagisme

Le tabagisme constitue la première cause de cancer et la première cause de mortalité évitable. Selon les estimations qui remontent aux années 1999, le tabac tue chaque année en France 66400 personnes dont 59 000 décès chez les hommes et 7400 chez les femmes (tableau 1) [8].

Nombre des décès attribuables au tabac, par sexe, pour les principales maladies liées au tabac, France, 1999		
Maladie	Nombre de décès attribuables au tabac	
	Hommes	Femmes
Cancer	32 000	2 500
Poumon	19 000	1 900
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	5 900	300
Autre	6 700	300
Cardio-vasculaire	10 500	1 400
Appareil respiratoire	8 300	2 200
Autres maladies	8 300	1 300
Toutes maladies	59 000	7 400

Tableau 1: Nombre de décès attribuables au tabac, par sexe, en France en 1999. Source Hill et Laplanche, 2003.

La mortalité attribuée se répartit approximativement en 52 % de cancers (répartis de la manière suivante : 85 % des cancers bronchiques, entre 54 à 87 % des cancers des VADS selon la localisation, 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas sont attribuables au tabac [9]), 18 % de maladies cardiovasculaires, 16 % de maladies respiratoires et 14 % pour les autres causes (obstétrique, accidentelle,...). L'écrasante majorité masculine de la mortalité (sex ratio 9/1), observée il y a dix ans, a tendance à disparaître. Ainsi, la mortalité par cancer du poumon chez les personnes âgées entre 35 et 44 ans a été multipliée par quatre chez la femme entre 1984 et 1999 et divisée par deux chez les hommes en dix ans.

Dans la mortalité générale, le tabac est donc responsable de plus d'un décès sur 9 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 sur 35 chez les femmes).

Le tabagisme est responsable de mortalité prématurée : la moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 35 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur [8].

Par ailleurs, le tabagisme est responsable de l'aggravation de nombreuses maladies chroniques, ce qui explique la position de la Haute Autorité de santé (HAS) qui a placé l'arrêt du tabac comme un traitement à part entière des malades atteints d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète de type 1 et de type 2, d'insuffisance cardiaque, de maladie coronarienne, d'hypertension artérielle, de broncho-pneumopathie chronique obstructive, de cancers des voies aériennes supérieures... (et bien d'autres pathologies comme les hépatites B et C, la cirrhose hépatique, la recto-colite ulcéro-hémorragique, l'insuffisance rénale, les pathologies liées au VIH/sida, les troubles du rythme...) [10].

D'autre part, chez la femme enceinte, le tabagisme actif, mais aussi passif, reste hautement toxique pour la mère et pour l'enfant. La très grande affinité du monoxyde de carbone pour l'hémoglobine fœtale, en compétition avec l'oxygène, explique en grande partie le retard de croissance *in utero*, le petit poids de naissance, le doublement du risque de mortalité, jusque dans la première année de vie, ainsi qu'une fragilité respiratoire de l'enfant.

Ces complications obstétricales ne sont pas exclusives au tabac mais se retrouve également lors de la consommation d'alcool pendant la grossesse, amenant à des règles de prévention similaires. La consommation de ces deux poisons doit être proscrite pendant la grossesse [11], justifiant de l'utilisation de pictogrammes et de messages sur les emballages des produits commercialisés, illustrés sur la figure 6.



Figure 6: Zéro alcool – Zéro tabac pendant la grossesse [11].

2. *Tabagisme passif*

Tout comme dans sa version active, le tabagisme passif est responsable d'environ 3000 décès annuels [12], pour lesquels les maladies cardiovasculaires représentent plus des deux tiers de la surmortalité.

Les effets nocifs du tabac sont clairement établis à tout âge de la vie, chez l'enfant (aggravation de l'asthme, augmentation des otites, et augmentation du risque de mort subite du nourrisson), chez la femme enceinte (risque pour le fœtus avec retard de croissance intra-utérin et petits poids de naissance, mais aussi une forte suspicion de survenue de cancer chez l'enfant [79]), et chez l'adulte chez qui les effets nocifs sont plus graves et plus fréquents. [12]

En effet, le tabagisme passif expose à une majoration du risque de cancer du poumon de 26%, par rapport à une personne non exposée, un risque de cancer des sinus et de la face multiplié par 2 à 6 selon les études. [12]

L'excès de risque de maladie coronaire (angor et IDM) est de 25% par rapport à une personne non exposée, avec une relation dose-effet prouvée (le risque disparaît à l'arrêt de l'exposition). Le taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde a d'ailleurs chuté brutalement dans les pays où l'interdiction du tabagisme dans les lieux fermés a été mise en œuvre sans dispositif intermédiaire préalable d'interdiction (Etats-Unis, Italie, Ecosse, Irlande) [13]. Ce phénomène n'a pas été observé en France probablement en raison d'un niveau moindre d'exposition au tabagisme passif de la population française avec l'application de la loi Evin en vigueur depuis une quinzaine d'années [14].

Chez les patients asthmatiques, il est clairement établi que l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitements et d'hospitalisations.

Le tabagisme passif est partout et concerne tout le monde. Les fumeurs détériorent leur santé, mais font encourir à leur entourage des excès de risque non négligeables et majorés sur un terrain fragile. Même si les mesures publiques aident à sensibiliser la population à ce phénomène, seul l'arrêt du tabac peut concrètement endiguer l'intoxication non désirée.

Après ce bref rappel des morbi-mortalités imputables au tabagisme qu'il soit actif mais également passif, nous allons définir la notion de « patient à haut risque », terme que nous utiliserons par la suite comme fil conducteur de notre audit.

3. Définition du patient à haut risque

Le patient à « haut risque » est un patient présentant une pathologie induite ou aggravée par le tabagisme (qu'il soit actif ou passif).

Nous rappellerons donc dans ce chapitre les principales pathologies induites par le tabagisme ainsi que les risques encourus à la poursuite de cette intoxication.

a. Tabac et maladie cardio-vasculaire

Avant de dresser l'état des lieux, nous rappellerons, en quelques mots, par quels mécanismes les composants du tabac sont les plus grands pourvoyeurs de maladie cardio-vasculaire en favorisant les complications de l'athérosclérose :

- Les produits carcinogènes accélèrent le développement des lésions athéromateuses ;
- Le monoxyde de carbone favorise l'athérogénèse par hypoxie de l'intima des artères et accumulation du LDLc dans l'intima ;
- La fumée du tabac a un effet toxique direct sur l'endothélium artériel entraînant des anomalies de la vasomotricité endothélium-dépendante avec augmentation des radicaux libres de l'oxygène par inactivation du NO et oxydation des LDL.
- Le tabac est un puissant facteur thrombogène favorisant l'activation plaquettaire laquelle libère du thromboxane A₂, favorisant l'élévation du fibrinogène et la diminution du plasminogène.

- La nicotine favorise la libération des catécholamines, ce qui majore la fréquence cardiaque, la pression artérielle donc les besoins myocardiques en oxygène. Le seuil de fibrillation ventriculaire est également diminué sous l'effet du tabac.
- Enfin le tabagisme est associé à une baisse du HDL-Cholestérol (cardio-protecteur).

Maintenant que les présentations sont faites, attardons nous sur les chiffres. Sur les 66 400 décès attribuables au tabac chaque année en France, 18 % décèdent de pathologies cardiovasculaires (soit 11 900 décès par maladies cardiovasculaires attribuables au tabac). (Tableau 2).

Considéré comme un facteur de risque cardiovasculaire majeur, le tabagisme est impliqué, entre autres, dans la survenue des maladies coronariennes, des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (AOMI) et des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'étude INTERHEART [15] (étude cas-témoin regroupant 30 000 sujets à travers 52 pays ayant isolé 9 facteurs de risque responsable de 90% des infarctus du myocarde) a montré que le tabagisme est responsable de 36% des infarctus du myocarde. Ce risque d'infarctus est proportionnel au nombre de cigarettes fumées et existe même pour une consommation inférieure à 5 cigarettes par jour. Le risque est identique quel que soit le type de tabac (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé, tabac à mâcher...). Cette relation tabagisme/augmentation du risque d'infarctus du myocarde est plus importante chez les jeunes. En effet, 80% des victimes d'infarctus avant 45 ans sont des fumeurs, et chez ces jeunes, le tabac est souvent le seul facteur de risque essentiel isolé. Entre 30 et 49 ans, le risque d'IDM chez le fumeur est multiplié par cinq [16]. Le tabagisme passif a aussi un rôle à jouer, puisqu'une exposition passive de 1 à 7h par semaine à la fumée de tabac majorerait ce risque de 25% et de 60% pour les sujets exposés plus de 21h par semaine [15].

À l'inverse, l'arrêt du tabac se révèle très efficace en prévention secondaire, puisque le risque cardiovasculaire diminue de 50 % après un an de sevrage et redevient égal à celui de la population générale après 15 ans [16].

Le tabagisme joue également un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Dans l'étude de Framingham, les fumeurs développaient deux à trois fois plus souvent des symptômes d'AOMI que les non-

fumeurs [17]. Par ailleurs, 90% des sujets souffrant d'une AOMI sont fumeurs [18]. Malheureusement, après l'apparition des symptômes, le pronostic des patients qui continuent de fumer est plus sévère.

Après un geste chirurgical de revascularisation, la perméabilité des pontages est diminuée en cas de poursuite de l'intoxication par le tabac. Une méta-analyse a tenté de connaître l'effet de l'arrêt du tabac chez des patients ayant eu un pontage pour AOMI à un stade avancé. Il apparaît qu'une re-sténose est notée chez 47% des fumeurs versus 29% des non-fumeurs et ex-fumeurs. Dans les essais comparatifs et études de cohorte, le risque de re-sténoser est 3 fois plus important chez les opérés qui ont continué de fumer que chez ceux qui n'ont pas ou plus fumé [19].

Comme nous venons de le voir, le tabac joue un rôle majeur dans les maladies vasculaires athéromateuses comme les coronaropathies (avec un risque relatif multiplié par trois pour les grands fumeurs par rapport aux non-fumeurs) et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (avec un risque relatif multiplié par un facteur de cinq selon les études).

Il est également identifié comme facteur de risque, de moindre importance, d'infarctus cérébral, et surtout ceux d'origine athéromateuse, le risque relatif étant multiplié par deux. Un quart des patients admis pour accident vasculaire cérébral sont fumeurs et le tabagisme actif est trouvé chez 38 à 50% de ceux de moins de 45 ans. Même si le rôle du tabagisme dans la survenue des accidents vasculaires cérébraux est moindre que celui de l'hypertension artérielle, il ne doit pas être sous-estimé.

Les méfaits du tabagisme sont réels et pourtant seuls 20 à 40% des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral cessent de fumer [20].

Au vu des connaissances de l'impact du tabagisme sur la santé cardiovasculaire de nos patients, nous serions enclins à penser qu'il existe en réponse une prise en charge adaptée... Et pourtant, ...

Les trois enquêtes européennes menées dans le cadre de l'étude EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) en 1995-1996, 1999-2000, et enfin 2006-2007 dans plusieurs pays d'Europe (22 pays pour la dernière enquête) et dont la France fait partie, sont centrées sur la qualité de la prise en charge des facteurs de risque modifiables. Celles-ci nous révèlent des résultats bien décevants.

En effet, six mois après un infarctus, un syndrome coronarien aigu, un pontage ou une angioplastie, la prévalence du tabagisme reste stable à 25 % en France. La prise en charge

médicamenteuse s'est améliorée depuis dix ans, mais la prise en charge comportementale est trop souvent négligée. La consommation de médicaments s'accroît alors que le tabac ne régresse pas et que le diabète et l'obésité progressent de façon dramatique. Ces études confirment une insuffisance de prévention cardio-vasculaire secondaire [21].

Le GLAM s'était d'ailleurs intéressé au sujet en lançant en 2002 l'audit « Insuffisance coronaire stable : prise en charge ». Les résultats des médecins Lorrains avaient été plutôt encourageants avec notamment un tabagisme chez seulement 12% des coronariens inclus et des résultats obtenus proches de ceux fixés. [22]

De plus, les patients qui continuent à fumer alors qu'ils présentent une maladie cardiaque coronarienne ou après intervention de pontage coronarien, dans les suites d'un événement coronarien aigu, présentent un risque nettement augmenté de survenue d'un nouvel IDM mortel, de mort subite cardiaque ou de devoir subir une ré-intervention de pontage coronarien [23].

Nous devons lutter contre cette insuffisance de prévention en insistant davantage auprès des professionnels de santé, pour réduire, à travers des mesures simples, les morbimortalités liées au tabagisme. La possibilité d'un arrêt est notre atout pour lutter et informer au mieux nos patients sur les risques qu'ils encourent, avant et après l'apparition de la maladie, les bénéfices du sevrage et l'amélioration de leur qualité de vie.

b. Tabac et grossesse

En France, on estime que 37% des femmes sont fumeuses avant leur grossesse, et que 19,5% des femmes enceintes continuent à fumer pendant une partie ou la totalité de leur grossesse [24].

La HAS, dans ses différentes recommandations, « Comment mieux informer les femmes enceintes » en 2005 et « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées » en 2007, précise que, lorsque la grossesse se déroule normalement (ce qui est le cas le plus fréquent), le suivi régulier peut être assuré par un médecin généraliste ou une sage-femme. Elle insiste également sur le fait que la précocité de l'information délivrée a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir [25] [26].

La grossesse normale n'étant pas une pathologie, le choix de l'intervenant est laissé à la patiente. Elle pourra donc être amenée à rencontrer différents professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes.

Selon l'Enquête Périnatale de 2003 menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 24,3% des déclarations de grossesse ont été effectuées par un médecin généraliste. Dans le cadre de la surveillance de la grossesse, les femmes ont consulté un généraliste dans 15,4% des cas (le reste correspondant aux gynécologues, gynéco-obstétriciens et sages femmes) [27].

Les informations sur les nombreux effets néfastes du tabagisme au cours de la grossesse doivent être délivrées systématiquement et par tous les professionnels de santé concernés.

Ce ne sont pas les occasions qui manquent pour repérer ces femmes fumeuses, les sensibiliser et les inciter au sevrage (lors d'un projet de grossesse, d'une déclaration de grossesse ou de pathologies intercurrentes...). Toutes ces occasions sont des moments propices pour donner des informations ou des conseils, et aider à faire mûrir une motivation sous-jacente ...

Retentissement de la consommation de tabac sur la grossesse

La majorité des études montrent une relation dose-effet pour toutes les complications gravidiques ainsi qu'une réversibilité partielle ou totale à l'arrêt de l'intoxication tabagique.

Le tabagisme maternel et paternel augmente la durée et le délai à la conception, et ce d'autant plus que le tabagisme est important et que les parents sont âgés. Le tabac diminue la réserve ovarienne en ovocytes, et a un effet anti-oestrogénique. En ce qui concerne la fertilité masculine, l'étude de Künzel (2003) confirme qu'une exposition anténatal au tabagisme peut entraîner une baisse d'environ 21% de la concentration de spermatozoïdes, de 1.5 mL du volume testiculaire et une hypofécondité de près de 30%. En Procréation Médicalement Assistée, le tabagisme diminue de plus de 40% les chances de réussite. [28]

Le tabagisme augmente le risque de grossesse extra-utérine (GEU), avec une imputabilité estimée à 35%. L'altération de la fonction tubaire (par action de la nicotine sur la motricité tubaire et sur l'activité ciliaire de la muqueuse), et de la captation de l'ovule (altération de l'adhésion de l'ovocyte au pavillon tubaire), sont à l'origine de ces nidations ectopiques [24]. En effet, une synthèse récente [29] nous permet de faire le point sur cette relation entre le tabac et l'augmentation du risque de GEU et cite deux méta-analyses : celle de Castles et al. [30] et celle de Boyer. Il apparaît que le risque de GEU est multiplié par un

facteur d'environ 1,5 pour les fumeuses de 1 à 9 cigarettes par jour, par 2 pour 10 à 19 cigarettes par jour et par 3 au-delà [29].

Par ailleurs, concernant le taux de fausses couches (avortements spontanés), le risque est presque multiplié par deux en cas de tabagisme [29].

En ce qui concerne les métrorragies du 3^e trimestre, le tabagisme induit un risque presque doublé d'Hématome Rétro Placentaire (25% des HRP seraient liés au tabagisme) et de placenta bas inséré [24] [29]. Le tabagisme est associé à l'augmentation de la fragilité capillaire et la vasoconstriction des artères pouvant entraîner un vasospasme et par la suite une rupture artérielle. Il en découle un décollement prématuré du placenta normalement inséré (par constitution d'un hématome entre l'utérus et le placenta), il existe alors une diminution de la surface des échanges fœto-maternels et, par conséquent, une souffrance fœtale par hypoxie aigue pouvant aller jusqu'à la mort du fœtus.

Le tabagisme de la femme enceinte est un facteur de risque de petite (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) comme de grande prématurité (< 33 SA), indépendamment des autres facteurs de risque de prématurité. Cette prématurité est en grande partie induite par la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux (HRP, placenta bas inséré hémorragique ou rupture prématurée des membranes).

Un arrêt du tabac avant la conception ou au cours du 1^{er} trimestre diminue le risque pour la grossesse en cours et les grossesses ultérieures.

Retentissement du tabac sur le fœtus et le nouveau-né

Le tabagisme maternel retentit sur le bien-être fœtal global pendant la grossesse car il entraîne une hypoxie fœtale chronique du fait de la diffusion transplacentaire du monoxyde de carbone et de nicotine. La présence de carboxyhémoglobine réduit la capacité de transport de l'oxygène. La nicotine entraîne une vasoconstriction qui réduit la synthèse de prostacyclines et augmente les résistances vasculaires. Les effets du tabagisme se retrouvent donc sur le plan cardio-vasculaire, avec notamment une augmentation du rythme cardiaque fœtale et augmentation de la vasoconstriction, mais également respiratoire, avec une perturbation de la croissance pulmonaire et une hyper-réactivité bronchique, et, de façon plus globale, sur les

signes vitaux, avec une diminution globale des mouvements fœtaux. Tous ces phénomènes sont à l'origine de retards de croissance et de mort tardive en fin de grossesse. [24]

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est la complication la plus fréquente du tabagisme maternel. Il s'agit d'un poids de naissance trop faible par rapport à l'âge gestationnel. Ce risque est 2 à 3 fois plus fréquent chez l'enfant de mère fumeuse. Il n'augmente pas ou peu si la mère fume durant le 1^{er} voire le 2^{ème} trimestre, mais se majore si le tabagisme couvre le 3^{ème} trimestre et d'autant plus si la femme fume durant toute la grossesse. Ce risque se réduit avec la précocité de l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

La fréquence et l'intensité du retard de croissance intra-utérin s'aggravent en fonction du nombre de cigarettes. Le taux de RCIU passe de 8.5% sans tabac à 14.7% si la mère fume de une à cinq cigarettes par jour et 18.7% si sa consommation dépasse les dix cigarettes par jour [29]. Le déficit pondéral est en moyenne de 200 grammes. Il s'agit d'un RCIU harmonieux (poids, taille, périmètre crânien inférieur au dixième percentile) portant davantage sur la masse musculaire [24]. Une consommation de plus de 20 cigarettes par jour serait la cause d'une diminution moyenne de 520g du poids du nouveau-né [31].

Le taux de retard de croissance intra-utérin grave (poids de naissance inférieur ou égal 5^e percentile) est multiplié par trois si la consommation est supérieure à 20 cigarettes par jour et par 4.5 si elle est supérieure à 30 cigarettes par jour [29].

Il existe un excès de mort fœtale in utéro (MFIU) au cours du 3^e trimestre de grossesse lorsque la mère fume. Ces MFIU seraient imputables au tabac en raison du RCIU, des complications placentaires, d'une cardiomyopathie et de la stimulation permanente des récepteurs cérébraux à la nicotine, impliqués dans le contrôle de la respiration et du sommeil.

Le tabac n'a pas d'effet tératogène important puisqu'il n'augmente pas la fréquence globale des malformations (2 à 3 %). [24]

Le risque de mort subite du nourrisson est doublé voire triplé si la mère a fumé pendant la grossesse et est corrélé au nombre de cigarettes. [32]

D'autre part, la nicotine et ses dérivés passent dans le lait maternel, il est associé à une diminution de la quantité de production lactée. Même si l'arrêt de l'intoxication reste la meilleure solution, l'allaitement, y compris chez une fumeuse, doit être privilégié mais peut être amélioré avec le respect de consignes simples et de bon sens : fumer après les tétées et

hors de la présence de l'enfant,... Les recommandations de la conférence de consensus grossesse et tabac sont claires à ce sujet : que les femmes aient des difficultés à arrêter ou qu'elles poursuivent leur tabagisme, il faut les encourager à allaiter car l'allaitement maternel est toujours bénéfique pour l'enfant [24].

Cette intoxication nuit non seulement à la croissance du fœtus, fragilise le nouveau-né mais à long terme augmente également le risque d'infections respiratoires dans l'enfance et de l'asthme à la préadolescence....

c. Tabac et contraception œstroprogestative

En 2010, le tabagisme féminin touche, en France, 27,9% des femmes. La proportion de femmes fumeuses quotidiennes atteint un maximum pour la tranche d'âge des 20-25 ans (38,2%) puis s'amenuise avec l'âge (pour les 23-34 ans, ce taux atteint 35%). Dans la tranche d'âge des 35-44 ans, le tabagisme quotidien touche 33,7% des femmes, puis 29% dans celle des 45-54 ans. [4]

De multiples enquêtes ont été réalisées dans le domaine de la contraception. Malheureusement, peu de données sont à notre disposition en ce qui concerne l'épidémiologie des fumeuses utilisant la contraception œstroprogestative (COP). Aucune donnée récente ne permet de connaître la proportion de femme fumeuse utilisant la COP après l'âge de 35 ans. Les dernières enquêtes concernant les moyens de contraception utilisés [33] [34] montrent que plus de deux femmes sur 3 (69%) utilisent une contraception, avec, en tête de liste, la pilule. Dans la tranche d'âge des 20-49 ans, 36% des femmes utilisent la pilule (le stérilet apparaît en seconde position avec 16% d'utilisatrices). Ainsi, en moyenne, une femme sur trois fume et prend la pilule [35].

Pourtant, le tabagisme chez les patientes de plus de 35 ans est une contre-indication stricte à la contraception œstroprogestative. Chaque critère pris séparément (âge et tabagisme) n'est pas une contre-indication mais c'est l'association des deux qui l'est [36]. Cette association reste, malgré tout, trop fréquente et la patiente n'est pas toujours informée des risques encourus au moment de l'initiation du traitement, et, l'est encore moins lors du renouvellement.

Dans le Vidal 2011 [37], le tabagisme constitue, à lui seul, une contre-indication relative à la prescription de contraception œstroprogestative indépendamment de l'âge.

De nombreuses études ont montré l'effet délétère de cette association tabac-contraception œstroprogestative avec un risque multiplié par 20 de maladie cardio-vasculaire. Le risque augmente avec l'âge et le nombre de cigarettes. À partir de l'âge de 30 ans, le risque de décès est multiplié par cinq chez les utilisatrices qui fument, par rapport aux femmes utilisant une contraception œstroprogestative et qui ne fument pas. Après 40 ans, le risque de décès est presque multiplié par 60 pour les femmes qui fument contre sept pour celles qui ne fument pas. Quant au risque d'infarctus du myocarde lié à la prise d'une contraception œstroprogestative, il apparaît augmenté chez les femmes qui fument. Dans l'étude de l'OMS [38], le risque d'infarctus du myocarde apparaît multiplié par 11 en cas de tabagisme seul et par 87 lors de l'association tabac (>dix cigarettes/jour) et contraceptif oral. Le risque d'infarctus est multiplié par 20 chez la femme de plus de 35 ans qui fume plus de 15 cigarettes par jour [39]. Ces chiffres sont bien évidemment à nuancer compte tenu d'un risque absolu très faible.

Par ailleurs, bien que les migraines avec signes neurologiques focaux constitue une contre-indication formelle à la prescription de contraception œstroprogestative (tout comme l'association contraception œstroprogestative + âge supérieure ou égal à 35 ans + tabac) [36], notons que l'association tabac et migraines avec aura à un traitement œstroprogestatif expose la patiente à un risque d'infarctus cérébral 10 fois supérieures aux non fumeuses [20].

C'est pourquoi, la prise d'une contraception chez une femme fumeuse n'est pas anodine et doit être réfléchi en fonction du rapport bénéfice/risque. En l'absence de contre-indication formelle à la prise de contraception hormonale, l'ensemble des facteurs de risque cardio-vasculaires doit être analysé (dyslipidémie, diabète, HTA, âge, antécédents familiaux, obésité, importance du tabagisme).

Chez les femmes jeunes (de moins de 35 ans), le risque de grossesse non désirée est important. En l'absence de contre-indication clairement identifiée à la prise de contraception œstroprogestative, il est préférable d'instaurer une contraception hormonale plutôt que de prendre le risque de devoir réaliser une Interruption Volontaire de Grossesse. Chez une femme fumeuse de plus de 35 ans, le rapport bénéfice risque doit être réévalué et l'arrêt du tabac est très fortement conseillé [36]. Une contraception uniquement progestative microdosée est préférable à des œstroprogestatifs. Dans tout les cas, la balance bénéfices/risques doit être évaluée et la prescription de la pilule doit être associée à une information sur le tabac, et une aide au sevrage tabagique doit être proposée, après évaluation de la motivation.

d. Tabac et maladies respiratoires

Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) représentent la complication la plus fréquente du tabagisme. Le tabagisme est le principal facteur de risque de BPCO puisqu'il est responsable de 90% des cas de BPCO [40], laissant une importance moindre aux autres facteurs de risque que sont les expositions professionnelles, le tabagisme passif et la pollution atmosphérique ou domestique.

Les données épidémiologiques dans ce domaine restent insuffisantes, en particulier, de par la difficulté de réaliser des explorations fonctionnelles respiratoires (nécessaires au diagnostic et à la classification en stades de sévérité) dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. La prévalence de la BPCO est estimée à 7,5% dans une étude conduite en 2003 dans les Centres d'examens de santé (CES) et celle de la bronchite chronique a été estimée à 4,1 % dans une étude réalisée en 2000. En 2006, les taux bruts de mortalité par BPCO chez les hommes étaient de 41/100 000 et 17/100 000 pour les femmes âgées de 45 ans et plus. [41]

Ces taux de mortalité sont actuellement les plus élevés dans le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace et Lorraine, la Bretagne et à la Réunion, et l'étaient déjà en 2000-2003 [42] (Figure 7).

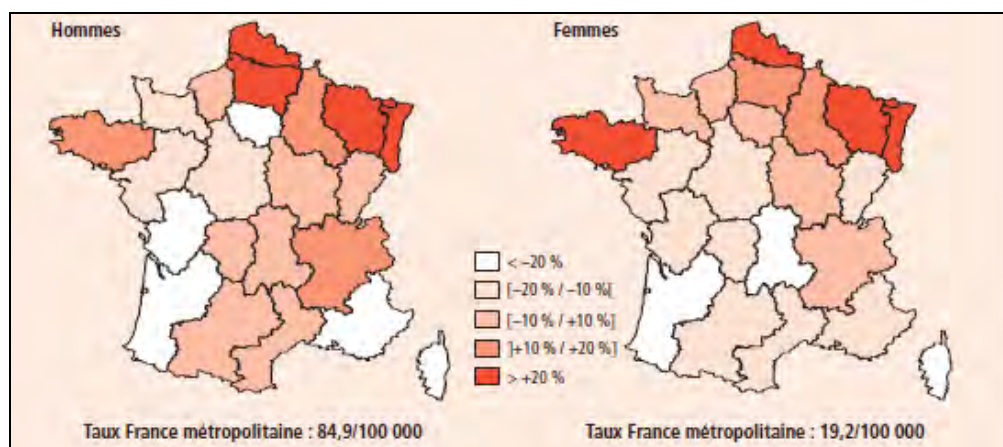


Figure 7: Indices de surmortalité liée à la BPCO par région, France, 2000-2003. Source : CépiDc-Inserm Exploitation BEH, juillet 2007 [42].

En Lorraine, les taux de mortalité dépassaient la moyenne nationale de 55% entre 2000 et 2006. Cette pathologie est responsable de 421 décès par an en lorraine (chiffre probablement sous-estimé du fait du nombre élevé de malades non diagnostiqués). Ce nombre

de décès pourrait être réduit en jouant sur les facteurs de risque dont le principal est le tabagisme. [43]

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes en réponse (anormale) à des toxiques inhalés (tabac, polluants...). Cette obstruction est causée par l'association, variable selon les patients, d'une diminution du calibre des bronchioles du fait de modifications anatomiques (remodelage) et d'une destruction des alvéoles pulmonaires (emphysème). La bronchite chronique et l'emphysème font partie de la BPCO.

Cette maladie, longtemps peu symptomatique, débute par une toux et des expectorations matinales, symptômes souvent banalisés par les patients eux mêmes; progressivement s'installe une dyspnée à l'effort puis au repos, pouvant occasionner une impossibilité de réaliser les gestes de la vie courante. Des décompensations respiratoires, notamment à l'occasion d'épisodes infectieux, peuvent entraîner une insuffisance respiratoire aiguë engageant le pronostic vital. L'évolution de la maladie peut aboutir au stade ultime à une insuffisance respiratoire chronique nécessitant une oxygénothérapie de longue durée.

Les principales causes de mortalité chez les patients atteints de BPCO sont l'insuffisance respiratoire, les maladies cardiovasculaires et les cancers (en particulier le cancer bronchique).

L'arrêt du tabagisme, seule mesure susceptible d'interrompre la progression de l'obstruction bronchique et de retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire, est un objectif prioritaire, quel que soit le stade de la maladie. Le conseil minimal doit être proposé à tout fumeur et renouvelé régulièrement. [44]

Le diagnostic de trouble ventilatoire obstructif (TVO) se fait grâce à la spirométrie avec la mesure du volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS) et de la capacité vitale forcée (CVF). Le diagnostic de la BPCO est retenu si le rapport VEMS/CVF est $< 70 \%$, non modifié par l'administration d'un bronchodilatateur.

La mise en évidence d'un trouble obstructif peu réversible sous broncho-dilatateur permet de faire le diagnostic et d'évaluer la gravité de la maladie. Les différents stades de sévérité de la maladie sont décrits en fonction des caractéristiques cliniques et de l'importance des anomalies des épreuves fonctionnelles respiratoires. (Tableau 2)

Classification de la BPCO en stades de sévérité		
Stade I : léger	VEMS/CVF < 70 %	VEMS ≥ 80 % valeur prédite
Stade II : modéré		50 % ≤ VEMS < 80 % valeur prédite
Stade III : sévère		30 % ≤ VEMS < 50 % valeur prédite
Stade IV : très sévère		VEMS < 30 % valeur prédite ou VEMS < 50 % valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave

Tableau 2: Classification spirométrique de la BPCO en stades de sévérité [44]. La valeur prédite est définie par des abaques, prenant en compte l'âge, le sexe, la taille et l'origine ethnique

La définition de la bronchite chronique est clinique : chronicisation de toux et expectoration (au moins 3 mois par an et depuis au moins deux années consécutives), sans autre cause identifiée. La présence d'une bronchite chronique doit faire rechercher une BPCO par une spirométrie. L'absence de bronchite chronique n'exclut pas une BPCO. Le pourcentage de patients présentant une BPCO sans toux ni expectoration varie selon les séries de 26 à 90 % des cas et semble diminuer avec la sévérité de la BPCO.

La définition de l'emphysème est anatomique : il s'agit d'un élargissement anormal et permanent des espaces aériens au-delà des bronchioles terminales, associé à la destruction des parois alvéolaires. On distingue deux types d'emphysème souvent associés : l'emphysème centro-lobulaire et l'emphysème pan-lobulaire. L'emphysème centro-lobulaire se caractérise la dilatation des espaces aériens et la destruction des parois alvéolaires situées au centre du lobule. L'emphysème pan-lobulaire correspond à une dilatation et une destruction plus distales des espaces aériens. Une BPCO dont la symptomatologie est dominée par une dyspnée limitant l'activité doit faire rechercher un emphysème, en particulier chez le sujet de moins de 65 ans. En effet, l'importance et la nature (centro-lobulaire ou pan-lobulaire) de l'emphysème confirmées par le scanner thoracique, peuvent avoir une incidence sur le choix des investigations diagnostiques et des traitements. [44]

En ce qui concerne les autres pathologies respiratoires, notamment l'asthme, les dilatations des bronches, la mucoviscidose, le tabac est un facteur irritant pourvoyeur d'exacerbations. Pour cette raison, il est cité, dans les recommandations, comme facteur aggravant à évincer pour mener à bien une prise en charge thérapeutique. [45] [46] [47] [48]

e. Tabac et cancers

Le tabagisme est responsable d'environ 9 cancers du poumon sur 10. Si le risque de mourir d'un cancer bronchique est de 1 chez un non-fumeur, le risque peut être multiplié par 56 chez un gros fumeur, mais, peut être également normalisé après 15 ans d'arrêt [49]. Ce risque de survenue de cancer broncho-pulmonaire est conditionné, bien entendu, par la durée du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et l'âge du début du tabagisme. Il existe une surmortalité de 22% en Lorraine par rapport à la France métropolitaine en ce qui concerne les décès par cancer de la trachée, des bronches et des poumons. [43]

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (cavité buccale, pharynx larynx et œsophage) partagent les mêmes facteurs de risques, le tabac et alcool, dont les effets sont synergiques. En France, le nombre de décès, par cancers des voies aérodigestives supérieures, attribuable au tabac est estimé à environ 6 200 [8]. En 2008, le nombre de nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures s'élevait à 16 000 ; en 2007, près de 60 000 patients étaient en ALD pour un cancer des VADS [50].

Les niveaux de risque lié à la consommation de tabac varient selon la localisation du cancer, par exemple, le risque de cancer du larynx est 10 fois plus élevé chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs alors qu'en ce qui concerne les cancers de la cavité buccale et du pharynx, le risque relatif est compris entre 4 et 5 et qu'il varie entre 2 et 5 pour le cancer de l'œsophage. [51]

Ce sujet a d'ailleurs fait l'objet d'un audit intitulé « dépistage des cancers des voies aéro-digestive supérieures chez les éthylo-tabagiques » lancé en 1997 par le GLAM et publié dans la Revue du Praticien de Médecine Générale en 2000 [22]. Il a été l'occasion de la mise en évidence de la difficulté à repérer les consommations de tabac et d'alcool chez nos patients. Il est à l'origine des autres audits que le GLAM a construit sur ces thématiques.

Le tabac est également impliqué dans la survenue de cancers de la vessie (50% des cancers de vessie sont attribuables au tabagisme) [52]. Le risque de survenue de cancer augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées et de la durée de tabagisme et décroît après l'arrêt de la consommation de tabac [53].

Dans des proportions moindres que celles citées précédemment, une méta analyse publiée en 2005 et portant sur 24 études a permis de conclure qu'il existe une augmentation significative du risque de cancer rénal chez les fumeurs (actuels et ex-fumeurs) des deux sexes, comparativement aux sujets n'ayant jamais fumé. Le risque augmentait avec la dose de tabac à la fois chez les hommes et chez les femmes. Un arrêt du tabac depuis plus de 10 années réduisait significativement le risque, ce qui ne semblait pas être le cas pour un sevrage plus récent [54]. Le tabac est considéré par la HAS comme un facteur de risque de cancer du rein [55]. L'aide médicamenteuse au sevrage fait d'ailleurs parti des traitements inscrits dans la liste des actes et prestations - ALD 30 « Cancer du rein de l'adulte » [56].

Le tabagisme augmente, plus modestement, le risque relatif de cancers du pancréas, du col de l'utérus... [57]

B. Le rôle du médecin généraliste

La prise en charge du tabagisme est du ressort du médecin généraliste et celui-ci se doit impérativement de délivrer au fumeur un conseil minimal lors des ses consultations.

Selon les recommandations de la conférence de consensus de 1998 [58], tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac ; cette pratique augmente de façon significative le taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique. Malheureusement, ces recommandations ne sont pas appliquées et seul un médecin généraliste sur deux demande systématiquement à ses patients s'ils fument, quelque soit le motif de consultation (ce chiffre concerne les médecins généralistes qui n'ont jamais fumé, diminuant probablement encore chez les médecins fumeurs).

1. Bénéfice de l'arrêt de la consommation de tabac

a. Généralités

Comme nous l'avons vu, plusieurs études épidémiologiques ont montré qu'il existe une réduction de l'espérance de vie des fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

L'étude prospective réalisée sur une population de médecins britanniques (34 439 hommes nés entre 1900 et 1930) suivis sur une période de 50 ans (1950 à 2001) a montré qu'il existe en moyenne une perte de 10 ans d'espérance de vie chez un fumeur par rapport à

un non-fumeur (figure 8). Les sujets qui ont arrêté de fumer entre 35 et 44 ans ont la même espérance de vie que les sujets du même âge n'ayant jamais fumé. Par contre, les médecins qui ont arrêté de fumer entre 45 et 64 ans ont une espérance de vie intermédiaire qui ne rejoint pas celle des sujets n'ayant jamais fumé. Arrêter de fumer à l'âge de 60, 50, 40, ou 30 ans permet de préserver son espérance de vie, respectivement de 3, 6, 9, ou 10 ans. En somme, arrêter de fumer est bénéfique quelque soit l'âge de l'arrêt, et ce bénéfice est d'autant plus important qu'il intervient tôt. [49]

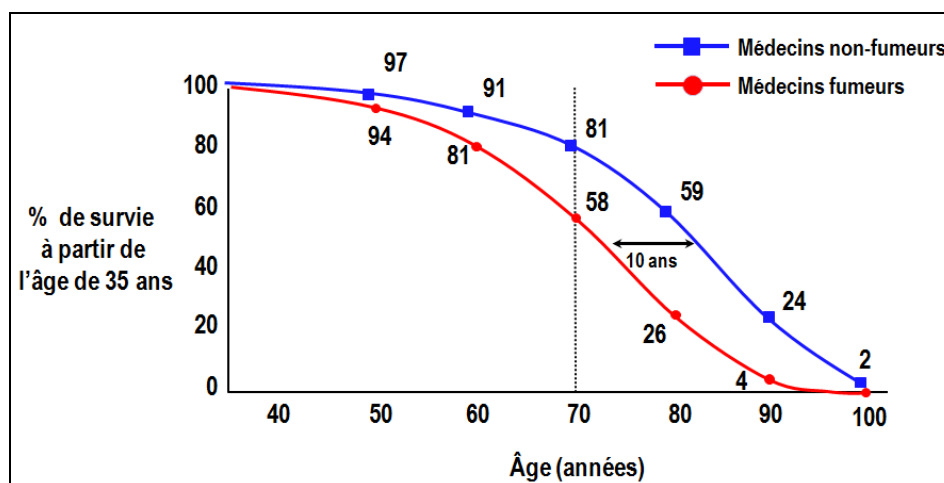


Figure 8: Survie à partir de l'âge de 35 ans de médecins fumeurs poursuivant leur consommation de cigarettes et de médecins n'ayant jamais fumé, parmi les hommes du Royaume-Uni nés entre 1900 et 1930, avec pourcentage de survivants à chaque décennie de la vie [49].

L'arrêt du tabac, dans le cadre d'une prise en charge avec programme d'aide au sevrage tabagique, diminue la mortalité globale mais également la mortalité par cancer broncho-pulmonaire et de cause cardio-vasculaire. [44]

Les bénéfices de l'arrêt du tabac en terme de mortalité comme de morbidité (tableau 3) confirment l'intérêt d'un sevrage tabagique le plus précoce possible. Ces connaissances sont des outils indispensables au médecin pour convaincre son patient.

Pathologie	Bénéfices de l'arrêt
Cancers bronchiques	↓ de 50% du risque en 5 ans et de 80% en 15 ans ↑ de la durée et de la qualité de vie, de la tolérance des traitements ↓ du risque de récurrence après exérèse
Cancers des VADS	Retour à un risque identique à celui du non-fumeur en 10 ans (chez un patient abstinent alcoolique)
AVC	Retour à un risque identique à celui du non-

	fumeur en 1 an
Coronaropathie	• Après nécrose myocardique ↓ de 50% du risque de récurrence ou de décès en 1 an • ↓ de l'invalidité due à un angor persistant • Après un pontage : ↓ du risque de nécrose, de décès et de réintervention
Anévrisme de l'aorte abdominale	• Stabilisation du diamètre anévrisimal
AOMI	• Stabilisation de la maladie, ↑ du périmètre de marche • ↓ du besoin de pontage, nécrose et décès après intervention
BPCO	• Décroissance du VEMS analogue à celle du non-fumeur • ↓ du risque de survenue de BPCO en 15 ans d'arrêt • ↓ de la fréquence des exacerbations et hospitalisations • ↓ du risque de décès dans les formes sévères
Asthme	• Meilleur contrôle de l'asthme • ↑ de l'efficacité des corticoïdes inhalés
Gynécologie-obstétrique	• Annule les risques cardiovasculaires et thromboemboliques de la contraception orale • ↑ la fertilité-fécondité • Annule les risques obstétricaux et périnataux • Retarde la ménopause et ↓ la sévérité de l'ostéoporose
Période périopératoire	• 6 à 8 semaines d'arrêt avant une intervention annule tous les risques périopératoires liés au tabagisme (↓ du délai de cicatrisation et de consolidation osseuse, des consolidations respiratoires, du temps de séjour en USI et de la durée d'hospitalisation)

Tableau 3: Bénéfices de l'arrêt du tabagisme (D'après J.Perriot, et al. Tabacologie et sevrage tabagique. Paris : John Libbey Eurotext ; 2003) [59] Les principaux items que nous avons utilisés dans notre audit sont détaillés dans ce tableau.

b. Tabac et gynécologie-obstétrique

Comme nous l'avons vu précédemment, le tabagisme est en cause dans plusieurs pathologies avant, pendant et après grossesse. Un arrêt précoce du tabagisme normalise les sur-risques d'hématome rétroplacentaire, de placenta prævia, d'accouchement prématuré, de

mort in utero. Après l'accouchement, les risques de mort subite du nourrisson diminuent, de même que les infections respiratoires sévères ou l'apparition d'asthme.

Ces données soulignent l'importance des conséquences, non seulement du tabagisme actif et/ou passif de la femme, mais également de celle du compagnon. D'où la nécessité d'une prise de conscience par tous les intervenants de santé et par les couples des bénéfices de l'arrêt du tabac, de préférence avant la conception ou du moins le plus rapidement possible au cours de la grossesse. Ce sevrage doit être idéalement total. Que peut-il y avoir de plus motivant que la santé de son enfant... Un effort tout particulier doit être fait pour maintenir l'abstinence après l'accouchement.

De même, en ce qui concerne la contraception œstroprogestative après l'âge de 35 ans. La suppression du tabac annule les risques qu'il entraîne lors de cette association (tabac-œstroprogestatif-âge>35ans) en terme de morbidité cardio-vasculaire et thrombo-embolique.

c. Tabac et BPCO

Le sevrage tabagique constitue, pour les patients atteints de BPCO, le seul traitement efficace qui permettra, rapidement, d'endiguer la dégradation de leur fonction respiratoire [60].

Les symptômes de BPCO, rapportés par les patients, diminuent en un à deux mois après l'arrêt du tabac. Après une longue période d'arrêt, la prévalence de la toux chronique et d'expectorations rejoint le niveau des personnes n'ayant jamais fumé. Les fumeurs ayant une fonction pulmonaire normale et qui arrêtent le tabac avant l'âge de 40 ans présentent un déclin normal du VEMS lié à l'âge et ne développent généralement pas de BPCO du fait de leur passé de fumeur. [61]

L'arrêt du tabac, facteur de pronostic vital, est le premier traitement de la BPCO. Il diminue le risque de mortalité due à une BPCO, il permet de diminuer le déclin de la fonction respiratoire et la sévérité des exacerbations [59]. Plus l'arrêt survient tôt, plus ses bénéfices sont importants [61].

d. Tabac et pathologies cardiovasculaires

Qu'elle soit primaire ou secondaire, la prévention est primordiale dans la prise en charge cardiovasculaire de nos patients. Basée sur des mesures simples qui ont fait la preuve

de leur efficacité, elle comporte toujours la modification des comportements et du style de vie (sevrage tabagique, activité physique régulière, règles diététiques) et parfois des traitements médicamenteux. [62]

Les bénéfices du sevrage tabagique en prévention secondaire sont réels et confirmés à tous les stades de la maladie coronaire [18]. La poursuite du tabagisme après l'apparition de la maladie coronarienne aggrave fortement le pronostic : le risque de décès ou la nécessité d'une ré-intervention après pontage sont multipliés par un facteur 1,5 à 2,5 [23]. Au contraire, l'arrêt de l'intoxication diminue de façon importante (moins 50% environ) le risque de récurrence d'infarctus ou de décès [63] dès la première année, pour rejoindre en quelques années un risque comparable à celui des non fumeurs.

Le patient coronarien est un patient poly-vasculaire et le sevrage est également un bénéfice pour tous les autres axes vasculaires en souffrance : anévrisme abdominal, artériopathie des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, ...

Pourtant, l'application des recommandations de sevrage tabagique chez ces malades est encore insuffisante. Les études EUROASPIRE 1 (1996), 2 (2000) et 3 (2007), ont montré que la fréquence du tabagisme restait stable à 25% chez des patients ayant été hospitalisés pour une pathologie coronarienne et interrogés six mois après leur sortie de l'hôpital. [21]

Deux à cinq années de sevrage tabagique permettent d'observer une réduction significative du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique. Dans certaines études, le risque d'AVC ischémique diminue en 5 à 10 ans jusqu'au niveau observé chez les personnes n'ayant jamais fumé, tandis que d'autres études montrent que ce risque reste légèrement plus élevé même après 15 ans d'abstinence. [61]

Le risque d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique est diminué chez les anciens fumeurs cliniquement sains par rapport aux personnes continuant à fumer. Chez les patients atteints d'AOMI symptomatique, les données suggèrent qu'en un à cinq ans d'abstinence, les résultats cliniques sont améliorés parmi les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer [61]. Le sevrage tabagique permet de limiter l'évolution et le handicap des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.

De même, chez les patients atteints d'anévrisme de l'aorte abdominale, le risque d'aggravation, de rupture ou de décès est diminué chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent de fumer. [61]

Dans bien d'autres domaines la prévalence du tabagisme reste élevée alors que la nocivité vasculaire du tabac est bien établie. Le diabète de type 2 est un important facteur de risque vasculaire et l'association de ces deux facteurs de risque multiplie leurs effets nocifs (progression de l'athérosclérose, accident cardiaque aigu par trouble du rythme et par thrombose artérielle...). L'arrêt du tabac est donc impératif chez tous les diabétiques pour éviter les complications. Le tabagisme touche environ 15 % à 28 % des diabétiques de type 2. [64]

e. Tabac et cancers

Une évaluation des données de la littérature concernant les effets de l'arrêt du tabac sur le risque de développer ou de mourir d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire ou d'une BPCO a été menée au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à Lyon, en 2006 [65]. Les résultats de ce travail ont été publiés en 2008 dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [61].

S'agissant des cancers connus pour être favorisés par la consommation de tabac (cancers broncho-pulmonaires, du larynx, de la cavité buccale, du pharynx, carcinome épidermoïde de l'œsophage, vessie, pancréas, estomac, carcinome épidermoïde du col de l'utérus), une diminution importante du risque chez les anciens fumeurs, par rapport aux personnes qui continuent à fumer, apparaît plusieurs années après l'arrêt, avec une amélioration proportionnelle à la durée de l'arrêt : plus l'arrêt survient tôt, plus les bénéfices sont importants.

« Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer », cette situation apparaît applicable dans de nombreuses pathologies. Une méta-analyse publiée en 2010 nous montre qu'il est bénéfique d'arrêter de fumer même en cas de cancer bronchique [66]. Cette méta-analyse porte sur 10 études contrôlées, suffisamment documentées quant au pronostic des patients ayant un cancer du poumon dans une forme localisée, en fonction de la poursuite ou de l'arrêt du tabagisme. Elle a permis de conclure à l'augmentation significative du risque de décès toutes causes confondues lors de la poursuite de l'intoxication tabagique. Ce risque de décès est 3 fois plus important chez ceux qui continuent de fumer par rapport à ceux qui ont arrêté.

Le risque de récurrence est également significativement plus élevé lors de la poursuite du tabagisme (multiplié par 1.86). Ainsi, la survie à 5 ans chez les patients ayant une tumeur

localisée varie du simple au double, en fonction de la poursuite ou de l'arrêt de l'intoxication : de 29 à 33% pour ceux qui ont poursuivi leur intoxication contre 63 à 70% pour ceux qui l'ont arrêtée.

L'arrêt du tabac, pour les patients atteints de pathologies cancéreuses, est bénéfique pour de nombreuses raisons. Cela permet d'augmenter la survie, de diminuer le risque de récurrence, de diminuer le risque d'apparition d'un second cancer ou d'une co-morbidité (maladie cardiovasculaire, BPCO...) et probablement la qualité de vie. De plus, lorsque la curabilité d'un cancer repose essentiellement sur la chirurgie, notamment au stade précoce d'un cancer bronchique, non seulement la réussite de l'intervention est basée sur la validité carcinologique du geste d'exérèse de la lésion néoplasique mais également sur les critères d'opérabilité du patient (le bilan respiratoire d'un patient fumeur sera perturbé avec dégradation de la fonction respiratoire, augmentation des risques de complications liés à l'anesthésie...).

Informé le patient sur les multiples bénéfices de l'arrêt du tabagisme pourrait permettre une réflexion le conduisant à se motiver pour un sevrage.

2. Les étapes de l'arrêt : des prémisses à la concrétisation

« Arrêter de fumer » est un chemin long et difficile que seul le patient peut effectuer. Néanmoins, la place du médecin est prépondérante pour susciter la motivation, initier la mise en route et guider le patient dans toutes ces avancées. Après s'être renseigné sur l'histoire tabagique du fumeur, l'avoir inscrit dans le dossier médical, le médecin doit pouvoir le classer dans un des stades de préparation à l'arrêt du tabac [3].

a. L'approche motivationnelle : le cycle de Prochaska

Afin d'avoir une attitude appropriée face au fumeur, il faut évaluer son stade de motivation par rapport à une décision d'arrêt. Les différents stades de changement ont été étudiés par Prochaska et Diclemente qui ont mis au point un modèle de processus de changement du comportement appelé modèle transthéorique du changement dit « modèle des stades du changement ». [67]

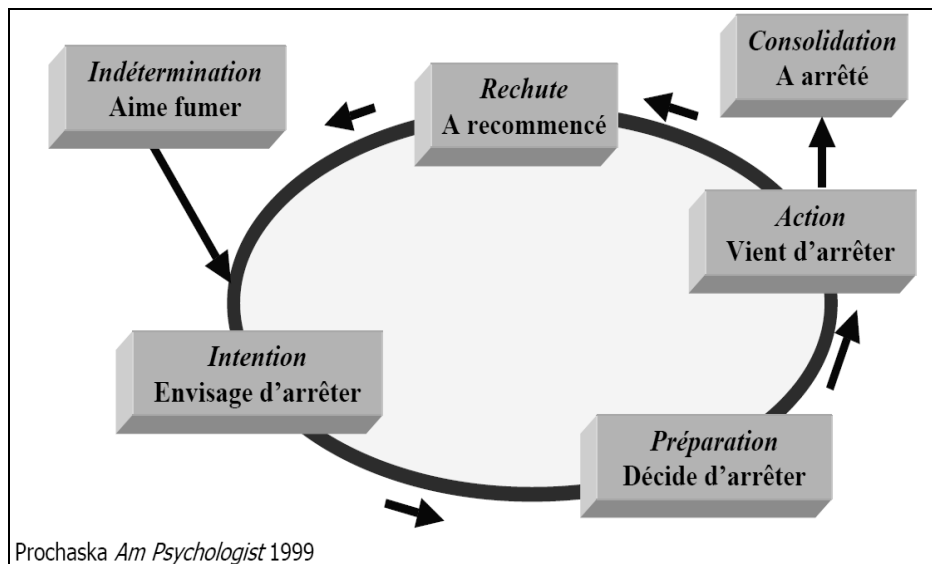


Figure 9 : cycle de Prochaska et Diclemente

Ainsi, si l'on se réfère au schéma présenté, il existe 6 stades :

- stade 1 de précontemplation ou préintention : le fumeur n'envisage pas de s'arrêter de fumer. C'est le stade du fumeur heureux qui trouve un plaisir, une détente dans le fait de fumer, il est attaché à son tabagisme (41% des fumeurs). Durant cette période, il n'a aucune envie d'arrêter de fumer et est réfractaire à toute tentative de sensibilisation aux risques.
- Stade 2 de contemplation ou d'intention : le fumeur commence à penser à arrêter de fumer dans un avenir indéterminé. C'est le stade du fumeur dissonant avec son tabagisme (40% des fumeurs).
- Stade 3 de préparation : le fumeur se prépare à arrêter de fumer. Ce stade dure en moyenne 3 à 6 mois. Le fumeur est encore plus dissonant avec son tabagisme (20% des fumeurs).
- Stade 4 d'action : le fumeur arrête de fumer en se servant de son expérience, de l'information dont il dispose, de ses nouvelles habiletés et de sa motivation personnelle. Il est toutefois susceptible de retomber au stade précédent.
- Stade 5 de maintien : le fumeur sort du tabagisme. On observe une extinction du comportement tabagique. Ce stade est atteint environ 6 mois après l'arrêt.
- Stade 6, la terminaison ou achèvement : le patient est sorti du tabagisme.

Même s'il semble abstrait et fastidieux au premier abord, ce cycle est un outil de travail et d'analyse qu'il faut connaître lorsque l'on veut conduire un sevrage tabagique afin de cerner l'avancée du patient dans le processus. En cas d'échec à l'un des stades décrits plus haut : on notera sur le dossier médical le moment du cycle où l'échec s'est produit. Ainsi après chaque tentative de sevrage, le patient doit être capable d'identifier les causes de l'échec et tirer les conclusions de son expérience, facilitant, dans la théorie, les tentatives ultérieures. Un point important est mis en avant dans cette théorie : « La rechute doit être dédramatisée ».

Ainsi, à chaque stade correspond une attitude spécifique de la part du médecin généraliste [3] :

- Stades 1 ➔ Conseil minimal ;
- Stade 2 ➔ Conseil minimal et distribution d'une brochure ;
- Stade 3 ➔ Envisager une consultation spécifique « sevrage tabagique » ;
- Stade 4 ➔ Aide au sevrage proprement dit ;
- Stade 5 ➔ Prévention des rechutes ;
- Rechute ➔ Rassurer le patient et ne jamais le culpabiliser.

b. Le conseil minimal [58]

C'est dans cette dynamique de mise à disposition de ses compétences médicales et humaines que s'inscrit le conseil minimal. Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Il doit être dispensé régulièrement et, ce, indépendamment du motif de consultation. Une brochure d'information sur le sevrage tabagique lui est remise dès lors qu'il admet avoir envisagé cette possibilité. Selon les études, le conseil minimal permet de doubler le taux de succès en cas d'arrêt spontané et permet d'obtenir 2 à 5% d'arrêt soutenu.

Son application systématique déclenchera peut-être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions, et pourra provoquer une demande de prise en charge plus importante. Le conseil minimal pour tous s'adresse à tous les patients : fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela, fumeurs heureux de l'être, fumeurs pas encore prêt pour l'arrêt, fumeurs qui ne demandent pas d'aide. Le généraliste doit influencer sur la maturation de la décision « d'arrêter » du fumeur par l'utilisation du conseil minimal d'aide à l'arrêt du

tabac. Le plus important, à mon sens, est le repérage des patients tabagiques conduisant au conseil minimal. Le sujet peut ensuite être abordé régulièrement et plus naturellement.

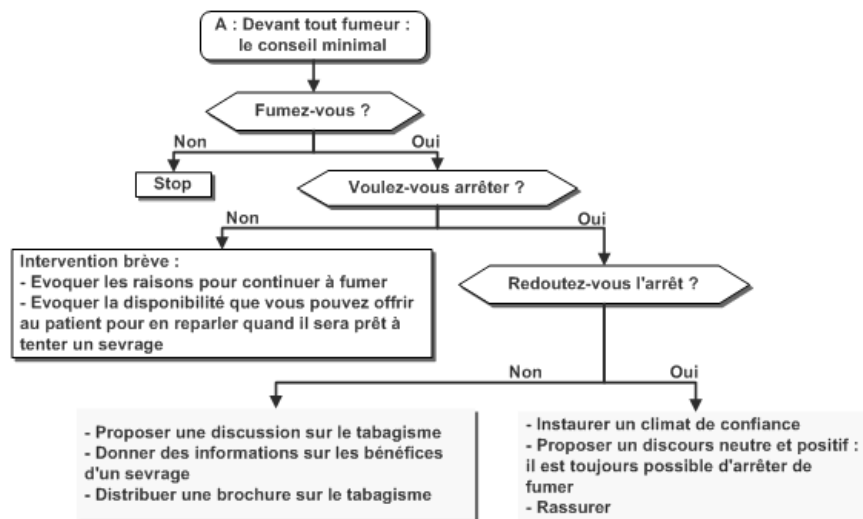


Figure 10: Conseil minimal au fumeur [68].

c. L'entretien motivationnel [69, 70]

C'est une intervention thérapeutique efficace pour faire progresser les fumeurs dans les stades de changement. Cet entretien est utile pour aider les patients dépendants tant à prendre la décision d'arrêter leur intoxication que pour maintenir leur projet à long terme. Le soignant essaie de guider son patient dans cette démarche sans l'y contraindre. Il ne s'agit pas là d'entrer en confrontation (avec son patient) pour imposer une prise de conscience mais de collaborer. Le patient doit évoquer ses motivations propres et son autonomie doit être respectée. En aucun cas, il ne s'agit de dire au patient ce qu'il doit faire. C'est le respect, par le soignant, de ces quelques principes qui doit permettre le cheminement du patient :

- ✓ L'empathie, l'écoute : le soignant comprend les points de vue du patient sans le juger, il s'agit d'une écoute réflexive ;
- ✓ Développer la divergence : le but de l'entretien étant de faire prendre conscience au patient de cette ambivalence, de l'écart qu'il réside entre son comportement actuel et ses objectifs. Dans cette coexistence de sentiments contradictoires, le sujet se sent en même temps attiré et repoussé par une même chose et il reste figé dans un état d'indécision.

- ✓ Prendre en compte les discours ou comportements résistants sans s’y opposer afin de tenter de diminuer cette résistance. C’est le signal pour que le médecin change d’approche en proposant d’autres perspectives, sans imposer ses propres points de vue. Le médecin insiste sur les bienfaits du sevrage, offre son aide, identifie et discute les obstacles (prise de poids, stress, dépression, syndrome de sevrage, rechutes et échecs...).
- ✓ Soutenir le patient afin de renforcer son sentiment d’efficacité. Il faut l’encourager, le complimenter, ..., afin de stimuler sa confiance dans ses capacités à surmonter ses obstacles et à réussir son changement.

Dans cette optique, la balance décisionnelle de JANIS et MANN est un outil intéressant et utile pour amener à la prise de décision. L’individu connaît les avantages et les inconvénients de son comportement et du changement qu’il souhaiterait initier. Cette vision d’ensemble de la situation permet ainsi au patient d’explorer tous les penchants qui créent en lui l’ambivalence. [71]

Le fumeur doit avancer, aidé dans sa prise de position d’arrêt. Le médecin, quant à lui, influence la motivation des patients de par la qualité de ses stratégies d’interventions.

d. Aides à l’arrêt du tabac

Les différentes formes de dépendances :

Rappelons ici que le tabac est responsable de trois types de dépendances :

- ❖ La dépendance physique qui s’installe rapidement, essentiellement due à la nicotine, mais non exclusivement [72], est responsable d’un syndrome de manque à l’arrêt (les symptômes apparaissent en moins de 24h) :
 - Besoin impérieux de nicotine
 - Irritabilité, frustration, agressivité, anxiété et agitation
 - Augmentation de l’appétit ou prise de poids
 - Difficulté de concentration et insomnie
- ❖ La dépendance socio-comportementale liée aux interactions sociales : le fumeur associe sa consommation de tabac à de nombreuses situations (fin de repas, détente, pauses sur le lieu de travail, le geste même de fumer ...). Il associe ces situations ou

ces lieux au tabagisme et lors de l'arrêt, une nouvelle exposition à ces mêmes situations déclenche des envies pulsionnelles de fumer.

- ❖ Et enfin, la dépendance psychique correspondant au besoin ressenti de fumer, un plaisir, soutien moral, gestion du stress, stimulant intellectuel.

Arbre décisionnel [73]

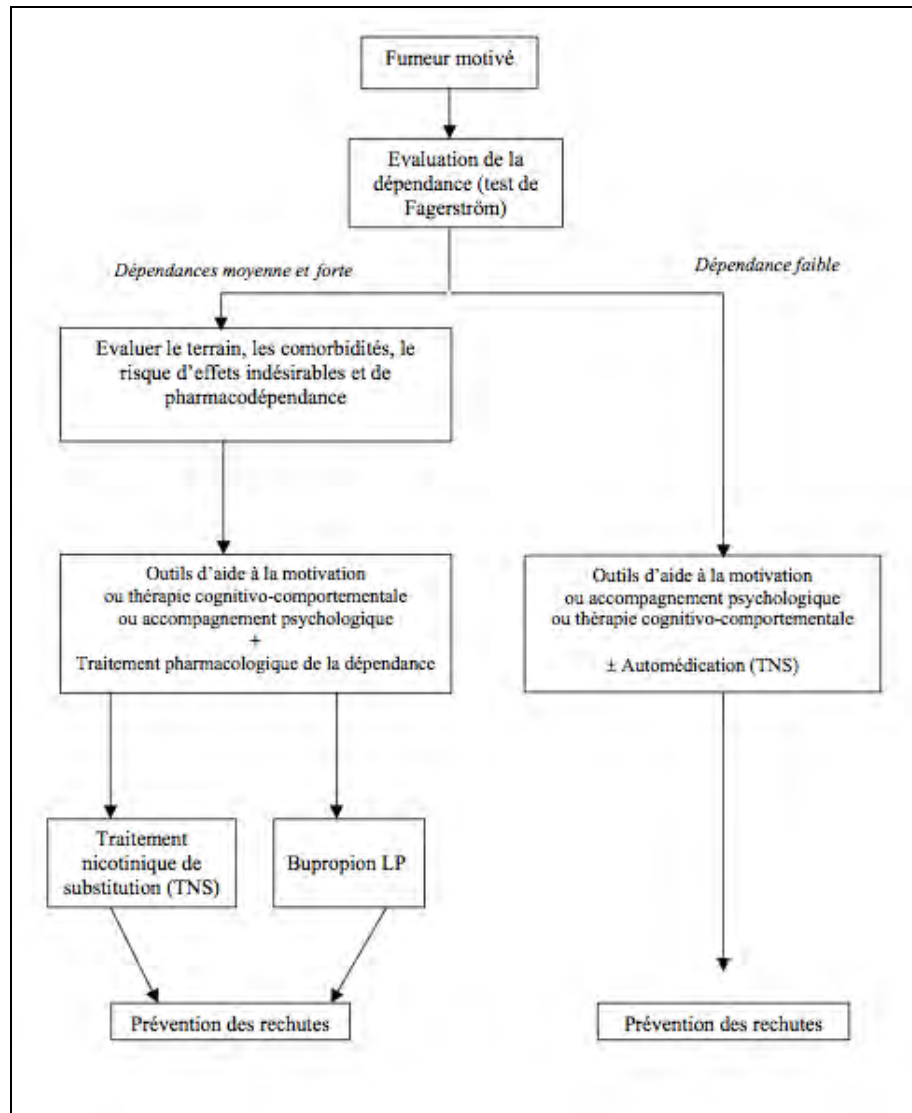


Figure 11: Arbre décisionnel de conduite du sevrage tabagique AFSSAPS 2003. [73]

Cet arbre décisionnel proposé en 2003 par l'AFSSAPS est à nuancer, en intégrant les données actuelles. En effet, les données récentes montrent que l'utilisation du Bupropion doit être prudentes, compte tenu des effets secondaires qui placent actuellement la balance bénéfices / risques en sa défaveur.

Évaluation de la motivation du fumeur

Plusieurs éléments sont à notre disposition afin d'évaluer le degré de motivation du patient nous permettant de guider et d'adapter notre prise en charge. Le praticien adapte sa conduite à chaque histoire tabagique, aux éventuels antécédents de sevrages (échecs), au stade de motivation dans lequel se trouve le patient (cycle de Prochaska), son état anxio-dépressif (échelle Hospital Anxiety and Depression scale (annexe XII) ou de Beck)...

L'échelle visuelle analogique de motivation permet une cotation de la motivation du patient. Il suffit de lui présenter la règle sur la face qui suit et de lui demander d'évaluer sa motivation en positionnant le curseur au point qui lui paraît la représenter au mieux au jour de l'examen.



Lorsque le fumeur a positionné le curseur, il suffit de retourner la règle pour pouvoir chiffrer la motivation.



L'échelle Q-MAT de Lagrue et Légeron, moins utilisée, nous permet également d'évaluer le degré de motivation du patient et ainsi de classer sa motivation (insuffisante, moyenne, bonne ou très bonne motivation). Elle comporte 4 questions illustrées sur la figure 10. Si la motivation est faible ou moyenne, le médecin doit aider le patient à atteindre le stade de préparation puis d'action grâce à l'entretien motivationnel.

Test de MOTIVATION (Lagruet et Légeron)

• Pensez-vous que dans six mois :

☐ vous fumerez toujours autant ? 0

☐ vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2

☐ vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes ? 4

☐ vous aurez arrêté de fumer ? 8

• Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

☐ pas du tout 0

☐ un peu 1

☐ beaucoup 2

☐ énormément 3

• Pensez-vous que dans quatre semaines :

☐ vous fumerez toujours autant ? 0

☐ vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2

☐ vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes ? 3

☐ vous aurez arrêté de fumer ? 4

• Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

☐ jamais 0

☐ quelquefois 1

☐ souvent 2

☐ toujours 3

Score de votre test

< 6 : motivation insuffisante
 7 à 13 : motivation moyenne
 > 13 : bonne motivation

Figure 12 : test de motivation de Lagruet et Légeron

Appréciation du niveau de dépendance à la nicotine

Après avoir pratiqué le repérage des fumeurs, il est intéressant d'évaluer leur dépendance à la nicotine. Le score obtenu au test de Fagerström permet, au terme de ce questionnaire en 6 étapes, d'avoir une appréciation globale de cette dépendance et de la quantifier de très faible à très forte (annexe XI) [74].

L'analyseur de monoxyde de carbone(CO)

L'utilisation de l'analyseur de CO pourrait favoriser la prise de conscience des patients et faciliter l'ouverture du dialogue autour du tabagisme.

Il s'agit d'un outil facilement utilisable reflétant la consommation tabagique des heures précédentes. Il a été utilisé pour motiver les sujets fumeurs à s'arrêter ou pour renforcer l'abstinence en démontrant des résultats concrets et immédiats, car les valeurs se normalisent rapidement après un jour d'abstinence, atteignant alors un taux inférieur à 10ppm (partie par million). [73]

Dépistage et prise en charge des co-morbidités

Tout sevrage tabagique doit être associé à la prise en charge des co-addictions notamment l'alcool et les autres co-addictions (héroïne, cocaïne, cannabis...). Il faut dépister et traiter les troubles anxio-dépressifs co-existants (fréquemment associé au tabagisme) et prévenir la prise de poids, afin de ne pas méconnaître des risques de rechute.

Les différents moyens thérapeutiques [73]

Nous ne nous étendrons pas sur le sujet puisque notre audit traite exclusivement du processus initiant la prise en charge initiale d'un patient fumeur, du repérage et du conseil minimal le conduisant à se sevrer. Pour un patient prêt à entreprendre une tentative d'arrêt, plusieurs méthodes peuvent être proposées mais certaines peuvent s'avérer délétères :

❖ Les traitements nicotiniques de substitution (TNS)

C'est le traitement le mieux évalué de la dépendance tabagique. L'efficacité du TNS contre placebo est clairement démontrée. Les TNS permettraient de doubler le taux d'abstinence tabagique à 6 mois par rapport au placebo. Le taux de patients abstinents durant 1 an est de 18% versus 10% avec le placebo. [73]

Les galéniques sont nombreuses : les gommes à mâcher, les dispositifs transdermiques, les pastilles sublinguales ou à sucer, le spray nasal et l'inhaleur.

Outre le profil d'effets indésirables propre à la nicotine, chaque présentation bénéficie du sien ... Les gommes et les pastilles, par exemple, exposent, en cas d'utilisation inadéquate (mastication trop rapide), à des irritations buccales, troubles dyspeptiques, nausées et hoquets [73] voire même le décollement de prothèse dentaire chez certains patients. Les dispositifs transdermiques provoquent parfois des dermatites d'irritation, avec, à terme, un risque d'eczéma de contact. L'inhaleur et le spray nasal peuvent entraîner une irritation des muqueuses.

❖ Autres traitements pharmacologiques : Bupropion et Varénicline

Le bilan de l'utilisation du bupropion (Zyban ®) commercialisé depuis septembre 2001 [75] rapportait déjà en 2006, 1831 notifications d'effets indésirables dont 520 cas graves [76]. Les troubles les plus fréquents sont : réactions cutanées et allergiques, convulsions, tentatives de suicide et suicides, idées suicidaires, pathologie coronarienne voire quelques fois le décès (suicide, mort subite, rupture d'anévrisme, insuffisance respiratoire aigue). [75]

Ce profil d'effets indésirables graves est en défaveur de son utilisation puisque son efficacité est incertaine et au mieux modeste. La balance bénéfices / risques n'en fait pas un atout dans le sevrage tabagique. [77]

En février 2007, un nouveau produit d'aide au sevrage, la varénicline, est commercialisé sous le nom de Champix®. En 2009, un rapport est émis par la HAS concernant son efficacité et jugeant du service médical rendu. [78].

Dans cette étude comparant l'efficacité de la varénicline aux substituts nicotiniques dans la réussite du sevrage tabagique, il semblerait que la varénicline n'est pas fait la preuve de sa supériorité ... Même si l'on peut noter une efficacité supérieure de la varénicline en terme d'abstinence continue à l'issue des 4 dernières semaines de traitement, l'étude a été réalisée en ouvert et la population recrutée est peu extrapolable à la population générale de fumeurs. Par ailleurs, et pour confirmer l'absence de gain d'efficacité réel, les taux d'abstinence obtenus avec la varénicline et les patchs nicotiniques, à 6 mois et à 1 an, sont identiques. [78]

Les principaux effets indésirables rapportés sont des troubles du rythme cardiaque, infarctus du myocarde, angors, dépression, hallucinations, convulsions, hyperglycémies, réactions cutanées et allergiques, troubles digestifs. La varénicline n'a pas une balance bénéfices / risques plus favorable que celle de la nicotine [77].

❖ Les thérapies cognitivo-comportementales [73]

Les thérapies cognitivo-comportementales, utilisées dans la prise en charge de très nombreuses autres pathologies, ont pour but de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage. Basées sur les modèles à la fois issus de la théorie de l'apprentissage mais également fondés sur l'étude du traitement de l'information, elles semblent particulièrement intéressantes si l'on considère que la dépendance tabagique est un trouble de l'apprentissage qui aboutit à une perte de contrôle de la consommation. Influant sur les facteurs cognitifs et émotionnels qui contribuent souvent à la rechute des toxicomanes, elle multiplie par deux le taux d'abstinence tabagique à six mois.

Toujours complémentaire d'une prise en charge pharmacologique, il est conseillé de la proposer en première intention et, ce, quelle que soit la phase de sevrage.

Les techniques décrites sont nombreuses, les plus utilisées étant les techniques de prévention des rechutes, la gestion des émotions et des pensées négatives, visant à permettre l'apprentissage du changement. Le patient doit pouvoir identifier les situations à risques (pouvant entraîner une pulsion à fumer), les éviter et les gérer.

Au total, le choix des différents traitements est réfléchi en fonction des antécédents du patient, des risques d'effets indésirables, du degré de dépendance à la nicotine (traitements indiqués lors de score de dépendance moyen ou élevé, pour diminuer les symptômes du sevrage), des contre-indications du produit, des pathologies associées, ... mais les TNS doivent être privilégiés et tout traitement pharmacologique doit être associé à un soutien psychologique [73].

3. Patients fumeurs et médecins généralistes fumeurs : « des occasions manquées »

Bien que certains articles soient contradictoires en ce qui concerne l'influence du tabagisme des médecins généralistes face à leurs patients fumeurs, le sujet reste d'actualité et la plupart des enquêtes affirme cette tendance comme le confirme la revue de la littérature qui suit.

Pour avoir une vision d'ensemble des différents articles évoquant l'influence du tabagisme dans la pratique du médecin, nous les avons inclus dans le tableau 4 comprenant les

items suivants : titre, année d'enquête et de parution, lieux d'enquêtes, nombre de médecins généralistes participants (taux de participation) et conclusions.

Les médecins fumeurs demandent moins souvent à leurs patients s'ils fument. Par contre, ils ont tendance à passer le relais à d'autres confrères (tabacologues, un réseau, un pneumologue...) pour une prise en charge du sevrage tabagique bien plus souvent que les médecins non fumeurs, ce qui représente une alternative intéressante face à l'inaction.

Articles	Date de parution et source	Date d'enquête	Lieux	Nombre de participants (taux de participation)	Conclusions :
1	1993. Tobacco control	1991	France	4318 (37%)	Les MF donnent moins souvent le conseil d'arrêt par rapport aux MNF lorsque que le patient fumeur ne présente aucunes maladies liées au tabac ($p<0.001$)
2	2004 Presse Médicale et 2006 Rev Mal Respir	Septembre à décembre 2002	La Vienne (86)	257 (70%)	Chez les MF l'abord systématique du tabac est moins fréquent ($p=0.037$) et le CM intégral est moins appliqué ($p=0.044$)
3	15/4/2002. La Revue du Particien.MG.	14/5/2001	Saint-Etienne	111 (85%)	Les MF interrogent moins souvent les patients sur leurs habitudes tabagiques ($p<0.032$)
4	13/2/2006. La Revue du Particien.MG	2004	La Marne (51)	317 (64%)	Les MF orientent plus directement leurs patients fumeurs (tabacologue, confrère généraliste...) ($p=7.10^{-5}$)
5	2010. Rev Mal Respir	15/10/08 au 15/01/09	Maine et Loire (49)	332 (60%)	Les MF demandent moins souvent à leurs patients s'ils fument ($p=0.002$)

Tableau 4: Principaux articles rapportant l'attitude des médecins fumeurs face à leurs patients fumeurs.

1. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. [80]
2. Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du “conseil minimal”. Enquête auprès de 369 médecins généralistes de la Vienne. [81]
3. Le médecin généraliste face à un patient fumeur. [82]
4. Médecins généralistes et patients fumeurs : des occasions manquées ? [83]
5. Le tabagisme du médecin généraliste a-t-il une influence sur l’abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 322 médecins généralistes du Maine et Loire. [84]

Les derniers chiffres nous renseignant sur la prévalence du tabagisme des médecins généralistes sont ceux du baromètre santé des médecins et pharmaciens de 2003 [85]. Il montre que près d’un médecin généraliste sur trois (28.8%) déclare fumer, ne serait ce que de temps en temps. La prévalence du tabagisme des médecins généralistes a tendance à régresser (statistiquement significatif $p < 0.05$) puisqu’elle est passée de 37.9% à 28.8% entre 1993 et 2003 [85]. Il s’agit d’un résultat plutôt prometteur puisque certains médecins fumeurs ont tendance à moins se renseigner sur les habitudes tabagiques de leurs patients. Leur crédibilité en est affectée. Ils se voient mal placés pour passer les messages de prévention à ce sujet. La perception de ce conseil par le patient serait, d’ailleurs, sans doute banalisée.

La conférence de consensus de 1998 qui recommande d’appliquer systématiquement le conseil minimal, recommande également d’organiser des actions spécifiques pour réduire à moins de 10% la proportion de professionnels de santé fumeurs afin qu’ils y gagnent en efficacité notamment par la force de l’exemplarité [58].

C’est, pour la plupart des médecins, au cours de leur cursus universitaire qu’ils ont débuté ou intensifié leur consommation tabagique. Nous illustrerons ce chapitre avec quelques chiffres recueillis dans une thèse et un mémoire réalisés à Nancy.

Une thèse de médecine générale réalisée en 2003 avait pour sujet d’étude : le tabagisme des résidents de la faculté de médecine de Nancy [86]. Sur 185 étudiants de TCEM1, 2 et 3, 158 ont répondu à un auto-questionnaire évaluant leur tabagisme : le début, les motifs d’initiation ou de poursuite..., soit 85.4% des étudiants. Il en ressortait que 34.2% des résidents se déclaraient fumeurs, dont 28.5% de fumeurs quotidiens et 5.7% de fumeurs occasionnels. Les autres éléments marquant de cette thèse étaient que 40% d’entre eux avait commencé à fumer en PCEM2, et que 80% des fumeurs pensaient que l’intensité de leur consommation avait augmenté durant leur cursus médical [86]. Une étude similaire publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire en 2001, avait évalué la prévalence du tabagisme chez 3104 internes en médecine d’Île-de-France et de la région Rhône-Alpes ; le taux de prévalence était de 36% [87].

Intéressés par le sujet, nous nous sommes penchés, quelques années plus tard (2011), sur le tabagisme des PCEM2 à Nancy dans le cadre d'un mémoire de DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale [88]. Chaque étudiant de 2^{ème} année de médecine bénéficie d'une visite médicale systématique à la santé universitaire, nous avons alors recueilli à l'aide de l'informatisation du dossier médical les données concernant les habitudes tabagiques de ces étudiants. Au total, 257 étudiants en médecine de deuxième année ont été inclus soit 84% de la promotion 2009/2010. La prévalence du tabagisme des étudiants en médecine était de 18.3%, dont 10.1 % de fumeurs quotidiens et 8.2% de fumeurs occasionnels ; nous avons alors comparé ces résultats à celui des filières non médicales de Nancy (UFR des Campus Lettre et Campus Sciences et Technologies) et il s'est avéré que les étudiants en médecine étaient moins nombreux à fumer (18.3% vs 29%). Même si ces résultats sont à première vue rassurants, nous ne connaissons pas l'évolution de cette prévalence du tabagisme des étudiants au fil des années d'études de médecine.

Une enquête européenne, réalisée en 1985, montrait un taux de tabagisme en moyenne de 29.6% en première année de médecine, et de 38.4% en dernière année [89].

Lorsque le fumeur ne présente pas de symptômes ou de maladies liées au tabac, les médecins ne donnent pas systématiquement ce conseil d'arrêt. L'influence du statut tabagique du médecin conditionne ces messages de prévention. Certaines enquêtes montrent cette différence significative, parmi les médecins généralistes, le conseil d'arrêt n'est donné que par 23% des fumeurs quotidiens contre 45% des non-fumeurs lorsque que le fumeur ne présente aucunes maladies liées au tabac [80].

Les professionnels de santé, et plus particulièrement les médecins, sont au cœur de l'action menée contre le tabagisme. Par leur omniprésence dans la prise en charge de leurs patients, les médecins généralistes sont des acteurs privilégiés de cette prévention. Le statut tabagique des médecins généralistes peut influencer leur niveau d'implication dans la prévention [80] [81] alors qu'un simple conseil à l'arrêt peut favoriser le sevrage de leurs patients. En appliquant moins souvent le conseil minimal, tel qu'il est recommandé par la conférence de consensus de 1998 [58], ils négligent le tabagisme de certains patients.

4. Moyens de lutte contre le tabagisme

a. Les politiques de lutte sur le plan national

Loi VEIL du 9/7/1976 (annexe I)

Cette première loi [90] contient des dispositions relatives à l'usage mais, surtout, à la publicité sur le tabac. Il est question de l'obligation d'informer le consommateur : la mention « abus dangereux » apparaît alors sur les paquets de cigarettes. Cette même loi imposa un principe général d'interdiction de la publicité sur le tabac, avec quelques exceptions notamment : les périodiques où les annonces directes pour les marques de tabac sont restées autorisées, ainsi que le parrainage d'épreuves de sports mécaniques. Elle prévoit même l'interdiction de fumer dans certains lieux publics. Malheureusement, cette loi a été si peu appliquée que le Parlement a dû adopter de nouvelles mesures politiques quelques années plus tard.

Loi EVIN du 10/01/1991 (annexe II)

Cette loi [91], relative à la lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme, est venue compléter et renforcer le dispositif législatif posant l'interdiction de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillants du public ou qui constituent un lieu de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte des écoles (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles). Elle interdit toute forme de propagande, de publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits du tabac ; toute distribution gratuite et opération de parrainage sportif et culturel est interdite. Elle instaure l'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes la teneur en nicotine, en goudrons et plus récemment en monoxyde de carbone et en goudron des cigarettes. L'information du fumeur est renforcée avec des messages sanitaires et des phrases chocs « Nuit gravement à la santé ». De plus elle favorise l'augmentation du prix des cigarettes.

Loi du 31/07/2003 [92]

Loi visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, elle interdit la vente des paquets de moins de 19 cigarettes, dont le prix était plus attractif pour les plus jeunes. Par ailleurs, la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans est interdite.

Ce décret, qui étend l'interdiction de fumer dans les lieux publics, a été mis en œuvre en deux temps :

- À partir du 1^{er} février 2007, dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé.
- À partir du 1^{er} janvier 2008, dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf aménagement, éventuel, d'un emplacement réservé aux fumeurs.

L'objectif premier de ces textes de loi vise à protéger les non-fumeurs dans les lieux publics par l'éviction du tabagisme passif et l'ajout d'une contrainte supplémentaire aux fumeurs pouvant aboutir à des arrêts.

Autres mesures

La publicité, qu'elle soit dans la rue, les journaux ou le téléviseur est une source d'information privilégiée du français. Son impact majeur sur le mode de vie des citoyens a tantôt favorisé la consommation tabagique, tantôt réprimandé.

La situation actuelle est à la banalisation avec une consommation de plus en plus jeune et perte de l'efficacité des « images choc ». De nouvelles campagnes sont sans cesse relancées dans le but de faire prendre conscience aux fumeurs qui souhaitent arrêter qu'un soutien médical peut les aider dans leurs démarches. Ces messages de sensibilisation sont diffusés à la télévision, radio, internet (site de prevention-tabac.com).

b. Les politiques de lutte sur le plan international

Les journées mondiales sans tabac

Cette journée, organisée chaque année le 31 mai, est axée autour des dangers du tabac pour la santé et de l'action antitabac de l'OMS. Le tabagisme, qui provoque actuellement la mort d'un adulte sur dix sur la planète, est la deuxième cause de décès au niveau mondial. L'Assemblée mondiale de la Santé a institué la Journée mondiale sans tabac en 1987 pour faire mieux connaître, partout dans le monde, l'épidémie de tabagisme et ses effets mortels.

Le thème de la Journée mondiale sans tabac en 2010 est « Tabac et appartenance sexuelle : la question du marketing auprès des femmes ». L'OMS a profité de cette journée pour mettre en lumière les effets nocifs du marketing du tabac et du tabagisme auprès des femmes et des jeunes filles. Pour les années précédentes les thèmes étaient divers et variés :

- 2009 : « Les mises en garde contre les dangers du tabac pour la santé ».
- 2008 : « Jeunesse sans tabac. L'industrie du tabac vise les plus jeunes. »
- 2007 : « Espaces sans tabac », en référence aux actions législatives de plusieurs pays d'interdire la cigarette dans les espaces publics
- 2006 : « Le tabac est mortel sous toutes ses formes », en référence aux actions de marketing de l'industrie du tabac concernant les cigarettes « légères »
- 2005 : « Les professionnels de santé contre le tabac »
- 2004 : « Tabac et pauvreté, un cercle vicieux ».
- 2003 : « Film sans tabac. Mode sans tabac ».
- 2002 : Pour un sport sans tabac
- 2001 : Le tabagisme passif tue- Nettoyons l'air.
- 2000 : Le tabac tue- Ne vous faites pas abuser.

Ces journées donnent l'occasion de faire passer certains messages spécifiques en matière de lutte antitabac ainsi que de susciter l'adhésion à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Le tabagisme est la plus importante épidémie évitable que doit affronter la communauté sanitaire.

La convention cadre OMS pour la lutte anti-tabac [94]

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Cclat) a été adoptée au cours de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé au Palais des Nations à Genève par

l'Assemblée mondiale de la Santé le 21 mai 2003 et est entrée en vigueur le 27 février 2005. Elle est devenue depuis l'un des traités ayant remporté la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies et elle compte déjà 168 Parties. La France a ratifié cette convention le 19 octobre 2004.

La Convention-cadre de l'OMS a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. Il s'agit d'un traité fondé sur des données factuelles, qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. La Convention représente un jalon dans la promotion de la santé publique et apporte une dimension juridique nouvelle à la coopération internationale en matière de santé.

D'après l'article 3 de la Convention, l'objectif « est de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte anti-tabac par les Parties au niveau national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée du tabac. »

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, est l'expression d'une volonté d'agir au plan mondial et elle définit les politiques essentielles de lutte antitabac. Dans ce traité historique, les dirigeants des pays affirment le droit de chacun de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre.

c. Moyens de lutte en Lorraine

Dans notre région, de nombreux moyens sont mis à la disposition des médecins généralistes le souhaitant, pour lutter contre le tabagisme. L'ensemble des praticiens y est sensibilisé et les alternatives sont nombreuses, afin de pallier au mieux aux difficultés.

Boîte sevrage tabagique [3]

En matière de lutte contre le tabagisme et dans le but d'aider les médecins généralistes dans leur consultation de sevrage tabagique au cabinet médical, l'AMPPU 54 (Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire 54) a créé un outil : la « boîte de sevrage tabagique ». Le Dr L. Franco, ancien président de l'AMPPU 54, en est l'un des concepteurs et

créateurs. Cette boîte a été diffusée à tous les médecins généralistes de la Lorraine de 2001 à 2004. Il s'agit d'une boîte qui doit être posée sur le bureau du médecin. Une face, tournée vers le patient avec la phrase « arrêter de fumer c'est possible ». L'autre face, destinée au médecin, résume l'ensemble des fiches contenu dans la boîte avec celles pouvant aider le médecin dans sa consultation (sevrage tabagique, rôle du médecin généraliste, conseil minimal, cycle de Prochaska, échelle de dépression...), ainsi que les documents qu'il peut remettre au patient.

Une thèse de médecine [95] a tenté de faire le point sur l'utilisation de cet outil et son impact. Même si l'utilisation déclarée de cet outil est faible (20% des médecins généralistes lorrains l'utilisent parmi les 748 médecins répondants notamment à l'enquête de 2008), sa diffusion a certainement contribué à la sensibilisation croissante des médecins généralistes lorrains à l'égard du sevrage tabagique.

Réseau Lorraine Stop Tabac

Le repérage d'un patient tabagique doit être réalisé par tous les médecins et, dès lors s'il ne se sent pas capable de conduire le sevrage par manque de formation, manque de temps ou même démotivation face aux échecs, il peut adresser ce patient soit à un confrère spécialisé, soit à une unité de tabacologie... Il existe, dans la région, 24 établissements de consultation de tabacologie [96] dont le Réseau Lorraine Stop Tabac, qui se situe à Behren-Lès-Forbach, en Moselle. Ce réseau offre au patient la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire [97] avec l'intervention de différents acteurs médicaux et para-médicaux : médecins généralistes ou spécialistes, pharmaciens, infirmières, sage-femme, psychologue, diététicien, ... La prise en charge échelonnée sur plusieurs consultations permet une prise en charge globale du patient.

Le GLAM et ses audits

Les médecins lorrains sont régulièrement sollicités par le GLAM, pour participer aux audits qu'il propose, afin de remettre en question les pratiques professionnelles pour améliorer la prise en charge. Le tabagisme est un sujet qui tient à cœur comme l'illustre cette liste des principaux travaux réalisés [22]:

- ✓ Le dépistage des cancers des voies aéro-digestive supérieures chez les éthylo-tabagiques ; 1997. Cet audit a fait l'objet d'une publication dans la Revue du Praticien Médecine Générale en 2000 [106].

- ✓ Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac ; 1999.
- ✓ Insuffisance coronaire stable : prise en charge ; 2002. La réduction des facteurs de risque fait parti de la prise en charge et l'arrêt du tabagisme est recommandé, entre autres.
- ✓ Repérage et intervention brève en addictologie (tabac, alcool, cannabis) ; 2009.

Ces audits sont largement diffusés en Lorraine puisqu'ils sont envoyés à tous les médecins généralistes de la région. Ils permettent une sensibilisation régulière à ce sujet.

C. Évaluation des pratiques professionnelles

1. Objectifs des évaluations des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité des soins, de la prévention et, plus généralement, de la santé publique, dans le respect des règles de déontologie. Elle résulte de l'évolution rapide des données scientifiques à intégrer dans l'exercice médical toujours plus complexe et de l'interdépendance des acteurs toujours plus spécialisés. C'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui élabore ou valide la méthode d'analyse de ces pratiques. Cette évaluation est intégrée à l'exercice médical et incluse dans une démarche organisée d'amélioration des pratiques. [99]

L'EPP consiste en « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » [99] [100]

L'évaluation des pratiques professionnelles, intimement liée à la formation médicale continue (FMC), est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2005 et s'inscrit dans le cadre du développement professionnel continu. L'évaluation des pratiques professionnelles est accréditée par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'une évaluation non sanctionnante, formative et intégrée à l'exercice du médecin. La finalité n'est pas l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen, mais bien l'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les

recommandations professionnelles. L'EPP peut se dérouler selon différentes modalités telles que :

- Les groupes d'analyses entre pairs,
- Les staffs EPP,
- Les revues de morbi-mortalité,
- Les réunions de concertation pluridisciplinaire (en cancérologie ou pour d'autres pathologies).

La Haute Autorité de Santé met à la disposition des professionnels de santé des documents permettant l'organisation et la validation de l'évaluation des pratiques professionnelles (<http://www.has-sante.fr>). Le choix des thèmes d'EPP tient compte de plusieurs paramètres : fréquence de la pratique, faisabilité de l'évaluation, existence d'une marge de progression, priorités de santé publique. L'EPP peut être mise en œuvre par des médecins habilités par la HAS, ou par des organismes agréés par la HAS. Malheureusement, le dispositif n'est pas finalisé et laisse subsister un important flou législatif, et notamment, en ce qui concerne les sanctions prévues à ceux qui ne s'y soumettent pas. Ainsi, n'étant contraint ni par la peur d'être blâmé, ni par l'envie de progresser, d'effectuer l'EPP, les médecins se démobilisent.

2. Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » et évolution vers le Développement Professionnel Continu

Le texte de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Cette loi instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le DPC est une obligation». *Article L. 4143-1 du code de la santé publique Lois relatives au dispositif de DPC.*

Le DPC regroupe donc la Formation Médicale Continu et l'EPP, et sa gestion sera donc confiée à un organisme unique de DPC : le Conseil National du DPC (CNDPC). Le DPC est obligatoire pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les

pharmaciens et préparateurs en pharmacie, ainsi que pour les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens, etc.

3. *Audit médical*

a. Définition

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet de comparer à l'aide de critères déterminés, les pratiques d'un médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants. [101]

Son objectif est d'identifier les occasions, les circonstances propices à l'amélioration de la qualité des soins et de fournir les moyens de la réaliser.

b. Méthodologie

L'audit clinique [102], se compose de six étapes :

- Choix du thème.
- Choix des critères.
- Choix de la méthode de mesure.
- Recueil des données.
- Analyse des résultats.
- Plan d'actions d'amélioration et réévaluation.

Le cadre opérationnel guide le développement de chaque étape :

- l'intitulé de l'étape fixe les contours du champ à traiter ;
- l'exploration de ce champ nécessite la définition d'un ou plusieurs objectifs opérationnels, clairs, précis, traduisant le résultat attendu ;
- la réalisation de l'objectif fixé impose la mise en place d'actions concrètes ;
- le résultat obtenu en fin d'étape doit être en conformité avec l'objectif fixé.

La sélection des critères à mesurer dans la réalité doit se limiter aux éléments représentatifs de la qualité afin que l'évaluation des pratiques s'insère dans l'activité des services sans la perturber.

L'attribution d'une valeur cible à chaque critère est recommandée. Celle-ci sera fixée en fonction de la nature du critère et des données de la littérature. L'analyse des écarts observés identifie les différentes causes qui peuvent être de nature :

- professionnelle (ex : manque de connaissances) ;
- institutionnelle (ex : manque de méthode et/ou matériels inadéquats) ;
- organisationnelle (ex : manque de coordination dans la prise en charge du patient) ;
- personnelle (ex : manque de conviction et de motivation).

Le plan d'amélioration est défini en concertation avec les professionnels après validation des causes des écarts. Il identifie :

- les mesures correctives dont la priorité est définie en fonction de la gravité des écarts et de la nature des actions à mettre en œuvre ;
- le calendrier prévisionnel ;
- le responsable de chaque action.

Une réévaluation, habituellement un an après la première étude, permet de mesurer l'impact des actions correctives. Si la sécurité du patient est en cause, des actions d'amélioration s'imposent de façon urgente et la réévaluation a lieu rapidement.

c. Obstacles à son usage en médecine générale

Ce chapitre présente les principales hypothèses de ces obstacles liés à l'audit et liés au médecin lui-même.

Obstacles liés à l'audit.

- ✓ Défauts de conception de l'audit (thème choisi non pertinent, audit trop complexe à réaliser, mode de sollicitation des médecins inadapté...).
- ✓ Contexte défavorable : le contexte social, politique, législatif ou réglementaire pourrait influencer la réalisation ou non d'audit par les médecins. En particulier, en absence de certitude quant à la possibilité pour les médecins de valoriser leur participation à l'audit dans le cadre de l'obligation de FMC et d'EPP, la participation des médecins aux audits pourrait diminuer.
- ✓ Excès d'audit.
- ✓ Absence d'indemnisation et de valorisation.

Obstacles liés aux médecins.

- ✓ Difficultés psychologiques : résistance au changement, confusion entre évaluation et jugement, risque de blessure narcissique, l'installation d'une routine et d'une inertie...
- ✓ Méconnaissance du principe de l'audit.
- ✓ Manque de temps.

4. Le G.L.A.M.

Le GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical) [22] s'est créé en 1993. Il a pour objet le développement et la promotion de l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire, au moyen de l'audit médical. Le GLAM s'est constitué en association à but non lucratif en mai 2002.

a. Historique

Sans s'attarder, voici les grandes lignes chronologiques de la création du GLAM qui s'est échelonnée sur une dizaine d'années :

- ✓ 1992 : séminaire d'initiation à l'évaluation (ANDEM/LORFORMEC)
- ✓ 1993 : constitution d'un groupe informel qui se propose de réaliser des audits
- ✓ Fin 1993 : premier tour du premier audit (intitulé « proposition de traitement hormonal substitutif de ménopause »)
- ✓ Mai 2002 : constitution de l'association

b. Fonctionnement

Le groupe de pilotage (membres du conseil d'administration et adhérents) se réunit cinq fois par an pour des séances de travail. Au cours de ces séances sont discutés les audits passés, en cours, ou futurs selon la méthodologie du GLAM. L'assemblée générale se réunit une fois par an.

c. Objectifs : « S'évaluer pour évoluer »

S'évaluer, c'est apprécier objectivement l'efficacité de sa méthode de travail pour permettre un meilleur choix pour le malade ; c'est mettre en place les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, chercher et fournir les éléments permettant d'établir les corrections nécessaires. L'évaluation médicale va nous permettre de toujours être en phase avec les avancées ou production scientifique et de mettre à jour régulièrement notre pratique au quotidien, c'est l'intermédiaire entre l'évolution de la médecine et notre pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de diffuser la production scientifique aux praticiens afin que les patients bénéficient de soins de qualité à travers une pratique améliorée et sans cesse remise à jour.

d. La charte du GLAM

- ❖ Nos audits reposent sur le volontariat et ont pour seul objet l'amélioration de la qualité des soins.
- ❖ Le GLAM est maître du choix des sujets d'audits qu'il conçoit et qui doivent répondre aux préoccupations des médecins dans leur exercice quotidien : constater un dysfonctionnement des pratiques, repérer une recommandation méconnue ou non appliquée...
- ❖ Nous gardons la liberté du choix de la méthodologie.
- ❖ Nos audits reposent sur le principe de l'autoévaluation, le plus apte à induire un changement de comportement. L'évaluation externe est envisageable si l'audit ne se prête pas à l'évaluation interne et si l'ensemble du groupe donne son accord.
- ❖ Nous sommes propriétaires des résultats et décidons de l'exploitation qui en est faite.
- ❖ Nos audits respectent l'anonymat des participants et le secret médical. Nous garantissons la confidentialité des résultats individuels.

e. Élaboration des audits du GLAM (annexe III)

Les principales étapes sont les suivantes :

- ✓ Choix d'un sujet d'audit.
- ✓ Choix d'un membre responsable qui supervise l'audit et les différentes phases :

- Choix du référentiel et des critères.
- Mise en œuvre de l'argumentaire, la grille d'audit et la lettre d'invitation.
- Recherche de partenariats éventuels.
- ✓ Définition par le groupe des objectifs à atteindre (selon les données de la littérature).
- ✓ Test de l'audit par des membres du groupe pour vérifier la faisabilité et discuter éventuellement des pistes d'amélioration.
- ✓ Envoi des grilles.
- ✓ Relance éventuelle des participants.
- ✓ Réception des grilles, analyse et exploitation des résultats.
- ✓ Envoi des résultats avec fiche de conseils en vue du second tour.
- ✓ Envoi de la grille d'audit pour le second tour.
- ✓ Réception des résultats et exploitation.

À chaque séance de travail, le groupe s'informe du déroulement de l'audit et apporte des corrections éventuelles.

5. OGC-DPC

Notre audit a été agréé par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel pour le Développement Professionnel Continu.

Quatre thèmes étaient alors proposés pour l'année 2011 :

- **Diabète de type 2:** Prise en charge des facteurs de risques vasculaires et objectifs thérapeutiques
- **Hypercholestérolémie :** prise en charge diététique et objectifs biologiques
- **Patient tabagique à haut risque :** Notre prise en charge est-elle optimale ?
- **AVK : sécurité de prescription**
- **Traitement par Antiagrégants Plaquettaires :** Les indications et la durée des traitements sont-elles respectées ?

À chaque thème correspondait une action de DPC qui serait indemnisée si elle était réalisée entièrement. Les participants devaient donc :

- ✓ être présents à la première réunion d'appropriation du sujet et de l'audit (3 h 30),
- ✓ il devait réaliser ensuite le 1^{er} tour de l'audit au cabinet,

- ✓ être présents à la deuxième réunion de restitution des résultats (exploités et restitués au préalable à chaque participant de façon anonyme grâce à un numéro). Les résultats individuels sont comparés aux résultats du groupe et à ceux de précédents groupes, ainsi qu'aux objectifs fixés. Des pistes d'améliorations sont élaborées et discutées au cours de cette réunion et chacun s'approprie les pistes qui lui conviennent. (3 h 30)
- ✓ Ils devaient réaliser le deuxième tour d'audit ;
- ✓ Puis ils recevraient par courrier les résultats de ce second tour avec étude de la progression individuelle (de façon anonyme) et du groupe.

L'indemnité correspond à une demi-journée par réunions et une demi-journée par tour d'audit, soit deux jours de formation à 15 CS par jour (690 €).

En ce qui concerne notre audit, la première réunion était fixée au 29/6/11. J'étais présente pour présenter mon audit en tant qu'expert.

25 médecins généralistes participent à cet audit. Ils réalisent le 1^{er} tour de l'audit. La prochaine réunion est fixée au 20 octobre 2011.

IV. MATERIEL ET METHODE DE L'AUDIT

A. Objectifs de l'audit

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en charge du tabagisme chez les patients présentant déjà une pathologie chronique (induite ou aggravée par le tabagisme) afin d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes lorrains volontaires et de les améliorer.

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge par sa connaissance accrue, non seulement du patient, mais également de son environnement social et familial. Il occupe cette place centrale, cette place stratégique pour donner les informations nécessaires à ses patients et les accompagner.

Nous avons réalisé cet audit de pratique qui permet d'évaluer à un moment donné les pratiques de soins d'un groupe de population donné (ici les médecins généralistes lorrains), à l'aide de critères déterminés et de comparer ces pratiques à des références admises. Le but étant de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins afin de les améliorer. En somme évaluer puis améliorer les performances des médecins.

Ainsi, ce travail d'audit nous permettrait de dégager la réelle implication du médecin généraliste face à ces patients et mènerait alors à l'élaboration de pistes d'amélioration quant à la façon d'appréhender la question du sevrage en toutes circonstances.

B. Méthodes

1. Guide méthodologique du GLAM

Ce guide méthodologique nous a permis de réaliser ce travail d'audit à travers les différentes étapes consultable en annexe III. Nous détaillerons ici les étapes importantes de ce travail. Toutes les étapes sont réalisées par le groupe de médecins qui crée et met en œuvre l'audit, il s'agit du groupe de pilotage, promoteur de l'audit.

La préparation de l'audit a débuté fin septembre 2009 et a depuis été inscrit à l'ordre du jour de neuf réunions du groupe de pilotage (dates : 02/09/09, 16/12/09, 02/02/2010, 07/04/2010, 15/6/2010, 22/09/2010, 07/12/2010, 05/04/11, 06/07/11).

2. *Choix du thème*

Le choix du sujet a été proposé par le groupe de pilotage du GLAM. Sans revenir sur l'importance de ce fléau dans la genèse des nombreuses pathologies énumérées en introduction, il semble que la Lorraine soit l'une des régions les plus touchées. Les données discutées préalablement dans ce travail et issues des études menées par les instituts de veille sanitaire renvoient aux médecins généralistes la notion de passivité. Faire le choix de ce sujet permet de mettre en évidence les failles individuelles puis collectives dans cette lutte contre la première cause de mortalité évitable dans le monde.

De plus, comme nous l'avons évoqué dans un chapitre précédent (Moyens de luttes en Lorraine : le GLAM et ses audits), il s'agit d'un thème régulièrement abordé dans les audits du GLAM depuis 1997 :

- ✓ Le dépistage des cancers des voies aéro-digestive supérieures chez les éthylo-tabagiques ; lancé en 1997.
- ✓ Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac ; 1999.
- ✓ Insuffisance coronaire stable : prise en charge ; 2002.
- ✓ Repérage et intervention brève en addictologie (tabac, alcool, cannabis) ; 2009.

3. *Choix de la cible de l'audit*

Il s'agit des médecins généralistes exerçant en Lorraine. La répartition géographique des effectifs par département est la suivante :

- ✓ Meurthe et Moselle : 765 destinataires ;
- ✓ Meuse : 173 destinataires ;
- ✓ Moselle : 992 destinataires ;
- ✓ Vosges : 360 destinataires ;

Soit un total de 2290 médecins pour la région Lorraine.

4. Méthode d'envoi des audits et financement

Nous avons adressé à chacun des 2290 médecins généralistes un courrier le 19 octobre 2010 (et donc distribution fin octobre, 7 à 8 jours après). Ces audits ont été financés sur les fonds propres du GLAM, constitués des cotisations de ses adhérents et des intérêts des subventions du FAQSV de Lorraine (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). Ainsi, par souci d'économie, les enveloppes contenaient trois audits :

1. **La prise en charge du tabagisme chez nos patients à haut risque.** Une activité spécifique de la médecine générale : repérer les patients pour lesquels le tabagisme est particulièrement délétère et les accompagner vers le sevrage.
2. **La prescription des antiagrégants plaquettaires :** le bon médicament à celui qui en a besoin...et seulement à lui, compte tenu du rapport bénéfices / risques de ces médicaments.
3. **Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) :** réservé à ceux d'entre nous, nombreux, qui prennent en charge des patients dépendants aux opiacés ; une bonne façon de vérifier que notre prise en charge est optimale.

Chaque enveloppe comportait une lettre d'invitation commune aux 3 audits (annexe IV), une lettre d'invitation (annexe V), l'argumentaire scientifique sur lequel est fondé l'audit (annexe VI), et la grille de réponse (annexe VII).

Les lettres d'invitations sont datées du 1^{er} octobre 2010, mentionnent le titre du travail et précisent également que cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale. Les critères d'inclusion, le mode d'inclusion ainsi que le nombre de patients à inclure y sont indiqués.

5. Argumentaire scientifique et validation universitaire

Notre argumentaire scientifique a été réalisé à partir de la revue de la littérature, précise la méthodologie de l'audit en général, la justification de cet audit compte tenu de la connaissance actuelle des pratiques, et sa bibliographie. Le Professeur François PAILLE a validé l'argumentaire scientifique de cet audit.

C. Matériel : grille d'audit, argumentaire et lettre d'invitation

La lettre d'invitation, l'argumentaire et la grille d'audit sont en annexes V, VI, VII. Les débats du groupe de pilotage ont permis d'établir les questions auxquelles cet audit vise à apporter une réponse :

- ❖ Parmi les patients à hauts risques, avec antécédent de tabagisme, quelle est la part de fumeurs actifs ou sevrés ?
- ❖ Pour ceux qui fument encore, nous voulons savoir s'ils ont été incités au sevrage. La motivation au sevrage a-t-elle été évaluée ?
- ❖ Un sevrage a-t-il été proposé ?
- ❖ Tenté ?

Des exemples de réponses attendues étaient indiqués sur la grille.

1. Critères d'inclusions

Le choix des critères d'inclusion a été débattu et réalisé au sein du groupe de pilotage. Il a été choisi d'inclure les patients âgés de plus de 18 ans, vus en consultation et suivis régulièrement, soit au moins trois consultations au cours des deux dernières années et présentant l'une des situations suivantes :

- ✓ Un haut risque vasculaire en prévention primaire. C'est donc en se basant sur les recommandations nationales (HAS, Afssaps) [103] que nous avons défini ce type de patient par la présence conjointe d'au moins 3 des facteurs de risque cardiovasculaire suivants : HTA traitée, diabète, dyslipidémie traitée, HDL-C < 0,40 g/l, âge (>50 pour les hommes et > 60 ans pour les femmes), antécédents familiaux d'accidents cardiovasculaires précoces (avant 55 ans chez un homme et avant 65 ans chez une femme) survenus chez le père, la mère ou un parent du premier degré.
- ✓ Un haut risque vasculaire en prévention secondaire : Maladie coronarienne (IDM), Artériopathie des membres inférieurs, AVC. (Un tableau récapitulant les facteurs de risque cardiovasculaires retenus pour l'audit été intégré à la grille).
- ✓ Une pathologie respiratoire : BPCO, Emphysème, Asthme, DDB, Mucoviscidose.

- ✓ Un cancer : broncho-pulmonaire, vessie, voies aéro-digestives supérieures.
- ✓ Une grossesse en cours.
- ✓ Une contraception oestroprogestative chez une patiente de plus de 35 ans.

Concernant le statut tabagique des patients à inclure, nous avons retenu comme critère d'inclusion :

- ❖ Les fumeurs actifs
- ❖ Les anciens fumeurs sevrés depuis moins de 20 ans, considérant qu'un délai plus long rendait peu probable l'influence du médecin évaluateur dans cette démarche.

2. Critères d'exclusions

Ont été exclus de cette étude l'ensemble des patients n'ayant jamais fumé et des patients sevrés depuis 20 ans ou plus, mais également ceux dont le suivi récent ou rare (<3 consultations en 2 ans) ne reflète pas la pratique du médecin audité. Les non-fumeurs ont été exclus de l'étude puisqu'ils auraient été majoritaires lors de l'inclusion, ce qui n'a que peu d'intérêt dans ce travail.

3. Mode d'inclusion

Le groupe de pilotage a opté pour un mode d'inclusion prospectif, permettant une meilleure homogénéité des conditions de recueil des données. Le nombre de patients à inclure par médecin a été réfléchi et simulé avec les médecins du groupe de travail, avant le lancement de l'audit, afin de fixer des objectifs réalistes et suffisamment significatifs. Les médecins participant devaient inclure au fur et à mesure les 20 premiers patients vus en consultation et répondant aux critères d'inclusion. Il a été également précisé sur les consignes d'inclusion que cette grille devait être remplie en présence du patient.

4. Critères évalués

Les débats du groupe de pilotage ont permis d'établir les questions auxquels cet audit vise à apporter une réponse :

- Parmi les patients à hauts risques, avec antécédent de tabagisme, quelle est la part de fumeurs actifs ou sevrés depuis moins de 20 ans?
- Pour ceux qui fument encore, nous voulons savoir s'ils ont été incités au sevrage.
- La motivation au sevrage a-t-elle été évaluée ?
- Un sevrage a-t-il été proposé ?
- Dans le cas où il aurait été proposé et accepté, a-t-il été tenté ?

Les médecins participants à l'audit devaient répondre aux questions suivantes :

- Quel est l'âge du patient ? La réponse doit être donnée en années.
- Quel est le sexe du patient ? Ils devaient alors cocher soit la case F pour féminin, soit la case M pour masculin.
- Quels sont les antécédents à risque du patient, permettant donc l'inclusion du patient ? Les exemples figurant sur la grille rapportent un patient BPCO et une patiente diabétique souffrant également d'HTA et dont l'âge l'inclut dans la catégorie des patients à haut risque vasculaire...
- Quel est le statut tabagique du patient ? Actif ou sevré depuis moins de 20 ans ?
- Dans le cas où il existe un tabagisme actif, le médecin généraliste devait soit se renseigner auprès du patient soit avoir une notion dans le dossier de :
 - l'évaluation de la motivation au sevrage, il devait alors cocher oui, non ou sans objet (cette case concerne les patients qui ne fument plus depuis moins de 20 ans)
 - un sevrage a-t-il été proposé ? il devait répondre en cochant soit la case oui, soit non ou SO
 - un sevrage a-t-il été tenté ? il devait répondre en cochant soit la case oui, soit non ou SO
- Une colonne intitulée « commentaires » était à la disposition du médecin pour chaque patient.

Le nombre de questions et de critères d'évaluation a été élaboré pour fournir au médecin une grille lisible, facile et rapide à remplir. Ces grilles ont été testées avant le lancement du 1^{er} tour pour s'assurer de la faisabilité de l'audit.

5. *Durée de recueil et/ou nombre de patients à inclure*

Le groupe de pilotage n'a volontairement pas fixé de durée de recueil, l'important étant alors d'inclure un maximum de médecin sans réelle limite de temps, mais le premier tour a duré six mois (d'octobre 2010 à mars 2011). Le nombre de patients à inclure a été fixé à 20. Le second tour a été lancé fin mai 2011.

6. *Réalisation du test de faisabilité*

Le test de faisabilité a été réalisé par les membres du groupe de pilotage, les modifications ont été discutées et validées lors des réunions de travail de groupe.

D. Définition des objectifs (en vue du 2^e tour)

Pour chaque critère de la grille d'audit, des objectifs, considérés comme devant être la norme, sont fixés préalablement. Ils servent de références auxquelles seront comparés les résultats des médecins, lors des réunions de travail. Ces normes sont définies en débattant de ce qu'il serait normal et cohérent d'obtenir comme résultats. Ces objectifs ont été fixés lors de la réunion du groupe de travail du 7/12/10. Ainsi, Le groupe de pilotage a estimé que :

- 90 % des dossiers médicaux devaient faire mention d'une évaluation de la motivation au sevrage ou 90 % des patients se souviennent de cette question (*la question a été évoquée*) ;
- 90 % des dossiers médicaux devaient faire mention d'une proposition de sevrage ou 90 % des patients se souviennent de cette proposition de sevrage ;
- 75 % des dossiers médicaux devaient faire mention d'un sevrage tenté ou 75 % des patients ont tenté un sevrage. Nous avons débattu cet objectif en regard des résultats du baromètre santé 2005. En effet, en 2005, 75 % des fumeurs réguliers avaient déjà arrêté de fumer pendant au moins une semaine au cours de leur vie et près de 60 % ont actuellement envie de s'arrêter [104].

E. Recueil des grilles et relances éventuelles

Les médecins devaient envoyer leur grille, préalablement anonymisée, par voie postale au secrétariat du GLAM à Metz.

Les grilles ont été comptabilisées par Mme France CAMERLENGO secrétaire de l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU) et du GLAM.

En pratique, les parties de la grille qui comportaient les numéros et noms des patients (par ordre chronologique d'inclusion) ont été découpées pour être détachées des réponses de l'audit, puis ont été archivées afin d'être exploitées si nécessaire.

Des relances ont été effectuées par des courriels émanant du GLAM pour les audits en cours. Ainsi, un courriel consacré à notre audit a été envoyé le 13 mars 2011.

F. Exploitation du 1^{er} tour

Il n'y a pas de méthodologie standardisée pour exploiter les résultats d'audits. Les grilles ont été dépouillées et les données ont été informatisées à l'aide du tableur Microsoft Excel version 2007.

Les statistiques ont été effectuées pour chaque médecin et les résultats de chacun ont été comparés à ceux de l'ensemble du groupe, ainsi qu'aux objectifs fixés préalablement. En vue du second tour, les objectifs non atteints ont été isolés.

Pour chaque critère, nous avons déterminé le résultat global des 21 médecins participants, puis leur résultat individuel. A noter que les patients qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion n'ont pas été pris en compte dans les résultats.

L'objectif atteint par chaque médecin a été calculé en effectuant le rapport du nombre de patients ayant atteint l'objectif pour le critère considéré et du nombre de patients inclus par le médecin évalué.

Les différentes variables ont été exprimées pour chaque médecin et pour l'ensemble des participants, permettant d'illustrer la pratique de chacun :

- nombre moyen de patients inclus ;
- pourcentage de patients à haut risque, fumeurs et sevrés ;
- pourcentage de patient à haut risque cardiovasculaire, respiratoire, carcinologique, et gynéco-obstétrique ;

- pourcentage de patients fumeurs dont la motivation au sevrage a été évaluée ;
- pourcentage de patients fumeurs qui se sont vus proposer un sevrage ;
- pourcentage de patients fumeurs qui ont tenté un sevrage.

G. Présentation des résultats, recommandations et annonce du second tour (annexes VIII, IX, X)

Les résultats ont ensuite été envoyés à l'ensemble des participants (31 mai 2011). L'inclusion de nouveaux patients se poursuivait. Nous avons également contacté le médecin dont la grille était inexploitable par défaut de compréhension des critères d'inclusions. Il a exprimé son accord pour recommencer le 1^{er} tour.

Les résultats des participants ont été présentés sous forme d'un tableau comprenant d'une part les résultats de l'ensemble des participants et, d'autre part, les résultats individuels de chaque participant.

Ce tableau a été accompagné d'une synthèse mettant en avant les points principaux se dégageant de l'analyse des résultats du premier tour, et des pistes d'amélioration, dans le but d'optimiser la prise en charge et atteindre les objectifs fixés.

Nous avons également profité de l'envoi de ces résultats pour lancer immédiatement le second tour. Seulement huit mois séparent les deux tours, au lieu de 12, mais les médecins volontaires au premier tour ont eu le temps de réfléchir et de mettre en place les pistes d'amélioration que nous leur avions proposées.

Au vu des résultats du 1^{er} tour, la grille du 2nd tour a bénéficié de quelques adaptations afin de simplifier davantage l'inclusion. Seuls les critères d'inclusions majoritairement utilisés lors du 1^{er} tour persistaient : un haut risque **cardio-vasculaire en prévention primaire** (défini par au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire) ou **en prévention secondaire**, et enfin l'existence d'une pathologie **respiratoire**.

Afin de s'assurer d'une participation au second tour, nous avons contacté les 9 et 10 juin 2011 les médecins volontaires au 1^{er} tour, soit par téléphone, soit par courriel. Les entretiens ont été brefs mais chaleureux, et, m'ont permis de confirmer leur participation au second tour tout en éclaircissant d'éventuels points d'incompréhension. Tandis que certains

avaient déjà commencé à inclure les patients, d'autres terminaient l'inclusion pour d'autres travaux d'audits ...

Nous avons également profité de ce moment privilégié pour leur poser une question qui me semble avoir également son importance comme facteur de participation à cet audit : fumez-vous ? Avez-vous fumé ? Nous aborderons le sujet dans la discussion.

Une seconde relance téléphonique a été réalisée les 9 et 11 juillet 2011. Une dernière relance a été effectuée début août.

H. Exploitation du 2^e tour

L'analyse des grilles du 2^e tour est effectuée de la même manière que pour le 1^{er} tour.

V. RESULTATS

A. Premier tour

1. *Nombre de médecins participants et de patients inclus*

Les audits ont été envoyés par courrier postal aux 2290 médecins généralistes de la région Lorraine (Meurthe et Moselle, Moselle, Vosges et Meuse) début octobre 2010.

Le 9 juillet 2011, 22 grilles sont revenues dont 1 grille inexploitable (les critères d'inclusions n'ont pas été compris), soit un taux de participation de 1%.

- ❖ 10 grilles proviennent de la Moselle, soit un taux de participation, pour la Moselle, de 1% ;
- ❖ 6 grilles de la Meurthe et Moselle (dont 1 inexploitable), soit un taux de participation de 0.8% pour la Meurthe et Moselle ;
- ❖ 5 grilles des Vosges soit un taux de participation de 1.4% pour les Vosges ;
- ❖ 1 grille de la Meuse soit un taux de participation de 0.6% pour la Meuse ;

Un total de 353 patients a été inclus, soit une moyenne de 16.8 patients par participants.

La figure 13 illustre le nombre de patients inclus par les médecins :

- 12 médecins ont inclus 20 patients ;
- 3 médecins ont inclus 15 à 19 patients ;
- 4 médecins ont inclus 10 à 14 patients ;
- 2 médecins ont inclus moins de 10 patients ;

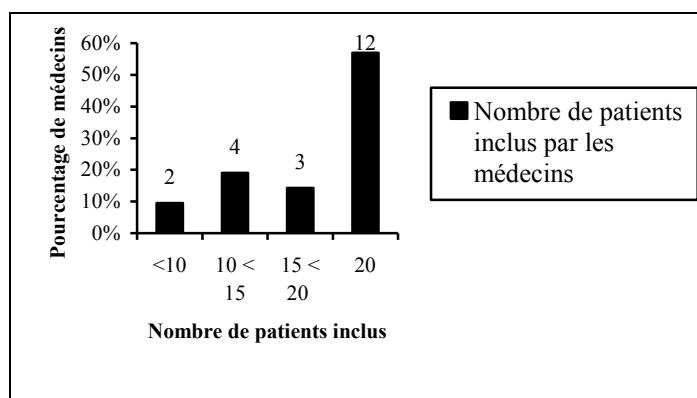


Figure 13: Nombre de patients inclus par les médecins.

2. Analyse de la population incluse

a. Âge/Sexe

La moyenne d'âge des patients inclus est de 57.4 ans. Les deux âges extrêmes de la population sont 18 ans et 90 ans. Le critère âge était manquant chez 2 patients que nous avons décidé d'inclure, considérant que les consignes avaient été comprises par le médecin audité.

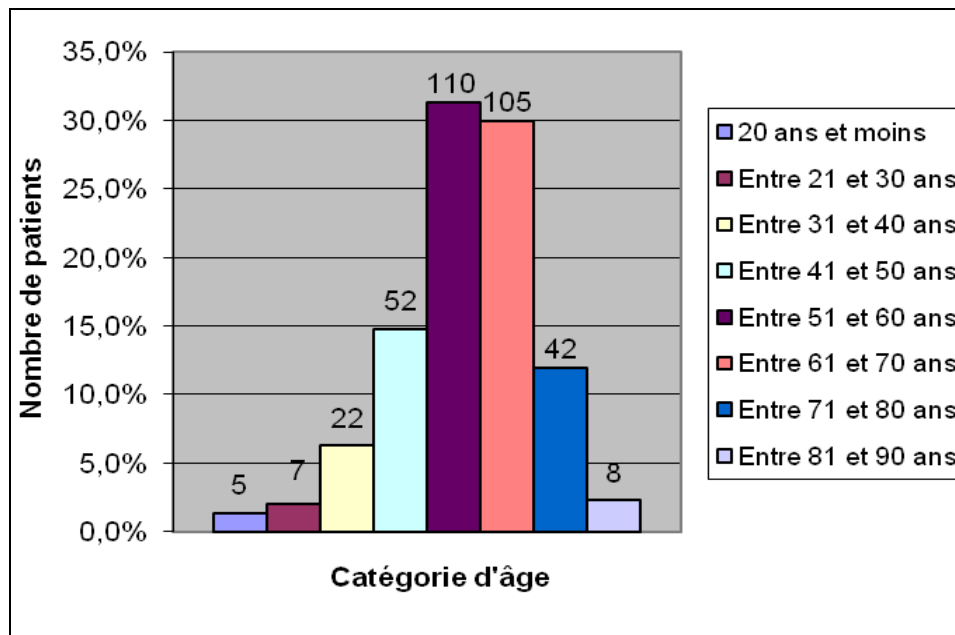


Figure 14: Nombre de patients inclus par catégorie d'âge

Cet échantillon est constitué à 34.8% (123) par des femmes et à 65.2% (230) par des hommes.

b. Tabagisme actif/sevré

Parmi les patients inclus par les médecins, il existe un tabagisme actif chez 63.7% (225) des patients (353) (dont 96 (42.7%) femmes et (57.3%) 129 hommes) et un tabagisme sevré depuis moins de 20 ans chez 36.3% d'entre eux.

Les médecins ont inclus en moyenne 10.7 patients présentant un tabagisme actif et 6.1 patients sevrés depuis moins de 20 ans.

c. Facteurs de risque des patients

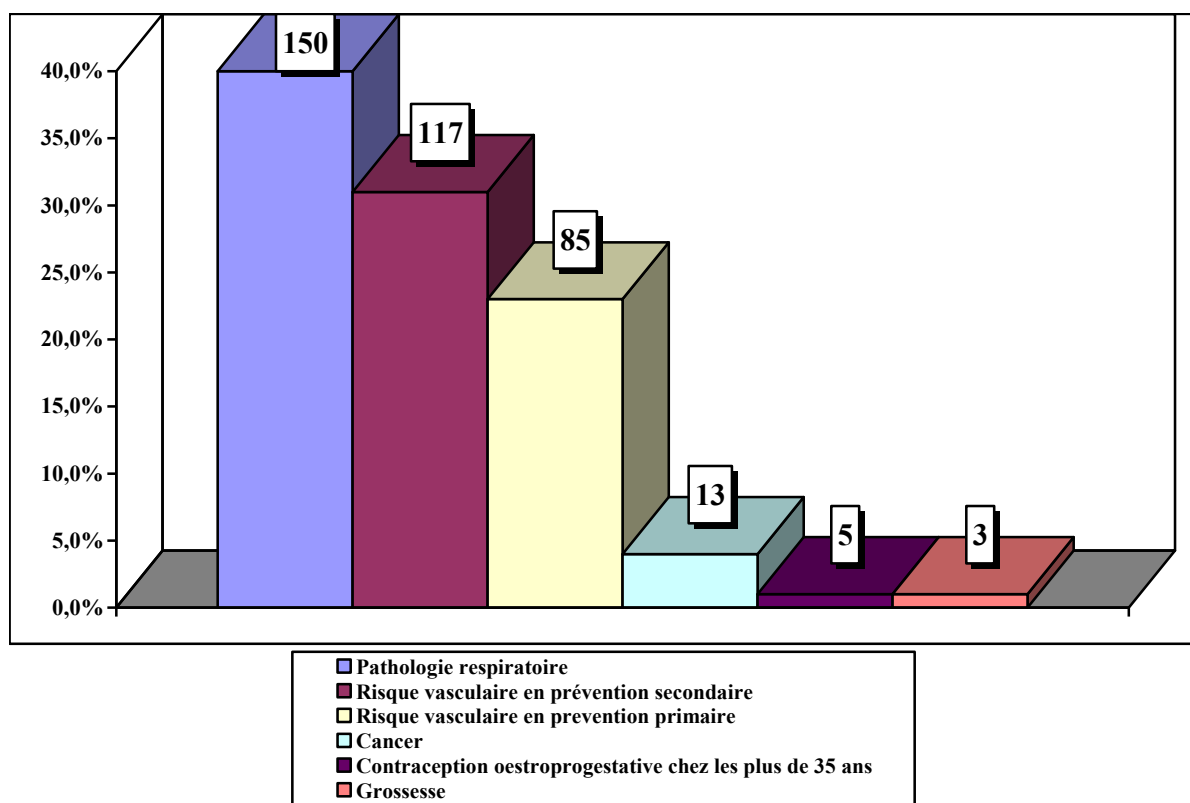


Figure 15: Répartition des patients selon les antécédents à haut risque.

Le facteur de risque le plus fréquemment rencontré était la pathologie respiratoire (BPCO, asthme...), puis les facteurs de risque cardio-vasculaires (prévention secondaire puis primaire), les cancers (broncho-pulmonaire, vessie, VADS), la contraception oestroprogestative (>35 ans) et enfin la grossesse.

Certains patients étaient inclus pour plusieurs facteurs de risque, par exemple un patient BPCO et un facteur de risque en prévention secondaire...c'est pourquoi, bien qu'il y ait 353 patients inclus, nous obtenons 373 critères d'inclusion.

Par ailleurs, une grille était inexploitable puisque les critères d'inclusion n'étaient pas compris. Le médecin avait inclus 20 patients, 13 patients pour « antécédents familiaux » uniquement, 1 critère non renseigné, 1 « âge » uniquement, 1 « diabète » uniquement...Alors qu'il fallait trois facteurs de risque cardio-vasculaires sur cinq pour être inclus.

3. Analyse des résultats par médecin

La majorité des grilles était exploitable (21) à l'exception d'une, par défaut de compréhension des consignes. L'âge était manquant pour deux patients qui ont tout de même été inclus.

Pour chaque critère, nous visualiserons la répartition des différents médecins en fonction de leurs résultats individuels, par rapport à l'objectif fixé et aux autres participants.

a. Répartition des fumeurs actifs parmi les patients inclus par les médecins

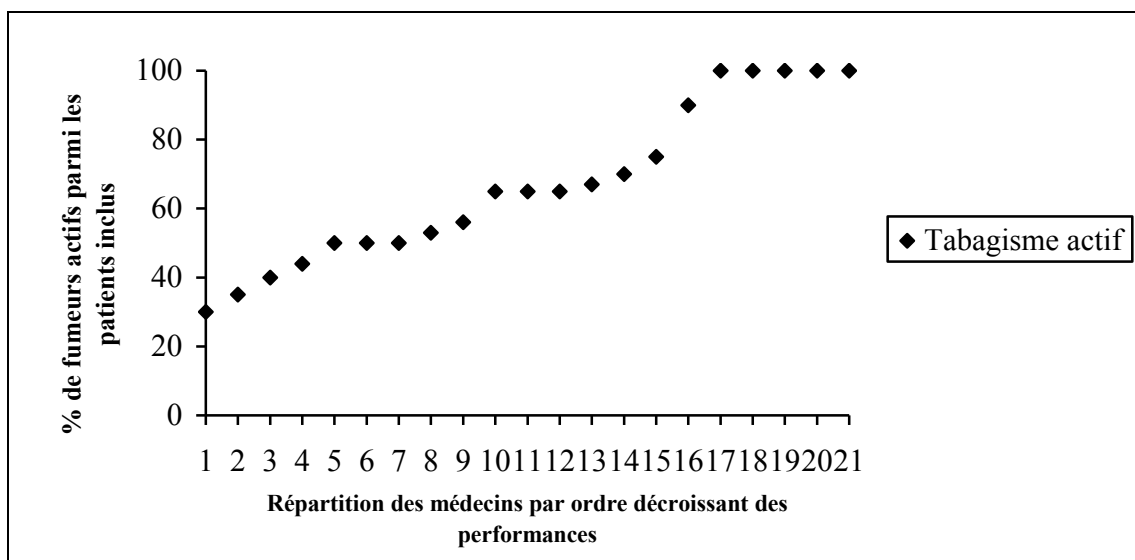


Figure 16: Distribution selon les médecins du pourcentage de patients fumeurs actifs parmi les patients inclus.

Il s'agit de la proportion de fumeurs actifs parmi les patients inclus par les médecins généralistes, et donc du rapport de fumeurs actifs sur les fumeurs actifs et sevrés.

Bien que cette figure ne soit pas représentative des patientèles de nos médecins participants, nous voulions tout de même illustrer ce cas. Certains médecins n'ont inclus que des patients fumeurs actifs. D'autres médecins ont une patientèle plus variée avec alternance des patients fumeurs actifs/patients sevrés. Ainsi certains médecins ont 100% de fumeurs actifs tandis que d'autres 30% : nous gageons qu'une bonne partie de la différence tient à l'investissement du médecin.

64% des médecins participants ont plus de 50% de patients fumeurs actifs dans leur population à risque.

b. Évaluation de la motivation au sevrage

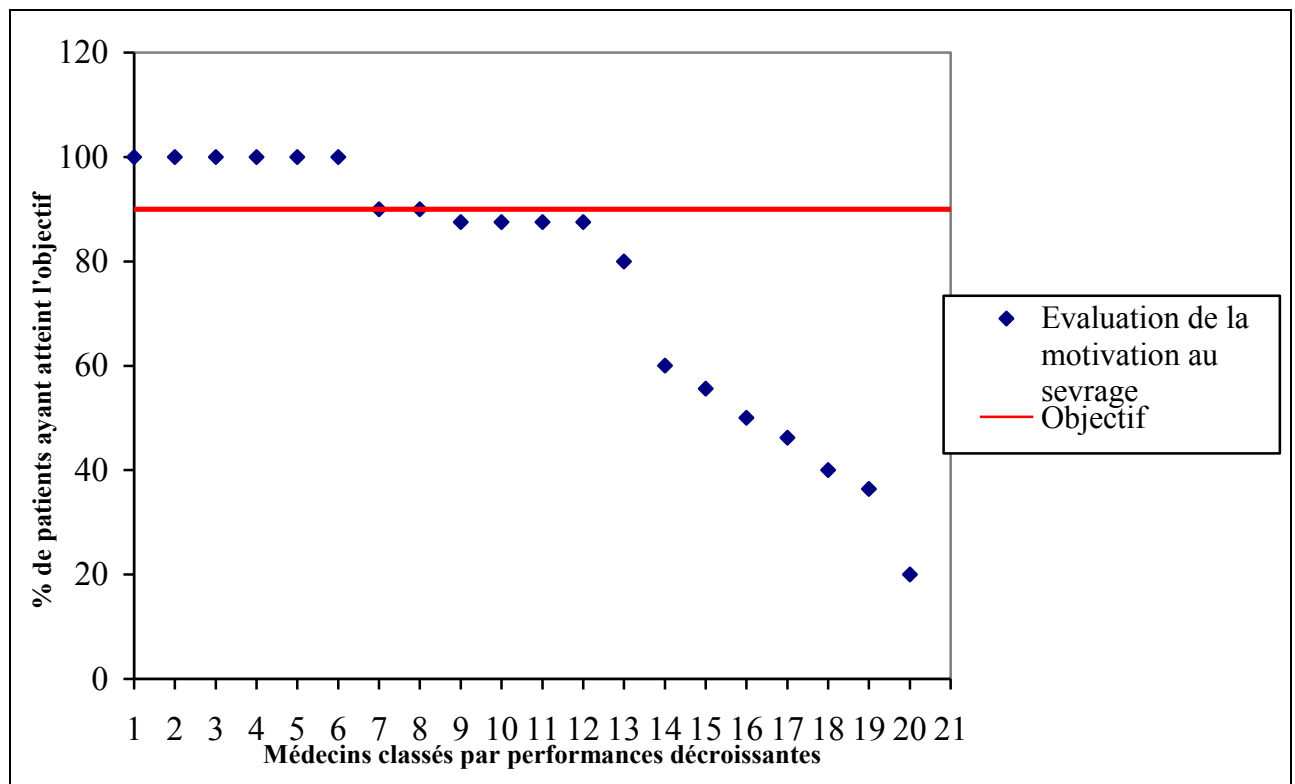


Figure 17: Distribution de la performance des 21 médecins. Évaluation de la motivation au sevrage.

Concernant le critère « évaluation de la motivation de sevrage », l'objectif fixé était de 90%.

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de patients tabagiques dont la motivation au sevrage a été évaluée est de 73% au premier tour. Seuls 40% des médecins ont atteint l'objectif. Ce critère n'était pas renseigné pour un médecin. Nous l'avons d'ailleurs contacté et il a accepté de réaliser à nouveau ce 1^{er} tour.

c. Proposition de sevrage

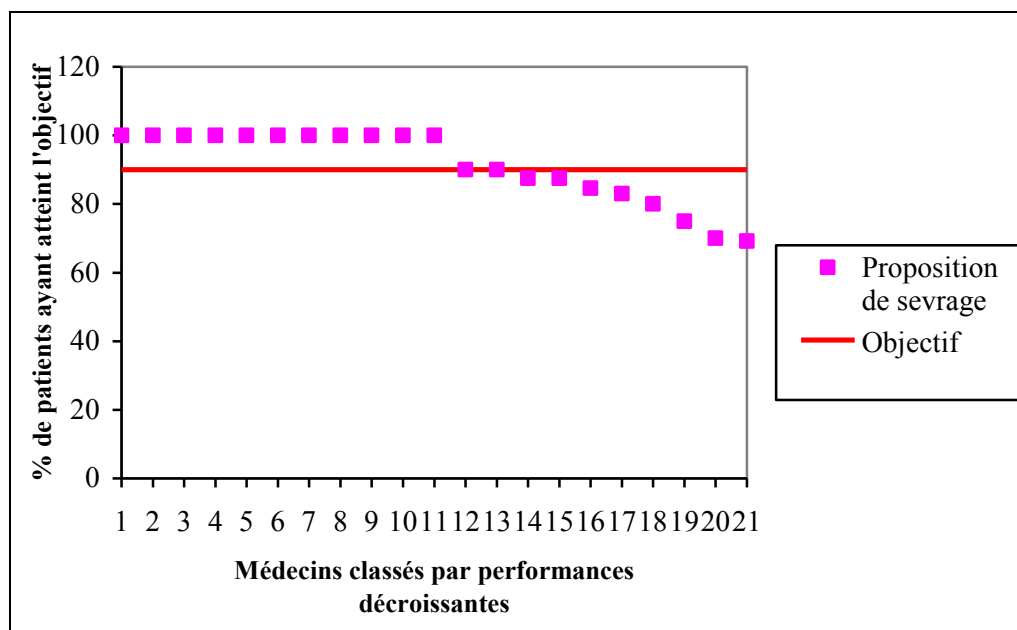


Figure 18: Distribution de performance des 21 médecins. Proposition de sevrage.

L'objectif du taux de proposition de sevrage a également été fixé à 90%.

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de patients tabagiques qui se sont vus proposer un sevrage était de 92%. L'objectif a été atteint pour 62% des médecins avec un résultat de 100% pour 11 d'entre eux.

d. Tentative de sevrage

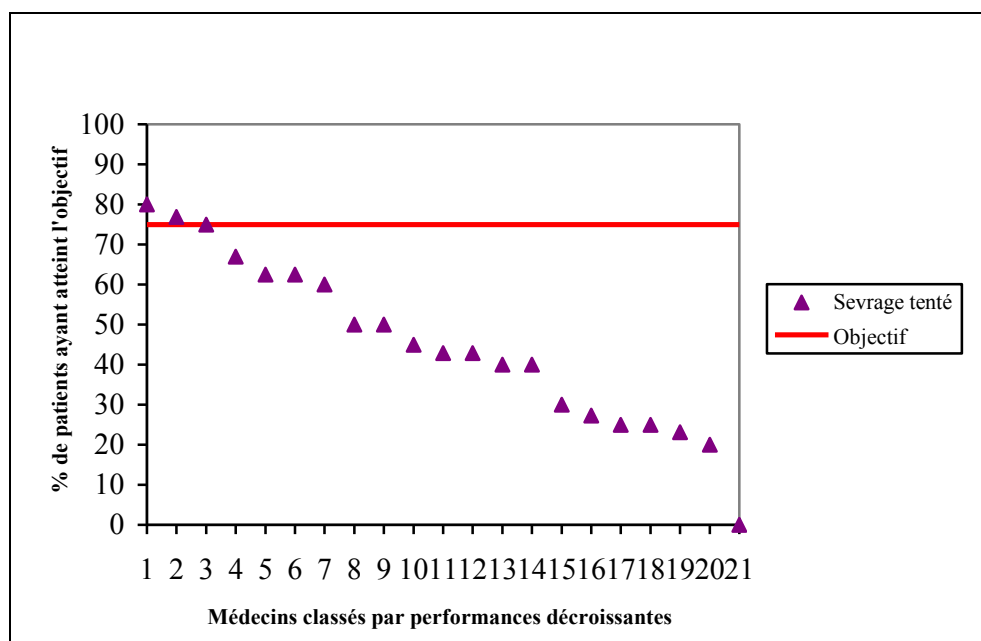


Figure 19: Distribution de performance des 21 médecins. Essai de sevrage.

Enfin, concernant l'essai de sevrage, le groupe de travail a fixé la barre d'objectif à 75%.

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de patients tabagiques qui ont tenté un sevrage était de 45%. Ainsi, 14% des médecins ont atteint l'objectif.

Cette figure illustre parfaitement la variabilité des pratiques qu'il existe entre les médecins, certains médecins ont 80% de leurs patients qui ont tenté un sevrage tandis que d'autres n'en ont que 20%. L'influence du médecin sur la prise en charge de ses patients, et, le potentiel d'amélioration sont une réalité...

e. Synthèse des critères

63.7% de l'ensemble des patients (353 inclus) sont fumeurs actifs.

- en ce qui concerne l'évaluation de la motivation au sevrage, dont l'objectif était fixé à 90% par le GLAM, seuls 40% des médecins ont atteint cet objectif;

-62% des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne la proposition de sevrage (90% des patients);

-14% des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne un sevrage tenté (75% des patients);

3 médecins sur 21 ont atteint l'ensemble des objectifs.

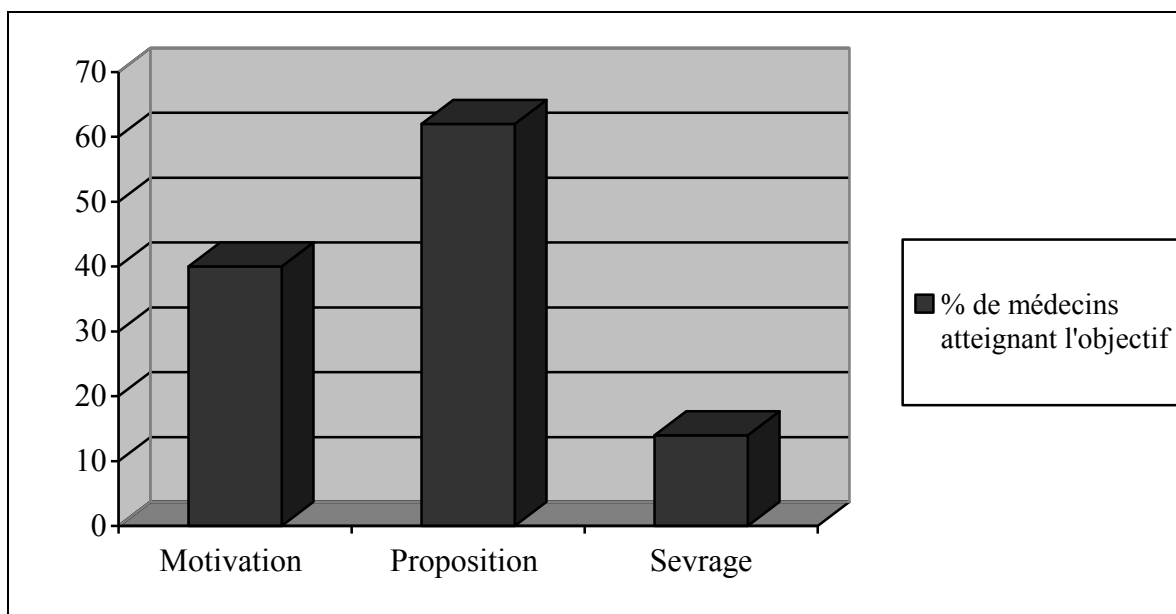


Figure 20: Proportion des médecins atteignant les objectifs fixés pour les différents critères.

B. Second tour

Le second tour a été lancé le 31 mai 2011. Une première relance a été effectuée par contact téléphonique et/ou courriel le jeudi 9 et vendredi 10 juin 2011. Une seconde relance les 9 et 11 juillet 2011. Une dernière relance est effectuée début août 2011.

1. Nombre de médecins participant et de patients inclus

Parmi les 21 médecins dont les grilles étaient exploitables au 1^{er} tour, 17 médecins ont à ce jour (16/8/11) renvoyé leur grille du 2nd tour, ce qui correspond à un taux de participation de 81%.

Un total de 265 patients a été inclus, soit une moyenne de 15.6 patients par participant. La figure 21 illustre le nombre de patients inclus par les médecins :

- 6 médecins ont inclus 20 patients ;
- 6 médecins ont inclus 15 à 19 patients ;
- 2 médecins ont inclus 10 à 14 patients ;
- 3 médecins ont inclus moins de 10 patients ;

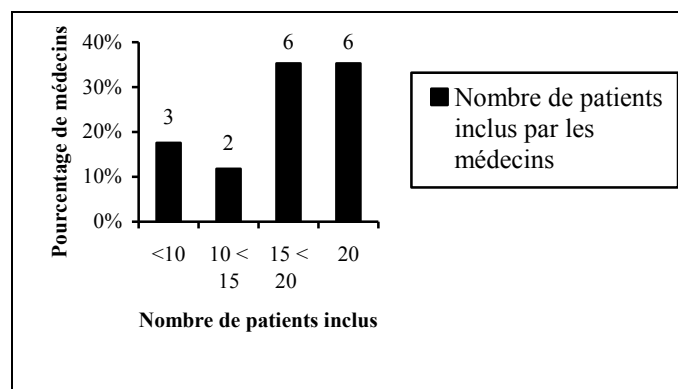


Figure 21: Nombre de patients inclus par les médecins.

2. Analyse de la population incluse

a. Âge/Sexe

La moyenne d'âge des patients inclus est de 60 ans. Les deux âges extrêmes de la population sont 19 ans et 89 ans. La répartition des patients selon leur catégorie d'âge est illustrée par la figure 12. L'âge était manquant chez un patient qui a tout de même été inclus.

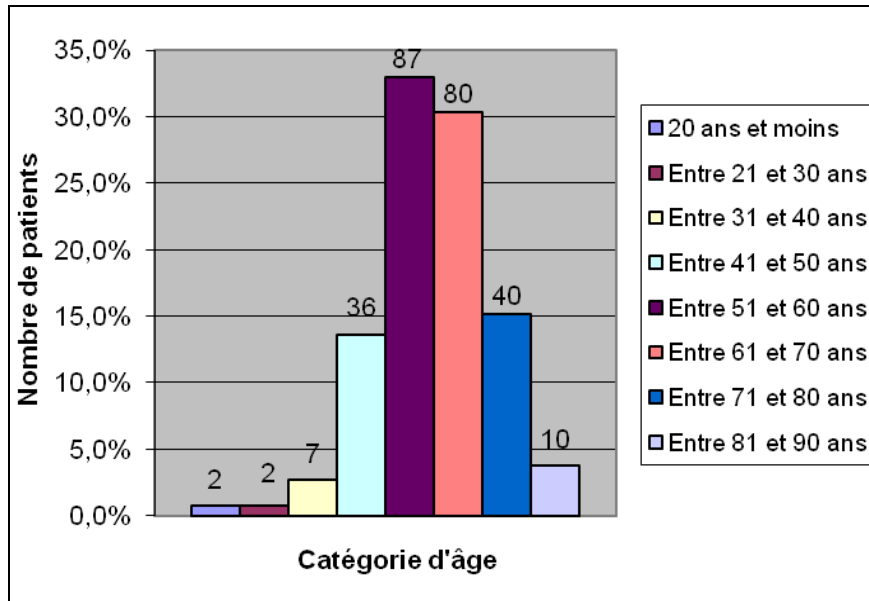


Figure 22: Nombre de patients inclus par catégorie d'âge

Cette population est constituée à 33% (88) par des femmes et à 67% (177) par des hommes.

b. Tabagisme actif/sevré

Parmi les patients inclus par les médecins, il existe un tabagisme actif chez 60% (159) des patients (265) (représenté à 40% (64) par des femmes et à 60% (95) par des hommes) et un tabagisme sevré depuis moins de 20 ans chez 40% d'entre eux.

Les médecins ont inclus en moyenne 9.4 patients présentant un tabagisme actif et 6.2 patients sevrés depuis moins de 20 ans.

c. Facteurs de risque des patients

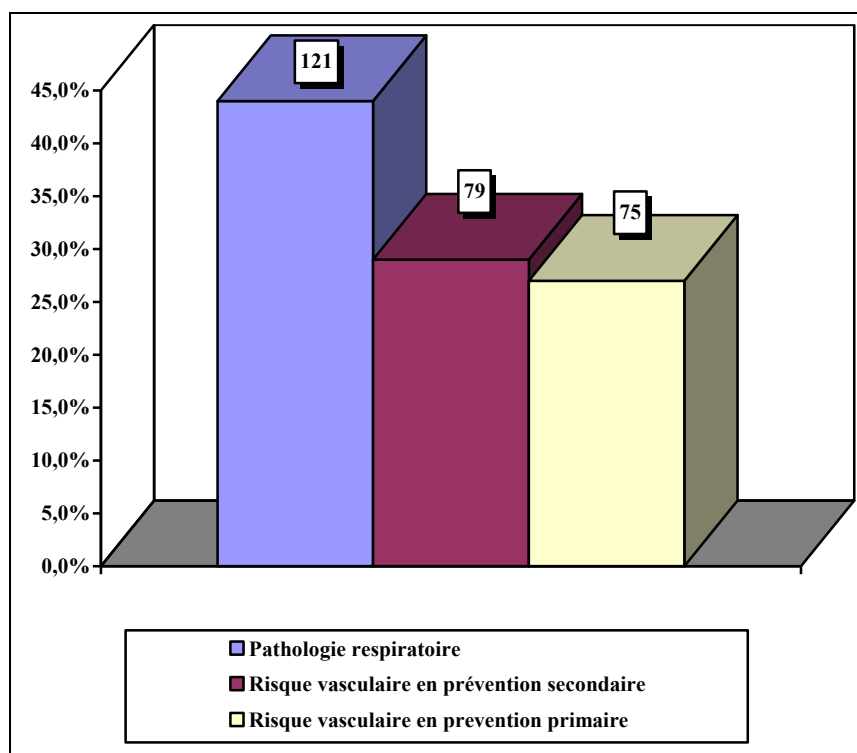


Figure 23: Répartition des patients selon les antécédents à haut risque.

Le facteur de risque le plus fréquemment rencontré était la pathologie respiratoire, puis les facteurs de risques cardio-vasculaires en prévention secondaire et enfin en prévention primaire.

Tout comme nous l'avions mentionné lors du 1^{er} tour, certains patients étaient inclus pour plusieurs facteurs de risque, c'est pourquoi, bien qu'il y ait 265 patients inclus, nous obtenons 275 critères d'inclusions.

3. Analyse des résultats par médecin

Pour chaque critère, nous visualiserons la répartition des différents médecins en fonction de leurs résultats individuels, par rapport à l'objectif fixé et aux autres participants.

a. Répartition des fumeurs actifs parmi les patients inclus par les médecins

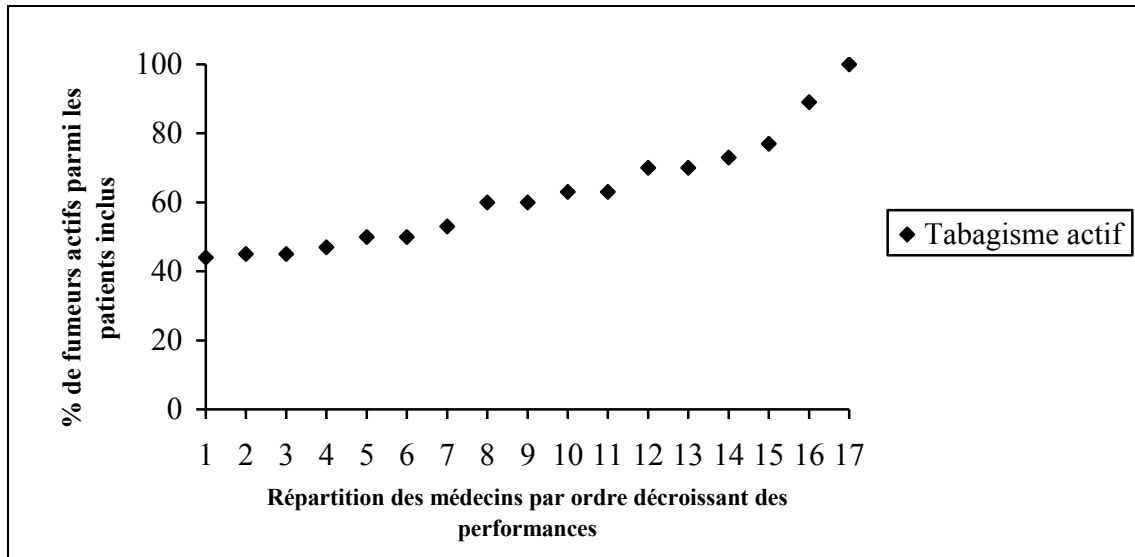


Figure 24: Distribution selon les médecins du pourcentage de patients fumeurs actifs parmi les patients inclus.

Il s'agit de la proportion de fumeurs actifs parmi les patients inclus par les médecins généralistes, et donc du rapport de fumeurs actifs sur les fumeurs actifs et sevrés.

La répartition de cette distribution s'étend pour le second tour de 44% à 100% de patients tabagiques actifs parmi les patients inclus.

65% des médecins participants comptent plus de 50% de patients fumeurs actifs dans leur population à risque.

b. Évaluation de la motivation au sevrage

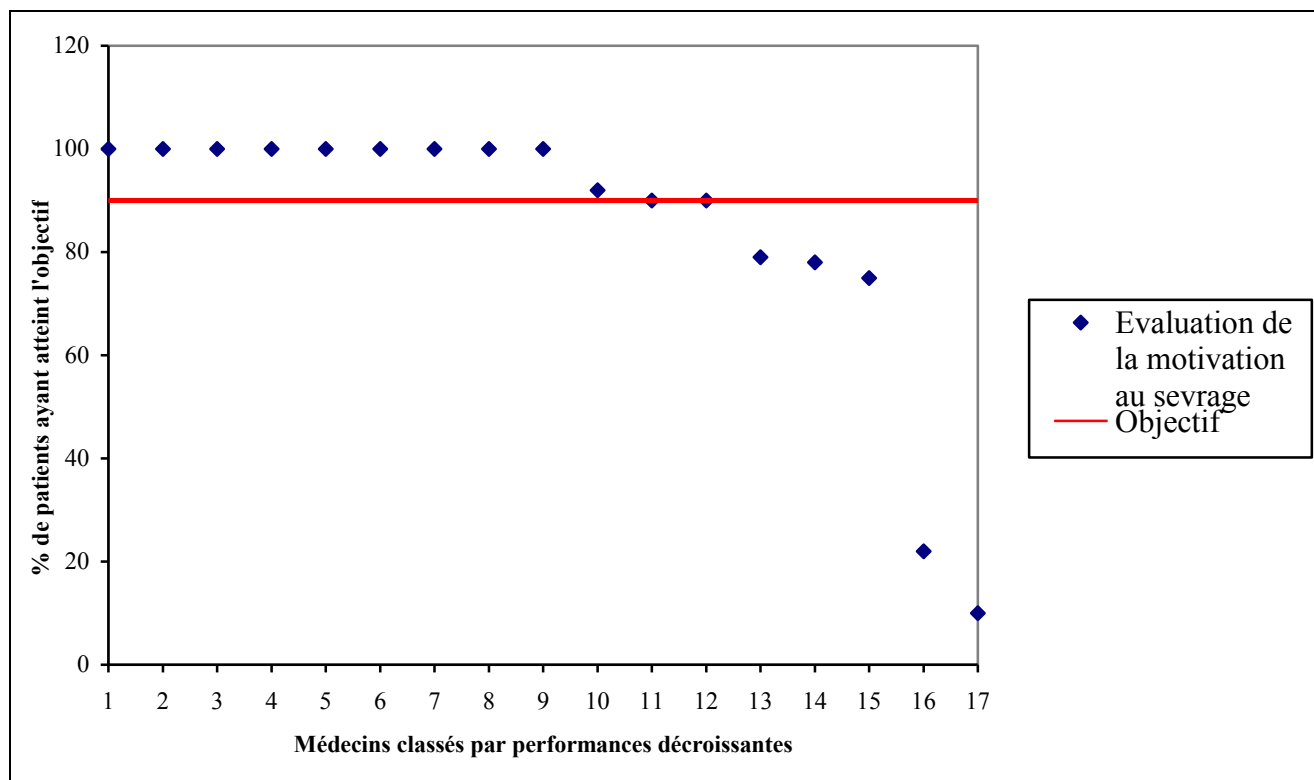


Figure 25: Distribution de la performance des 17 médecins. Évaluation de la motivation au sevrage.

Concernant le critère « évaluation de la motivation de sevrage », l'objectif fixé était de 90%.

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de patients tabagiques dont la motivation au sevrage a été évaluée est de 84% au second tour.

71% des médecins ont atteint l'objectif.

c. Proposition de sevrage

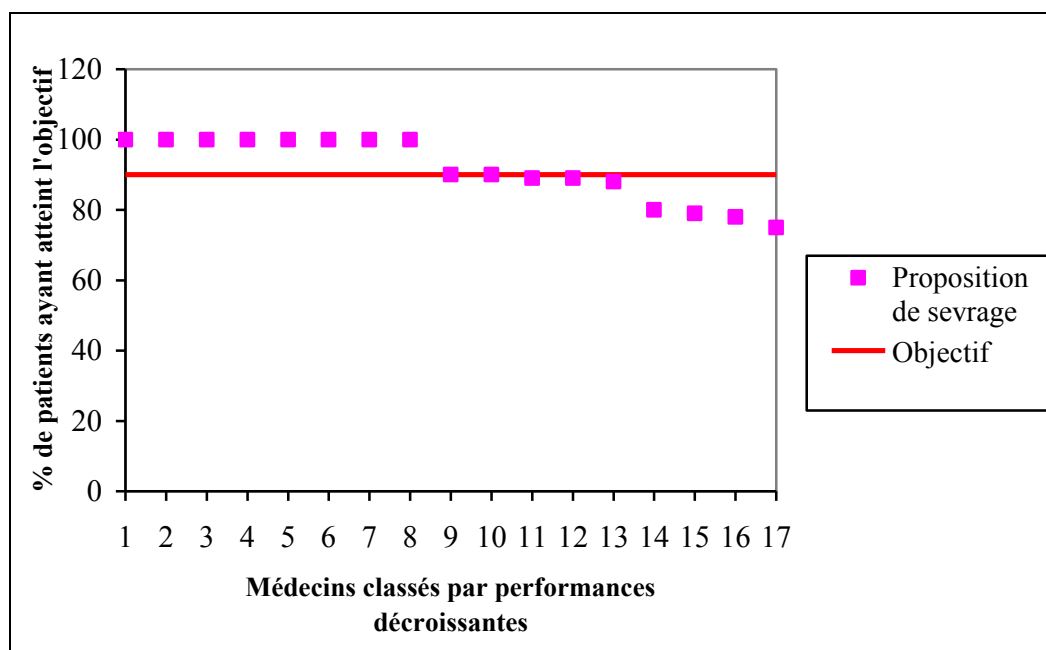


Figure 26: Distribution de performance des 17 médecins. Proposition de sevrage.

L'objectif du taux de proposition de sevrage a également été fixé à 90%.

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de patients tabagiques qui se sont vus proposer un sevrage était de 91%. L'objectif a été atteint pour 59% des médecins.

d. Tentative de sevrage

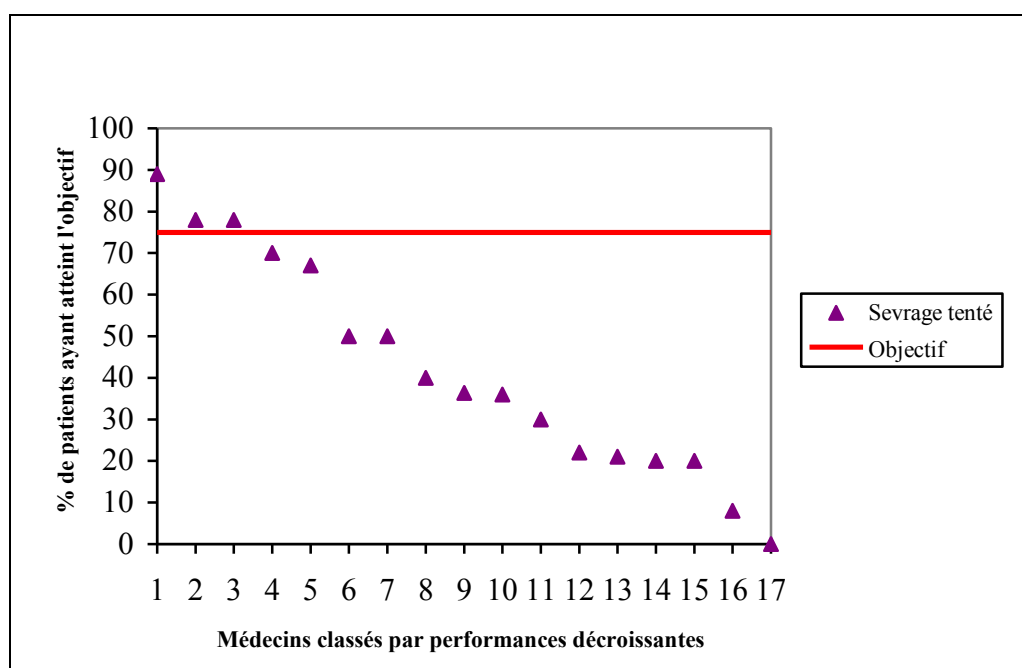


Figure 27: Distribution de performance des 17 médecins. Essai de sevrage.

Enfin, concernant l'essai de sevrage, le groupe de travail a placé la barre d'objectif à 75%.

Sur l'ensemble des inclusions, le pourcentage de patients tabagiques qui ont tenté un sevrage était de 42%. Ainsi, 18% des médecins ont atteint l'objectif.

e. Synthèse des critères

60% de l'ensemble des patients (265 inclus) sont fumeurs actifs.

En ce qui concerne l'évaluation de la motivation au sevrage, dont l'objectif était fixé à 90% par le GLAM, 71% des médecins ont atteint cet objectif ; 59% des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne la proposition de sevrage (90% des patients) ; Enfin, 18% des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne un sevrage tenté (75% des patients);

Un seul médecin sur 17 a atteint l'ensemble des objectifs.

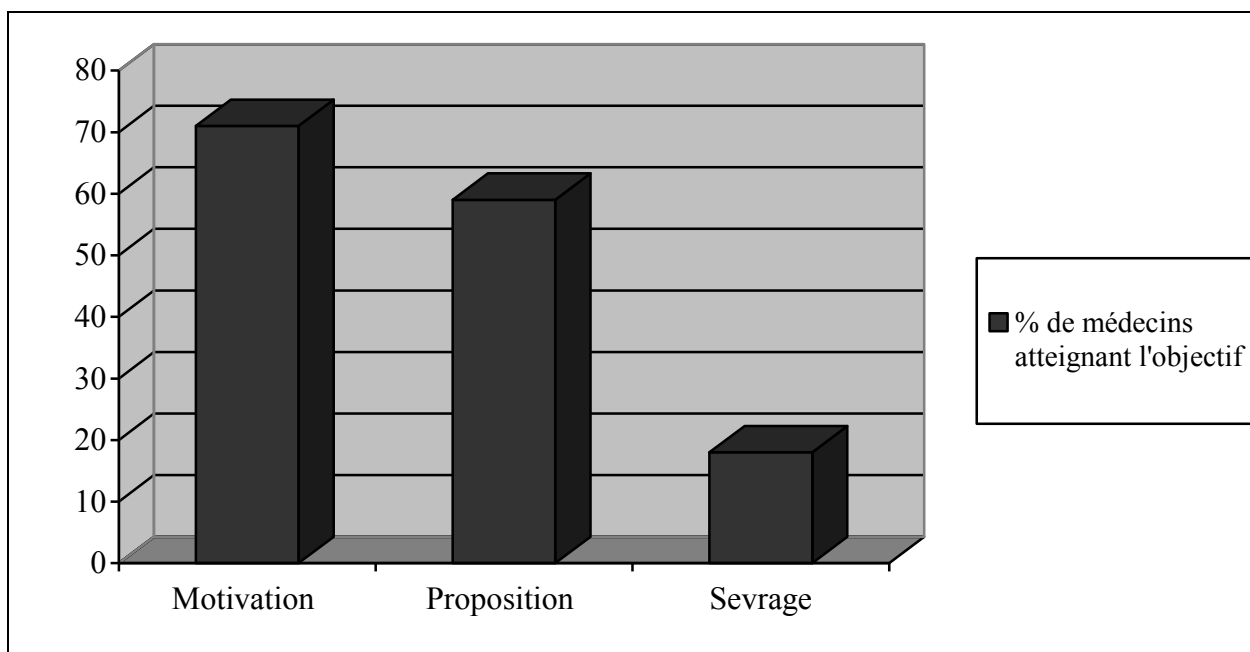


Figure 28: Proportion des médecins atteignant les objectifs fixés pour les différents critères.

VI. DISCUSSION

A. Limites de l'audit

1. Taux de participation

a. Notre audit

Le taux de participation est extrêmement faible (1%). Sur les 2290 médecins généralistes lorrains sollicités, seuls 22 médecins ont participé au 1^{er} tour de l'audit. Les principales raisons permettant d'expliquer en partie ce faible taux de participation sont les suivantes :

- ✓ Le Développement Professionnel Continu, regroupant FMC et EPP, est obligatoire pour tous les professionnels de santé, certes, mais les modalités de mise en place restent floues et peu d'entre nous se sentent réellement concernés...
- ✓ Les médecins participant n'étaient pas indemnisés ce qui a sans doute influé sur l'absence de participation à cet audit ;
- ✓ Certains médecins croisés lors de réunions à la faculté rapportent le manque de temps, le fait qu'il y ait trop d'audits (notre audit a été lancé en même temps que deux autres audits) ;
- ✓ Certains peuvent aussi être découragés face aux échecs, le sentiment d'être inutile dans ce domaine...
- ✓ Nous pouvons ajouter un manque de motivation, un thème n'intéressant pas ou plus les médecins généralistes ;
- ✓ Les médecins généralistes méconnaissant l'audit pourraient ne pas croire en l'efficacité de ce travail, or la rigueur induite par cet audit améliore la prise en charge des patients et permet à terme d'élaborer des axes de recherche permettant l'amélioration de notre pratique.
- ✓ L'audit est une pratique qui dérange, les médecins généralistes peuvent soit s'estimer suffisamment au point pour ne pas avoir à s'auto-évaluer et se comparer, soit au contraire, ne veulent pas se comparer par peur de ne pas être aussi performants qu'ils le pensaient. Même si l'anonymat est la règle, certains médecins ne veulent pas être comparés à d'autres...

- ✓ Cet audit était particulièrement difficile en raison des critères d'inclusion restrictifs et de la durée nécessaire au recueil.
- ✓ Mais surtout, tous nos audits explorant les addictions connaissent ces difficultés et sont le témoin des réticences des médecins généralistes lorrains à sortir de la réponse à la demande explicite formulée lors de la consultation, et à s'impliquer dans les facteurs de risque comportementaux...
- ✓ Les médecins participaient à l'audit sur la base du volontariat. On peut donc considérer que les médecins participant à cet audit sont ceux que le sujet intéresse, ceux qui sont attachés à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles et/ou les plus performants pour ce sujet (craignant ainsi peu la comparaison). Considérant que les médecins qui ont répondu sont les plus motivés, on pourrait penser que les résultats qu'on obtiendrait pour l'ensemble de la population des médecins généralistes seraient probablement moins bons.
- ✓ Les habitudes tabagiques des médecins participants pouvaient également influencer sur la participation à notre audit. Lors de nos relances téléphoniques, nous avons pu aborder ce sujet avec ces derniers. Il s'avère que la majorité (94%) des médecins participants est non fumeur (33% des non-fumeurs sont sevrés en tabac et donc ex-fumeurs, et, 67% n'ont jamais fumé) ; 6% des médecins participants fument occasionnellement; aucun des médecins participant ne fume régulièrement. Étant donné que chaque médecin est libre de participer aux audits, puisqu'il s'agit d'enquête basée sur le volontariat, des biais peuvent être introduits dans les réponses, dans le fait de participer ou non à ces audits : les médecins fumeurs n'ont pas répondu à l'audit.
- ✓ La grille de l'audit pouvait paraître complexe avec un grand nombre de critères d'inclusion (et notamment pour l'inclusion des patients à haut risque cardio-vasculaire en prévention primaire : il fallait comptabiliser au moins trois facteurs de risque...) rendant cette grille trop chargée, avec des difficultés à la remplir et donc une perte de temps ; il existait par ailleurs une ambiguïté pour le critère « évaluation de la motivation au sevrage », et des erreurs de mise en page de la grille lors de l'impression de l'audit, le tout pouvant dissuader les médecins de participer à l'audit ;

Le test de faisabilité a été réalisé par des membres du groupe, ils connaissent déjà le sujet. La réalisation d'un test de faisabilité par des membres extérieurs au groupe aurait sans doute pu améliorer cette grille afin d'augmenter le recrutement de participants. Malheureusement, il manque des testeurs relecteurs.

b. Les audits précédents

Le taux de réponse au 1^{er} tour est faible puisqu'il n'a été que de 1% : 22 médecins généralistes lorrains ont participé parmi les 2290 sollicités, avec un total de 353 patients inclus.

Cependant, les derniers audits réalisés par le GLAM ont également eu de faibles recrutements. En effet, les audits comportant des thèmes différents du notre (insuffisance rénale : prise en charge, dépistage du mélanome, diabète type 2, anti-agrégants plaquettaire, substitution aux opiacés...) ont également eu des faibles taux de participation (allant de 0.7% à 4%).

Les meilleurs taux de participation avaient été obtenus pour les audits « antibiothérapie des infections respiratoires » et « prise en charge de l'hypercholestérolémie » en 2004 et 2005, avec près de 200 participants (7% des médecins sollicités). Ces deux audits étaient financés par le FAQSV.

Les audits se rapportant au sujet du tabagisme n'ont guère eu plus de succès, sauf en cas d'indemnisation :

- ✓ L'audit « Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac » lancé en 1999 avait obtenu 35 participants.
- ✓ L'audit « Insuffisance coronaire stable : prise en charge » lancé en 2002 avait obtenu 97 participants, mais il s'agissait également d'un audit financé par le FAQSV.
- ✓ Repérage et intervention brève en addictologie (tabac, alcool, cannabis) lancé en 2009 a obtenu 30 participants.

Néanmoins, on note que 17 médecins ont participé au 2nd tour, ce qui correspond à un taux de réponse de 81% (parmi le 21 médecins dont les grilles étaient exploitables au 1^{er} tour). Ce taux de réponse est supérieur à celui des autres audits à 2 tours réalisés par le GLAM.

2. Caractéristiques de l'audit : grilles, critères, objectifs

a. Grilles et critères

Nous avons décidé d'inclure uniquement les patients fumeurs actifs et les anciens fumeurs sevrés depuis moins de 20 ans, considérant qu'un délai plus long rendait peu probable l'influence du médecin participant dans cette démarche. Les non-fumeurs ont été exclus de l'étude puisqu'ils auraient été majoritaires lors de l'inclusion, ce qui n'a que peu d'intérêt dans ce travail.

Nous avons tenté de cibler les facteurs de risque les plus pertinents et surtout d'en limiter le nombre afin de ne pas compromettre la faisabilité de l'audit en le rendant plus complexe (nous aurions pu par exemple ajouter les patients VIH,...).

En ce qui concerne le critère « évaluation de la motivation au sevrage tabagique », il y a probablement eu une ambiguïté conduisant à une sous-estimation puisque nous voulions savoir si cette question était évoquée et non pas savoir si un test d'évaluation (test de motivation de Lagrue et Légeron) avait été utilisé. Avait-on demandé au patient s'il avait envie d'arrêter de fumer ? Les médecins proposant un sevrage n'ont pu le faire sans se renseigner préalablement à ce sujet, et nous aurions donc du obtenir un taux supérieur si ce n'est égal au critère suivant (« proposition de sevrage »).

Pour ce qui est du critère « tentative de sevrage », les résultats obtenus ne sont pas le reflet réel des compétences des médecins généralistes mais témoignent indirectement du manque d'incitation au sevrage, ce dernier étant, bien entendu, ensuite, directement lié à la volonté du patient.

Notons également qu'il existait des erreurs de mise en page de la grille lors de l'impression de l'audit (mot « évalué » tronqué). Néanmoins, la lettre d'invitation et l'argumentaire mentionnaient les principales questions auxquelles cet audit voulait répondre. Les critères y apparaissaient, ce qui aurait dû pallier normalement aux problèmes de mise en page si les médecins les avaient lus. Des courriels ont également été envoyés pour effectuer la correction nécessaire. Pour ce critère, un seul médecin a renvoyé sa grille sans compléter la colonne correspondante.

b. Objectifs

Les premiers objectifs (évaluation de la motivation et proposition de sevrage) ont été fixés à hauteur de 90%. Comme le conseil minimal doit s'appliquer à tous les fumeurs, tel qu'il est recommandé dans la conférence de consensus de 1998 [58], nous avons considéré qu'il s'agissait d'une limite raisonnable à atteindre. Malheureusement, ces objectifs sont atteints sur l'ensemble du groupe de patients mais pas isolément à l'échelle des médecins. Les médecins doivent s'améliorer en renseignant systématiquement leur dossier médical afin de pouvoir aborder le sujet à chaque occasion.

Pour le dernier critère, il fallait que 75% des patients aient tenté un sevrage. Comme nous l'avons déjà expliqué, nous n'avons fixé cet objectif que par rapport aux résultats du baromètre santé 2005. Il faisait mention du fait que 75 % des fumeurs réguliers avaient déjà arrêté de fumer pendant au moins une semaine au cours de leur vie et près de 60 % ont actuellement envie de s'arrêter [104]. Nous avons probablement fixé la barre trop haut puisque les objectifs ne sont atteints ni sur l'ensemble des patients, ni de façon individuelle pour la quasi-totalité des médecins. Nous aurions pu adapter ces résultats à ceux du baromètre santé 2010 qui mentionnait plutôt un taux légèrement à la baisse : 69.3% des fumeurs réguliers avaient déjà arrêté de fumer pendant au moins une semaine [4]. Même si les résultats auraient été peu différents, considérer que 60% des fumeurs ont envie d'arrêter de fumer [104], aurait peut-être été plus adapté.

3. Patients recrutés

Les populations de patients que nous obtenons pour les 2 tours de notre audit ne sont pas représentatives pour plusieurs raisons. D'une part, les médecins participant à l'audit ne sont pas représentatifs, ils ont inclus les patients dans l'ordre chronologique des consultations, sans randomisation des inclusions. D'autre part, la faible taille de notre échantillon ne permet pas d'être représentatif.

Les résultats de l'audit ne sont donc pas extrapolables à la population générale, mais rappelons que l'audit ne constitue pas un outil de travail épidémiologique. Ainsi, l'interprétation des résultats ne portera que sur les données par médecin en les comparant aux objectifs fixés et à l'ensemble des médecins participants. Nous pourrions alors connaître les objectifs atteints et ceux non atteints, les pistes d'amélioration proposées, et l'impact de celles-ci. Tout ceci doit toujours être pensé dans l'optique de l'amélioration de notre pratique médicale.

Un autre point semble important à éclaircir. Nous avons constaté, à l'issue du premier tour, que certains médecins n'avaient inclus exclusivement que des patients tabagiques actifs. Cela signifiait-il que leur population à risque était essentiellement constituée de patients fumeurs actifs ? Nous avons pu, lors de nos relances téléphoniques, aborder ce sujet avec les médecins concernés. La plupart ont évoqué le hasard de l'inclusion tandis que certains m'ont expliqué qu'un patient fumeur actif était toujours plus facile à repérer qu'un ancien fumeur sevré depuis plusieurs années. Nous ne pouvons donc pas extrapoler ces résultats qui mèneraient à des conclusions erronées.

B. Analyse des résultats de l'audit

Les analyses comparatives entre le 1^{er} et 2nd tour ont été réalisées en utilisant le logiciel EPI-INFO version 3-5-3, au moyen du test Chi2, avec un seuil de signification statistique à 0.05. Nous comparerons d'abord les résultats sur l'ensemble de la population incluse à chaque tour, puis les résultats obtenus par médecin, par rapport aux objectifs fixés.

1. Tabagisme actif/Tabagisme sevré

Au 1^{er} tour, nous constatons que :

- ✓ 64% des patients à risque sont fumeurs actifs. Ce résultat n'est pas extrapolable à la population générale pour les raisons citées précédemment.
- ✓ 64% des médecins participants ont plus de 50% de patients fumeurs actifs dans leur population à risque.
- ✓ La répartition s'étend de 30% de fumeurs actifs à 100%

Au 2nd tour :

- ✓ 60% des patients à risque sont fumeurs actifs ;
- ✓ 65% des médecins participants ont plus de 50% de patients fumeurs actifs ;
- ✓ La répartition s'étend de 44% de fumeurs actifs à 100%.

Il n'y a donc pas de différence significative en ce qui concerne le type de population recrutée par les médecins entre les deux tours. Néanmoins, de manière plus générale, nous notons qu'il peut exister une importante variabilité dans les pratiques puisque les répartitions tabagisme actif/sevré sont différentes d'un médecin à l'autre. L'influence du médecin sur la prise en charge des patients peut modifier cette répartition, représentant ainsi un potentiel d'amélioration.

2. Évaluation de la motivation au sevrage

On note que 73% des patients à risque, fumeurs actifs, ont été évalué en ce qui concerne ce critère au 1^{er} tour, contre 84% au 2nd tour, soit une augmentation (la différence est statistiquement significative). Il y a donc plus de patients dont la motivation a été évaluée au 2nd tour. L'objectif fixé initialement à 90% est donc quasiment atteint au 2nd tour.

Ainsi, 40% des médecins participants ont atteint l'objectif fixé (90%) au 1^{er} tour, contre 71% au 2nd tour, soit une augmentation du nombre de médecins ayant atteint l'objectif (différence statistiquement significative).

Comme nous l'avons discuté précédemment, il existe probablement une sous-estimation en raison d'une ambiguïté sur ce critère. Les médecins proposant un sevrage se sont forcément renseignés à ce sujet, et donc nous aurions dû obtenir un taux supérieur si ce n'est égal au critère suivant (« proposition de sevrage »).

3. Proposition de sevrage

Un sevrage a été proposé à 92% des patients au 1^{er} tour, contre 91% au 2nd tour. Aucune différence n'est constatée entre les 2 tours, ce qui importe peu puisque l'objectif fixé à 90% a été atteint dans les deux cas.

62% des médecins participants ont atteint l'objectif fixé (90%) au 1^{er} tour, contre 59% au 2nd tour. Aucune différence n'est constatée entre les 2 tours.

4. Tentative de sevrage

45% des patients ont tenté un sevrage, au 1^{er} tour, contre 42% au 2nd tour. L'objectif fixé à 75% n'a jamais été atteint. Ainsi, 14% des médecins participants ont atteint l'objectif fixé (75%) au 1^{er} tour, contre 18% au 2nd tour.

Aucune différence n'est constatée entre les deux tours, ni pour l'ensemble des patients, ni pour les résultats des médecins.

5. Analyse de la population

Contrairement aux résultats du baromètre santé 2010 qui montre que les hommes restent encore plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (35.5% versus 27.9%) [4], notre population aux deux tours met en évidence la tendance inverse. Simplement n'oublions pas qu'il ne s'agit pas de la même population car les non-fumeurs sont exclus.

Au 1^{er} tour : 96 femmes fument sur les 123 femmes constituant le groupe (78%) ; 129 hommes fument sur les 230 hommes du groupe (56%).

Au 2nd tour : 64 femmes fument sur les 88 femmes constituant le groupe (73%) ; 95 hommes fument sur les 177 hommes du groupe (54%).

Les femmes sont plus souvent fumeuses que les hommes (résultats statistiquement significatif) dans cette population à risque.

6. *Récapitulatif des résultats des deux tours*

	Nombre de médecins dont les grilles sont exploitables	Nombre de patients inclus	Taux de fumeurs actifs	Évaluation de la motivation	Proposition de sevrage	Sevrage tenté
1 ^{er} tour	21	353	64%	- 73% des patients sont évalués - 40% des médecins atteignent l'objectif	- 92% des patients - 62% des médecins atteignent l'objectif	- 45% des patients - 14% des médecins atteignent l'objectif
2 nd tour	17	265	60%	- 84 % des patients - 71% des médecins atteignent l'objectif	- 91% des patients - 59% des médecins atteignent l'objectif	- 42% des patients - 18% des médecins atteignent l'objectif
Significativité			NS	S	NS	NS

Tableau 5: Récapitulatif des résultats des deux tours de l'audit.

- NS : différence non significative selon le test du Chi2.

-S : différence significative selon le test du Chi2.

C. Pistes d'amélioration proposées et efficacité des mesures ...

Les pistes d'améliorations que nous avons proposées aux médecins participants entre les 2 tours étaient les suivantes :

- Mettre en place, dans le dossier médical, une alerte pour les patients à haut risque.
- Renseigner systématiquement le dossier médical sur le statut tabagique de nos patients (à inclure plus généralement sous une rubrique « addictions »).
- Vaincre ses réticences et ne pas se décourager face aux multiples refus ou échec des patients qui ont tenté de se sevrer. Le tabac n'est pas un sujet tabou : il doit être abordé régulièrement.
- Se former à la tabacologie (à la prise en charge des addictions).

Cette liste n'est pas exhaustive. En appliquant le conseil minimal (fumez-vous ? Avez-vous envie d'arrêter de fumer) le plus souvent possible, tel qu'il est recommandé par la conférence de consensus de 1998 [58], nous pourrions tenter de convaincre davantage nos

patients. Par ailleurs, il semble indispensable de valoriser les bénéfices de l'arrêt [59] en informant chaque patient, et ce, quelle que soit sa pathologie à risque.

La variation des résultats constatée entre les deux tours ne montre pas d'amélioration des pratiques, sans doute parce que nous n'avons pas laissé assez de temps aux médecins pour appliquer les recommandations proposées. Néanmoins, le fait de recevoir, dans un même temps, les pistes d'amélioration et le lancement du 2nd tour aurait pu avoir l'effet bénéfique escompté par l'application rapide et systématique des recommandations.

D. ... Rien n'est impossible

Le Baromètre santé des médecins généralistes 2009 [105], réalisé auprès de 2 083 médecins généralistes, nous renseigne notamment sur leur implication dans le domaine de la prévention.

Il semble que dans le domaine du tabagisme, les améliorations de prise en charge se font de plus en plus nettes.

Deux tiers des médecins abordent au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation de tabac (résultats bien meilleurs que pour l'alcool et le cannabis) (figure 29). Ils sont plus nombreux, à aborder au moins une fois le sujet, qu'en 2003 (68,2 % en 2009 *versus* 54,8 % en 2003 ; $p < 0,001$). Le tabagisme apparaît aujourd'hui comme un thème intégré de manière fréquente à la pratique des médecins généralistes. La fréquence de cette pratique tient probablement à l'inscription du sujet dans l'interrogatoire médical classique, à l'ancrage fort de la problématique dans les politiques de santé et dans les campagnes médiatiques, à la disponibilité d'outils et à la possibilité de prescrire des traitements pour accompagner le sevrage tabagique, mais aussi à l'existence de professionnels et de dispositifs relais.

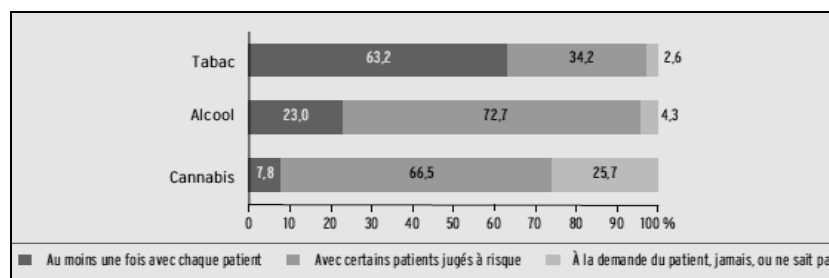


Figure 29: Pratiques médicales concernant l'abord avec les patients de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (en %) [105].

La part des médecins généralistes prenant en charge leurs propres patients, seuls, dans le cadre d'un sevrage tabagique, s'inscrit dans un mouvement de baisse continue depuis 1993. Les médecins généralistes utilisent les alternatives mises à leur disposition lorsqu'ils ne prennent pas en charge eux-mêmes les patients, favorisant l'envoi vers une structure ou à un confrère spécialisé et, ce, de façon plus nette que les années précédentes (Tableau 6).

	1993	1998	2003	2009
Tabac				
Seul	93,6	88,8	86,5	78,1
En liaison avec une structure	5,1	9,1	11,3	16,4
Adressés à une structure ou un confrère	1,3	2,1	2,2	5,5
Alcool				
Seul	25,4	19,7	19,9	17,0
En liaison avec une structure	63,2	67,0	68,4	59,7
Adressés à une structure ou un confrère	11,4	13,3	11,7	23,3
Cannabis				
Seul				27,7
En liaison avec une structure				34,0
Adressés à une structure ou un confrère				38,3

Tableau 6: Mode de prise en charge des patients par les médecins généralistes, pour chaque substance (en %) [105].

La part des médecins ayant vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours de leur exercice professionnel est de 68.6%. Ces chiffres sont stables depuis 2003 (après une hausse significative entre 1998 et 2003). A contrario, la part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours a presque doublé en dix ans. (Figure 30)

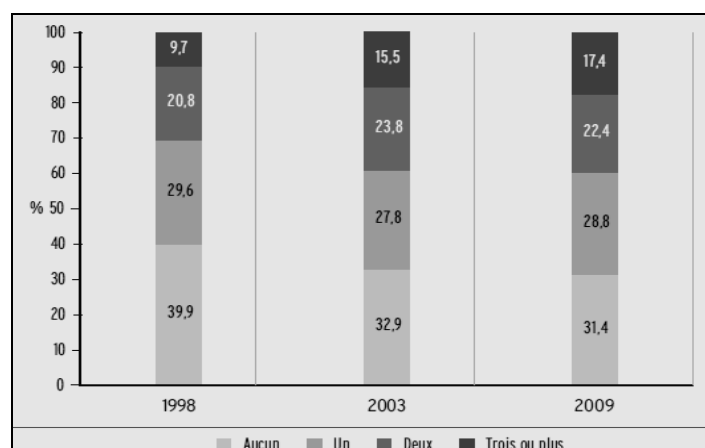


Figure 30: Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage tabagique au cours des 7 derniers jours (en %) [105].

VII. CONCLUSION

Le « tabagisme », sujet facilement abordable puisqu'il ne représente pas un tabou, devrait l'être plus régulièrement, et ce, d'autant plus s'il existe une pathologie sous-jacente, liée ou non à cette intoxication.

Les données épidémiologiques concernant les patients tabagiques souffrant de pathologies à risque manquent... Néanmoins, il est nécessaire d'aborder systématiquement le sujet afin que la motivation au changement soit favorisée.

Notre audit est marqué par une faible participation des médecins, sans doute en raison de l'absence d'obligation, autre que morale et éthique, ou parce que le sujet intéresse peu, ou bien même que la méthode dérange ou ne convient pas. Pour autant, l'indemnisation proposée par l'OGC, pour le même travail, a, quelque peu, modifié le statut de cet audit dont le sujet finit subitement par trouver sa place dans l'intérêt de chaque professionnel ... Il est dommage qu'un travail d'amélioration de nos pratiques, constituant également un travail de thèse pour une future consœur, et ce, sur un sujet dont l'importance n'est plus à prouver, n'ait pas intéressé plus de 22 médecins sur toute la Lorraine...

Les résultats tendent à affirmer que les médecins généralistes participant à l'audit s'enquièrent du statut tabagique de leurs patients et leur proposent un sevrage, mais très peu de patients le tentent. Il reste un travail à accomplir sur l'entretien motivationnel afin de faire mûrir le changement chez nos patients.

Les pistes d'amélioration proposées par le GLAM semblent avoir eu un faible impact au second tour, pour ne pas dire aucun. Il s'agit peut-être d'un délai trop court entre les deux tours empêchant de mettre en évidence les changements de pratique (huit mois entre les deux tours) ou de l'absence de temps suffisant aux médecins pour leur permettre d'appliquer les recommandations.

Une vraie réflexion doit être faite sur l'audit dans sa forme. Compte tenu du désintérêt remarqué, nous devons rechercher des pistes d'amélioration et faire l'audit de l'audit. Un premier tour « bis » aurait permis de corriger les premières erreurs constatées au lancement du travail. Des réunions, comme celles proposées pour le même travail par l'OGC dans le cadre du DPC, semblent permettre de fidéliser d'une part, mais également faire naître l'intérêt de chacun pour l'auto-évaluation et surtout favoriser l'échange pour une meilleure compréhension.

VIII. BIBLIOGRAPHIES

- [1] Carré P, Raherison C. Tabagisme et aide au sevrage tabagique. Rev Mal Resp. 2006 ; 23 : 3S9-3S10.
- [2] Site interministériel d'information du Gouvernement français sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ensemble, arrêtons le tabac. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.tabac.gouv.fr>, consulté le 15 août 2008.
- [3] Franco L. Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste. In : Martinet Y., Bohadana A. Le tabagisme : De la prévention au sevrage. 3^{ième} édition ; Paris : Masson; 2004.307-13.
- [4] Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Évolutions récentes du tabagisme en France. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé ; 18 octobre 2010.
- [5] OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanes. Tabac : consommation. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.ofdt.fr>, consulté le 1^{er} août 2008.
- [6] Karsenty S, Hirsch A. Les évolutions de la consommation de tabac en France de 1999 à 2008. BEH. 2010 ; 19-10 : 214-6.
- [7] ORSAS de Lorraine. La consommation de tabac et de cannabis en Moselle et en Lorraine. 27 février 2007. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.orsas.fr/etudes/tabacannabis.pdf>, consulté le 2 janvier 2009.
- [8] Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspect épidémiologique. BEH. 2003 ; 22-23 : 98-100.
- [9] Rapport de la commission d'orientation sur le cancer. Janvier 2003. Disponible en ligne à l'adresse <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000017/0000.pdf>, consulté le 21 août 2008.
- [10] Haute Autorité de Santé. Guides destinés aux médecins sur les affections de longue durée (ALD). Disponible en ligne à l'adresse <http://www.has-sante.fr>
- [11] Zéro alcool pendant la grossesse. Dossier de presse. Ministère de la Santé et des Solidarités, MILDT, INPES. 11 septembre 2006.
- [12] Dautzenberg B. Tabagisme passif : 3 000 morts par an. La revue du praticien Médecine Générale. 2002 ; 16 (594) : 1752-4.
- [13] Guérin S, Borget I. Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur le risque d'infarctus. BEH. 2010 ; 19-20 :217-9.

- [14] Thomas D, et *al.* Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu en France : étude EVINCOR-PMSI, résultats préliminaires. BEH. 2010; 19-20: 221.
- [15] Teo KK, et *al.* INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART Study: a case-control study. Lancet. 2006 ; 368 : 647-58.
- [16] Le Maître B. HAS. Syndrome coronaires aigus et tabac : prise en charge spécifique en cardiologie, au décours d'un SCA. 2007. Disponible en ligne à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/scatabac_synthese_biblio.pdf, consulté le 18 décembre 2008.
- [17] Kannel WB, Shurtleff D. The Framingham Study. Cigarettes and the development of intermittent claudication. Geriatrics. 1973; 28(2) :61-8.
- [18] Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. Journées Européennes de la Société Française de cardiologie ; Presse Med. 2009 ; 38 :946-952.
- [19] Pas de tabac après chirurgie artérielle. La Revue Prescrire. 2006 ; 26 (277) : 774.
- [20] Girot M. Rôle du tabagisme dans la pathologie vasculaire cérébrale. Presse Med. 2009 ; 38 :1120-1125.
- [21] Kotseva K, Wood D et *al.* Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet. 2009; 373(9667):929-40.
- [22] GLAM: Groupe Lorrain d'Audit Médical. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.glam-sante.org>
- [23] Voors AA, van Brussel BL, Plokker HW, Ernst SM, Ernst NM, Koomen EM, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. A 15-year follow-up study. Circulation. 1996 ; 93 :42-7.
- [24] ANAES. Grossesse et tabac. Conférence de consensus. Lille (Grand Palais). 7 et 8 Octobre 2004. Texte de recommandation. 2004.
- [25] HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations de bonne pratique pour les professionnels de santé. 2005.
- [26] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandations de bonne pratique pour les professionnels de santé. 2007.
- [27] Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des Solidarités de la santé et de famille, 2005.

- [28] Peyret E. Addictions chez la femme enceinte : Tabac : sevrer plus tôt. La Revue du Praticien Médecine générale. 2010 ; 24 (842) : 421-4.
- [29] Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; 34 :3S353-3S369.
- [30] Boyer J, Coste J, Fernandez H, Job-Spira N. Tabac et Grossesse Extra Utérine. BEH. 1998 ; 16 : 66-7.
- [31] Thévenin C. Tabagisme passif du fœtus et du nouveau-né. In : Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme: De la prévention au sevrage. 3^{ème} édition ; Paris : Masson; 2004. 138-140.
- [32] Chéron G, Timsit S. Tabac et mort subite du nourrisson. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 1S33-1S40.
- [33] INED. La pilule : principale méthode de contraception en France. Fiche d'actualité scientifique n°2 ; 2000.
- [34] Inserm-Ined Unité 822, 2008. Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004) ; 2008.
- [35] Grignon M, Naudin F. Étude « faisabilité d'une évaluation des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention ». CREDES. 2002 : 69.
- [36] ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. 2004.
- [37] Vidal le Dictionnaire. 87ème édition. Issy-les-Moulineaux : Vidal ; 2011.
- [38] WHO. Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction combined oral contraceptives: results of an international multicentre case control study. Lancet. 1997; 349: 1202-9.
- [39] ANAES. Surveillance biologique de la contraception orale estroprogestative. Recommandations et références professionnelles. 2008.
- [40] Housset B. Les facteurs de risque de la BPCO. In : BPCO L'inconnue meurtrière Conférence de presse de la société de pneumologie de langue française, Paris. 2001: 4.
- [41] Fuhrman C, Delmas MC, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France. Revue des Maladies Respiratoires. 2010; 27:160-8.
- [42] Fuhrman C, Delmas MC , Nicolau J, Jouglu E. Mortalité liée à la bonchopneumopathie chronique obstructive en France Métropolitaine, 1979-2003. BEH. 2007; 27-28: 242-5.
- [43] Lettre d'information ORSAS Lorraine. BPCO une pathologie très présente en lorraine que l'on sait prévenir et qui peut se traiter ; 2009.
- [44] SPLF. Recommandations pour la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive. Mise à jour 2009. Rev Mal Respir. 2010 ; 27 :522-48.

- [45] ANAES, AFSSAPS. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Service des recommandations professionnelles ; 2004.
- [46] ANAES. Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Recommandations professionnelles pour la pratique clinique; 2001.
- [47] HAS. Mucoviscidose. Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare. Guide-Affection de longue durée. 2006.
- [48] Brinchault G, Morel V, Meunier C, Belleguic C, Delaval P. Dilatations des bronches. EMC-Médecine. 2004; 131-140.
- [49] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. British Medical Journal. 2004; 328: 1519-27.
- [50] HAS. Cancer des voies aéro-digestives supérieures. Guide-affection longue durée. 2009.
- [51] Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. Lung Cancer. 2004; 45 (Suppl 2): S3-9.
- [52] Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debiais F, Meurice J.-C. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os. Rev Mal Respir. 2008; 25: 1261-78.
- [53] Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ. 1994; 309 (6959): 901-11.
- [54] Hunt JD, Van Der Hel OL, McMillan GP, Boffetta P, Brennan P. Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: meta-analysis of 24 studies. Int J Cancer. 2005; 114(1): 101-8.
- [55] HAS. Cancer du rein de l'adulte. Guide-affection longue durée. 2010.
- [56] HAS. Cancer du rein de l'adulte. Liste des actes et prestations-affection de longue durée. 2010.
- [57] Le Faou A-L, Scemama O. Épidémiologie du tabagisme. Rev Mal Respir. 2005; 22: 8S27-8S32.
- [58] ANAES. Arrêt de la consommation du tabac. Recommandations professionnelles. Conférence de consensus. 1998.
- [59] Perriot J. Arrêt du tabagisme. Les bénéfices sur la santé de l'arrêt sont multiples et concernent tous les viscères. La revue du praticien Médecine Générale. 2006 ; 20 (750/751): 1275-1278.
- [60] Bronchopneumopathie obstructive : Arrêter le tabac pour ralentir l'aggravation. La revue Prescrire. 2004 ; 24 (247) : 118-128.
- [61] Léon M-E, Dresler C-M. Bénéfices de l'arrêt du tabac. BEH. 2008; 21-22: 194-7.
- [62] ANAES. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Service Évaluation en Santé Publique. 2004.

- [63] Aberg A, Bergstrand R, Johansson S et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *British Heart Journal*. 1983 ; 49 :416-22.
- [64] HAS. Traitements médicamenteux du diabète type 2. Recommandations professionnelles de bonne pratique. 2006.
- [65] International Agency for Research on Cancer. Reversal of Risk After Quitting Smoking. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Tobacco Control. Vol. 11. Lyon: IARC; 2007.
- [66] Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010; 21: 340:b5569.
- [67] Prochaska JO, Di Clemente CC. Theoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982; 19(3) : 276-287.
- [68] ONCOLOR. Conseil minimal au fumeur. Référentiels Sevrage tabagique. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.oncolor.org/>, consulté le 7 janvier 2009.
- [69] L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. *La revue Prescrire*. 2010 ; 30 (325) : 841.
- [70] Lecallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et addictologie*. 2004 ; 26(2) :129-134.
- [71] Janis IL., Manin.L. Decision-making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. 1977. New York: Free Press.
- [72] Molimard R. Le phénomène de dépendance. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.tabac-humain.com/wp-content/uploads/2011/02/Molimard-Dependance.pdf>, consulté le 8 août 2011.
- [73] AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonnes pratique ; 2003.
- [74] ONCOLOR. Test de Fagerström. Disponible en ligne à l'adresse http://www.oncolor.org/referentiels/thorax/tabac_test_fag.pdf, consulté le 7 janvier 2009.
- [75] Bupropione, alias amfébutamone : bilan après 5 ans. *La revue Prescrire*. 2008 ; 28 (300) : 749.
- [76] AFSSAPS. Suivi nationale du Zyban. Commission nationale de pharmacovigilance. 2007 : 14-16.
- [77] Patients en cours de sevrage tabagique. *La revue Prescrire*. 2010 ; 30 (326) : 320-5 (supplément Interactions Médicamenteuses).
- [78] HAS. Réévaluation du service médical rendu de la varénicline. Commission de la transparence. 2009.

- [79] Coulon J. Le tabagisme passif des enfants. Consensus scientifique- Fédération Belge contre le cancer. 2008.
- [80] Tessier JF, René L, Nejjar C, Belougne D, Moulin J, Freour P. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. Tobacco Control. 1993; 2: 226-230.
- [81] Underner M, et *al.* Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Revue des Maladies Respiratoires. 2006; 23 :426-9.
- [82] Garrigues-Naserzadeh N, Sascio A-J, Lang F, Vergnon J-M. Le médecin généraliste face à un patient fumeur. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2002 ; 16 ; 571 ; 600-4.
- [83] Depinoy D, Vannobel R. Médecins généralistes et patients fumeurs : des occasions manquées ? La Revue du Praticien Médecine Générale. 2006 ; 20 (720/721) : 181-6.
- [84] De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme du médecin généraliste a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 322 médecins généralistes du Maine et Loire. Revue des Maladies Respiratoires. 2010; 27 : 431-440.
- [85] Gautier Arnaud et *al.* Baromètre santé médecins/pharmaciens. INPES. 2003.
- [86] Mahmoudi A. Les résidents de la faculté de médecine de Nancy et le tabac. Th D Med, Nancy; 2003.
- [87] Salomon L, et *al.* Les Internes et le tabagisme : connaissances et pratiques. BEH. 2001; 40 :195-7.
- [88] Zekri-Cavalier K. La prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine de PCEM2 de Nancy est-elle différente de celle des étudiants des autres facultés, et de celle de la population générale ? Mémoire DES MG, Nancy. 2011.
- [89] Prignot G, Tessier J-F, Nejjar C. Implication des personnels de santé en France et en Europe dans la lutte contre le tabagisme. In : Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme : De la prévention au sevrage. 3^{ième} édition ; Paris : Masson; 2004.298-9.
- [90] Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme (JORF du 10 juillet 1976 p. 4148). Disponible en ligne à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 3 mars 2009.
- [91] Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (JORF n°10 du 12 janvier 1991 p. 615). Disponible en ligne à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 3 mars 2009.
- [92] Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes (JORF n° 178 du 3 août 2003 p. 13398). Disponible en ligne à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 3 mars 2009.

- [93] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 (JORF n° 265 du 16 novembre 2006). Disponible en ligne à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 3 mars 2009.
- [94] Convention-cadre de l'OMS. Disponible en ligne à l'adresse http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf, consulté le 23/11/10.
- [95] Yoncourt S. La boîte de sevrage tabagique : expérience d'un outil didactique et pédagogique à destination des praticiens. Th D Med, Nancy ; 2009.
- [96] Observatoire Français de prévention du Tabagisme : annuaire des consultations de tabacologie. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.ofta-asso.fr>; consulté le 9 août 2011.
- [97] Desjeunes S. Un réseau de santé innovant dans la lutte contre le tabagisme en Lorraine : le Réseau Lorraine Stop Tabac, description et fonctionnement à deux ans et demi de fonctionnement. Th D Med, Nancy ; 2009.
- [98] Consommation et prix relatif du tabac. Tableau de l'Économie Française. Mise à jour en juin 2010. Disponible en ligne à l'adresse http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06212&page=graph
- [99] Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. (JORF n°88 du 15 avril 2005 ; 6730-6731). Disponible en ligne à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 3 mars 2009.
- [100] HAS. Décision n°2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007 de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'Évaluation des pratiques professionnelles.2007.
- [101] ANDEM. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : L'audit médical, mars 1993. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.glam-sante.org>
- [102] HAS. L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Avril 1999.
- [103] Gruson E, Dallongeville J. Définition des facteurs de risque cardiovasculaire selon les recommandations nationales. La Lettre de la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose. 2007 ; 32.
- [104] Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin J-L. Baromètre santé 2005. Attitude et comportements de santé. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. INPES. 2007 ; 77-112.
- [105] Gautier A, et al. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. 2011.
- [106] Birgé J. Le dépistage des cancers des voies aérodigestives supérieures en médecine générale. Analyse de l'échec partiel d'un audit. Rev Prat Med Gen 2000 ; 14 (495) : 701-6.

A. Annexe I: Loi VIEL

4148	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE	10 juillet 1976
LOI n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme (1).		
L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :		
Art. 1^{er}. — Sont considérés comme produits du tabac pour l'application de la présente loi les produits destinés à être fumés, prisés ou mâchés, des lors qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac.		
Titre I^{er}		
<i>Dispositions relatives à la propagande et à la publicité.</i>		
Art. 2. — Il ne peut être fait de propagande ou de publicité en faveur du tabac et des produits du tabac :		
1° Par des émissions de radiodiffusion ou de télévision, par des enregistrements ou par voie de télédiffusion ;		
2° Par des projections ou des annonces dans les salles de spectacles et autres lieux publics ou ouverts au public ;		
3° Par affiches, panneaux réclames, prospectus ou enseignes, lumineuses ou non. Ces dispositions ne s'appliquent pas, toutefois, à la publicité faite au moyen d'affiches, de panneaux réclames ou d'enseignes lumineuses ou non à l'intérieur des débits de tabac, ni aux enseignes et panneaux signalant ces établissements ;		
4° Par voie aérienne, fluviale ou maritime.		
Art. 3. — La propagande ou la publicité en faveur d'un objet ou produit autre que le tabac ou les produits du tabac ne doit pas, soit par son vocabulaire ou son graphisme, soit par son mode de présentation ou tout autre procédé, constituer une propagande ou publicité indirecte ou clandestine en faveur du tabac ou des produits du tabac.		
Art. 4. — Il ne peut être fait d'offre, de remise ou de distribution, à titre gratuit ou non, d'objets d'usage ou de consommation courants, autres que les objets servant directement à la consommation du tabac ou des produits du tabac, s'ils portent le nom, la marque ou l'emblème publicitaire d'un produit du tabac, ou le nom d'un producteur, fabricant ou commerçant de tabac ou de produits du tabac.		
Les interdictions prévues à l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux catégories d'objets présentés sur le marché antérieurement au 1^{er} avril 1976 sous des noms, marques ou emblèmes identiques à ceux de produits du tabac.		
Art. 5. — L'offre, la remise, la distribution, à titre gratuit, de tabac ou de produits du tabac sont interdites lorsqu'elles sont faites à des fins publicitaires ou de propagande.		
Art. 6. — Une information de nature sanitaire prophylactique et psychologique sera dispensée dans les établissements scolaires et à l'armée.		
Art. 7. — Il ne peut être fait de propagande ou de publicité, par quelque procédé et sous quelque forme que ce soit, en faveur du tabac ou des produits du tabac et des articles pour fumeurs, dans les publications définies à l'alinéa premier de l'article 1^{er} de la loi du 16 juillet 1949 sur les publications destinées à la jeunesse.		
TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)		
Loi n° 76-616		
Assemblée nationale :		
Rapport de M. Michel Tardieu, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 2318) ;		
Déclaration d'urgence, le 11 juin 1976.		
Sénat :		
Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, n° 363 (1975-1976) ;		
Rapport de M. Michel Moreigne, au nom de la commission des affaires sociales, n° 356 (1975-1976) ;		
Déclaration d'urgence, le 22 juin 1976.		
Assemblée nationale :		
Projet de loi, modifié par le Sénat (n° 2412) ;		
Rapport de Mme Tardieu, au nom de la commission mixte paritaire (n° 2421) ;		
Déclaration d'urgence, le 28 juin 1976.		
Sénat :		
Rapport de M. Michel Moreigne, au nom de la commission mixte paritaire, n° 360 (1975-1976) ;		
Déclaration d'urgence, le 29 juin 1976.		

Art. 8. — Dans le cas où elle est autorisée, la propagande ou la publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac ne peut comporter d'autre mention que la dénomination du produit, sa composition, le nom et l'adresse du fabricant et, le cas échéant, du distributeur, ni d'autre représentation graphique ou photographique que celle du produit, de son emballage et de l'emblème de la marque.

Le conditionnement du tabac ou des produits du tabac ne peut être reproduit que s'il satisfait aux règles définies à l'alinéa 1^{er}.

La surface consacrée annuellement dans la presse écrite à la publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac ne pourra excéder celle constatée en moyenne dans cette presse pour les années 1974 et 1975. Un décret en Conseil d'Etat fixera par type de publication, défini notamment par sa périodicité, les limites que devront respecter les publications appartenant à chacun de ces types.

Art. 9. — Dans un délai de deux ans, chaque unité de conditionnement des cigarettes devra comporter la mention de la composition intégrale, sauf, lorsqu'il y a lieu, en ce qui concerne les filtres, ainsi que l'indication de certaines substances dégagées par la combustion du tabac.

La teneur moyenne en nicotine ainsi que les quantités moyennes de goudrons et d'autres substances susceptibles d'être dégagées par la combustion, doivent être mentionnées pour chacune de ces unités dans leurs conditions courantes d'usage. Un arrêté du ministre de la santé fixera la liste des substances devant être mentionnées, ainsi que les conditions dans lesquelles la présence de ces substances et composants est déterminée.

Dans le délai de deux ans, chaque unité de conditionnement de tabac ou de produits du tabac devra comporter, en caractères parfaitement apparents, la mention « abus dangereux ».

Art. 10. — Les producteurs, fabricants et commerçants de tabac ou de produits du tabac ne doivent pas donner leur patronage à des manifestations sportives ; les organisateurs de telles manifestations ne doivent pas accepter ce patronage.

Il est interdit de faire apparaître, sous quelque forme que ce soit, à l'occasion ou au cours d'une manifestation sportive, le nom, la marque ou l'emblème publicitaire d'un produit du tabac ou le nom d'un producteur, fabricant ou commerçant de tabac ou de produits du tabac.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux manifestations sportives réservées aux véhicules à moteur, dont la liste sera établie par arrêté interministériel.

Cet arrêté déterminera les conditions dans lesquelles sont autorisées dans les manifestations le patronage, la participation et la mention éventuelle des noms, marques ou emblèmes.

Art. 11. — Il est interdit aux producteurs, fabricants et commerçants de tabac ou de produits du tabac de donner leur patronage à des manifestations s'adressant à un public d'enfants ou de mineurs.

Art. 12. — Toute personne qui aura commis une infraction aux dispositions du présent titre sera punie d'une amende de 30 000 F à 300 000 F. En cas de récidive, la peine pourra être portée au double et le tribunal pourra interdire pendant une durée de un à cinq ans la vente des produits du tabac qui ont fait l'objet d'une publicité irrégulière ou des actes interdits par les articles précédents.

L'autorité administrative pourra, dès la constatation d'une infraction aux dispositions de la présente loi, prendre toutes mesures de nature à supprimer ou à diminuer l'efficacité de la propagande ou publicité incriminée.

Art. 13. — Si une infraction à une disposition du présent titre est commise par un des moyens mentionnés à l'article 2 (1^{er}), les poursuites seront exercées contre les personnes responsables de l'émission ou de l'enregistrement ainsi que contre les chefs d'établissement, directeurs ou gérants des entreprises qui ont procédé à l'émission ou à l'enregistrement même dans le cas où les émissions de radio ou de télévision ont été réalisées hors des frontières des lors qu'elles ont été reçues en France.

Art. 14. — Lorsqu'une infraction aux dispositions du présent titre est commise par la voie de la presse, les poursuites sont exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal et dans les conditions prévues à cet article.

Art. 15. — Les personnes pour le compte desquelles ont été effectués la propagande ou publicité irrégulière ou les actes interdits sont également poursuivies comme auteurs principaux.

TITRE II

Dispositions diverses.

Art. 16. — Sans préjudice des mesures relevant des pouvoirs de police au titre de la sécurité, de la tranquillité ou de la salubrité publiques, des décrets en Conseil d'Etat détermineront les conditions dans lesquelles des interdictions de fumer seront établies dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

Dans les locaux ou véhicules pouvant être affectés d'une manière distincte aux fumeurs et aux non-fumeurs, l'espace dévolu à ces derniers ne peut être inférieur à la moitié de l'ensemble.

Art. 17. — Sont considérés comme médicaments et soumis aux dispositions du livre V du code de la santé publique les produits présentés comme supprimant l'envie de fumer ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Art. 18. — Les sanctions prévues à l'article 12 ne seront applicables qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi aux propagandes et publicités effectuées en exécution de contrats conclus antérieurement au 1^{er} avril 1976.

Les dispositions du premier alinéa de l'article 10 ne seront applicables qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 9 juillet 1976.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHIRAC.

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur,
MICHEL PONIATOWSKI.

Le ministre d'Etat,
garde des sceaux, ministre de la justice,
JEAN LECANUET.

Le ministre de l'économie et des finances,
JEAN-PIERRE FOURCADE.

Le ministre de la défense,
YVON BOURGES.

Le ministre de l'éducation,
RENÉ HABY.

Le ministre de l'agriculture,
CHRISTIAN BONNET.

Le ministre du travail,
MICHEL DURAFOUR.

Le ministre de la santé,
SIMONE VEIL.

Le ministre de l'industrie et de la recherche,
MICHEL D'ORNANO.

Le ministre de la qualité de la vie,
ANDRÉ FOSSET.

Le ministre du commerce et de l'artisanat,
VINCENT ANSQUER.

LOI n° 76-617 du 9 juillet 1976 portant diverses mesures de protection sociale de la famille.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}

Allocation de parent isolé.

Art. 1^{er}. — L'article L. 510 du code de la sécurité sociale est complété comme suit :

« 10. L'allocation de parent isolé. »

Art. 2. — Un chapitre V-3 « Allocation de parent isolé » est inséré au titre II du livre V du code de la sécurité sociale :

CHAPITRE V-3

Allocation de parent isolé.

« Art. L. 543-10. — Toute personne isolée résidant en France, exerçant ou non une activité professionnelle, et assumant seule la charge d'un ou de plusieurs enfants, bénéficie d'un revenu familial dont le montant, fixé par voie réglementaire, par référence à la base mensuelle servant au calcul des allocations familiales, varie avec le nombre des enfants.

« Il lui est attribué, à cet effet, une allocation, dite allocation de parent isolé, égale à la différence entre le montant du revenu familial et la totalité de ses ressources. Sont comprises dans ces ressources les prestations familiales et sociales, à l'exclusion de l'allocation d'éducation spéciale et de son complément, des allocations prénatales et postnatales, de l'allocation de rentrée scolaire, des prestations en nature de l'assurance maladie et du capital-décès.

« L'allocation de parent isolé est attribuée, sous réserve des traités et accords internationaux ratifiés par la France, aux ressortissants étrangers remplissant des conditions de durée de résidence en France qui seront fixées par décret.

« Art. L. 543-11. — Sont considérées comme parents isolés pour l'application de l'article L. 543-10 du présent code, les personnes veuves, divorcées, séparées, abandonnées ou célibataires qui assument seules la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants résidant en France, ainsi que les femmes seules en état de grossesse ayant effectué la déclaration de grossesse et les examens prénataux prévus par la loi.

Loi n° 76-617 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Sénat :

Projet de loi n° 230 (1975-1976) ;
Rapport de M. André Bohl, au nom de la commission des affaires sociales, n° 250 (1975-1976) ;
Avis de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, n° 255 (1975-1976) ;
Discussion et adoption le 22 avril 1976.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté par le Sénat (n° 2220) ;
Rapport de Mme Missoffe, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 2293) ;
Discussion les 18, 19 et 20 mai 1976 ;
Adoption le 20 mai 1976.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 315 (1975-1976) ;
Rapport de M. André Bohl, au nom de la commission des affaires sociales, n° 336 (1975-1976) ;
Discussion et adoption le 10 juin 1976.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté avec modification par le Sénat (n° 2384) ;
Rapport de Mme Missoffe, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 2394) ;
Discussion et adoption le 28 juin 1976.

Assemblée nationale :

Rapport de Mme Missoffe, au nom de la commission mixte paritaire (n° 2433) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1976.

Sénat :

Rapport de M. André Bohl, au nom de la commission mixte paritaire, n° 395 (1975-1976) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1976.

B. Annexe II : Loi EVIN

12 janvier 1991	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	615	616	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	12 janvier 1991
LOIS					
LOI n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (1) NOR : SPXKX00007L L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté, Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 90-283 DC en date du 8 janvier 1991. Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit : Art. 1^{er}. - A compter du 1^{er} janvier 1992, il est interdit de prendre en compte le prix du tabac pour le calcul des indices de prix à la consommation, publiés par les administrations de l'Etat, et notamment l'Institut national de la statistique et des études économiques. Art. 2. - L'article L. 192 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Il reçoit à cette occasion par le médecin scolaire une information concernant les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie. » TITRE I^{er} DISPOSITIONS RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME Art. 3. - 1. - A compter du 1^{er} janvier 1993, l'article 2 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme est ainsi rédigé : « Art. 2. - Toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites. « Ces dispositions ne s'appliquent pas aux enseignes des débits de tabac, ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur, à condition que ces enseignes ou ces affichettes soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel. « Toute opération de parrainage est interdite lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac. » II. - Jusqu'au 1^{er} janvier 1993, les dispositions actuelles de l'article 2 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 demeurent en vigueur sous réserve de la modification suivante : après les mots : « de propagande et de publicité » sont insérés les mots : «, directe ou indirecte, ». Art. 4. - Les articles 1^{er}, 3, 9, 12, 16 et 18 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée sont ainsi rédigés : « Art. 1^{er}. - Sont considérés comme produits du tabac les produits destinés à être fumés, prisés, mâchés ou sucés, dès lors qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac, ainsi que les produits destinés à être fumés même s'ils ne contiennent pas de tabac, au sens du troisième alinéa (2^e) de l'article 564 du code général des impôts. » « Art. 3. - Est considérée comme propagande ou publicité indirecte toute propagande ou publicité en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article autre que le tabac ou un produit du tabac lorsque, par son graphisme, sa présentation, l'utilisation d'une marque, d'un emblème publicitaire ou de tout autre signe distinctif, elle rappelle le tabac ou un produit du tabac. « Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables à la propagande ou à la publicité en faveur d'un produit autre que le tabac ou un produit du tabac qui a été mis sur le marché avant le 1^{er} janvier 1990 par une entreprise juridiquement et financièrement distincte de toute entreprise qui fabrique, importe ou commercialise du tabac ou un produit du tabac. La création de tout lien juridique ou financier entre ces entreprises rend caduque cette dérogation. » « Art. 9. - 1. - Les teneurs maximales en goudron des cigarettes sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. « II. - Chaque unité de conditionnement du tabac ou des produits du tabac doit porter selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé la mention : "Nuit gravement à la santé". « III. - Chaque paquet de cigarettes porte mention : « 1^o De la composition intégrale, sauf, s'il y a lieu, en ce qui concerne les filtres ; « 2^o De la teneur moyenne en goudron et en nicotine. « Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités d'inscription de ces mentions obligatoires, les méthodes d'analyse permettant de mesurer la teneur en nicotine et en goudron et les méthodes de vérification de l'exactitude des mentions portées sur les paquets. « IV. - Les unités de conditionnement du tabac et des produits du tabac produites avant le 31 décembre 1991 qui ne seraient pas conformes aux dispositions des paragraphes II et III ci-dessus peuvent être commercialisées jusqu'au 31 décembre 1993 en ce qui concerne les cigarettes et jusqu'au 31 décembre 1992 en ce qui concerne les autres produits du tabac, à condition toutefois, d'une part, de comporter mention de la composition intégrale, sauf, s'il y a lieu, en ce qui concerne les filtres, et de la teneur moyenne en goudron et en nicotine et, d'autre part, d'indiquer, en caractères parfaitement apparents, la mention "abus dangereux". » « Art. 12. - Les infractions aux dispositions du présent titre sont punies d'une amende de 50 000 F à 500 000 F. En cas de propagande ou de publicité interdite le maximum de l'amende peut être porté à 50 p. 100 du montant des dépenses consacrées à l'opération illicite. « En cas de récidive, le tribunal peut interdire pendant une durée de un à cinq ans la vente des produits qui ont fait l'objet de l'opération illicite. « Le tribunal ordonne, s'il y a lieu, la suppression, l'enlèvement ou la confiscation de la publicité interdite aux frais des délinquants.			« Le tribunal peut, compte tenu des circonstances de fait, décider que les personnes morales, sont en totalité ou en partie solidairement responsables du paiement des amendes et des frais de justice mis à la charge de leurs dirigeants ou de leurs préposés. « La cessation de la publicité peut être ordonnée soit sur réquisition du ministre public, soit d'office par le juge d'instruction ou le tribunal saisi des poursuites. La mesure ainsi prise est exécutoire nonobstant toutes voies de recours. Mainlevée peut en être donnée par la juridiction qui l'a ordonnée ou qui est saisie du dossier. La mesure cesse d'avoir effet en cas de décision de non-lieu ou de relaxe. « Les décisions statuant sur les demandes de mainlevée affectées à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les lieux de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de l'alinéa précédent. » « Art. 16. - Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les lieux de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs. « La chambre d'accusation ou la cour d'appel statue dans un délai de dix jours à compter de la réception des pièces. » « Art. 18. - Les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme, régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de la présente loi. » Art. 5. - Les articles 13 à 15 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée sont abrogés. Art. 6. - 1. - Jusqu'au 31 décembre 1992, toute propagande ou publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac est assortie d'un message de caractère sanitaire dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. II. - La surface consacrée annuellement dans la presse écrite à la propagande ou à la publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac sera en 1991 inférieure d'un tiers et en 1992 des deux tiers à celle qui leur a été consacrée en moyenne pendant les années 1974 et 1975. Il sera fait application, à cette fin, de l'article 8 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée. Ces dispositions s'appliquent aux contrats en cours à la date de promulgation de la présente loi. Art. 7. - Le Gouvernement fixe par décret la date d'une manifestation annuelle intitulée : « Jour sans tabac ». Art. 8. - Toute infraction aux dispositions de l'article 6 est punie d'une amende de 25 000 F à 250 000 F. Le maximum de la peine peut être porté à 50 p. 100 des dépenses consacrées à la propagande ou à la publicité interdite. Le tribunal peut, compte tenu des circonstances de fait, décider que les personnes morales sont en totalité ou en partie solidairement responsables du paiement des amendes et des frais de justice mis à la charge de leurs dirigeants ou de leurs préposés. Les associations mentionnées à l'article 18 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de l'article 6. Art. 9. - A compter du 1^{er} janvier 1993 : I. - Il est créé au livre III du code de la santé publique un titre VIII ainsi intitulé : « Titre VIII. - Lutte contre le tabagisme » et comprenant les articles L. 355-24 à L. 355-32. II. - Les articles 1^{er}, 2, 3, 6, 9, 12, 16, 17 et 18 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée deviennent respectivement les articles L. 355-23, L. 355-24, L. 355-26, L. 355-29, L. 355-27, L. 355-31, L. 355-28, L. 355-30 et L. 355-32. III. - A l'article L. 355-30, les mots : « du code de la santé publique » sont supprimés ; au premier alinéa de l'article L. 355-31, les mots : « du présent titre » sont remplacés		
			par les mots : « des articles L. 355-24 et L. 355-27 » ; à l'article L. 355-32, les mots : « de la présente loi » sont remplacés par les mots : « du présent titre ». IV. - Les articles 4, 5, 7, 8, 10 et 11 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée sont abrogés. TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME Art. 10. - Le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme est ainsi modifié : I. - Au troisième alinéa (1^o) de l'article L. 1^{er}, les mots : « un degré » sont remplacés par les mots : « 1,2 degré » et au cinquième alinéa (2^o) du même article, le chiffre : « 1 » est remplacé par le chiffre : « 1,2 ». II. - L'article L. 13 est ainsi rédigé : « Art. L. 13. - La délivrance de boissons alcooliques au moyen de distributeurs automatiques est interdite. » III. - Au premier alinéa de l'article L. 17, les mots : « messages publicitaires » sont remplacés par les mots : « publicité directe ou indirecte » et les mots : « un degré » sont remplacés par les mots : « 1,2 degré ». IV. - A compter du 1^{er} janvier 1993, l'article L. 17 est ainsi rédigé : « Art. L. 17. - La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites sont autorisées exclusivement : « 1^o Dans la presse écrite à l'exclusion des publications destinées à la jeunesse, définies au premier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 49-956 du 16 juillet 1949 sur les publications destinées à la jeunesse ; « 2^o Par voie de radiodiffusion sonore pour les catégories de radios et dans les tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'Etat ; « 3^o Sous forme d'affiches et d'enseignes dans les zones de production, sous forme d'affichettes et d'objets à l'intérieur des lieux de vente à caractère spécialisé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ; « 4^o Sous forme d'envoi par les producteurs, les fabricants, les importateurs, les négociants, les concessionnaires ou les entrepositaires, de messages, de circulaires commerciales, de catalogues et de brochures, dès lors que ces documents ne comportent que les mentions prévues à l'article L. 18 et les conditions de vente des produits qu'ils proposent ; « 5^o Par inscription sur les véhicules utilisés pour les opérations normales de livraison des boissons, dès lors que cette inscription ne comporte que la désignation des produits ainsi que le nom et l'adresse du fabricant, des agents ou dépositaires, à l'exclusion de toute autre indication ; « 6^o En faveur des fêtes et foires traditionnelles consacrées à des boissons alcooliques locales et à l'intérieur de celles-ci, dans des conditions définies par décret ; « 7^o En faveur des musées, universités, confréries ou stages d'initiation œnologique à caractère traditionnel ainsi qu'en faveur de présentations, de dégustations, dans des conditions définies par décret. « Toute opération de parrainage est interdite lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques. » V. - Après l'article L. 17, il est inséré un article L. 17-1 ainsi rédigé : « Art. L. 17-1. - Est considérée comme propagande ou publicité indirecte toute propagande ou publicité en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article autre qu'une boisson alcoolique qui, par son graphisme, sa présentation, l'utilisation d'une dénomination, d'une marque, d'un emblème publicitaire ou de tout autre signe distinctif, rappelle une boisson alcoolique. « Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables à la propagande ou à la publicité en faveur d'un produit autre qu'une boisson alcoolique qui a été mis sur le marché		

12 janvier 1991	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	617	12 janvier 1991
avant le 1^{er} janvier 1990 par une entreprise juridiquement ou financièrement distincte de toute entreprise qui fabrique, importe ou commercialise une boisson alcoolique.» VII. - L'article L. 18 est ainsi rédigé : « Art. L. 18. - La publicité autorisée pour les boissons alcooliques est limitée à l'indication du degré volumique d'alcool, de l'origine, de la dénomination, de la composition du produit, du nom et de l'adresse du fabricant, des agents et des dépositaires ainsi que du mode d'élaboration, des modalités de vente et du mode de consommation du produit. « Cette publicité peut comporter en outre des références relatives aux terroirs de production et aux distinctions obtenues. « Le conditionnement ne peut être reproduit que s'il est conforme aux dispositions précédentes. « Toute publicité en faveur de boissons alcooliques, à l'exception des circulaires commerciales destinées aux personnes agissant à titre professionnel, doit être assortie d'un message de caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé. VIII. - L'article L. 19 est ainsi rédigé : « Art. L. 19. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles le ou les initiateurs d'une opération de mécénat peuvent faire connaître leur participation par la voie exclusive de mentions écrites dans les documents diffusés à l'occasion de cette opération. VIII. - L'article L. 21 est ainsi rédigé : « Art. L. 21. - Les infractions aux dispositions des articles L. 17, L. 18, L. 19 et L. 20 sont punies d'une amende de 50 000 F à 500 000 F. Le maximum de l'amende peut être porté à 50 p. 100 du montant des dépenses consacrées à l'opération illicite. « En cas de récidive, le tribunal peut interdire pendant une durée de un à cinq ans la vente de la boisson alcoolique qui a fait l'objet de l'opération illicite. « Le tribunal peut, compte tenu des circonstances de fait, décider que les personnes morales sont en totalité ou en partie solidairement responsables du paiement des amendes et des frais de justice mis à la charge de leurs dirigeants ou de leurs préposés. « Le tribunal ordonne, s'il y a lieu, la suppression, l'enlèvement ou la confiscation de la publicité interdite aux frais des délinquants. « La cessation de la publicité peut être ordonnée soit sur réquisition du ministère public, soit d'office par le juge d'instruction ou le tribunal saisi des poursuites. La mesure ainsi prise est exécutoire nonobstant toutes voies de recours. Mainlevée peut en être donnée par la juridiction qui l'a ordonnée ou qui est saisie du dossier. La mesure cesse d'avoir effet en cas de décision de non-lieu ou de relaxe. « Les décisions statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre d'accusation ou devant la cour d'appel selon qu'elles ont été prononcées par un juge d'instruction ou par le tribunal saisi des poursuites. « La chambre d'accusation ou la cour d'appel statue dans un délai de dix jours à compter de la réception des pièces. IX. - Après l'article L. 49-1-1, il est inséré un article L. 49-1-2 ainsi rédigé : « Art. L. 49-1-2. - La vente et la distribution de boissons des groupes 2 à 5 définis à l'article L. 1^{er} est interdite dans les stades, dans les salles d'éducation physique, les gymnases et, d'une manière générale, dans tous les établissements d'activités physiques et sportives. « Des dérogations peuvent être accordées par arrêté conjoint du ministre chargé du tourisme et du ministre chargé de la santé pour des installations qui sont situées dans des établissements classés hôtels ou restaurants de tourisme. « Le préfet peut, dans des conditions fixées par décret, accorder des dérogations temporaires aux dispositions du premier alinéa pour des raisons liées à des événements de caractère sportif, agricole ou touristique. »	X. - Après le deuxième alinéa de l'article L. 68, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt-deux heures et six heures, dans les points de vente de carburant. » XI. - L'article L. 80 est ainsi rédigé : « Art. L. 80. - Dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter. » XII. - L'article L. 85 est ainsi rédigé : « Art. L. 85. - Il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de seize ans qui ne sont pas accompagnés de leur père, mère, tuteur ou de toute personne de plus de dix-huit ans en ayant la charge ou la surveillance. « Toutefois, les mineurs de plus de treize ans, même non accompagnés peuvent être reçus dans les débits de boissons assortis d'une licence de première catégorie. » XIII. - L'article L. 96 est ainsi rédigé : « Art. L. 96. - Les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre l'alcoolisme, régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions du présent code. » XIV. - Après l'article L. 97, il est inséré un article L. 97-1 ainsi rédigé : « Art. L. 97-1. - Les campagnes d'information menées dans le cadre de la lutte anti-alcoolique doivent comporter des messages de prévention et d'éducation. Ces messages ne doivent pas présenter de caractères discriminatoires entre les différents produits. » Art. 11. - A compter du 1^{er} janvier 1993, par dérogation aux dispositions de l'article L. 17 du code des débits de boissons, l'exécution des contrats en cours au 1^{er} janvier 1993 et relatifs à des opérations de publicité dans l'enceinte des débits de boissons est poursuivie jusqu'au 31 décembre 1993 au plus tard. Art. 12. - [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 90-282 DC du 8 janvier 1991.] Art. 13. - Un rapport d'évaluation de la présente loi devra être soumis par le Gouvernement au Parlement pour le 1^{er} janvier 1993 et pour le 1^{er} janvier 1995. La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat. Fait à Paris, le 10 janvier 1991. FRANÇOIS MITTERRAND Par le Président de la République : Le Premier ministre, MICHEL Rocard Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, LIONEL JOSPIN Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, PIERRE BÉREGOVOY Le garde des sceaux, ministre de la justice, HENRI NALLET Le ministre de l'intérieur, PIERRE JOXE Le ministre de l'industrie et de l'aménagement du territoire, ROGER FAUROUX Le ministre de l'agriculture et de la forêt, LOUIS MERMAZ Le ministre de la culture, de la communication et des grands travaux, JACK LANG	Le ministre des affaires sociales et de la solidarité, CLAUDE VINY Le ministre délégué au tourisme, JEAN-MICHEL BAYLET Le ministre délégué à la communication, CATHERINE TASCA Le ministre délégué à la santé, BRUNO DURIEX Le secrétaire d'Etat à la jeunesse et aux sports, ROGER BANBUCK (1) Travaux préparatoires : loi n° 91-32. Assemblée nationale : Projet de loi n° 1418 et propositions de loi n° 498, 1245 et 1 : Rapport de M. Jean-Marie Le Ouer, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 1482, et avis de M. Jean Oubler, au nom de la commission de la production : Discussion les 21 et 26 juin 1990 et adoption, après déclaration d'urgence, le 26 juin 1990. Sénat : Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture après déclaration d'urgence, n° 437 (1989-1990) ; Rapport de M. Charles Descours, au nom de la commission des affaires sociales, n° 3 (1990-1991) ; Avis de la commission des affaires économiques n° 4 (1989-1991) et des affaires culturelles n° 8 (1990-1991) ; Discussion les 11, 12 et 16 octobre 1990 et adoption le 16 octobre 1990. Assemblée nationale : Projet de loi, modifié par le Sénat en première lecture, n° 1648 ; Rapport, au nom de la commission mixte paritaire, n° 1783 ; Discussion et adoption le 11 décembre 1990. Sénat : Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale ; Rapport de M. Charles Descours, au nom de la commission mixte paritaire, n° 123 (1990-1991) ; Discussion et adoption le 13 décembre 1990. Conseil constitutionnel : Décision n° 90-383 DC du 8 janvier 1991 publiée au Journal officiel du 10 janvier 1991.	décrets, arrêtés, circulaires TEXTES GÉNÉRAUX MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Arrêté du 8 janvier 1991 portant délégation de signature NOR : MENB910006A Le secrétaire d'Etat à l'enseignement technique, Vu le décret n° 47-233 du 23 janvier 1947, modifié en dernier lieu par le décret n° 87-390 du 12 juin 1987, autorisant les ministres à déléguer, par arrêté, leur signature ; Vu le décret du 23 juin 1988 portant nomination du Premier ministre ; Vu le décret du 2 octobre 1990 relatif à la composition du Gouvernement ; Vu l'arrêté du 20 décembre 1990 portant nomination au cabinet du secrétaire d'Etat, Arrête : Art. 1^{er}. - Délégation permanente est donnée à M. Jean-Marc Favre, directeur du cabinet, à l'effet de signer, au nom du secrétaire d'Etat à l'enseignement technique, tous actes, arrêtés et décisions, à l'exception des décrets, en ce qui concerne les affaires pour lesquelles délégation n'a pas été donnée aux personnes mentionnées au 2^o de l'article 1^{er} du décret n° 47-233 du 23 janvier 1947 modifié susvisé. Art. 2. - Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française. Fait à Paris, le 8 janvier 1991. ROBERT CHAPIUS MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET Décret du 10 janvier 1991 relatif à la modification des circonscriptions des arrondissements financiers de Grenoble et de Vienne (département de l'Isère) NOR : BUCF900202D Par décret en date du 10 janvier 1991, l'arrondissement de La Tour-du-Pin est transféré de la trésorerie générale de Grenoble à la recette des finances de Vienne. Décret du 10 janvier 1991 relatif à la modification des circonscriptions des arrondissements financiers d'Orléans et de Montargis (département du Loiret) NOR : BUCF900204D Par décret en date du 10 janvier 1991, l'arrondissement de Fribourg est transféré de la trésorerie générale d'Orléans à la recette des finances de Montargis.

C. Annexe III : Guide méthodologique du GLAM

Audit et Thèse : le guide méthodologique du GLAM

Un vade-mecum pour ne rien oublier

1. Définir précisément le thème : quelle est la question ? (principale, possibilité de questions secondaires) Le titre de l'audit et la question peuvent différer (ex : audit vaccinations : nos patients sont-ils à jour de leurs vaccinations, conformément au calendrier vaccinal 2010 ?)
2. La cible : quels sont les professionnels concernés ? Quel secteur géographique ? Envoi en nombre ou en 2 temps ou ciblé ?
3. Ecrire l'argumentaire scientifique (nos références) et pragmatique : quelle justification à cet audit compte tenu de la connaissance actuelle des pratiques. L'argumentaire précise la méthodologie de l'audit (encadré habituel)
4. Rechercher une éventuelle validation universitaire (étape facultative)
5. Présenter le projet devant le conseil scientifique du DMG
6. Un partenariat à rechercher ? avec ou sans co-financement.
7. Définir le budget et le financement
8. Préparer l'ébauche de l'audit avec le référentiel et la liste des critères non mis en forme (ne pas chercher d'emblée à faire la grille) : ce premier document sera validé par le CA du GLAM (travail par courriels) puis présenté lors d'une séance de travail
9. 1^{ère} séance de travail du GLAM : discussion des critères
10. Les critères évalués : la grille
11. Les critères d'inclusion (qui inclure?)
12. Le mode d'inclusion (comment inclure : rétro ou prospectif)
13. La durée du recueil et / ou le nombre de patients à inclure
14. Réaliser le test de faisabilité
15. Ecrire la lettre d'invitation (signée du responsable de l'audit, du chargé de l'exploitation et éventuellement du responsable de la structure partenaire), qui fait référence à la loi du 14/08/2004.
16. Le chevalet (si le budget le permet)
17. Définir les objectifs (la norme) en vue du 2^{ème} tour
18. 2^{ème} séance de travail du GLAM : validation de la grille, de l'argumentaire et de la lettre d'invitation
19. Etablir le calendrier prévisionnel
20. Faire signer l'engagement de confidentialité au chargé de l'exploitation
21. Demander aux participants l'autorisation de publier les résultats agrégés
22. Faire relire l'ensemble des documents par un groupe de relecteurs
23. Recueil des grilles et relance éventuelle
24. Exploiter le 1^{er} tour
25. Envoyer les résultats à chaque participant en dégageant points forts de la pratique et "gisements de qualité" ; faire relire le document par un naïf pour éviter des discours d'initié
26. Organiser une ou plusieurs réunions de restitution afin de proposer des pistes d'amélioration en vue du 2^{ème} tour (nos recommandations)
27. Demander aux participants de définir leur piste personnelle d'amélioration des pratiques. La piste est définie par l'utilisateur, éventuellement choisie parmi les pistes proposées par le groupe. Elle est confidentielle.
28. Recueil du 2^{ème} tour et relance éventuelle
29. Exploiter le 2^{ème} tour
30. Envoyer les résultats à chaque participant et une attestation de participation
31. La thèse : doit être dirigée par un membre du GLAM et doit exposer les modalités de construction de l'argumentaire et sa validation scientifique, la méthodologie d'exploitation des résultats et les questionnements révélés par l'exploitation des résultats
32. Publier

D. Annexe IV : Lettre d'invitation commune aux trois audits 1^{er} tour



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL

1A place du marché 57220 BOULAY – 03 87 57 33 66
S'évaluer pour évoluer
<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Boulay, le 1^{er} octobre 2010

Objet : les audits de la rentrée

Cher confrère,

Le GLAM a le plaisir de vous présenter sa carte d'automne. Au menu : 3 audits qui vous sont envoyés groupés pour des raisons de trésorerie et de faisabilité.

En ce qui concerne le GLAM : une économie substantielle à l'heure ou nos finances sont en difficulté¹

En ce qui vous concerne, voici 3 audits qui explorent trois facettes de notre activité

1. **La prise en charge du tabagisme chez nos patients à haut risque.** Une activité spécifique de la médecine générale : repérer les patients pour lesquels le tabagisme est particulièrement délétère et les accompagner vers le sevrage.
2. **La prescription des antiagrégants plaquettaires :** le bon médicament à celui qui en a besoin...et seulement à lui, compte tenu du rapport bénéfices / risques de ces médicaments.
3. **Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) :** réservé à ceux d'entre nous, nombreux, qui prennent en charge des patients dépendants des opiacés ; une bonne façon de vérifier que notre prise en charge est optimale.

Vous avez le choix :

- ✓ Le menu : vous démarrez les 3 audits ensemble (parfaitement réalisable sans indigestion: un peu d'organisation y pourvoit²)
- ✓ A la carte : vous choisissez de faire le ou les audits qui sont pertinents pour votre pratique.

Mais au menu ou à la carte, ne vous privez pas de déguster nos audits sans modération et de partager avec nous la gourmandise de les consommer, voire de les cuisiner, si le cœur vous en dit (le programme des réunions du GLAM est disponible sur <http://www.glam-sante.org>)

En espérant que ces évaluations de nos pratiques, dans un cadre associatif non contraignant, satisfassent votre curiosité et calment votre appétit, nous vous adressons nos plus cordiales salutations.

Dr Jacques BIRGÉ,
Président du GLAM.



1. Si vous êtes sensibles au travail que réalise le GLAM, soutenez nous en adressant à notre trésorier (A.Mathieu, 21A chemin des dames, 57500 St Avoird) le montant, modique, de l'adhésion (30€) qui préserve notre indépendance et assure la pérennité de notre association.
2. Vous avez la possibilité de remplir les grilles en les téléchargeant sur le site du GLAM à la page : <http://www.glam-sante.org/audits.php>

Aidez nous à communiquer : si ce n'est déjà fait, adressez nous votre adresse électronique en envoyant un courriel à jbirge@glam-sante.org

E. Annexe V : Lettre d'invitation 1^{er} tour



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS!



Le 1^{er} octobre 2010

Cher Confrère,

Compte tenu des méfaits du tabac, les médecins généralistes doivent prendre en charge leurs patients dont le tabagisme est particulièrement délétère, pour les accompagner vers le sevrage.

Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité d'arrêter de fumer. Ce conseil minimal dispensé le plus souvent en médecine générale est efficace en terme de santé publique.

Il est donc important de connaître le statut tabagique de ces patients à haut risque : sont-ils fumeurs ? Au quel cas la motivation au sevrage a-t-elle été évaluée ? Ce sevrage a-t-il alors été proposé ? Tenté ?

C'est pourquoi, le GLAM vous propose cet audit intitulé :

Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque

Qui inclure ?

Les patients âgés de plus de 18 ans, vus en consultation et suivis régulièrement, soit au moins trois consultations au cours des deux dernières années et présentant l'une des situations suivantes :

- Un haut risque vasculaire en prévention primaire défini par au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire (sur les 5) : HTA traitée, diabète, dyslipidémie traitée (HDL-C < 0,40 g/l), antécédents familiaux d'accidents cardiovasculaires précoces (avant 55 ans chez un homme et avant 65 ans chez une femme) survenus chez le père, la mère ou un parent du premier degré
- Un haut risque vasculaire en prévention secondaire : Maladie coronarienne (IDM), Artériopathie des membres inférieurs, AVC
- Une pathologie respiratoire : BPCO, Emphysème, Asthme, DDB, Mucoviscidose
- Un cancer : bronches, vessie, VADS
- Une grossesse en cours,
- Une contraception œstroprogestative chez une patiente de plus de 35 ans.

Qui exclure ?

Les patients n'ayant jamais fumé et les patients sevrés depuis 20 ans ou plus.

Comment inclure ?

Les 20 premiers patients répondant aux critères d'inclusion. La grille doit être remplie en présence du patient.

Ensuite, vous voudrez bien adresser la partie destinée au recueil des données à l'adresse indiquée sur la grille, même si elle n'est pas entièrement complétée.

Nous vous rappelons qu'en participant à cet audit, vous acceptez que les données agrégées et anonymisées puissent faire l'objet d'une publication.

Cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale et son argumentaire est validé par le Professeur François PAILLE (CHU de Nancy).

En souhaitant un bon accueil de votre part à cette demande d'auto-évaluation, nous vous adressons nos salutations confraternelles.

Dr Jacques BIRGÉ
Président du GLAM

Mme Katya ZEKRI ép. CAVALIER
Thésarde

Remerciements : au Pr. François PAILLE (CHU de Nancy) qui a bien voulu valider l'argumentaire et la grille de cet audit, ainsi qu'aux relecteurs du GLAM.

E. Annexe VI : Argumentaire



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque

Argumentaire

RAPPEL SUR L'AUDIT MEDICAL

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire réalisée dans le respect du secret médical et l'anonymat des participants.

Deux étapes se succèdent :

- 1) **La préparation** : Un groupe de médecins choisit un thème de travail, recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.
- 2) **La réalisation** : Le recueil de données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ?
Sinon, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif souhaité ?
Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart, puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.
Puis une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

ARGUMENTAIRE

Le tabac est en cause dans la survenue d'un tiers des cancers, toutes localisations confondues et son poids est considérable dans la morbidité pulmonaire et cardio-vasculaire. [1] La consommation de tabac est, dans notre pays, un problème de santé publique prioritaire dont le médecin doit être l'acteur principal. C'est un des plus grands générateurs de pathologies, pouvant toucher tous les organes mais il représente, également, un sur risque important chez un grand nombre de patients, potentialisant, de façon non négligeable chaque comorbidité, et, entre autres, les facteurs de risques cardiovasculaires dont il majore les effets.

1. Tabac et maladie cardiovasculaire

Qu'elle soit primaire ou secondaire, la prévention est primordiale dans la prise en charge cardiovasculaire de nos patients. Basée sur des mesures simples qui ont fait la preuve de leur efficacité, elle comporte toujours la modification des comportements et du style de vie (sevrage tabagique, activité physique régulière, règles diététiques) et parfois des traitements médicamenteux. [2]

L'impact du sevrage tabagique en prévention secondaire est réel ; la poursuite du tabagisme après l'apparition de la maladie aggrave fortement le pronostic : dans le cas de la maladie coronarienne le risque de décès ou la nécessité d'une ré-intervention après pontage sont multipliés par un facteur 1,5 à 2,5 [3]. Au contraire, l'arrêt de l'intoxication diminue de façon importante (- 50% environ) le risque de récurrence d'infarctus ou de décès [4] dès la première année, pour rejoindre en quelques années un risque comparable à celui des non fumeurs.

Par ailleurs, en prévention primaire, 2 à 3 ans après le sevrage, le risque coronarien ne diffère plus significativement (ou très modérément) de celui des non fumeurs.

De plus, le patient coronarien est un patient poly-vasculaire et le sevrage serait donc un bénéfice pour toutes les autres atteintes : anévrisme abdominal, artériopathie des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, ...

2. Tabac et grossesse

Les femmes enceintes sont une population également très concernée par le risque délétère du tabac, qui, en plus de nuire à leur santé, met en jeu celle de leur enfant, les exposant à la survenue de complications lourdes de conséquence : avortements spontanés, grossesse extra utérine, anomalie du déroulement de la grossesse avec, à l'extrême, la mort fœtale in utero.

Le lien de causalité, avec une relation dose-effet de la consommation, a été établi et les études ont également montré la réversibilité des effets à l'arrêt de l'intoxication [5].

Un grand nombre de femmes ont de grandes difficultés pour se sevrer pendant leur grossesse et pour rester non fumeuses après l'accouchement. Pour ces femmes, des interventions d'aide à l'arrêt du tabac, avant, pendant et après l'accouchement augmentent le taux de sevrage et réduisent ainsi le risque fœtal et infantile.

3. Tabac et contraception œstro-progestative

L'association d'une contraception œstro-gène -progestative au tabac chez les patientes de plus de 35 ans reste encore trop fréquente. La patiente n'est pas toujours informée des risques encourus au moment de l'initiation du traitement, et, l'est encore moins lors du renouvellement. Néanmoins, il s'agit d'une contre-indication [6]. L'association tabac et œstro-progestatif perturbe les mécanismes d'hémostase, au profit de la coagulation, faisant le lit de la maladie thromboembolique (thrombophlébite cérébrale, phlébite des membres inférieurs, embolie pulmonaire).

4. Tabagisme et pathologie respiratoire

Le tabagisme est la première cause de BPCO dans le monde avec une imputabilité dans 90 % des cas. Arrêter de fumer est pour ces patients le seul traitement efficace qui permettra, rapidement, d'endiguer la dégradation de leur fonction respiratoire. [7]

5. Tabagisme et cancers

Enfin, le tabagisme est responsable d'environ 9 cancers du poumon sur 10. Si le risque de mourir d'un cancer bronchique est de 1 chez un non-fumeur, le risque peut être multiplié par 56 chez un gros fumeur, mais, peut être également normalisé après 15 ans d'arrêt [8].

Par ailleurs, chez les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire, la poursuite du tabagisme multiplie par 2,94 le risque de décès toute cause confondue. Il en est de même pour le risque de récurrence qui se retrouve multiplié par 1,86. Ainsi, la survie à 5 ans varie du simple au double : 30% pour ceux qui ont poursuivi leur intoxication à 63% pour ceux qui l'ont arrêtée [9].

JUSTIFICATION DE L'AUDIT

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac [1] et réduit le risque des complications de pathologies pré-existantes.

La prévalence du tabagisme dans ces populations particulièrement vulnérables reste élevée :

Pathologie coronaire : la prévalence du tabagisme, en France, 6 mois après un infarctus, un SCA, un pontage ou une angioplastie reste stable à 25%, lors des études EUROASPIRE 1, 2 et 3 (respectivement 1996, 2000 et 2007) [10], confirmant une insuffisance de prévention cardiovasculaire secondaire.

Diabète : entre 15 % à 28 % de tabagiques selon les études [11].

Grossesse : 19,5% des femmes fument durant leur grossesse [5].

Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il envisage la possibilité de s'arrêter de fumer. Ce conseil minimal est efficace en médecine générale, en termes de santé publique [12].

Il est donc impératif de savoir si les patients, dont le tabagisme est particulièrement délétère pour leur santé sont fumeurs ou non fumeurs ; s'ils sont fumeurs, il faut connaître leur motivation, et savoir si un sevrage a été proposé et tenté.

REFERENCES

- [1] Conférence de consensus : arrêt de la consommation de tabac. Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris. 8 et 9 octobre 1998. Publications ANAES 1998.
- [2] Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Juin 2004. Service Evaluation en Santé Publique. ANAES 2004.
- [3] Voors AA, van Brussel BL, Plokker HW, Ernst SM, Ernst NM, Koomen EM, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. A 15-year follow-up study. *Circulation*. 1996;93:42-7.
- [4] Aberg A, Bergstrand R, Johansson S et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *British Heart Journal*. 1983;49:416-22.
- [5] Conférence de consensus : Grossesse et tabac. Lille (Grand Palais). 7 et 8 Octobre 2004. Texte de recommandation ANAES 2004.
- [6] Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004. Recommandation de l'ANAES 2004
- [7] Bronchopneumopathie obstructive : Arrêter le tabac pour ralentir l'aggravation. La revue Prescrire. 2004 ; 24 (247) : 118-128.
- [8] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 2004;328:1519-1527.
- [9] Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. janvier 2010. 21;340:b5569.
- [10] Kotseva K, Wood D et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*. 2009 Mar 14;373(9667):929-40.
- [11] Recommandations professionnelles : Traitements médicamenteux du diabète type 2. Novembre 2006. Recommandation de bonne pratique HAS 2006.
- [12] Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – recommandations. 28 Mai 2003. AFSSAPS 2003.



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

6 Quai Paul Wiltzer - 57000 Metz - 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque

Médecins concernés : généralistes

*Facteurs de risque cardiovasculaire :

1/ Haut risque vasculaire en prévention ^{1^{ère}} :

3 facteurs de risque sur 5 :
→ HTA traitée
→ dyslipidémie traitée (HDL < 0,4)
→ diabète
→ âge > 50 (H) et > 60 (F)
→ ATCD familiaux

2/ Prévention ^{2nd} : maladie coronarienne, artériopathie et AVC



Qui inclure ? Les patients vus en consultations, âgés de + de 18 ans, que vous suivez depuis au moins 2 ans (au moins 3 consultations en 2 ans) et présentant :

un HAUT risque vasculaire en prévention primaire ou en prévention secondaire (Cf tableau*)
une pathologie respiratoire : bronchite chronique, BPCO, asthme, emphyseme, DDB
un cancer broncho-pulmonaire, vessie, VADS
une grossesse ; une contraception oestro-progestative chez une patiente de + de 35 ans

Qui exclure ?

Les patients n'ayant jamais fumé

ET

Les patients sevrés depuis 20 ans ou plus

Comment inclure ?

Les 20 premiers patients qui consultent et présentent les critères d'inclusion décrits ci contre. La présence du patient est indispensable pour remplir cette grille.

Questions : Notre prise en charge du patient tabagique à risque est-elle optimale ? Nos patients dont le tabagisme est particulièrement délétère pour leur santé, fument-ils ?

Partie à conserver		Partie à adresser au GLAM, 6 quai Paul Wiltzer 57000 METZ																
N°	Nom et Prénom	N°	Age	Sexe		Quels sont les antécédents à risque ?	Statut tabagique :		Si tabagisme actuel, questions à poser aux patients ou mention dans le dossier									Commentaires
				F	M		actif	sevré < 20 ans	La motivation au sevrage a-t-elle été évaluée ?			Un sevrage a-t-il été proposé ?			Un sevrage a-t-il été tenté ?			
									OUI	NON	SO	OUI	NON	SO	OUI	NON	SO	
Ex	COTINE Annie	Ex	65	x		Diabète + HTA+age	x			x		x			x			sevrage fermement refusé
Ex	THAUXIC Alain	Ex	40		x	Bronchite chronique		x			x			x			x	sevrage depuis 3 ans
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

SO : Sans Objet, concerne les patients qui ne fument plus depuis moins de 20 ans

H. Annexe VIII : Trame des résultats du 1^{er} tour envoyé aux participants



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



**Audit : « Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque. »
Résultats du 1^{er} tour**

Votre n° Anonymat :

	Ensemble des participants (valeurs extrêmes)	Vos résultats
Nb moyen de patients inclus par médecin	17 (8 à 20)	
Proportion de fumeurs actifs	63% (30 à 100%)	
Proportion de patients tabagiques dont la motivation au sevrage a été évaluée	75% (20 à 100%)	
Proportion de patients tabagiques à qui on a proposé un sevrage	92% (69 à 100%)	
Proportion de patients tabagiques qui ont tenté un sevrage	44% (0 à 80%)	

-63% de l'ensemble des patients (301 inclus) sont fumeurs actifs,

-47% de l'ensemble des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne
l'évaluation de la motivation au sevrage;

-61% de l'ensemble des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne la
proposition de sevrage;

-17% de l'ensemble des médecins ont atteint l'objectif fixé en ce qui concerne un
sevrage tenté;

I. Annexe IX : Lettre d'invitation 2^e tour



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



Le 30 mai 2011

Cher Confrère,

Vous avez répondu, il y a quelques mois au 1^{er} tour de l'audit «**Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque**» et nous vous en remercions. Au cours de ce 1^{er} tour, 18 médecins ont inclus 301 patients. Nous vous adressons vos résultats personnels et les résultats moyens de l'ensemble des 18 participants.

Exceptionnellement, compte tenu des délais, le 2^e tour est lancé immédiatement et nous profitons de ce courrier pour vous transmettre la grille du 2^e tour.

C'est maintenant que commence le 2^e tour de l'audit. La grille a été simplifiée. Seuls les critères d'**inclusions** majoritairement utilisés lors du 1^{er} tour persistent, c'est-à-dire :

Les patients âgés de plus de 18 ans, vus en consultation et suivis régulièrement, soit au moins trois consultations au cours des deux dernières années et présentant l'une des situations suivantes :

- ✓ Un haut risque vasculaire en **prévention primaire** défini par au moins **3 facteurs de risque cardiovasculaire (sur les 6)** :
 - HTA traitée,
 - Diabète,
 - Dyslipidémie traitée,
 - HDL cholestérol < 0.4g/l,
 - Antécédents familiaux d'accidents cardiovasculaires précoces (avant 55 ans chez un homme et avant 65 ans chez une femme) survenus chez le père, la mère ou un parent du premier degré,
 - Âge : supérieur à 50 ans pour les hommes et supérieur à 60 ans pour les femmes.
- ✓ Un haut risque vasculaire en **prévention secondaire** : Maladie coronarienne (IDM), Artériopathie des membres inférieurs, AVC
- ✓ Une pathologie **respiratoire** : bronchite chronique, BPCO, Emphysème, Asthme

Qui exclure ?

Les patients n'ayant jamais fumé et les patients sevrés depuis 20 ans ou plus.

Comment inclure ?

Inclure les 20 premiers patients répondant aux critères d'inclusion ci-dessus et compléter la grille jointe. Cette grille doit être remplie en présence du patient.

Le dépouillement des grilles sera effectué de façon anonyme.

Ce travail ne prend son sens que par la réalisation des deux tours. En effet, c'est l'amélioration des pratiques par les deux tours qui justifie l'audit.

Nous vous rappelons que cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale et que celle-ci ne sera un véritable travail de recherche que si un nombre significatif de participants réalisent les deux tours.

Nous comptons sur votre participation et vous prions de croire en l'assurance de nos salutations confraternelles.



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



Quelques pistes d'améliorations:

Afin d'optimiser ce 2^e tour, plusieurs pistes d'améliorations vous sont proposées : elles sont d'ordre pratique, personnelle, et théorique :

- ✓ Constituer dans le dossier médical une alerte pour les patients à haut risque.
- ✓ Renseigner SYSTEMATIQUEMENT le dossier médical sur le statut tabagique de nos patients (à inclure plus généralement dans une rubrique « addictions »).
- ✓ Vaincre ses réticences et ne pas se décourager face aux multiples refus ou échec des patients qui ont tenté de se sevrer. Le tabac n'est pas un sujet tabou : il doit être abordé régulièrement.
- ✓ Se former à la tabacologie (à la prise en charge des addictions).

Ces pistes de réflexion ne sont pas exhaustives et doivent permettre d'aborder systématiquement le statut tabagique de chacun et plus particulièrement de ceux pour lesquels l'arrêt reste une priorité.

Dr Jacques BIRGE
Président du GLAM

Mme Katya ZEKRI ép.CAVALLIER
Thésarde



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

6 Quai Paul Wiltzer - 57000 Metz - 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque

Médecins concernés : généralistes

*Facteurs de risque cardiovasculaire :

1/ Haut risque vasculaire en prévention 1^{ère} :

- 3 facteurs de risque sur 6 :
- HTA traitée
 - dyslipidémie traitée
 - HDL < 0,4 g/l
 - diabète
 - âge > 50 (H) et > 60 (F)
 - ATCD familiaux

2/ Prévention 2^{ndaire} : maladie coronarienne, artériopathie et AVC



Qui inclure ? Les patients vus en consultations, âgés de + de 18 ans, que vous suivez depuis au moins 2 ans (au moins 3 consultations en 2 ans) et présentant :

un HAUT risque vasculaire en prévention primaire ou en prévention secondaire (Cf tableau*)

une pathologie respiratoire : bronchite chronique, BPCO, asthme, emphysème

Qui exclure ?

Les patients n'ayant jamais fumé
ET
Les patients sevrés depuis 20 ans ou plus

Comment inclure ? Les 20 premiers patients qui consultent et présentent les critères d'inclusion décrits ci-contre.
La présence du patient est indispensable pour remplir cette grille.

Questions : Notre prise en charge du patient tabagique à risque est-elle optimale ? Nos patients dont le tabagisme est particulièrement délétère pour leur santé, fument-ils ?

Code médecin :		Code médecin :		Audit Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque: 2e tour														
Partie à conserver		Partie à adresser au GLAM, 6 quai Paul Wiltzer 57000 METZ																
N°	Nom et Prénom	N°	Age	Sexe		Quels sont les antécédents à risque ?	Statut tabagique :		Si tabagisme actuel, questions à poser aux patients ou mention dans le dossier									Commentaires
				F	M		actif	sevré < 20 ans	La motivation au sevrage a-t-elle été évaluée ?			Un sevrage a-t-il été proposé ?			Un sevrage a-t-il été tenté ?			
									OUI	NON	SO	OUI	NON	SO	OUI	NON	SO	
Ex	COTINE Annie	Ex	65	x		Diabète + HTA+age	x			x		x			x			sevrage fermement refusé
Ex	THAUXIC Alain	Ex	40		x	Bronchite chronique		x			x			x			x	sevrage depuis 3 ans
1			1															
2			2															
3			3															
4			4															
5			5															
6			6															
7			7															
8			8															
9			9															
10			10															
11			11															
12			12															
13			13															
14			14															
15			15															
16			16															
17			17															
18			18															
19			19															
20			20															

[SO : Sans Objet, concerne les patients qui ne fument plus depuis moins de 20 ans]

L. Annexe X : Grille d'audit 2e tour

K. Annexe XI : Test de Fagerström

Test de Fagerström

D'après Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT, Ear Nose Throat J., 1990;69:763-5

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

dans les 5 premières minutes	☐ 3
entre 6 et 30 minutes	☐ 2
entre 31 et 60 minutes	☐ 1
après 60 minutes	☐ 0

2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma, etc.)

oui	☐ 1
non	☐ 0

3. Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus de perdre ?

la première le matin	☐ 1
une autre	☐ 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

oui	☐ 1
non	☐ 0

6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?

oui	☐ 1
non	☐ 0

Score de dépendance :/10

Interprétation du score :

- | | |
|----------|--|
| 0 à 2 : | dépendance faible ou nulle à la nicotine |
| 3 à 4 : | dépendance faible à la nicotine |
| 5 : | dépendance moyenne à la nicotine |
| 6 à 7 : | dépendance forte à la nicotine |
| 8 à 10 : | dépendance très forte à la nicotine |

L. Annexe XII : Échelle HAD

Questionnaire H.A.D (Hospital Anxiety and Depression scale)

D'après Zigmund AS, Snaith RT. The hospital anxiety depression scale. Acta Psycho Scand 1983 ; 67 :361-70

A. Je me sens tendu ou énervé :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus du tout	3

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses :

Toujours autant	0
Plutôt moins	1
Nettement moins	2
Plus du tout	3

A. Je me fais du souci :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

Jamais	3
Rarement	2
Assez souvent	1
La plupart du temps	0

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

Jamais	3
Rarement	2
Oui, en général	1
Oui, toujours	0

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

Pratiquement tout le temps	3
Très souvent	2
Quelquefois	1
Jamais	0

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

Totalement	3
Je n'y fais plus attention	2
Je n'y fais plus assez attention	1
J'y fais attention comme d'habitude	0

A. Je ne tiens pas en place :

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

Comme d'habitude	0
Plutôt moins qu'avant	1
Beaucoup moins qu'avant	2
Pas du tout	3

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Rarement	1
Jamais	0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Pratiquement jamais	3

Total anxiété :

Total dépression :

Sont considérées comme valeurs seuils pour chaque sous-échelle :

- 10 dans un objectif de spécificité
- 8 dans un objectif de sensibilité

Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur.

Un score global de 13 correspond à des dépressions mineures.

VU

NANCY, le 05 septembre 2011
Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le 07 septembre 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE n°3726

NANCY, le 13/09/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE :

En 2010, 22 médecins généralistes lorrains ont participé au premier tour d'un audit élaboré par le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) et portant sur la prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque.

Un second tour a ensuite été réalisé en 2011, mobilisant 17 médecins parmi les 22 ayant participé au premier tour. Les résultats indiquent que trop de patients à haut risque sont encore fumeurs (64% au 1^{er} tour), que les médecins généralistes participant à l'audit s'enquêtent du statut tabagique de leurs patients et leur proposent un sevrage, mais très peu de patients le tentent. Il reste un travail à accomplir sur l'entretien motivationnel afin de faire mûrir le changement chez nos patients.

Cette étude montre que les objectifs sont atteints pour les deux premiers critères, l'évaluation de la motivation de sevrage et la proposition de sevrage, tandis que le dernier critère (sevrage à tenter) reste à améliorer. Il existe des différences de performances des pratiques entre les participants mais également, pour chacun d'entre eux, entre les critères d'évaluation indiquant que des progrès sont réalisables.

Le GLAM a proposé des pistes d'amélioration à l'issue du premier tour visant à améliorer les pratiques médicales : mettre en place, dans le dossier médical, une alerte pour les patients à haut risque ; Renseigner systématiquement le dossier médical sur le statut tabagique de nos patients ; Vaincre ses réticences et ne pas se décourager face aux multiples refus ou échec des patients qui ont tenté de se sevrer (le tabac n'est pas un sujet tabou : il doit être abordé régulièrement) ; Se former à la tabacologie. Ces pistes d'amélioration semblent avoir eu un faible impact au second tour, pour ne pas dire aucun. Il s'agit peut-être du délai de huit mois entre les deux tours, trop court pour mettre en évidence les changements de pratique ou de l'absence de temps suffisant aux médecins pour leur permettre d'appliquer les recommandations.

Enfin, l'audit est un outil de travail intéressant et performant dans la réalisation des évaluations des pratiques professionnelles mais le taux de participation extrêmement faible doit amener à une remise en question de ce type de travail, sur sa forme plus que sur le fond.

TITRE DE LA THÈSE : Management of smoking in high risk patient. Two rounds of a medical audit with twenty two general practitioners in Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE

ANNEE : 2011

MOTS CLEFS : Tabagisme, médecine générale, audit médical, évaluation

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, Nancy 1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex