



ARTICLE ORIGINAL

Identification du statut tabagique et conseil minimal par les médecins généralistes de Nouméa et Grand Nouméa

Identification of smoking status and minimal advice of general practitioners in Noumea and Grand Noumea

S. Birolleau¹, D. Danner¹, S. Laumond²

¹ : Service de Pneumologie du CHT G. Bourret - Nouméa

² : Epidémiologie de Santé Publique, DASS - Nouméa

SUMMARY

Smoking, major provider of morbidity and premature mortality and preventable, not sparing of New Caledonia. Since 2003, smoking prevalence has increased from 42% in 2003 to 45% in 2008. The population of users grows, rejuvenates and becomes feminized.

The tobacco also puts a major problem on public health in New - Caledonia. The general practitioners (GP) by her primary care situation is a major actors who are responsibility to take part of the management of smoking. This is one of the tools of prevention, easy and effective, and remains a minimal tobacco advice according to the Good Practice Recommendations.

Our thesis of general medicine, summarized in this article was conducted with 38 GPs volunteers in Noumea - Grand Noumea. The results show that 42% of GPs routinely address the tobacco questions to their patients. 76% of them say they ask if they want to quit smoking, and 78% report advising the stop smoking. 34% of GPs say they use the full minimal advice, as defined by the Consensus Conference of 1998.

These results has mainly highlighted the lack of training. Training of GPs in tobacco control to promote the minimal tobacco advice, to upgrade and to recognize their performance in a dynamic comprehension on prevention of public health in a country where barely Tobacco Control is necessary, seems easy to implement, with the aim of obtaining a inflexion of the number of active smokers.

KEYWORDS: tobacco control, against tobacco, general practitioners

RESUME

Le tabagisme, grand pourvoyeur de morbi-mortalité prématurée et évitable, n'épargne pas la Nouvelle-Calédonie. Depuis 2003, la prévalence du tabagisme y a augmenté, passant de 42% en 2003 à 45% en 2008. La population des usagers s'accroît, rajeunit et se féminise.

Ainsi le tabac pose un problème majeur de santé publique aussi en Nouvelle - Calédonie. Le médecin généraliste par sa situation de premier recours est un acteur primordial à qui incombe une partie de la prise en charge du tabagisme. Un des outils de prévention, simple et efficace, reste le conseil minimal tabac selon les Recommandations des Bonnes Pratiques.

La thèse de médecine générale, résumée dans cet article, a été réalisée auprès de 38 médecins libéraux volontaires de Nouméa - Grand Nouméa. Les résultats montrent que 42% des médecins généralistes abordent systématiquement la question tabac avec tous leurs patients. 76% déclarent leur demander s'ils désirent arrêter de fumer et 78% déclarent conseiller l'arrêt. 34% des médecins disent recourir au conseil minimal complet, tel que défini par la Conférence de consensus de 1998.

Le travail a mis en exergue essentiellement le manque de formation. Former les médecins généralistes en Tabacologie pour promouvoir le conseil minimal tabac, afin de revaloriser et de reconnaître leur exercice dans une dynamique préventive globale de santé publique dans un pays où la Lutte Anti-Tabac (LAT) peine à s'imposer, paraît la fois facile à instaurer, dans l'objectif d'obtenir une inflexion du nombre de fumeurs actifs.

MOTS CLES: contrôle du tabac, lutte anti-tabac, médecins généralistes

Auteur correspondant: Dr Sophie BIROLLEAU. Service de Pneumologie du CHT G. Bourret Nouméa
E-mail: birolleau@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le tabagisme en Nouvelle - Calédonie est une préoccupation majeure de Santé Publique. 45% des plus de 18 ans fument. En 10 ans, la consommation de tabac n'a cessé d'augmenter, passant de 236.7 tonnes en 1999 à 349.2 tonnes en 2009 [1]. Un fumeur sur deux meurt de son tabagisme. Conséquemment, le nombre de décès imputables au tabagisme attendu dans les 20 prochaines années est énorme au regard de la population: un quart de la population calédonienne est susceptible de mourir dans les 20 ans qui viennent de façon prématurée et évitable [2].

En 2008, 2 413 décès ont été imputés au tabac, soit un taux de 65,08/100 000 habitants. Mais la mise à jour récente du registre du cancer a montré que la mortalité imputée aux cancers avait été considérablement sous évaluée. Dans ce cadre, la proportion de cancers imputables au tabagisme a aussi été sous évaluée [1]. La permissivité à l'égard des pratiques tabagiques, l'absence de déterminisme politique dans la lutte anti-tabac sont des facteurs explicatifs et régulièrement dénoncés par les professionnels de soins.

Dans ce contexte, le rôle du médecin généraliste est primordial [3]: il est quasiment le seul interlocuteur des patients fumeurs, en-dehors du Centre de Soins en Addictologie dont le rayon d'action est centré sur Nouméa.

Quelle attitude est adoptée par les médecins généralistes pour conseiller l'arrêt du tabac à leurs patients ? Dans quelle mesure cette pratique peut-elle être soutenue et favorisée ?

Une enquête réalisée parmi un échantillon de 38 médecins généralistes ayant pour but de décrire la pratique quotidienne de ces médecins et plus particulièrement, de leur recours au conseil minimal d'arrêt au tabac [4] a eu lieu dans Nouméa et le Grand Nouméa entre janvier et mars 2010 afin de répondre à ces questions.

MATERIEL ET METHODES

L'étude a porté sur un échantillon de médecins généralistes exerçant en cabinet libéral dans la zone de Nouméa et Grand Nouméa pendant la période du 01.01.2010 au 28.02.2010.

L'échantillon a été tiré au sort parmi les 107 praticiens.

Ces médecins ont reçu un questionnaire d'auto-évaluation portant sur leur méthodologie dans l'abord du tabagisme des patients venant en consultation quel qu'en soit le motif.

Le questionnaire était composé pour la plupart de questions fermées avec une réponse proposée binaire par oui/non, et pour d'autres ouvertes, type QCM afin de faciliter le choix de réponses et de favoriser le taux de réponses.

Le questionnaire explorait les caractéristiques socio-démographiques, le statut tabagique, la pratique du conseil minimal tabac, l'implication et l'intérêt porté à la Lutte Anti-Tabac (LAT).

La première partie concernait le médecin généraliste lui-même. Elle spécifiait:

- Ses données démographiques (sexe, âge par tranches de 10 ans)
- Son enseignement universitaire et post universitaire (FMC, DIU, DU, Séminaire, Capacité, Lectures),
- Son statut tabagique (non fumeur ex fumeur occasionnel, ex fumeur régulier, fumeur régulier et occasionnel),
- Son mode d'exercice (cabinet individuel ou de groupe),
- L'orientation de son exercice (médecine générale pure ou médecine générale et parallèle (acupuncture, hypnose, homéothérapie, mésothérapie, ostéopathie...), son lieu de exercice (Nouméa Grand Nouméa)
- La date de début de son exercice,
- Et le nombre moyen de patients vus par mois.

La seconde partie portait sur la pratique du conseil minimal des médecins généralistes

Nous leur avons demandé s'ils abordaient systématiquement la question du tabagisme avec tous leurs patients, quel que soit le motif de consultation (oui, non, ça dépend) ; s'ils consignaient la réponse dans le dossier ; s'ils demandaient systématiquement à leurs patients s'ils envisageaient d'arrêter de fumer; quels conseils ils prodiguaient à un patient fumeur (la modération, l'arrêt, la remise de brochure, une nouvelle consultation d'aide au sevrage), et enfin s'ils connaissaient le conseil minimal et l'utilisaient.

La dernière partie a été créée afin de comprendre les facteurs favorisant ou limitant le recours au conseil minimal pour les patients identifiés comme fumeurs.

Les médecins interrogés devaient préciser s'ils portaient un intérêt ou non à la lutte anti-tabac (majeur, certain, aucun) ; s'ils ressentaient une efficacité en terme de LAT et si non, pour quelles raisons (manque de motivation du patient, traitement d'aide au sevrage onéreux pour une population défavorisée, manque et contrainte de temps, manque d'une rémunération spécifique pour une consultation ressentie comme chronophage, manque d'un réseau anti-tabac et manque de soutien de la part du système de Santé Calédonien).

Analyse et traitement des données

Les informations ont été saisies sur le logiciel Epi Info version 604d avec le module *saisie* pour la saisie des données et le module *analysis* pour l'analyse. Le traitement statistique des données a été réalisé par le Dr Laumond, médecin épidémiologiste à la DASS. La taille de l'échantillon n'a pas permis de recourir au test du χ^2 .

RESULTATS

Caractéristiques démographiques de la population enquêtée

Caractéristiques démographiques

La répartition géographique de l'exercice des médecins généralistes enquêtés est en moyenne d'un tiers: un tiers des médecins exercent dans le Grand - Nouméa, et deux tiers à Nouméa (Figure 1).

Les médecins généralistes enquêtés se répartissent en 76% d'hommes, 21% de femmes (3% ne se prononcent pas).

53% ont plus de 60 ans, 18% ont entre 50 et 59 ans, 21% ont entre 40 et 49 ans et 8 % ont moins de 39 ans (Figure 2).

79% des enquêtés se sont déclarés non fumeurs au moment de l'étude dont moins d'un quart d'ex-fumeurs (Figure 3).

Presque l'ensemble des médecins généralistes enquêtés (95%) n'a pas bénéficié d'un enseignement universitaire en tabacologie, mais 32% disent avoir reçu un enseignement post-universitaire sur le sujet. 68% ont débuté leur activité libérale avant 1999 date à laquelle l'enseignement en tabacologie a été rendue obligatoire dans les universités de médecine.

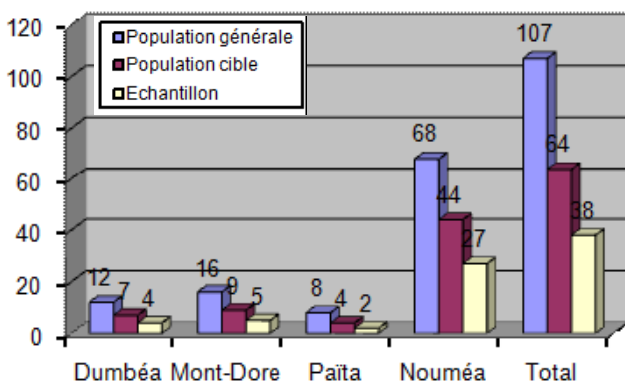


FIGURE 1. Répartition des médecins généralistes enquêtés.

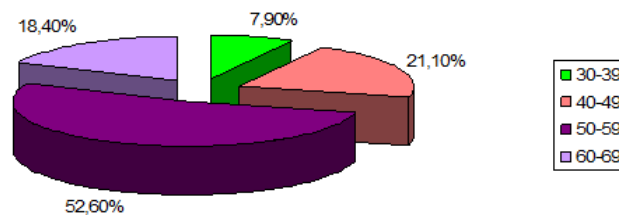


FIGURE 2. Répartition des médecins généralistes enquêtés par tranches d'âge.

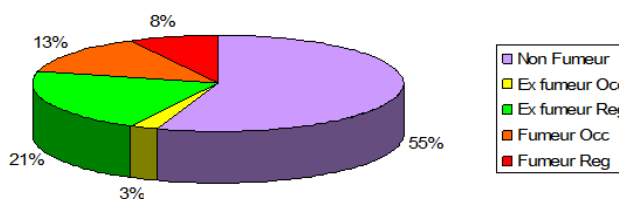


FIGURE 3. Statut tabagique des médecins enquêtés.

Modalités d'exercice

63 % exercent seuls.

27% travaillent en cabinet de groupe.

En moyenne, les médecins généralistes voient 400 patients par mois quelque soit le motif de consultation.

Auto-évaluation de la prise en charge des patients fumeurs

89% des MGE disent porter un intérêt majeur et certain à LAT (Lutte Anti-Tabac).

45% des MGE trouvent le CMT efficace.

68% des MGE estiment être inefficaces en terme de LAT.

Intérêts portés par LAT

Majeur: 36,8% ; certain: 52,6% ; aucun: 7,9% ; NSPP (ne se prononcent pas): 2,6%.

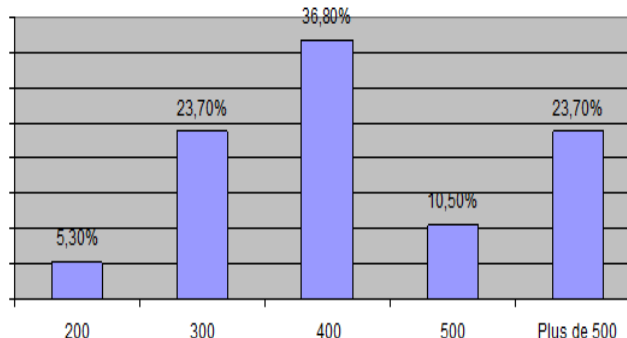


FIGURE 4. Nombre de patients tout venant vus en consultation.

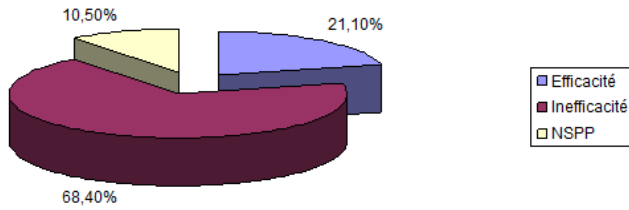


FIGURE 5. Sentiment d'efficacité perçu en terme de LAT.

Les raisons invoquées pour expliquer ce sentiment d'inefficacité sont (Figure 5):

- 92 % le manque de motivation du patient,
- 46 % le traitement d'aide au sevrage trop onéreux pour une population défavorisée,
- 19 % le manque et contrainte de temps,
- 8 % le manque de rémunération spécifique,
- 19 % le manque de réseau anti-tabac,
- 27 % le manque de soutien de la part du système de santé calédonien,
- 10,5% des MGE ont le sentiment d'être seul à lutter contre le tabac.

42% des MGE posent systématiquement la question "fumez-vous ?" à leurs patients.

50% d'entre eux abordent la question du tabac lorsque la consultation est en rapport avec un problème lié au tabac. Dans les deux cas de figure, 82 % des MGE consignent ensuite le statut tabagique de leur patient dans le dossier médical (DM).

Conseils donnés au patient fumeur

76% des sondés demandent systématiquement à leurs patients fumeurs s'ils désirent arrêter.

77% des MGE conseillent l'arrêt à leur patients.

10,5% proposent une brochure d'information sur l'intérêt du sevrage tabagique. Et 21% proposent de revoir les patients désireux d'arrêter de fumer.

Aucun des MGE ne réalise de façon complète le conseil minimal d'arrêt du tabac, à savoir: incitation au sevrage, remise d'une brochure et d'un rendez-vous ultérieur en consultation pour ce problème spécifique.

45% des MGE connaissent le CMT, 37% des MGE l'utilisent dans leur pratique, 18% déclarent le connaître mais ne pas y recourir. En considérant le CMT tel qu'il est défini par l'ANAES, on met en évidence 34% des MGE qui disent y recourir aisément.

Analyse des facteurs explicatifs à l'absence de recours au conseil minimal

Parmi les MGE qui ne pratiquent pas le CM, 68% des MGE sont âgés de 50 ans et plus.

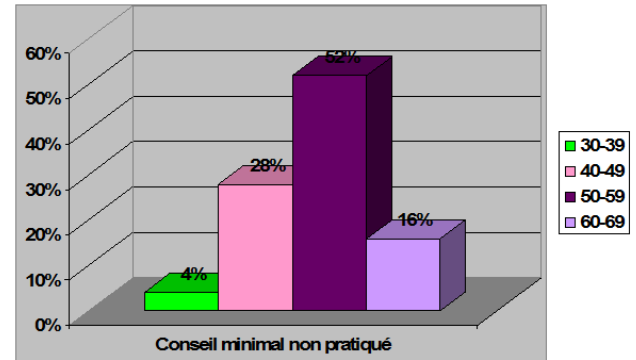


FIGURE 6. Répartition du CM non pratiqué par les MGE selon d'âge.

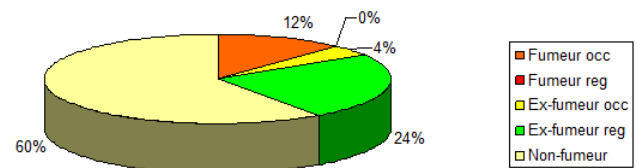


FIGURE 7. Répartition du CM non pratiqué par les MGE selon leur statut tabagique.

Ils sont 76% (6/25) des MGE à ne pas avoir suivi de formation post universitaire. Cependant, parmi les MGE qui ont bénéficié d'une FMC, la totalité d'entre eux ne pratiquent pas le CM.

Parmi les MGE ne pratiquant pas le CM, 84% sont non fumeurs ou ex fumeurs réguliers.

La majorité des MGE (60%) qui ne pratique pas le CM exerce en cabinet individuel. 64% des MGE trouvent le CM efficace mais ne le pratiquent pas (Figure 6-7).

DISCUSSION

Les limites

L'échantillon de faible effectif, non représentatif, sur lequel les tests épidémiologiques n'ont pas de valeur comparative rend difficile la comparaison de nos résultats avec d'autres études comme l'enquête CRAES-CRIPS d'octobre 2003 portant sur les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes et l'enquête départementale réalisée par Underner et Coll. auprès des médecins généralistes de la Vienne.

La petite taille de l'échantillon n'a pas permis de faire des tableaux de contingences avec plusieurs variables. Le maximum était de 2 variables.

Une étude statistique plus complexe ne permettait pas de retirer de renseignements exploitables statistiquement, car elle résultait en une mise en chiffres de

comportements individuels, sans tendance émergente. Par ailleurs, cette enquête est la première de ce type réalisée sur le Territoire, et donc non comparable avec d'autres enquêtes calédoniennes.

De plus, le fait d'avoir choisi sur l'annuaire, même si le tirage au sort a eu lieu est un biais car la liste n'étant pas à jour, 5 courriers ont été retournés par l'Office des Postes et des Télécommunications pour adresse erronée.

Il y a également un biais de sélection dans le recrutement des MGE

En effet, l'enquête s'est déroulée pendant la période de vacances scolaires d'été où beaucoup des médecins généralistes titulaires prennent leurs congés. L'étude avait volontairement exclu de questionner les remplaçants dont l'impact en terme de lutte anti-tabac ne peut être significatif lorsque la durée d'exercice est courte.

En tenant compte de ces limites, cette étude a permis de dégager plusieurs enseignements.

Caractéristiques de la population étudiée

La répartition des médecins généralistes enquêtés (MGE) dans les deux secteurs géographiques comparable à la répartition de la population générale des médecins généralistes.

Les médecins généralistes exerçant en libéral dans la zone de Nouméa - Grand Nouméa n'ont pas systématiquement recours au conseil minimal au cours de leur consultation. 92% d'entre eux jugent les patients insuffisamment motivés à l'arrêt. Ceci pose un problème de conception de l'aide au sevrage, et constitue un cercle vicieux, car la motivation est un processus actif dans lequel les paroles et les conseils des personnels médicaux et paramédicaux ont toute leur importance [5-7].

64% des MGE le trouvent le CMT efficace mais ne le pratiquent pas. Si la raison évoquée est le manque de temps, il s'agit d'une fausse croyance. En effet, le conseil minimal est un outil de prévention efficace en terme d'investissement personnel, et temporel et de coût.

L'impact sur la proportion des fumeurs en Nouvelle - Calédonie serait notable si les MGE avaient recours plus systématiquement au CMT.

En moyenne, un médecin généraliste voit 4 800 patients par an. Selon l'étude grand public Omnibus 2008 réalisée par l'ASS.NC, parmi cette population de patients, 45% sont fumeurs [8]. Un médecin généraliste voit donc en moyenne 2 160 patients fumeurs par an. Comme il y a 107 médecins généralistes en exercice dans la zone de Nouméa - grand Nouméa, le nombre de fumeurs vus en consultation courante tourne autour de 231 120 fumeurs par an.

Des études randomisées et contrôlées en médecine générale montrent que 2% à 5% des patients ayant reçu le conseil minimal maintiennent un sevrage à un an. Si les MG exerçaient le conseil minimal à chaque entrevue avec un fumeur, entre 4 622 (2%) et 11 555 (5%) fumeurs arrêteraient de fumer spontanément, contre actuellement 1 571 à 3 929. Pour cela, il semble important de reconnaître et revaloriser l'exercice du médecin généraliste dans une dynamique globale et préventive de Santé Publique [9-12].

Le manque de formation spécifique en tabacologie est à la fois une barrière conjoncturelle et structurelle. En effet, la majorité des MGE sont cinquante-naires ou plus, en exercice depuis de nombreuses années, et n'ont pas eu de formation.

Ceci est un argument de plus pour inciter les médecins généralistes libéraux à suivre une FMC sur le thème de la tabacologie [13, 14].

D'autant que globalement, les MGE portent un intérêt majeur voire certain à la LAT [15,16].

Cependant, ils soulèvent les points suivants tels que le traitement d'aide au sevrage trop onéreux pour une population défavorisée, le manque de rémunération pour une consultation chronophage, le manque et la contrainte de temps, le manque d'un réseau Anti-Tabac et le manque de soutien de la part du système de santé Calédonien.

Comme la LAT est toujours de longue haleine, difficile à faire accepter par les décideurs, le conseil minimal peut être un bon outil de prévention en attendant que les acteurs de santé organisent des plans d'actions de grande ampleur et cohérents.

Cet outil sera d'autant plus efficace si le médecin généraliste est formé.

CONCLUSION

Sur le plan qualitatif, aucun médecin généraliste ne pratique le conseil minimal « théorique » tel que nous l'avons défini comme étant le conseil complet de l'ANAES et comprenant simultanément le conseil d'arrêt, une remise de brochure et une proposition d'un rendez-vous ultérieur.

Le manque de formation initiale et post universitaire en est une principale cause. Or, en tant que médiateur de santé, au même titre que les acteurs institutionnels et administratifs du contrôle du tabac, le médecin généraliste s'inscrit dans une dynamique « d'une politique de Santé Publique » préventive globale (17).

La présente étude pourra ainsi servir de base pour lancer ultérieurement une étude à grande échelle sur tout le territoire afin de mieux cerner les raisons de l'application insuffisante du conseil minimal tabac.

CONFLIT D'INTERETS

Non déclaré.

REFERENCES

1. Situation Sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2008. Démographie. DASS.
2. http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/publications/sante_chiffres.
3. HILL C. LAPLANCHE A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *BEH* 2003 ; 22-23 : 98-100.
4. HIRSCH A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention minimale. *Le Concours Médical* 17/02/1996 : 477-481.
5. ANAES. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus, Paris, Octobre 1998.
6. FIORE MC. BAILEY WC. COHEN SJ. Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline; Rockville, Maryland:US Department of Health and Human Services; A Public Health Service report.May, 2000.
7. SILAGY C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev* 2002; 1.
8. SLAMA K. KARSENTY S. HIRSCH A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France.*Tobacco Control* 1995; 4: 162-9.
9. Etude Grand Public OMNIBUS. Mars-Avril 2008. Agence Sanitaire et Sociale. Dossier N°564: 37-43; 72-73.
10. 46. WONCA. La définition européenne de la Médecine Générale. *Médecin de famille.WONCA EUROPE* 2002 :52.
11. Collège de Basse Normandie des généralistes enseignants. Pour un référentiel métier de médecin généraliste CBNGE 1997.
12. Collège des médecins de famille. Les quatre principes de la médecine de famille. <http://www.cfcpc.ca/les.htm>.
13. Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte anti-tabac. Comment lutter contre l'épidémie de tabagisme. Guide OMS. *JMST* 31 mai 2005.
14. La formation en Tabacologie par le DIU de Tabacologie et aide à l'arrêt du tabagisme. Evaluation- perspectives. Rapport du Docteur Jean PERRIOT. Vice Président de la SFT. 7p.
15. NAUDET M ; GALLIAS J-L. MICHE J-N. Recherche en médecine générale : Caractère transitoire ou durable de l'effet des formations en tabacologie /alcoologie sur le fréquence de prise en charge de ces addictions par les médecins généralistes. Société Française de Médecine Générale accessible sur http://www.sfm.org/news_letter/lettre_omg/lettre_36/letter_36.html.
16. BULLETIN DE OMG N° 36 JANVIER 2009.
17. LANCASTER T. STEAD L. SILAGY C. SOWDEN A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from Cochrane library. *BMJ*. 2000; 321:355-8.
18. RAW M. Le rôle du médecin. Europe sans tabac : 1. bureau européen de l'OMS et l'Europe contre le cancer 1987 :116.
19. Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste ? Louis Franco. Expertise collective Inserm- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants.