

université
PARIS-SACLAY

FACULTÉ DE
MÉDECINE

UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY

Année 2020 - 2021

Thèse pour le doctorat en médecine

Présentée et soutenue publiquement le : 9 avril 2021

Par Raphaël Chaumont

Né le 12 septembre 1990 à Paris

L'ambivalence des médecins généralistes face au sevrage
tabagique : une étude qualitative

Directeur de thèse : Dr Guillaume Coindard

Président du jury : Pr Henri-Jean Aubin

Composition du jury

Président du jury : Pr Henri-Jean Aubin

Directeur de thèse : Dr Guillaume Coindard

Jurée : Pr Frédérique Noël

Juré : Pr Alain Mercier

Remerciements

Au Pr Henri-Jean AUBIN, Président du jury, d'avoir accepté cette présidence, et de m'accorder votre temps et votre attention,

A mon directeur de thèse, le Dr Guillaume COINDARD, de son aide précieuse, ses conseils et sa bienveillance,

Au Pr Frédérique NOËL, de votre attention et votre temps en tant que jurée,

Au Pr Alain MERCIER, de votre attention et votre temps en tant que juré,

Au Dr François RAINERI, pour la relecture de cette thèse, et pour la

A la SFMG, de m'avoir permis de réaliser cette thèse,

Aux Docteurs François RAINERI, Philippe GRUNBERG, Erik LOOTVOET, et Emilie BOURGES, de m'avoir transmis l'engouement pour la médecine générale, et aussi pour leur générosité,

A mon père Jean, de m'avoir transmis ses valeurs, d'écoute et d'empathie,

A ma femme Elodie, de son infaillible soutien, sa patience et son amour,

A mes sœurs, et mes grands-parents, d'avoir été présents pour moi lorsque j'en avais besoin,

A ma fille Agathe, qui me rend tellement heureux depuis quelques mois,

A tous mes amis, Thibault, Aurélie, Juliette, Emeline, Eglantine, qui m'ont permis de supporter ces longues et intenses études de médecine.

Résumé

Introduction : La prévalence du tabagisme en France (25% de fumeurs) reste élevée. Le médecin généraliste, principal acteur des soins primaires, occupe une position centrale dans la prise en charge des patients tabagiques. Quelles sont les craintes, représentations et croyances des médecins généralistes influençant leur engagement dans la prise en charge du sevrage tabagique ?

Méthode : 31 médecins généralistes ont participé à 4 tables rondes dans 3 régions différentes de France. Une analyse qualitative basée sur une approche par théorisation ancrée a été réalisée à partir du verbatim des focus groups.

Résultats : Les participants étaient représentatifs des médecins généralistes français sur les principales variables socio-démographiques. Ils connaissaient globalement bien la maladie tabagique dans ses aspects addictifs, athérogènes, respiratoires et cancérigènes. L'usage du tabac était perçu comme un plaisir, un créateur de lien social, un anxiolytique. Selon eux également, il revenait aux patients d'exprimer leur motivation et de la développer. Cependant Les patients avec des facteurs de risque cardiovasculaires, les femmes enceintes et les adolescents constituaient des populations pour lesquelles parler du tabac est important.

Discussion : Si les médecins généralistes souhaitent accompagner leurs patients dans l'arrêt du tabac, ils se révèlent ambivalents en cherchant à respecter leur autonomie. La crainte d'un échec du sevrage semble justifier l'acceptation du tabagisme d'un grand nombre de patients. Les médecins fumeurs ou ex-fumeurs utilisent facilement le champ sémantique de la peur, les médecins non-fumeurs manifestent davantage d'empathie.

Mots-clés : ambivalence, médecins généralistes, sevrage tabagique, représentations

Summary

Introduction : The prevalence of smoking in France stays high. The general practitioner, the main actor in primary care, has a crucial role in the care of smoking patients. What are the fears, representations and beliefs of general practitioners influencing their involvement in the management of smoking cessation?

Method : 31 general practitioners participated in 4 round tables in 3 different regions of France. A qualitative analysis based on grounded theory approach was carried out from the focus groups verbatim.

Results : The participants were representative of French general practitioners on the main socio-demographic variables. They were generally familiar with tobacco disease in its addictive, atherogenic, respiratory and carcinogenic aspects. The use of tobacco was a pleasure, a creator of social bonds, an anxiolytic. They also said it was up to the patients to express and develop their motivation. However, patients with cardiovascular risk factors, pregnant women and adolescents were populations in which talking about tobacco is important.

Discussion : While general practitioners wish to support their patients in stopping smoking, they are ambivalent in seeking to respect their autonomy. The fear of unsuccessful withdrawal seems to justify the acceptance of smoking by many patients. Doctors who are smokers or ex-smokers easily use the semantic field of fear, while doctors who do not smoke show more empathy.

Key words : ambivalence, general practitioners, smoking cessation, representations

Abréviations

BEH : Bilan Épidémiologique Hebdomadaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision

CP : Comité de Pilotage

FdRCV : facteurs de risque cardiovasculaires

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MG : Médecins Généralistes

MSU : Maître de Stage Universitaire

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

Liste des tableaux :

Tableau I : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Tableau II : Perception de la fonction symbolique du tabac par les MG

Liste des figures :

Figure 1 : Échelle analogique d'évaluation de la motivation selon la HAS en 2014 (page 44)

Table des matières

Composition du jury	1
Remerciements	2
Résumé	3
Summary	4
Abréviations	5
Table des matières	6
INTRODUCTION	8
1. Pourquoi s'intéresser à la maladie tabagique ?	8
2. Quelques chiffres sur le tabac	8
3. Rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique	9
4. Problématique.....	11
MÉTHODE.....	12
1. Elaboration du guide d'entretien	12
2. Le recrutement.....	12
3. L'échantillonnage	13
4. Réalisation des tables rondes	13
RÉSULTATS	14
1. Caractéristiques des médecins généralistes recrutés	14
2. Représentations des MG sur la maladie tabagique	15
2.1. La dépendance au tabac	15
2.2. Perception de la fonction symbolique du tabac par les MG.....	17
3. Générer de la motivation ou pas ?.....	19
3.1. "Planter une graine".....	19
3.2. Rechercher la motivation du patient au sevrage tabagique	20
3.3. Le MG inducteur de motivation chez les patients fumeurs.....	22
3.4. Les freins à débiter le sevrage selon les MG	24
3.5. Les MG et l'ambivalence des patients	26
4. Les populations particulières	27

4.1. Les patients avec facteurs de risque cardiovasculaires (FdRCV)	27
4.2. Les femmes enceintes	29
4.3. Les adolescents.....	30
DISCUSSION.....	35
1. Principaux résultats.....	35
1.1. Différences entre le discours des MG fumeurs/ex-fumeurs versus les MG non-fumeurs	35
1.2. La notion d’ambivalence	37
2. Forces et limites.....	41
2.1. Forces	41
2.2. Limites	42
3. Comparaison avec la littérature.....	43
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES	50
Annexe 1 : Algorithme d’aide au dépistage HAS.....	50
Annexe 2 : Guide d’entretien	51
Annexe 3 : Questionnaire de recrutement	55
Serment d’Hippocrate	58

INTRODUCTION

1. Pourquoi s'intéresser à la maladie tabagique ?

Pendant mon internat, lors de mes stages en ambulatoire, j'ai constaté que le nombre de patients tabagiques, avec ou sans complications liées au tabac, était plus important que je ne l'avais pensé. Ma difficulté à apporter une réponse médicalement pertinente aux patients demandeurs d'aide et à intervenir comme acteur de prévention m'a interpellé. Je me suis rendu compte que l'aide au sevrage tabagique n'était pas suffisamment enseignée tant au cours du deuxième cycle que du DES de médecine générale

En commençant à lire quelques informations générales sur le tabagisme en France, je découvrais dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) du 28 mai 2019, que 75 000 décès en France métropolitaine étaient attribuables au tabagisme. Le tabagisme, responsable de 13% du total des décès, était la première cause de mortalité évitable en France.

L'ampleur du problème m'a semblé en décalage total avec les 4 heures de formation initiale proposée sur ce thème. Quelques en soient les raisons, cela m'a poussé à me former plus précisément sur ce sujet. Je me suis inscrit au Diplôme Inter-Universitaire d'aide au sevrage tabagique de l'Université Paris-Saclay. Au cours de mes trois stages ambulatoires en cabinet auprès de 7 maitres de stages différents j'ai remarqué que le sevrage tabagique des patients semblait rarement constituer une préoccupation centrale de l'accompagnement des patients et j'ai voulu en comprendre les raisons.

2. Quelques chiffres sur le tabac

Selon l'OMS (1), il y avait en 2019 1,1 milliards de fumeurs dans le monde, à l'origine de plus de 8 millions de morts causés par le tabac dont 1,2 millions par tabagisme passif.

En France métropolitaine, en 2018, le tabagisme actif concernait 25,4 % de la population (2) et l'incidence des cancers pulmonaire, des exacerbations de BPCO et des infarctus du myocarde avait augmenté significativement chez les femmes depuis 2002. (3)

Si cette prévalence du tabagisme quotidien a baissé de 4 points entre 2016 et 2018, après l'application de multiples mesures de politique publique (mois sans tabac, paquet neutre, hausse du prix des paquets, etc.), elle reste néanmoins l'une des premières des pays industrialisés.

Ainsi dans l'eurobaromètre 2017 de l'OFDT (4), environ 23% de la population allemande déclare fumer régulièrement, 17% en Belgique, 16% au Royaume-Uni, 24% en Espagne, et 26% en Italie. (5)

Selon les différents sites gouvernementaux officiels, en 2019, 12% des canadiens fumaient (versus 21,9% en 2008) (6), 13,7% des habitants des Etats-Unis (7), 11,6% des australiens (17,5% en 2007) (8), et 13,2% des habitants de Nouvelle-Zélande (versus 20,7% en 2006) (9). Dans ces 4 pays sur la dernière décennie, la baisse de la prévalence est donc environ de presque la moitié.

3. Rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique

Avec près de 50.000 médecins généralistes répartis sur l'ensemble du territoire, 75% de la population vue au moins une fois par an et 300 millions de séances en 2019 ; la médecine générale occupe une position centrale dans le système de soins de premiers recours, aussi bien en termes de curatif que de préventif. Le médecin généraliste peut donc jouer un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients tabagiques et notamment dans leur sevrage. Pourtant, peu d'études retrouvées dans la littérature se sont intéressées aux déterminants de son engagement dans le sevrage des patients fumeurs, en France (comme dans d'autres pays).

Seule une étude quantitative française, assez ancienne, est retrouvée dans la littérature : 372 médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur ont été interrogés par téléphone en 1999. Parmi eux, 170 médecins fumeurs et 202 non-fumeurs ont été interrogés sur leur pratique professionnelle et leur attitude face à des tentatives de sevrage de leurs patients. Ces réponses ont été comparées à la participation des généralistes à l'essai de sevrage, et au "succès" du médecin généraliste (1 patient ou plus arrêtant de fumer à 1 mois, 12 mois ou les deux) ou "non-succès" (pas d'arrêt du patient à 1 mois ou à 12 mois). L'étude concluait qu'il n'y avait pas d'association significative entre les pratiques et les attitudes des généralistes en matière de tabagisme. Lorsqu'un conseil minimal avait un effet, cela est davantage dû à la nature systématique de la prestation de l'intervention qu'aux attitudes ou aux pratiques déclarées du praticien qui donnait le conseil. (10)

Au niveau international, il n'y a qu'une quinzaine d'études de ce type retrouvées de 1995 à 2019, dont 9 utilisant des entretiens semi-structurés ou des groupes de discussion.

La seule enquête la plus récente, publiée en 2009 par l'INPES, concluait dans « Baromètre santé médecins généralistes 2009 » (11) que, parmi les 2000 MG interrogés, *“63,2% des médecins généralistes abordent au moins une fois le tabac avec chaque patient”*. De plus, du côté de la prévention, *“plus de 98% des médecins déclarent que la prévention fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle dans les domaines du tabagisme”*, et *“89,2% des MG interrogés trouvent que le tabagisme est un sujet facile à aborder avec leurs patients”*

Concernant l'efficacité du conseil minimal, la méta-analyse Cochrane de 2013, une des seules études importantes publiée sur le sujet, montrait que le conseil minimal tabac augmente de 1 à 3% le taux de sevrage chez les patients ayant reçu une intervention brève. (12)

Le site Tabac-info-service.com (13), informe que *“plus de la moitié des fumeurs réguliers (58 %) hommes ou femmes déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, dont 30% dans*

les 12 prochains mois. Chaque année en France, entre 400 000 et 500 000 fumeurs réguliers arrêtent de fumer chaque année pour au moins un an.”

En 2014, la HAS (14) recommandait que *“tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s’impliquer dans l’aide à l’arrêt du tabac. Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.”*

Par ailleurs, la HAS proposait un algorithme (Annexe 1) aidant les professionnels de santé au dépistage et à une éventuelle prise en charge. Elle recommandait également d’évaluer les comorbidités anxiodépressives et les co-addictions, ainsi que de réaliser un entretien motivationnel.

En 2018, de nouvelles recommandations de la HAS (15) affirment que *« La prise en charge repose sur l’accompagnement et le soutien psychologique, le médecin traitant étant l’acteur clé pour l’assurer »*, et qu’il est important *« de prévoir des consultations régulières spécifiquement consacrées à la prise en charge de l’arrêt du tabac »*.

4. Problématique

Quelles sont les craintes, représentations et croyances des médecins généralistes qui ont une influence sur leur engagement dans la prise en charge du tabac ?

MÉTHODE

Cette thèse a été réalisée dans le cadre d'une étude qualitative dirigée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et pour laquelle, membre du comité de pilotage (CP), j'ai pu participer à chaque étape de celle-ci.

1. Elaboration du guide d'entretien

Le CP a opté pour une approche inspirée de la théorisation ancrée et a élaboré un guide d'entretien semi-directif (Annexe 2) qui abordait différents thèmes : prise en charge des patients tabagiques, obstacles rencontrés par les MG, rôle du MG en matière de prévention et de démarches personnelles, facilité d'adaptation du MG aux nouveaux outils.

Les thèmes et les questions du guide d'entretien ont été définis en fonction des résultats d'une revue documentaire ciblée. Le guide d'entretien a été spécifiquement conçu de façon à commencer par des questions ouvertes, puis à proposer des questions complémentaires plus précises uniquement si les informations requises n'ont pas été obtenues à l'aide des questions ouvertes.

2. Le recrutement

Les médecins généralistes de trois régions différentes, choisies pour leur prévalence tabagique parmi la population (Hauts de France : « forte » à 30,5%, Auvergne-Rhône alpes : « moyenne » à 26,2 %, Ile de France : « faible » à 21,3%) (16) ont été recrutés par un courrier électronique (Annexe 3) adressé aux 12000 adresses de la base de la SFMG. Les médecins volontaires étaient indemnisés pour leur participation à l'étude et informés que celle-ci bénéficiait d'un financement sans contrepartie du groupe Pfizer.

3. L'échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé en recherche de variation maximale et a retenu au total 31 médecins généralistes.

4. Réalisation des tables rondes

Ces tables rondes ont été réalisées en novembre 2019. Il y a eu 2 tables rondes à Paris (8 et 10 participants), une à Lille comprenant 7 participants, et une dernière à Lyon avec 6 participants. J'ai pu assister en tant que co-moderateur aux quatre tables rondes.

Chaque table ronde a duré environ deux heures. Les discussions de groupe ont été enregistrées sur support vidéo, sous forme numérique avec l'autorisation des participants, puis retranscrites intégralement et anonymisées. Les discussions et entretiens ont été menés par un modérateur/enquêteur formé aux entretiens de groupe.

L'analyse des données a été réalisée à partir de la méthode de la théorisation ancrée.

En ce qui concerne mon rôle dans cette recherche, j'ai réalisé le codage selon la méthode de théorisation ancrée, grâce au logiciel Excel, à partir de l'ensemble du verbatim des focus groups. La catégorisation et la mise en relation, étapes habituelles de la *grounded theory*, sont exposées dans la partie Résultats.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des médecins généralistes recrutés

Tableau I : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Caractéristiques		Groupes de discussion (n=31)
Sexe (n)	Hommes / Femmes	18/13
Âge (ans)	Moyenne (intervalles)	54 (30-70)
Lieu (n)	Urbain / Semi-rural	20/11
Modes d'exercice (n)	Libéral - en groupe ou en Maison de Santé Pluriprofessionnelle	16
	Libéral - Seul	11
	Employés dans un centre de santé	1
	Retraités	2
	Remplaçant	1
Statut tabagique (n)	N'a jamais fumé	19
	Ancien fumeur	9
	Fumeur	3
Activité universitaire (n)	Aucune	18
	Maître de stage universitaire (MSU)	12
	Professeur	1

2. Représentations des MG sur la maladie tabagique

2.1. La dépendance au tabac

Les médecins généralistes (MG) interrogés évoquent à juste titre la notion biologique de la dépendance et le circuit de la récompense :

“Dans leur cerveau, ils ont des récepteurs qui leur demandent de la nicotine. Et s'ils ne l'ont pas, pour ceux qui sont vraiment très accro, c'est très difficile.” (Femme, 69 ans, non fumeuse)

“Quand on est addict, on n'est pas dans le plaisir. Notre circuit de plaisir c'est notre corps qui réclame. Ce circuit c'est de dire que la cigarette fait plaisir, ça c'est un discours que je ne comprends pas du tout. Ce n'est pas vous, ce n'est pas vrai, ça ne vous fait pas plaisir, si vous réfléchissez bien c'est votre corps qui le réclame.” (Femme, 55 ans, ex-fumeuse)

Pour certains MG, il y aurait plusieurs types de dépendances à la cigarette : *“Pour moi, il y a trois dépendances. Il y a la dépendance physique, il y a la dépendance psychologique et il y a la dépendance comportementale.”* (Femme, 52 ans, ex-fumeuse)

Et de plus “gros” fumeurs que d'autres, plus dépendants que les autres fumeurs :

- *“Paradoxalement, les gros fumeurs seront exécrales pendant trois ou quatre jours mais ils arrivent à arrêter, parce qu'ils ne sont plus que dans la dépendance à la nicotine. Alors, c'est dur, mais comme des toxicos, quoi.”* (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)
- *“C'est ça, souvent les gros fumeurs avec de grosses dépendances ils sont carrés.”* (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)

L'âge de début du tabagisme aurait un impact sur la sévérité de la dépendance :

- *“Surtout parce que l'addiction est beaucoup plus difficile à réduire quand elle commence avant 18 ans. Pour ceux qui ont commencé à 12 ans, c'est plus difficile de s'arrêter que pour ceux qui ont commencé à 18 ans. Les gens qui ont de la peine à*

s'arrêter, ce sont souvent des gens qui ont commencé très jeune” (Femme, 69 ans, non fumeuse)

Ainsi que le milieu social :

- *“Le milieu social pourrait avoir un impact aussi sur les habitudes de consommation. Je n'ai pas de certitude mais c'est ce que je suppose. Ce n'est pas forcément un problème de fumer dans certains milieux.” (Femme, 47 ans, non fumeuse)*

Différents MG minimisent l'impact du tabac sur la vie des patients ou relativisent son impact et ses conséquences :

- *“il y a quand même 50% des fumeurs qui survivent et qui ne meurent pas du tabac” (Homme, 36 ans, fumeur)*
- *“Parfois ils ont un travail qui les mine, on n'est pas là pour les enquiquiner avec le tabac, on verra ça une autre fois. Oui il y a des priorités.” (Femme, 47 ans, non fumeuse)*

Certains MG pensent que leurs patients fumeurs ont du mal à accepter que leur tabagisme soit une maladie et qu'ils peuvent aller voir des soignants :

- *“aller voir un addictologue déjà, rien que le mot addictologue ça veut dire que je suis addict, c'est pénalisant encore” (Homme, 64 ans, non-fumeur)*
- *“Je pense que c'est plus valorisant de dire : je vais voir mon thérapeute, plutôt que de dire : je vais aller à l'hôpital, pour renoncer à son tabac. Parce que ce ne sont pas les mêmes positions d'aller voir les magnétiseurs, les thérapeutes, etc. Donc il y a un côté où ça ne fait pas malade d'aller voir ces gens, c'est se préoccuper de son bien-être, ce genre de choses. Ça sera peut-être plus valorisant.” (Femme, 33 ans, non fumeuse)*

- “les gens ont le droit d’arrêter de fumer sans vous voir” (Homme, 36 ans, fumeur)

2.2. Perception de la fonction symbolique du tabac par les MG

Tableau II : Perception de la fonction symbolique du tabac par les MG

Fonction symbolique	Verbatim
Plaisir	“Le tabac c'est un plaisir pour notre corps et que du coup il faut trouver d'autres plaisirs pour se sevrer” (Femme, 52 ans, ex-fumeuse)
	“Un jour un patient m'a dit : « Docteur, l'autre jour dans l'ascenseur, il y avait quelqu'un qui avait fumé avant moi et c'était le bonheur. » Donc le tabac, il ne faut pas oublier que bien sûr c'est contre l'ennui, mais c'est aussi un plaisir” (Femme, 69 ans, non fumeuse)
	“Ecoutez, je pense que les fumeurs ont fumé parce que c'est bon. Ils voulaient prendre du plaisir.” (Homme, 55 ans, non-fumeur)
Réconfort	“La clope, c'est un pote » (Homme, 63 ans, ex-fumeur)
	“C'est un doudou la cigarette” (Homme, 66 ans, ex-fumeur)
Générateur de lien social	“Et la cigarette crée le lien social aussi. Un enfant qui va être timide, il va aller demander du feu à la fille qui lui plaît.” (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)
Passe-temps	“J'ai eu plusieurs cas où il s'agissait plutôt d'ennui. Les patients fumaient parce qu'ils s'ennuyaient” (Homme, 30 ans, non-fumeur)

Enfermement / Défense	<i>“C’est plutôt une démarche d’enfermement. Si c’est parce que c’est la représentation du grand-père ou du père ou du frère qu’on a perdu et souvent il en est mort, c’est aussi intéressant de voir comment matérialiser cette séparation.”</i> (Homme, 36 ans, fumeur)
	<i>“Il se défendait beaucoup, il s’est barricadé contre l’évolution. Il se barricade, et le tabac est un moyen de défense.”</i> (Homme, 69 ans, non-fumeur)
Anxiolytique	<i>“C’est anxiolytique, ça calme.”</i> (Femme, 62 ans, ex-fumeuse)
Rite de passage	<i>“C’est vrai que les premières cigarettes c’était un peu rituel, un rite de passage”</i> (Homme, 66 ans, ex-fumeur)
	<i>“Je m’excuse, mais nous quand on avait 13 ans, c’était : tu seras un homme mon fils. Tu vas fumer ta première clope”</i> (Homme, 63 ans, ex-fumeur)

Évoquer le tabagisme reste un frein difficile à décrire pour le patient :

- *“On est allé chercher la symbolisation et tout le monde n’a pas cette capacité introspective pour arriver jusque-là.”* (Homme, 44 ans, ex-fumeur)
- *“Mais en cabinet, je ne fais pas ça, parce que je pense que le tabac, c’est un gros gros tabou.”* (Femme, 62 ans, ex-fumeuse)
- *“Aussi, d’assumer que j’ai envie de fumer ou pas mais au moins que ce ne soit pas un truc justement super tabou.”* (Femme, 62 ans, ex-fumeuse)

3. Générer de la motivation ou pas ?

3.1. “Planter une graine”

La métaphore largement partagée par les médecins interrogés était celle de la graine plantée, puis qui pousse... ou pas :

- *“On sème toujours cette fameuse petite graine en disant, voilà. « Tu as vu ta mère comment elle a eu du mal à arrêter, quelle galère etc. » Ce sont des petits messages qu'on peut quand même livrer à cet âge-là. Maintenant, moi je trouve qu'ils ne sont pas supers réceptifs. Pour eux, ils commencent leur vie.”* (Femme, 59 ans, non fumeuse)
- *“Mais le fait d'en parler va peut-être semer quelque chose et puis un jour il va dire, « docteur, oui, j'ai arrêté de fumer »”* (Femme, 69 ans, non fumeuse)
- *“Et toi tu y contribues, tu sèmes des petites graines. Tiens, le docteur m'a dit machin, mon voisin a eu ceci, et puis mes enfants ils ont besoin de moi... Tous ces trucs-là. Et ce n'est pas que le docteur. C'est de parler un petit peu de tout ça, et puis un jour les gens ont un déclic. Ils ne t'ont pas demandé la permission. Et toi tu te dis, tiens c'est ce jour-là qu'ils ont décidé d'arrêter. Mais non, parce que cela fait des années que ça turbine dans leur tête. C'est exactement ça. Tu as tout à fait... En tout cas, c'est exactement ce que je ressens.”* (Homme, 69 ans, non-fumeur)

Lors de la première table ronde, un des médecins exprimait qu'il savait *“pertinemment que derrière, une fois que la porte est fermée, il va y avoir peut-être une réflexion : tiens, le docteur m'a dit ça, qu'est-ce qu'il se passe ? Est-ce que j'oublie ou est-ce que ...”* (Femme, 55 ans, ex-fumeuse)

Pour que le patient puisse intégrer qu'il faudrait arrêter le tabac, une des solutions serait la répétition : *“A un moment donné, ça va faire tilt. Le jour où il fera sa bronchite, le jour où*

ça ne va pas bien. Il va se dire : on me l'a dit effectivement, peut-être que j'ai intérêt... Il faut répéter, c'est notre rôle. On ne peut pas faire autre chose. “ (Homme, 54 ans, non-fumeur)

Pour certains, la répétition de la demande d'arrêt favoriserait la motivation chez les patients : *“je pense que plus on demande à quelqu'un d'arrêter, et curieusement, plus la personne a envie.”* (Femme, 62 ans, ex-fumeuse)

Pour d'autres, la subtilité serait plus pertinente : *“il ne faut pas qu'ils aient l'impression qu'on veuille qu'ils arrêtent de fumer”* (Homme, 60 ans, ex-fumeur) ; ou de façon plus légère, sans prendre trop de temps : *“Ils attrapent ça au vol et c'est l'occasion d'en reparler. Parfois, ils referment tout de suite ou ils rigolent rapidement mais on le refait une autre fois, avec une autre méthode de communication ou en abordant ça différemment, pas forcément pour leur dire : je veux que vous arrêtez, il faut arrêter, et cetera mais juste, c'est un sujet, on en parle et on l'aborde si c'est juste 30 secondes.”* (Femme, 33 ans, non fumeuse). De peur que le patient se braque : *“Moi, je ne suis pas inquisitrice. Je n'insiste pas. Je dis, « Tiens votre bébé est régulièrement malade, comme vous fumez encore », voilà. « Ah oui, bien sûr docteur. » Et je ne cherche pas à savoir si c'est vrai ou si ce n'est pas vrai. De toute façon, ils me diront ce qu'ils voudront. Ils vont seulement entendre que le médecin est préoccupé, et que justement il y a beaucoup de rhinopharyngites. Je pense que ça chemine.”* (Femme, 59 ans, non fumeuse)

3.2. Rechercher la motivation du patient au sevrage tabagique

Selon les MG interrogés, il revient aux patients fumeurs d'exprimer spontanément leur motivation :

“Et puis c'est à eux de prendre la décision hein ! Sinon ils ne feront pas un bon sevrage, moi, je pense. Il faut qu'ils soient motivés. Et nous, on est là pour leur rappeler qu'on est là.”

(Homme, 36 ans, non-fumeur)

Le rôle du médecin n'est pas de générer de la motivation, c'est le patient qui doit la trouver en lui-même. *“C'est au patient de décider. On ne va pas générer sa motivation. Si au cours de la discussion il fait oui, effectivement c'est un peu con, ce ne serait pas mal que j'arrête... Si vous n'y arrivez pas tout seul, la porte est ouverte.”* (Homme, 62 ans, non-fumeur)

- *“Moi, je m'adapte à ce que souhaite le patient. (...) J'attends de comprendre précisément ce que souhaite le patient. Je suis à sa disposition. C'est rare que les patients aient besoin de moi pour arrêter de fumer. Je n'étais pas là quand ils se sont mis à fumer.”* (Femme, 47 ans, non fumeuse)
- *“Certains patients n'ont pas besoin de nous pour arrêter, mais il a besoin de nous pour ne pas reprendre.”* (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)
- *“De toute façon, s'ils ne sont pas motivés, on peut leur dire tout ce qu'on veut, ça ne fonctionnera pas. Il est plus question de leur laisser la possibilité.”* (Homme, 30 ans, non-fumeur)

Un des médecins (Femme, 69 ans, non fumeuse) préfère rester dans l'expectative, de peur de trop bousculer les patients fumeurs :

- *“Mais c'est important de lui tendre la perche. Après, il va la saisir ou pas. Cela prendra peut-être des années avant que le patient ne se décide.”* (4-1-15)
- *“Si à chaque fois on leur dit : où vous en êtes avec votre tabac ? Bon, on voit qu'il n'a pas envie qu'on en parle, alors on n'insiste pas.”* (4-1-15)
- *“Il faut que ça vienne d'elle. Je pense que si la personne n'est pas mûre, ça ne marchera pas.”* (4-1-25)
- *“Il y a beaucoup de gens qui s'arrêtent tout seul, hein. Nous on doit s'occuper de ceux qui n'y arrivent pas.”* (4-1-25)

3.3. Le MG inducteur de motivation chez les patients fumeurs

Différents éléments pouvant induire de la motivation chez les patients fumeurs sont proposés par les médecins de l'échantillon :

- la peur de mourir : *“la peur de mourir, c'est une très grande motivation”* (Homme, 54 ans, non-fumeur) ; *“la peur c'est quand tu ressens le problème. Quand celui qui a eu l'infarctus et qui a été hospitalisé pour son problème pulmonaire, il a eu peur quand même pour sa vie. Ça l'a motivé pour arrêter.”* (1-6-43) ; *“quand ils font un infarctus, ils se rendent compte qu'ils ne maîtrisent plus leurs vies et que la mort peut les emporter et là il aurait envie d'arrêter.”* (Homme, 44 ans, ex-fumeur)
- l'utilisation d'objectifs chiffrables, comme les Épreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR) par exemple : *“les EFR c'est encore plus motivant pour eux”* (Femme, 47 ans, non fumeuse) ou le nombre de cigarettes non-fumées : *“j'ai arrêté grâce à l'appli, et je n'ai pas fumé 592 cigarettes et j'ai économisé... Il y a des applis de décompte. Et là je suis en train de récupérer tant de capacité pulmonaire...”* (Homme, 36 ans, fumeur)
- les hospitalisations : *“pour les BPCO, quand ils sont hospitalisés, 25% arrêtent dans le mois après”* (Homme, 54 ans, non-fumeur)
- la parole du médecin dans les populations défavorisées : *“Moi j'ai l'impression que notre parole a plus de valeur chez les personnes qui ont un milieu socio-culturel plus bas. Les patients à qui j'ai dit là il faut arrêter de fumer, 3 mois plus tard ils me disent : Docteur tu as dit qu'il faut arrêter de fumer, 3 mois plus tard j'ai arrêté de fumer.”* (Homme, 36 ans, fumeur)
- la famille : *“Je pense qu'en l'occurrence, ça va être complètement débile ce que je vais dire, mais je pense que c'est l'amour familial. C'est-à-dire qu'il aime ses enfants, il aime sa femme, et sa femme est obligée de s'arrêter et il s'est dit non, ce n'est plus possible. Je pense que ça, c'est plus fort que tout.”* (Homme, 63 ans, ex-fumeur)

- la participation du conjoint au sevrage : *“après quand on regarde son compagnon arrêter et qu’il va mieux, peut-être donc ça va encourager le conjoint à arrêter aussi.”*
(Homme, 54 ans, non-fumeur)
- la campagne mois sans tabac : *“c’est un starter, c’est un environnement de promotion de la santé, un environnement favorable”* (Femme, 56 ans, non-fumeur), *“ça met les gens en condition et ça nous aide nous à travailler”* (Homme, 60 ans, ex-fumeur)
- le remboursement des substituts nicotiques : *“Symboliquement c’est important, le patch remboursé devient un médicament, c’est un truc qui peut être prescrit par le médecin. (...) C’est l’occasion de démarrer une vraie consultation anti-tabac.”*
(Homme, 62 ans, non-fumeur)
- les applications mobiles : *“C’est assez ludique, j’ai l’impression que c’est motivationnel. Il reçoit des messages, tiens ça fait 3 jours que tu as arrêté, tu as ça qui va être bien pour toi. C’est assez quotidien et ça motive. Mes patients me disent qu’ils aiment bien.”* (Homme, 36 ans, non-fumeur)

Cependant l’idée que le patient se sentirait plus à l’aise pour débiter un sevrage si le médecin était fumeur, ou ex-fumeur reste présente :

- *“Quelqu’un comme moi qui n’a jamais fumé, le patient va dire que vous ne pouvez pas comprendre”* (Homme, 64 ans, non-fumeur)
- *“J’ai arrêté le 1er janvier 72. Je n’ai jamais osé reprendre. Ça, c’est quelque chose que j’analyse beaucoup avec les patients qui font un sevrage, c’est en fait l’excès de confiance.”* (Homme, 66 ans, ex-fumeur)

3.4. Les freins à débiter le sevrage selon les MG

Plusieurs freins ont été retrouvés lors des différentes tables rondes :

- peur de l'échec : *“ce qu'ils nous disent de leur motivation c'est leur peur de l'échec”* (Homme, 36 ans, fumeur) ; *“Un blocage fréquent que les gens n'exposent pas spontanément c'est qu'ils ont peur de ne pas y arriver”* (Homme, 60 ans, ex-fumeur)
- peur de perdre une partie d'eux-mêmes : *“c'est comme si lui demander de se couper un bras”* (Homme, 44 ans, ex-fumeur)
- méconnaissance des outils d'aide au sevrage par les patients : *“ils n'ont pas un éventail complet des possibilités”* (Homme, 60 ans, fumeur)
- effets secondaires des substituts nicotiques : *“C'est un patient finalement assez compliant parce qu'il est dans une problématique très torturée. C'est-à-dire que les médicaments d'abord ça ne fait que des effets secondaires donc je n'ai jamais tenu une ordonnance de plus de 6 mois avec lui.”* (Homme, 60 ans, fumeur)
- intervention d'un proche : *“Des fois l'intervention d'un tiers, le fait d'être en proximité avec le patient peut gêner dans le sevrage”* (Homme, 44 ans, ex-fumeur) ; *“j'ai l'impression que le fait que quelqu'un soit proche de vous, veuille votre bien, en lui disant d'arrêter de fumer, à mon avis, c'est le plus sûr moyen qui va bloquer le truc.”* (Femme, 62 ans, ex-fumeuse)
- conséquences sociales : *“La suppression des pauses au travail. Il y a la peur de se séparer d'un certain groupe de fumeurs. Dans certains métiers c'est très compliqué.”* (Homme, 36 ans, fumeur)
- l'évocation par le médecin de la maladie et de la mort : *“Je risque de faire un infarctus, je risque de faire un cancer du poumon et ce levier-là, je n'y crois pas une seconde.”* (Homme, 60 ans, fumeur)

- les patients “qui ont moins l’habitude de réfléchir” auraient plus de difficulté à arrêter de fumer : *“Il y a l’intellectuel qui peut modifier la façon d’appréhender, l’anticipation de la rechute, quand les gens ont l’habitude de réfléchir et d’anticiper les événements, leur demander de réfléchir dans quelle circonstance il pourrait rechuter et trouver les moyens d’échapper à cette rechute, c’est plus facile chez quelqu’un qui a l’habitude de réfléchir. Si c’est quelqu’un qui n’a pas l’habitude de réfléchir, et de demander d’anticiper une situation, c’est beaucoup plus compliqué.”* (Femme, 47 ans, non fumeuse)
- la non conscientisation des inconvénients du tabac : *“Peut-être que les gens ne sont pas conscients des inconvénients du tabagisme, de leur tabagisme.”* (Homme, 60 ans, ex-fumeur)
- la honte d’en parler à son médecin : *“même si je suis médecin de confiance, il y a une culpabilité, une honte, de pas être à la hauteur chez les patients”* (Homme, 63 ans, non-fumeur)
- la culpabilité : *“Je n’ai pas l’expérience que les parents très pauvres ne cherchent pas à protéger leurs enfants même s’ils fument, ils sont quand même très attentifs à ce que leurs enfants ne fument pas. Ils auraient très honte de me dire, je fume dans la maison. Tous me disent, je fume dehors, même si quelquefois ce n’est pas vrai.”* (Femme, 59 ans, non-fumeuse)
- la peur de grossir : *“Si leur idée de ne pas arrêter de fumer, c’est parce qu’ils ont peur de grossir, je pense qu’il faut être honnête avec eux en leur disant oui, et on va travailler ça après.”* (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)

3.5. Les MG et l'ambivalence des patients

L'ambivalence des patients fait partie de la maladie tabagique :

“A certains moments, c'est peut-être bon, mais si on pose la question aussi, les gens savent dire qu'à d'autres moments, ce n'est pas bon du tout, qu'ils aimeraient pouvoir être moins embués et dépendants de ce truc” (Femme, 56 ans, non fumeuse)

La décision d'arrêter de fumer est difficile à prendre par le patient. Cette absence de décision peut engendrer de la culpabilité chez certains fumeurs :

“La patiente culpabilise de ne pas arriver à arrêter, et elle culpabilise en plus de ne pas arriver à venir à la consultation pour me dire : j'ai réussi à faire ce que vous m'avez conseillé.” (Homme, 30 ans, non-fumeur)

Certains MG prennent conscience de la balance décisionnelle. Ils essayent de s'en servir pour accompagner le patient :

“Je trouve qu'il y a toujours une balance. Il y a tous les avantages, le plaisir qu'on a à fumer, la détente qu'on y trouve. Si le plateau des avantages est largement plus lourd... Eh bien, on n'y arrivera jamais, on a beau être motivé, faire prendre une demi-heure, trois quarts d'heure, ça ne servira à rien. Donc, il y a un moment où eux-mêmes, ils arrivent à, « Non, j'ai trop d'inconvénient, j'ai ma petite fille je veux quand même rester longtemps en vie pour m'occuper d'elle. », etc. Et c'est à ce moment-là que ça va aller. Et nous, on est juste là pour l'accompagner.” (Femme, 59 ans, non fumeuse)

Le temps et la répétition agissent parfois sur la difficulté du patient à se sevrer du tabac:

“Je n'arrivais pas à le convaincre que les timbres n'étaient pas plus graves que son tabac. Il y a une espèce de rejet, parfois. Il a fini par s'arrêter, mais après plusieurs années. En rabâchant.” (Femme, 69 ans, non fumeuse)

Le déni peut parfois aussi être clairement présent chez les patients :

“C’est-à-dire que tu as des gens hyper anxieux qui arrivent avec, pour le coup, trois fois rien (c’est la bobologie) et ils en font un plat de nouilles. Et à côté, tu leur dis : vous ne vous rendez pas compte que le tabac que vous vous enquillez, c’est ça qui devrait vous foutre la trouille.”

(Homme, 63 ans, ex-fumeur)

Le tabagisme serait même comme un “jeu”, dans lequel les patients se mentiraient à eux-mêmes :

“J’ai une phrase pour les addictions, je dis qu’ils sont joueurs à leurs dépens. C’est-à-dire qu’ils veulent, mais ils ne veulent pas vraiment. Ils te racontent des trucs, mais pas forcément les bons. Et en même temps ils s’entortillent eux-mêmes. Ils sont prisonniers d’une forme de jeu. Dans le tabac, la problématique est que c’est probablement l’addiction la plus facile à arrêter de toutes, il me semble.” (Homme, 63 ans, ex-fumeur)

Même les patients souffrant de graves conséquences du tabagisme ne prennent pas la décision d’arrêter.

“Moi j’ai un patient, un fumeur, infarctus, cardio-vasculaire chez les parents, donc les antécédents qui vont bien, et le type continue de fumer quotidiennement comme avant. Comme si de rien n’était.” (Homme, 63 ans, ex-fumeur)

4. Les populations particulières

4.1. Les patients avec facteurs de risque cardiovasculaires (FdRCV)

Chez les patients porteurs de FdRCV, les MG renseignent systématiquement le statut tabagique de leur patient, ou à l’aide du logiciel médical :

- *“Je serai plus tenté d’aborder chez les gens qui ont des facteurs de risque cardio-vasculaires”* (Homme, 60 ans, ex-fumeur)

- *“Je demande s’ils fument dès qu’on a un événement secondaire par exemple, cardio-vasculaire, infarctus ou un AVC”* (Homme, 64 ans, non-fumeur)
- *“Je redemande tout le temps s’ils fument, pour tous ceux qui ont des facteurs de risques cardio-vasculaires qui viennent pour un renouvellement d’ordonnance.”* (Femme, 33 ans, non fumeuse)
- *“Et dans des situations particulières, quand même. Je ne sais pas moi, la grossesse, une pathologie cardiovasculaire, c’est plus urgent, quoi. Plus spontané.”* (Femme, 52 ans, ex-fumeuse)
- *“Effectivement, pour un patient qui a un risque cardio-vasculaire, de façon très mécanique, je vais demander tout simplement quels sont les éléments qui pourraient contribuer à sa situation.”* (Femme, 56 ans, non fumeuse)
- *“D’ailleurs, on a sur notre logiciel pour les pathologies cardiovasculaires, on voit qu’on va peut-être de manière plus systématique noter si les gens sont fumeurs ou pas.”* (Femme, 59 ans, non fumeuse)

Deux médecins évoquent l’idée que les patients avec des FdRCV doivent absolument être totalement sevrés du tabac, la diminution de la consommation n’étant pas pertinente :

- *“Mais ce n’est pas bien non plus parce que l’objectif de santé c’est quand même l’arrêt total. Parce qu’avec 10 cigarettes, on garde le même risque, tant au niveau du cancer que des maladies cardio-vasculaires. En tout cas c’est ce que j’ai pu lire. Tout le monde n’est pas d’accord, mais moi je serais plutôt pour”* (Femme, 61 ans, non fumeuse)
- *“A propos des patients avec des risques cardio-vasculaires, par rapport au monoxyde de carbone, c’est à peu près identique à 20 clopes par jour ou à 3 clopes par jour, de toute façon, c’est aussi mauvais sur la durée”* (Homme, 60 ans, ex-fumeur)

4.2. Les femmes enceintes

La grossesse est un moment important pour discuter du tabagisme des patientes :

“La grossesse c’est un bon moment quand même pour parler du tabac” (Homme, 64 ans, non-fumeur)

Les femmes enceintes auraient une plus grande motivation à arrêter le tabac :

- *“Mais moi je vois beaucoup d’autres cas, chez les femmes par exemple pour qui le fait de tomber enceinte est une très grande motivation. On a en tête tous les cas difficiles, les grosses forteresses, mais quand même...”* (Homme, 69 ans, non-fumeur)
- *“On est quand même surpris que les femmes enceintes, quand elles sont enceintes, c’est assez facile parfois de s’arrêter. Mais après, elles rechutent. Là, il faut effectivement s’y attaquer. Moi, je propose le patch et j’essaye de vraiment... Il faut que ça vienne d’elle. Je pense que si la personne n’est pas mûre, ça ne marchera pas”* (Femme, 69 ans, non fumeuse)

Tout en restant dans une certaine ambivalence, car ce même médecin affirme un peu après :

“Parce qu’il y a des jeunes femmes qui viennent et qui disent qu’elles veulent avoir des enfants et qui fument. Non mais quand je vais être enceinte, je vais m’arrêter. Donc là, c’est un peu pareil. Et non, ça ne marche pas. C’est plus difficile” (Femme, 69 ans, non fumeuse)

Les substituts nicotiniques sont importants dans l’aide au sevrage chez les femmes enceintes car l’option « diminution » les conduiraient à trop “aspirer” sur leurs cigarettes :

“Ce qui est surtout important pour les femmes enceintes, c’est qu’elles ont vraiment dans l’image que si elles fument 15 cigarettes il faudrait en fumer moins. Mais du coup, leur besoin de nicotine, si elles n’ont pas les patchs, si elles n’ont pas l’accompagnement, il sera le même. Donc elles vont beaucoup plus aspirer leurs cigarettes, et en fait l’intoxication au monoxyde de carbone est beaucoup plus importante même si elles ont réussi à réduire. Et ça, si on ne le leur dit pas,

spontanément elles vont se dire « je suis passée de 10 à trois cigarettes, et ça c'est mieux » mais en fait ça peut être pire. » (Homme, 30 ans, non-fumeur)

Une des médecins interrogées pendant les tables rondes, actuellement ex-fumeuse, a évoqué sa propre expérience lorsqu'elle était enceinte. Elle confirme que la motivation au sevrage augmente pendant la grossesse :

“Moi je n'ai pas été une grosse fumeuse, je n'ai pas eu de substitutif mais j'ai eu de la chance d'avoir une motivation avant mes grossesses qui sont extrêmement motivantes pour l'arrêt du tabac. Ça c'est ce qui m'a empêché de consommer et de ne pas rechuter après” (Femme, 55 ans, ex-fumeuse)

4.3. Les adolescents

Le facteur social est très important chez les jeunes :

- *“Il y a beaucoup qui n'aiment pas mais pour appartenir au groupe social, ils se mettent à l'alcool, au cannabis, au tabac pour appartenir au groupe social.” (Homme, 64 ans, non-fumeur)*
- *“Les jeunes ils sont très en groupe.” (Homme, 64 ans, non-fumeur)*
- *“Parce qu'il a commencé à fumer pour embêter papa et maman, ou pour faire comme un parent, ou pour faire comme les copains.” (Femme, 33 ans, non fumeuse)*
- *“Le problème déjà je pense c'est que fumer c'est cool et quand ils fument tous en groupe entre eux, ils fument et ils sont cool quoi. Par rapport à d'autres qui ne fument pas et qui sont plus coincés. C'est difficile de casser ce mythe.” (Homme, 36 ans, non-fumeur)*
- *“Chez l'ado, il faut jouer sur le moi groupal et non pas le moi individuel. Si on est dans un groupe d'ados, de fumeurs, celui qui a un peu moins de personnalité pour appartenir*

à son groupe il va être obligé un petit peu de s'émotifier (sic). Moi je leur dis, aux ados, soit leader. Soit leader du groupe." (Homme, 66 ans, ex-fumeur)

- "Je veux appartenir à un groupe, et c'est tout. "Je veux être comme eux. " Ils sont supers conformistes les ados. Il y a aussi des groupes qui disent, non nous on ne fume pas. C'est nul de fumer, voilà. Ça dépend de ce que dit le groupe, en fait." (Femme, 47 ans, non fumeuse)

Les patients ados pensent qu'ils seraient moins dépendants au tabac que les adultes et seraient donc dans le déni de leur maladie tabagique :

- "Ce qui est compliqué, c'est qu'ils ne sont pas dépendants" (Femme, 37 ans, non fumeuse)
- "C'est les jeunes qui ne se considèrent pas comme de gros fumeurs." (Homme, 36 ans, fumeur)
- "J'arrête quand je veux, c'est du déni. C'est compliqué d'agir sur du déni." (Homme, 36 ans, fumeur)
- "J'ai l'impression qu'ils fument moins (que les adultes)" (Homme, 36 ans, fumeur)
- "Effectivement ils arrêtent quand ils veulent. Il y en a qui ne sont pas du tout dépendants physiquement ni psychologiquement mais quand ils décident d'arrêter ils arrivent à arrêter en un an, deux ans et puis ils reprennent." (Femme, 47 ans, non fumeuse)
- "Quand ils essaient, ils voient quand même que ce n'est pas si facile que ça." (Homme, 54 ans, non-fumeur)
- "Je pense que les jeunes, ils pensent qu'ils vont facilement s'arrêter. C'est pour ça qu'il faut leur dire que ce n'est pas facile de s'arrêter." (Femme, 69 ans, non fumeuse)

De ce fait certains médecins essaient que les adolescents se rendent compte de leur dépendance :

“Moi ce que je fais avec les ados, comme avec les fumeurs de shit, c’est essayer de leur faire prendre conscience soit de leur dépendance, soit de leur consommation d’abord.” (Homme, 60 ans, ex-fumeur)

Et parfois, les médecins eux-mêmes minimisent l’impact de la cigarette sur la santé des ados :

“En plus s’il fume pendant 10 ans et qu’ils arrêtent entre 25 et 35 ans, (...) ce n’est pas très grave pour leur santé.” (Homme, 60 ans, ex-fumeur)

Les adolescents n’auraient pas peur de la maladie et de la mort, comme s’ils étaient invulnérables :

- *“Ils sont immortels avant 30 ans.”* (Homme, 64 ans, non-fumeur)
- *“A 15, on s’en fout de mourir à 60.”* (Homme, 62 ans, non-fumeur)
- *“Si on lui dit ça va te donner un cancer, ça va te donner ceci, ça va donner ça, mais ça ne lui parle pas du tout.”* (Femme, 33 ans, non fumeuse)
- *“Puisque leur dire que vous allez mourir dans 50 ans, ils s’en foutent.”* (Homme, 36 ans, non-fumeur)
- *“Que la santé, la santé pour eux...ils sont invincibles. Sauf s’il y a eu dans la famille effectivement un parent qui a eu un problème grave, un cancer du poumon et cetera, là on peut essayer effectivement. On a des fois des suicidaires mais moi je m’en fiche, à eux la faute.”* (Homme, 45 ans, non-fumeur)

Un des MG interrogés tente donc d’influencer leur patient adolescent en parlant de certaines maladies liées au tabagisme :

“Quand je leur dis que ça donne aussi des cancers de la vessie, ça va les impressionner plus”

(Homme, 64 ans, fumeur)

Les jeunes patients auraient plus fréquemment tendance à fumer du cannabis que les adultes :

- *“Les adolescents, il y en a beaucoup qui commencent par la vaporette, voire du cannabis par vaporette”* (Femme, 55 ans, ex-fumeuse)
- *“Chez certains groupes de jeunes, on va voir que les fumeurs sont débiles, ils sont ceci, ils sont cela... On ne va pas aller fumer du tabac mais on va aller fumer autre chose ; par contre on va prendre des joints.”* (Femme, 33 ans, non-fumeuse)
- *“Les ados aussi on a des problèmes parfois avec le cannabis.”* (Femme, 47 ans, non fumeuse)

Quelques médecins pensent que les jeunes patients aiment le challenge, braver l’interdit :

- *“Donc l’interdit c’est bien pour l’adolescent. Il se construit par rapport à ça.”* (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)
- *“Parce que les ados, ils aiment bien le challenge. Si tu lui dis : tu n’es pas dépendant, super. On se revoit dans un mois pour le certificat de sport, et puis tu me dis si ça a marché. Ah non, c’est un peu plus difficile que je pensais... Alors là, on enclenche un processus de réflexion. Mais avec un challenge.”* (Homme, 69 ans, non-fumeur)

Un des arguments-clés dans le sevrage tabagique des adolescents serait l’argument financier :

- *“Si, peut-être l’argent forcément, je ne sais pas. Faudrait peut-être jouer sur ça. Oui, ils s’en foutent, c’est cool.”* (Homme, 36 ans, non-fumeur)
- *“C’est vrai que chez les étudiants, le prix du tabac c’est génial. C’est super cher.”* (Femme, 47 ans, non fumeuse)

- *“Avec les jeunes, ça marche bien le calcul du budget. C'est concret, c'est par rapport à la carotte aussi, ce qu'ils en font de ce moment-là”* (Femme, 51 ans, ex-fumeuse)
- *“Ils s'en fichent de la santé. A 25 ans, ils se disent c'est du vieux ohlala, donc c'est plus l'argent, ça va te coûter ... comment tu vas sortir avec ta copine et cetera, c'est plus du style comme ça quoi.”* (Homme, 45 ans, non-fumeur)

Un autre serait que l'argument esthétique, celui de l'image physique :

- *“Les filles j'arrive à les attraper plus, à leur dire que ça va leur donner des rides, la peau, les dents. Une ado de 16 ou 17 ans, lui dire qu'elle va avoir un cancer, elle s'en fiche.”* (Femme, 47 ans, non fumeuse)
- *“Je pense que l'image est une des choses qui marchent le mieux. L'ado, il est très attaché à son soi et donc à son image.”* (Homme, 63 ans, ex-fumeur)
- *“Le cancer du poumon, c'est trop loin, ça ne sert à rien. Mais l'acné ça marche. Alors, ils ont peur de grossir aussi”* (Homme, 66 ans, ex-fumeur)

Certains MG utilisent leur statut d'anciens fumeurs pour aider les jeunes :

- *“j'utilise mon statut d'ancien fumeur parce que j'ai commencé à l'adolescence. Et je leur dis, je ne pensais pas fumer aussi longtemps et finalement j'ai mis du temps et c'était compliqué”* (Homme, 44 ans, ex-fumeur)

Il y a aussi l'appréhension de médecins de rompre la relation thérapeutique :

- *“Et je n'ai vraiment pas beaucoup un discours motivationnel pour les aider à arrêter. Je prépare très peu avec les ados mais j'ai très peur de rompre l'alliance thérapeutique et d'être vu comme une autorité parentale. Donc plutôt des questions à prise de*

conscience et puis, j'enregistre, je note, si tu veux qu'on en reparle, on en reparle mais ça va rarement plus loin.” (Homme, 60 ans, ex-fumeur)

- *“Moi je trouve que les jeunes moi je trouve que c'est plus difficile. Leur dire que ce n'est pas bien, ça peut peut-être faire l'effet inverse. C'est plus difficile les jeunes.”*
(Homme, 36 ans, non-fumeur)

Ou de ne pas être légitime pour leur parler du tabac :

“Les adolescents, le médecin ce n'est pas leur interlocuteur favori.” (Femme, 57 ans, non fumeuse)

DISCUSSION

1. Principaux résultats

1.1. Différences entre le discours des MG fumeurs/ex-fumeurs versus les MG non-fumeurs

Un des champs sémantiques utilisé dans les entretiens par les médecins fumeurs ou ex-fumeurs est celui de la peur. Ce registre est utilisé par ces médecins non pas tant pour induire un changement chez leurs patients (faire peur aux patients, les faire culpabiliser), mais surtout pour expliciter leurs freins à débiter le sevrage. La “peur de l'échec”, la “peur de perdre une partie d'eux-mêmes”, la “peur de la mort”, révèlent probablement une part de leur ressenti concernant leur tabagisme actuel ou passé.

Un des médecins a affirmé lors des tables rondes que le tabac était “*probablement l'addiction la plus facile à arrêter de toutes*”. Or ce médecin de 63 ans est ex-fumeur, ce qui peut nous faire penser qu'il parle également de sa propre expérience. Il ferait de son expérience

une généralité, du fait de son passif tabagique. Ici le médecin base son jugement sur la ressemblance d'une donnée avec sa classe d'appartenance, fumeur de tabac. Cela correspond à une heuristique de jugement, un biais de représentativité (17). Ce genre de considération à propos du tabagisme n'est donc pas du tout rationnel et se base évidemment sur ses propres représentations.

Dans la partie "Symboles de la cigarette selon les patients fumeurs", les MG fumeurs s'expriment rarement dans un registre négatif en parlant de la cigarette. Ils utilisent parfois le "nous" lors des tables rondes, comme s'ils s'intégraient encore parmi les patients fumeurs, ce qui corroborerait la formule "un fumeur ne devient jamais un non-fumeur mais un ex-fumeur". Leurs propos sont parfois confus, ils finissent plus difficilement leurs phrases. Cela pourrait potentiellement s'expliquer par leur subjectivité en regard du tabagisme : le tabac ne serait pas une maladie à part entière, pas une maladie comme les autres, comme si le tabagisme devenait finalement un trait de caractère sans conséquence sur la santé et la mortalité.

Les MG non-fumeurs utilisent de préférence la 3ème personne ; ils ne s'associent pas aux fumeurs. Ils restent dans un registre empathique d'acceptation et de compréhension de leurs patients fumeurs, ce qui les inscrit dans une posture d'écoute active, en référence à Carl Rogers (18). Les médecins n'ayant jamais fumé cherchent même parfois des excuses à leurs patients, sans les culpabiliser. Nous pouvons interpréter cela comme un possible manque de légitimité à parler du tabac, comme s'ils devaient avoir expérimenté le tabagisme pour pouvoir argumenter face à leurs patients. Certains médecins préfèrent rester dans l'expectative de peur de rompre la relation thérapeutique.

Cela nous amène à la notion d'ambivalence de la part des médecins face au tabagisme. Ils souhaitent accompagner leurs patients, tout en ayant la crainte de l'échec du sevrage.

1.2. La notion d'ambivalence

1.2.1. Qu'est-ce que l'ambivalence ?

Étymologiquement, le terme « ambivalence » dérive du latin *ambi*, « tous les deux », et *valentia*, « puissance, valeur ». Dans le langage courant, être ambivalent signifie hésiter entre deux ou plusieurs choix sans parvenir à se décider du fait de la coexistence d'émotions et de cognitions vécues comme contradictoires

L'ambivalence est une notion développée principalement en psychanalyse.

A l'origine, la notion d'ambivalence est théorisée en 1910 par Eugen Bleuler comme le symptôme fondamental des troubles du spectre de la schizophrénie. L'ambivalence serait donc associée au “dualisme pulsionnel”, et ferait partie intégrante de tout conflit intrapsychique.

Il admet également qu'il existerait une ambivalence “normale”, le sujet étant en mesure de comparer les aspects positifs et les aspects négatifs de son expérience, dont les aspects positifs finissent souvent par l'emporter.

A noter que l'ambivalence figure toujours parmi les critères diagnostiques du « syndrome dissociatif » dans la classification française de la schizophrénie.

Dans le modèle transthéorique de changement de DiClemente et Prochaska (1984), l'ambivalence pourrait correspondre au stade de contemplation, appelé aussi stade d'intention. A ce stade, la personne pense au changement, mais sans suffisamment percevoir les bénéfices de ce changement. L'attitude recommandée selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé est alors l'écoute empathique, identifier les avantages et les inconvénients, puis d'évaluer le sentiment d'efficacité personnelle (14).

Selon le modèle de régulation des émotions de Cacioppo, Gardner et Berntson (1999), *“l'ambivalence pourrait résulter d'un dérèglement de l'activation des systèmes évaluatifs par coactivation excessive de systèmes concurrents et/ou de l'inhibition manquée du système d'attribution des émotions négatives lorsque le système d'attribution positive est mis en route.”*

La neurobiologie appuie ce modèle de coactivation de deux systèmes : l'amygdale est impliquée dans les réactions émotionnelles liées à la peur, alors que ce sont d'autres structures limbiques qui sont activées dans les processus de récompense et de gratification. Ce modèle peut également être expliqué au niveau du cortex cérébral : *“les aires frontales gauches sont impliquées dans les émotions positives associées à la gratification et aux comportements d'approche, alors que les aires frontales droites sont impliquées dans les émotions qui amènent aux conduites d'évitement.”*. Cela pourrait se rapprocher du signe d'apragmatisme parmi les troubles psycho-comportementaux dans le syndrome frontal. (19)

Pour résumer, la notion d'ambivalence a été initialement un concept psychanalytique développé pour expliquer la pathologie schizophrénique. Elle est passée progressivement dans le langage courant et devenue aujourd'hui un concept signifiant la coexistence de plusieurs ressentis chez une même personne, ayant pour conséquence une difficulté à faire un choix avec un support explicatif neurobiologique.

Sur le plan philosophique, le philosophe André Comte-Sponville, dans son Dictionnaire philosophique paru en 2001, définit l'ambivalence comme *“la coexistence, chez un même individu et dans sa relation à un même objet, de deux affects opposés : plaisir et souffrance, amour et haine, attirance et répulsion. Loin d'être une exception, l'ambivalence serait plutôt la règle de notre vie affective, comme l'ambiguïté est celle de notre vie communicationnelle. On notera que l'ambivalence, qui ne vaut que pour les sentiments, ne saurait nous dispenser de respecter la logique, qui vaut pour les idées.”*

L'ambivalence serait donc une manifestation humaine portant sur l'émotionnel et le sentimental, plutôt que sur le rationnel et l'objectivité. Le médecin généraliste dans cet état d'ambivalence se positionnerait donc plutôt sur un plan émotionnel que sur un plan idéatoire plus neutre.

1.2.2. Résultats de l'étude sur l'ambivalence des MG

Les médecins généralistes connaissent les dangers du tabac sur la santé et le statut tabagique de leurs patients. Cependant, leurs stratégies d'interventions directes auprès des fumeurs dans l'objectif d'un sevrage total sont réduites. Ils semblent souhaiter accompagner les patients fumeurs en contournant ou faisant l'économie de leurs ressources propres nécessaire à l'induction de la motivation au sevrage chez leur patients. L'ambivalence est partagée tant chez les soignants que les soignés.

Lors des tables rondes, la métaphore de la graine plantée illustre cette idée : *nous plantons une graine, nous attendons qu'elles poussent, en l'arrosant de temps en temps, en restant dans l'expectative.*

Les MG interrogés attendent clairement que le patient ait un "décliv", avec plus de nuance concernant certaines populations de fumeurs comme les patients avec de multiples facteurs de risque cardiovasculaires, les femmes enceintes ou les adolescents. Ils ont une ambivalence différente, avec davantage de motivation, restant dans l'obligation de moyens mais pas de résultats.

Concernant la population des adolescents fumeurs, les MG font part clairement de plusieurs représentations considérées comme des réalités explicatives partagées (*les ados se sentent invulnérables, ils fument plus de cannabis, et veulent à tout prix s'insérer dans un groupe social*) qui argumenteraient la difficulté de la prise en charge du tabac, alors qu'ils connaissent l'importance des conséquences néfastes du tabagisme chez les jeunes.

Les freins explicatifs habituels à la prise en charge du tabagisme par les médecins généralistes sont le manque de temps, l'absence d'une rémunération décente des consultations dédiées, une formation insuffisante à l'aide au sevrage tabagique, la peur de l'échec du sevrage ou de la rupture de la relation thérapeutique, le manque de soutien des pouvoirs publics, etc...

L'ambivalence des médecins généralistes face au sevrage tabagique, cause ou conséquence de la faiblesse paradoxale de leur engagement dans le sevrage, devrait donc être un nouveau paramètre à prendre en compte.

1.2.3. Comment mettre en évidence cette ambivalence et comment favoriser le changement chez les MG ?

L'entretien motivationnel lors des consultations permet de mettre en évidence et de faire prendre conscience aux patients de leur ambivalence face au tabac ou d'autres addictions.

Sur le site de l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM), l'entretien motivationnel est défini comme un *“style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.”*. William R. Miller et Stephen Rollnick sont à l'origine de la conceptualisation de cette technique (20) qui était initialement utilisée dans le traitement des dépendances à l'alcool, puis dans d'autres champs de la santé (addictologie, maladies chroniques, nutrition, santé mentale, etc.).

Du côté des professionnels de santé, le réflexe correcteur est une *“tendance à formuler à la place du patient des arguments en faveur du changement”*, privant donc la personne d'une certaine autonomie. Lors des entretiens motivationnels, les professionnels de santé doivent donc éviter ce réflexe correcteur et favoriser l'autonomie des patients. Pour cela, l'esprit de cette technique repose sur quatre principes : le non-jugement, le partenariat, l'altruisme et l'évocation. Les soignants sont présents pour accompagner le patient à trouver ses propres ressources dans l'objectif de changement d'habitudes.

La technique consiste en l'utilisation de plusieurs compétences : poser des questions ouvertes, valoriser, écouter de façon réflexive, résumer/reformuler, rester neutre en se défendant de juger, informer/conseiller.

Nous pourrions donc utiliser l'entretien motivationnel comme levier de changement des habitudes des médecins généralistes : valoriser leurs connaissances, les interroger avec des questions ouvertes sur leurs représentations sur le tabagisme et le sevrage, résumer leurs points forts et points faibles ; tout ceci dans l'objectif de rendre leur ambivalence consciente, possiblement lors des formations initiales ou continues.

D'un point de vue sociologique et pédagogique, selon le modèle des quatre stades de l'apprentissage, certains médecins seraient au stade de "l'incompétence inconsciente". Cette théorie a été initialement décrite par Martin Broadwell en 1969, puis mieux décrite par Curtis et Warren en 1973 dans leur livre *The dynamics of life skills coaching*. Il y aurait 4 stades : incompétence inconsciente, incompétence consciente, compétence conscience, et compétence inconsciente.

Pour passer du premier stade de l'incompétence inconsciente à consciente, le médecin devrait constater et accepter sa propre incompétence, par exemple par l'intermédiaire d'entretien motivationnel.

2. Forces et limites

2.1. Forces

Les médecins généralistes participants à l'étude étaient représentatifs de la population médicale en France. Selon l'atlas de la démographie médicale en France, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2018, les femmes représentent 48,2% des médecins généralistes, avec un âge moyen de 50,6 ans (sexes confondus). Le nombre de médecins fumeurs était de 16% en 2015 selon Santé Publique France. Dans notre étude, les

femmes représentent 42% des participants, avec un âge moyen de 54 ans, 10% de fumeurs et 29% de médecins anciennement fumeurs.

L'étude a été réalisée auprès de 31 médecins généralistes, lors de 4 tables rondes. Ce nombre de participants est assez important pour une étude qualitative. La saturation des données a été atteinte dès le 3ème entretien.

Il y a trois régions représentées dans le panel des médecins participants, à savoir Lille, Lyon et Paris et sa grande couronne et, chacune d'entre elle étant choisie respectivement pour leur consommation « Haute », « Moyenne » et « Basse » de tabac. Cela nous permet d'avoir une bonne idée des représentations des MG au sein de régions plus ou moins touchées par le tabagisme.

Les entretiens semi-dirigés permettent un discours et des réponses plus fluides et libres de la part des participants. L'investigatrice ayant conduit ses tables rondes restait la plus neutre possible et souple dans l'ordre des thèmes abordés.

2.2. Limites

Une des limites de cette étude a été le biais de sélection des participants : parmi les centaines de demandes lancées par la SFMG pour le recrutement, 31 médecins généralistes ont été retenus pour une variabilité maximale avec néanmoins une sur-représentation des médecins MSU comme souvent dans ce type de recherche.

En ce qui concerne l'analyse des données, il n'y a pas eu de triangulation des données sur le codage du verbatim des entretiens.

De plus, une partie importante du codage n'a pas servi à l'interprétation dans la partie des résultats.

3. Comparaison avec la littérature

Dans la recherche bibliographique internationale à propos de l'ambivalence des médecins face au tabagisme, seulement deux études qualitatives permettent d'étayer ces résultats :

- Une étude de 2019 (21), portant sur le comportement des pneumologues face au tabagisme des patients ayant une BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive), conclut à une "attitude ambivalente" des pneumologues envers leurs patients. Les pneumologues participants à cette étude avaient déclaré que les patients n'étaient pas entièrement responsables de leur comportement tabagique. Au contraire, le tabagisme était également considéré comme un libre choix par la plupart des médecins. De plus, le sevrage tabagique était principalement considéré comme la responsabilité du patient.
- Dans une revue de littérature de plusieurs pays publiée en 2009 par la revue *British Journal of General Practice* (22), le terme d'ambivalence est utilisé une fois en disant que *"les médecins généralistes étaient ambivalents concernant les produits de substitution nicotinique"* dans un contexte de réduction des prix de ces produits dans plusieurs pays.

L'utilisation du terme d'ambivalence dans les études qualitatives concernant les médecins généralistes est peu fréquente, et quasi inexistante dans les études sur le sevrage tabagique.

Dans les recommandations de la HAS en 2014 sur le sevrage tabagique (14), il est rappelé les critères CIM-10 de la dépendance au tabac :

"Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une

substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

- 1. forte envie / désir impérieux de consommer du tabac*
- 2. perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique*
- 3. symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac*
- 4. développement d'une tolérance*
- 5. abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac*
- 6. maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme”*

Dans les résultats, nous avons bien vu que les MG avaient bien cette notion de dépendance biologique et comportementale, en accord avec la définition de la CIM-10. L'idée de “gros” fumeurs qui seraient plus dépendants à la nicotine est difficile à définir, car elle ne dépend pas que du nombre de cigarettes fumées par jour et de la dépendance nicotinique. Cela dépend également des dépendances comportementales ou cognitives, qui sont difficiles à objectiver. Le test de Fagerström, cité dans les recommandations, n'évalue que la dépendance physique, nicotinique Il a donc de nombreuses limites.

Cependant, les MG semblent avoir des difficultés à faire évoluer les représentations de leurs patients vers le tabagisme comme une maladie addictologique, nécessitant une prise en charge adaptée, soit avec une personne spécialisée en tabacologie, soit avec un médecin généraliste sachant évaluer et induire de la motivation au sevrage.

La motivation peut être évaluée, selon les recommandations de la HAS en 2014 par une échelle analogique de l'évaluation de la motivation :

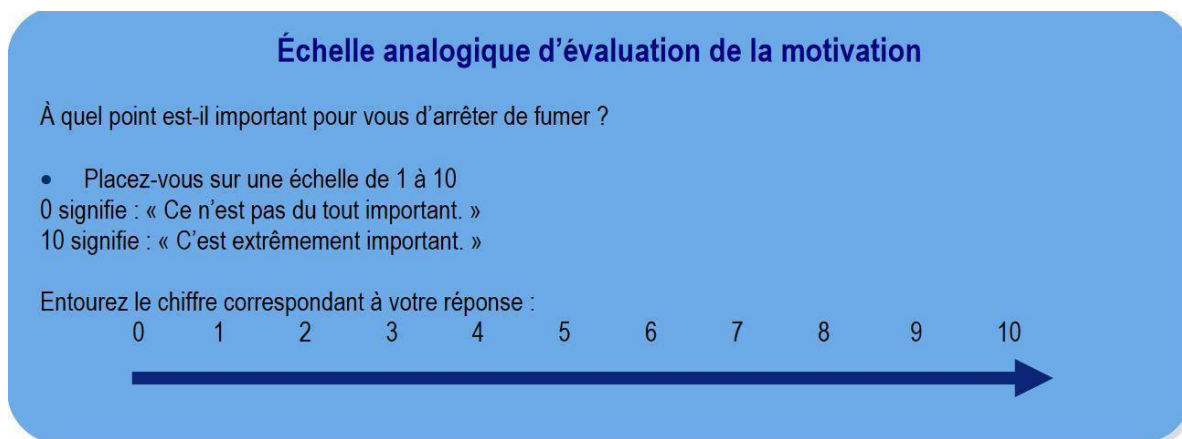


Figure 1 : Échelle analogique d'évaluation de la motivation selon la HAS en 2014

Le modèle des changements de comportement décrit dans la recommandation est :

“La motivation du patient et le stade où se situe le patient dans son processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente. Ce modèle suppose que les fumeurs passent en général par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer :

- *pré-intention : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer*
- *intention : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent*
- *décision : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt*
- *action : il est activement engagé dans le changement, il arrête de fumer*
- *maintien/liberté : il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute”*

Ce modèle des changements de comportement n'est pas explicité par les MG, mais est bien détaillée dans les différentes discussions des tables rondes.

Nous pouvons conclure, à partir des résultats de l'étude, que les recommandations françaises à propos du sevrage tabagique sont globalement connues des médecins généralistes, mais finalement selon les points de vue peu utilisées ou pas assez. Ceci pose la question de l'utilité des recommandations de bonnes pratiques cliniques pour les MG.

Dans une étude de 2006 sur l'exemple des recommandations du diabète de type 2 (23), sur *“Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ?”*, il est écrit que *“Le discours de l'ensemble des médecins interviewés sur les référentiels est ambivalent. Ils ont tous un discours positif sur le bien-fondé de leur*

existence, mais ils l'accompagnent toujours de nombreuses critiques". Par la suite dans cette même étude, les auteurs expliquent cette ambivalence en affirmant que *"les médecins généralistes revendiquent une pratique clinique dans laquelle les dimensions individuelles et relationnelles avec les patients sont privilégiées dans la relation thérapeutique. Ils minimisent alors ce qui relève de la technique et de la standardisation, ce qui ne les empêche pas de reconnaître le bien fondé des recommandations de pratique clinique"*.

Dans une autre étude publiée par la DREES en 2009 (24), évaluant l'utilisation des recommandations de bonne pratique par 1905 médecins généralistes français, 75,9% des MG déclarent connaître les recommandations sur l'asthme, et seulement 54,2% déclarent les utiliser concrètement. Concernant les recommandations sur la dépression, 63,9% des médecins les connaissent, mais 50% les utilisent.

Pourrions-nous donc nous dire que les recommandations sont des lignes d'horizon à suivre sans jamais vraiment les atteindre ?

CONCLUSION

Dans le cadre de la prise en charge du tabac, les médecins généralistes sont influencés par différentes représentations du tabagisme, en lien avec leur statut tabagique, leur expérience clinique, leurs lectures. L'analyse des verbatim des MG interrogés révèle des tensions entre la volonté de développer la motivation du patient, voire de participer activement au sevrage tabagique et celle de ne pas ou peu intervenir pour diverses raisons (respect des plaisirs et des libertés du patient, manque de temps pour intervenir lors de consultations non dédiées à ce sujet, crainte de l'échec, etc...). Cette tension apparaît alors comme un signe d'ambivalence, dont le MG est le sujet, en miroir de l'ambivalence du patient. L'élaboration implicite et dynamique de l'ensemble des représentations du médecin généraliste l'amène donc souvent à choisir le simple accompagnement du patient, en acceptant la prise en charge des patients les plus motivés et en reconnaissant la liberté des patients en stade de précontemplation ou en contemplation.

Pourtant, la stratégie du médecin généraliste est parfois différente en fonction des populations de patients : ils sont davantage impliqués dans le sevrage tabagique des patients avec des facteurs de risque cardiovasculaires, et plus dans l'expectative concernant les adolescents. Plus la maladie tabagique est avancée et grave à court terme, plus le médecin semble motivé à prendre en charge le patient.

Cette notion d'ambivalence, sur la manière de prendre en charge les patients, pourrait être intégrée dans le cadre des formations initiale et continue dans le but de modifier leurs représentations et de renforcer leur motivation au sevrage tabagique de leurs patients tabagiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Global tobacco report 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/about/health-promotion>
2. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):271-7
3. Olié V, Pasquereau A, Assogba F A.G, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Chatignoux E, et al. Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):683-94
4. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003> [Dernière consultation le 18/11/2020]
5. Lermenier-Jeannet A. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Juillet 2018. Internet : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxaly7.pdf>
6. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2019.html>
7. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/index.htm
8. <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/tobacco-smoking>
9. <https://www.stats.govt.nz/news/smoking-is-a-dying-habit>
10. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. Addiction. 1999;94(1):125-132
11. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES éd.; 2011
12. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165
13. <https://www.tabac-info-service.fr/layout/set/print/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac> - Consulté le 29 août 2020
14. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode et recommandations pour la pratique

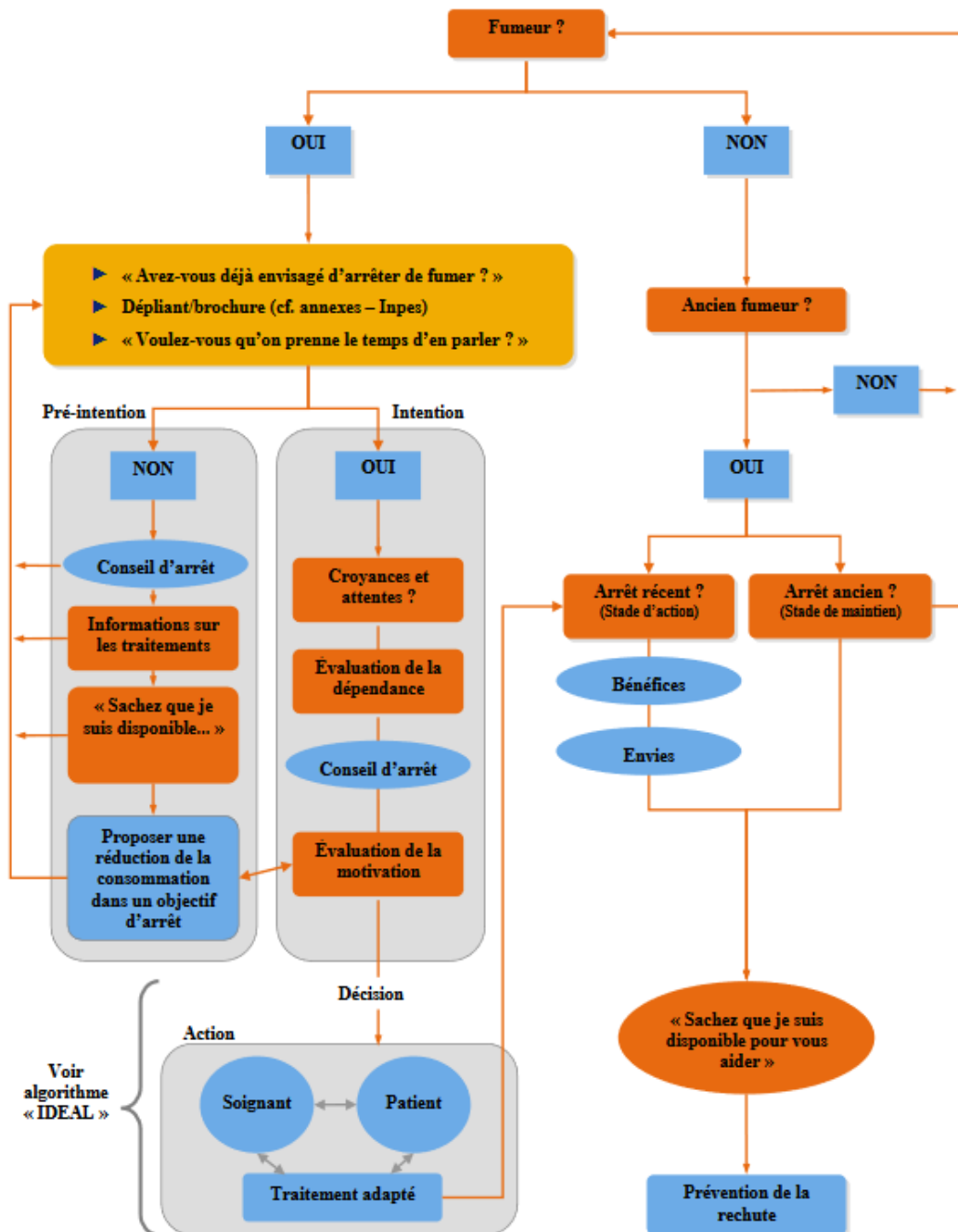
- clinique 2014;60. Internet : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations - arret de la consommation de tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)
15. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients
16. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018 ; (14-15):265-73.)
17. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. Science. 27 sept 1974;185(4157):1124-31
18. Rogers CR, Priels J-M. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche. 2008;n° 8(2):50-2
19. Beretta V, Alameda L, Empson LA, Tozzi AS. Ambivalence According to Bleuler: New Trajectories for a Forgotten Symptom. Psychotherapies. 2 avr 2015;Vol. 35(1):5-19
20. Miller W.R., Rollnick S., L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lécallier D., Michaud P., Paris, InterEditions, 2013
21. Mooren K, van der Linden G, Pool K, Engels Y. The Attitudes of Pulmonologists Regarding Smoking Behavior of Their Patients with Advanced COPD: A Qualitative Research. COPD. nov 2019;Volume 14:2673-9
22. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, PESCE European Research Team. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. Br J Gen Pract. sept 2009;59(566):682-90
23. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et sante. 2006;Vol. 24(2):75-103
24. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-pratiques-en-medecine-generale-dans-cinq-regions-formation-continue>

ANNEXES

Annexe 1 : Algorithme d'aide au dépistage HAS

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac



HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014
© Haute Autorité de santé – 2014

Annexe 2 : Guide d'entretien

- Autant que possible, la discussion devra être menée autour d'une table. Le modérateur prendra place autour de la table également ; le co-modérateur sera dans la salle.
- La discussion sera enregistrée (audio-vidéo) ; en parallèle, le co-modérateur prendra des notes de la discussion.
- La discussion pourra être soutenue par un tableau papier (« flip chart »), ou un tableau blanc.
- Le modérateur doit parler clairement et fortement pour que ses commentaires soient entendus par chaque personne présente dans la pièce et qu'ils soient clairement enregistrés.
- Le modérateur anime et dirige la discussion. Il explique les règles : respect de l'autre, convivialité, confidentialité et absence de jugement. Il veille à ce que :
 - L'opinion de TOUS les membres du groupe soit sollicitée sur chacun des thèmes de discussion et exprime sa position ;
 - La discussion et le partage des points de vue soient facilités parmi TOUS les participants ;
 - La parole de chacun soit respectée, rappeler que chacun a le droit de penser différemment ;
 - Les participants ne parlent pas en même temps et soient clairement compréhensibles lors de la discussion, de façon à ce que les commentaires de chacun soient reconnus et entendus ;
 - Un temps de parole équivalent soit donné à TOUS les participants.
- Pour chaque table ronde, la discussion doit commencer avec le même sujet.

Les thèmes à discuter et les relances proposées sont répertoriés dans le tableau à la fin du document.

Les relances doivent être utilisées si la discussion n'est pas assez approfondie sur un thème ou si le(s) participant(s) ne discute(nt) pas complètement tous les thèmes.

Dans tous les cas, tous les participants doivent avoir l'opportunité de répondre à chaque question à leur façon avant que les relances ne soient utilisées.

Bien que tous les thèmes doivent être abordés, il n'est pas nécessaire de les discuter dans le même ordre que dans le tableau. Si un thème apparaît lors de la discussion alors qu'il n'est abordé dans le guide que plus tard, il est acceptable de le discuter à ce moment-là. Ceci doit permettre à la discussion d'être la plus fluide possible.

Les enregistrements serviront de support et le document source sera transcrit. Le co-modérateur prendra également des notes lors de la discussion. L'enregistrement devra être vérifié dès la fin de la discussion. Dans le cas où celle-ci n'aurait pas été enregistrée, le modérateur et le co-modérateur doivent immédiatement écrire des notes détaillées basées sur leur mémoire récente.

Un double enregistrement est recommandé afin de pallier l'éventualité d'un problème avec un des enregistrements. Le fonctionnement des deux enregistreurs devra être contrôlé avant le début de chaque groupe de discussion. Si le dispositif d'enregistrement fonctionne avec des piles, il est indispensable de mettre des piles neuves avant le début de chaque session.

L'entretien sera divisé en trois parties :

- **Introduction** : Présentation du thème général, de l'enquêteur / du modérateur / co-modérateur, présentation du projet aux participants, présentation des techniques d'enregistrement utilisées lors de la discussion.
 - Durée :
 - Table ronde : 15 minutes
 - Entretien individuel : 5 minutes
- **Discussion** : Il est important d'utiliser des techniques d'entretien semi-directives : laissez-le(s) participant(s) parler spontanément, puis utilisez les rappels pour demander des informations approfondies sur leurs expériences. Tous les thèmes principaux décrits dans ce guide doivent être abordés, mais il n'est pas obligatoire de suivre exactement l'ordre du guide. Si un sujet est discuté plus tôt par le(s) participant(s) lors de l'entretien, il peut être exploré et discuté à ce moment-là. Un participant peut prendre plusieurs minutes pour répondre à une question. Le modérateur / l'enquêteur doit prévoir cette possibilité en lui laissant suffisamment de temps pour y répondre. Le guide d'entretien fournit une liste non exhaustive de sujets. Les thèmes et les rappels sont là pour indiquer et rappeler ce qu'il faut explorer pendant l'entretien.
 - Durée :
 - Table ronde : 100 minutes (1h40)
 - Entretien individuel : 50 minutes
- **Fin de l'entretien** : à la fin de chaque table ronde, le modérateur et co-modérateur devront résumer la discussion pour le groupe (dont les interactions au sein du groupe de discussion) en reprenant leurs impressions générales et les points principaux abordés. Pour aider, une liste de points est fournie section 4. Dans le cas des entretiens individuels, le formulaire sociodémographique sera rempli à la fin avec l'aide du participant.
 - Durée : 5 minutes

INSTRUCTIONS DE DÉPART
<p>Merci de vous présenter par votre prénom puis de nous dire votre âge, votre lieu d'exercice et depuis quand vous exercez en tant que médecin.</p> <p>Décrivez brièvement votre expérience de la prise en charge des patients tabagiques en général.</p>
THEMES A APPROFONDIR ET EXEMPLES DE QUESTIONS A POSER
<p>Thème 1 : La prise en charge des patients tabagiques</p> <ul style="list-style-type: none">• Types de patients avec lesquels les médecins prennent l'initiative de parler de tabagisme.<ul style="list-style-type: none">• <i>Pour les patients cités :</i><ul style="list-style-type: none">• Pour quelles raisons abordez-vous le sujet du tabagisme ?• Les raisons sont-elles toujours les mêmes ?• Est-ce systématique ?• <i>Pour les autres patients :</i><ul style="list-style-type: none">• Vous arrive-t-il d'aborder le sujet avec les autres patients ?• Si oui, pour quelles raisons ?• Si non, pour quelles raisons ?• Stratégie employée lorsqu'il y a prise en charge d'un patient tabagique.<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Minimal Intervention Strategy :</i> efforts individuels pour arrêter de fumer sans l'assistance continue de professionnels de la santé ou d'organisations, mais en (1) concevant son propre moyen de cesser de fumer; (2) recevant de brèves instructions ou des conseils sur la façon d'arrêter puis de le faire; ou, (3) en utilisant une aide ou un guide d'auto-assistance pour arrêter▪ <i>Motivational Interviewing technique :</i> une approche qui tente de sortir un individu d'un état d'indécision ou d'incertitude et de le motiver à prendre des décisions positives et à atteindre les objectifs fixés.▪ <i>Very Brief Advice :</i> simple conseil qui est conçu pour être utilisé en moins de 30 secondes dans presque toutes les situations avec un fumeur et repose sur 3 éléments : établir le statut de fumeur, donner un conseil sur comment arrêter et offrir de l'aide si besoin.▪ Fréquence de rappel / mise en place d'objectifs à court ou moyen terme▪ Traitement de remplacement de la nicotine
<p>Thème 2 : Les barrières rencontrées</p> <ul style="list-style-type: none">• Barrières rencontrées lorsque la prise en charge avec les patients est abordée<ul style="list-style-type: none">• Barrières personnelles :<ul style="list-style-type: none">○ Crédibilité (« je fume »)○ Légitimité : « pas à l'aise pour me mêler des choix de vie de mes patients »○ Assurance : « peur de l'échec – je ne veux pas m'épuiser à des choses qui ne marchent pas »○ Communication : « crainte de compromettre la relation avec le patient »• Barrières lors de la consultation<ul style="list-style-type: none">○ Autres priorités pour ce patient○ Objections des patients○ Difficultés de communication

- Pas / peu d'impact des arguments
- Barrières organisationnelles
 - Temps de la consultation
 - Personnel aidant pour la consultation
 - Matériel éducatif, informatif
- Barrières liées aux acteurs du sevrage tabagique / traitement de remplacement de la nicotine
 - Ne connaît pas les acteurs nationaux / locaux de lutte contre le tabagisme
 - Difficultés avec les traitements de remplacement de la nicotine
- Difficultés avec certaines populations de patient en particulier
 - Adolescents
 - Actions qui ont déjà fonctionné dans le cas d'adolescents

Thème 3 : Rôle du médecin dans la prévention

- Opinion sur la place de la prévention dans la pratique clinique
- Mission au niveau de la prévention du tabac
 - Informer sur les risques
 - Motiver pour arrêter/diminuer
 - Proposer des solutions
 - Répéter
- Moyens pour bien jouer leur rôle dans la prise en charge tabagique
 - Si oui, lesquels ?

Thème 4 : Facilité d'adaptation du médecin face aux nouveaux outils

- Dans le cas de suivi de patients tabagiques, utilisez-vous des technologies en particulier ?
- Appel / SMS / e-mail / Whatsapp / Autres applications
- A quel point êtes-vous à l'aise avec l'utilisation de nouveaux outils digitaux ?
- Pensez-vous que de nouvelles applications pourraient vous aider dans votre travail de prévention et de suivi ?

Annexe 3 : Questionnaire de recrutement

Identité

Nom :

Prénom :

Genre H F

Date de naissance : __ / __ / _ _ _ _

Année de thèse : _ _ _ _

Adresse Pro :

Rue

Localité

Code Postal

Tél pro

Mobile

Email

Exercice professionnel

Zonage

Rural semi-rural Urbain

Volume d'activité (actes/an) :

Moins de 2500 entre 2500 et 4500 entre 4500 et 7000 Plus de 7000

Accessibles sur le Riap (espace pro)

Utilisez-vous un logiciel métier : oui non

Lequel (liste de choix avec autre)

Utilisez-vous un logiciel d'Aide à la Prescription : oui non

Activité universitaire

Avez-vous une activité universitaire oui non

MSU

Chargé d'enseignement

Nommé

Mode d'exercice ambulatoire

Exerce seul oui non

Exerce en groupe oui non

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) oui non

Centre De Santé (CDS) oui non

Avez-vous d'autres lieux d'exercice ?

Hôpital oui non

Csapa oui non

PMI oui non

Autre : _ _ _ _ _

Statut de l'exercice ambulatoire principal (choix multiple)

Libéral oui non

Salarié oui non

Collaborateur oui non

Retraité actif : oui non

Remplaçant : oui non

Autre : _ _ _ _ _

Avez-vous une activité à orientation particulière (homéopathie, acupuncture. Hypnose...)

Oui majoritairement OUI de façon accessoire non

Recevez-vous la visite médicale de l'industrie pharmaceutique : oui non

Statut tabagique

Je suis actuellement fumeur (même occasionnel) oui non

Cigarette oui non

Cigares et cigarillos oui non

Pipe oui non

Je suis actuellement vapoteur (même occasionnel) oui non

Je suis ex-fumeur oui non

Je n'ai jamais fumé oui non

Formation et ressources externes

Avez participé dans les 3 dernières années à une formation

Sur le sevrage tabagique oui non

Sur les addictions oui non

Lisez-vous la revue Prescrire oui non

Etes-vous titulaire d'un DU/DIU en tabacologie ou addictologie oui non

Avez-vous bénéficié d'une formation sur le sevrage tabagique pendant vos études médicales

Oui

Non

Ne sait plus

Dans votre environnement professionnel sont accessibles même occasionnellement

Tabacologue (en libéral ou en consultation hospitalière)

MEP a orientation tabacologique

Infirmière Asalée

Psychologue

Autre : Lesquels ?

L'étude à laquelle la SFMG vous propose de participer se compose de deux parties :

Dapta qui consiste en un focus groupe de 2 heures dans votre région

Je suis intéressé par participer à cette étude

Seisme qui consiste grâce à une étude par internet se déroulant dans votre cabinet de remplir un questionnaire patient et un questionnaire médecin (2 patients par jour à raison de 10 minutes par patient et 12 patients sur 15 jours)

Je suis intéressé par participer à cette étude

Merci de vos réponses. Nous prendrons contact avec vous pour vous informer de la suite de ces deux études

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : La prévalence du tabagisme en France (25% de fumeurs) reste élevée. Le médecin généraliste, principal acteur des soins primaires, occupe une position centrale dans la prise en charge des patients tabagiques. Quelles sont les craintes, représentations et croyances des médecins généralistes influençant leur engagement dans la prise en charge du sevrage tabagique ?

Méthode : 31 médecins généralistes ont participé à 4 tables rondes dans 3 régions différentes de France. Une analyse qualitative basée sur une approche par théorisation ancrée a été réalisée à partir du verbatim des focus groups.

Résultats : Les participants étaient représentatifs des médecins généralistes français sur les principales variables socio-démographiques. Ils connaissaient globalement bien la maladie tabagique dans ses aspects addictifs, athérogènes, respiratoires et cancérogènes. L'usage du tabac était perçu comme un plaisir, un créateur de lien social, un anxiolytique. Selon eux également, il revenait aux patients d'exprimer leur motivation et de la développer. Cependant Les patients avec des facteurs de risque cardiovasculaires, les femmes enceintes et les adolescents constituaient des populations pour lesquelles parler du tabac est important.

Discussion : Si les médecins généralistes souhaitent accompagner leurs patients dans l'arrêt du tabac, ils se révèlent ambivalents en cherchant à respecter leur autonomie. La crainte d'un échec du sevrage semble justifier l'acceptation du tabagisme d'un grand nombre de patients. Les médecins fumeurs ou ex-fumeurs utilisent facilement le champ sémantique de la peur, les médecins non-fumeurs manifestent davantage d'empathie.

Mots-clés : ambivalence, médecins généralistes, sevrage tabagique, représentations

Summary

Introduction : The prevalence of smoking in France stays high. The general practitioner, the main actor in primary care, has a crucial role in the care of smoking patients. What are the fears, representations and beliefs of general practitioners influencing their involvement in the management of smoking cessation?

Method : 31 general practitioners participated in 4 round tables in 3 different regions of France. A qualitative analysis based on grounded theory approach was carried out from the focus groups verbatim.

Results : The participants were representative of French general practitioners on the main socio-demographic variables. They were generally familiar with tobacco disease in its addictive, atherogenic, respiratory and carcinogenic aspects. The use of tobacco was a pleasure, a creator of social bonds, an anxiolytic. They also said it was up to the patients to express and develop their motivation. However, patients with cardiovascular risk factors, pregnant women and adolescents were populations in which talking about tobacco is important.

Discussion : While general practitioners wish to support their patients in stopping smoking, they are ambivalent in seeking to respect their autonomy. The fear of unsuccessful withdrawal seems to justify the acceptance of smoking by many patients. Doctors who are smokers or ex-smokers easily use the semantic field of fear, while doctors who do not smoke show more empathy.

Key words : ambivalence, general practitioners, smoking cessation, representations