



HAL
open science

Prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de cancer bronchique : enquête de pratiques auprès de pneumologues français

Bertrand Michy

► **To cite this version:**

Bertrand Michy. Prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de cancer bronchique : enquête de pratiques auprès de pneumologues français. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732359

HAL Id: hal-01732359

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732359>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Bertrand MICHY

le 24 septembre 2013

**Prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de cancer
bronchique : enquête de pratiques auprès de pneumologues français.**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Yves MARTINET	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier	Président
Monsieur Ari CHAOUAT	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier	Juge
Monsieur Mathias POUSSEL	Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier	Juge
Madame Nathalie WIRTH	Docteur en médecine – Praticien Hospitalier	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**
Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Assesseurs :

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

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

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

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

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

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAU

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

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

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

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

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

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

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétiq*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

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

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

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

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

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

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

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

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

Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

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

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteure Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et président de thèse,

Monsieur le professeur Yves Martinet,

Professeur de Pneumologie,

Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en me proposant ce sujet, ainsi que du dynamisme et de la disponibilité dont vous avez fait preuve pendant la réalisation de ce travail.

Vos connaissances et votre engagement pour la pneumologie et la tabacologie suscitent ma plus grande admiration et mon profond respect.

Veillez recevoir monsieur et cher Maître ma profonde reconnaissance et mes sincères considérations.

A notre Maître et juge,

Monsieur le professeur Ari Chaouat,

Professeur de Pneumologie,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Vous avez suscité ma plus grande admiration dès mes premières années d'études par l'étendue de vos connaissances et votre pédagogie.

Recevez, monsieur, ma reconnaissance et mon profond respect.

A notre Maître et juge,

Monsieur le docteur Mathias Poussel,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier de Physiologie Respiratoire,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A notre juge,

Madame le docteur Nathalie Wirth,

Docteur en Pneumologie,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Merci pour votre encadrement agréable et formateur ainsi que de m'avoir permis de progresser en tabacologie.

A monsieur le Professeur Chabot, Professeur de Pneumologie,

Vous m'avez appris une rigueur dans la démarche médicale que j'espère toujours garder.

Merci de nous faire partager vos impressionnantes connaissances dans le domaine de la pneumologie et vos précieux conseils sur les dossiers les plus compliqués.

A monsieur le Professeur Graffin, Professeur de Médecine Interne, et à monsieur le Docteur Raymond, Docteur en Pneumologie.

Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse. Merci pour votre patience lorsque vous m'avez accompagné dans la rédaction de ma première publication.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Cervantes, Docteur en Pneumologie,

Votre disponibilité et vos qualités pédagogiques sont remarquables. Plus qu'un confrère, vous êtes un ami.

A mes parents, Didier et Annie,

Merci pour votre amour et votre soutien sans faille qui furent nécessaires et utiles durant ces études longues mais tellement enrichissantes.

A mon amour, Marie-France,

Pour ta présence, ta patience, ton aide et ton amour, au quotidien à mes côtés, merci.

Pour tout ce qu'on a vécu et tout ce qui nous reste à parcourir ensemble.

Je t'aime.

A mon frère, Guillaume,

Pour notre complicité et tous ces bons moments partagés, merci.

A mes grands-parents, Jacques, Henriette, Maurice et Renée,

Pour tout l'amour que vous m'avez donné, votre bienveillance et votre gentillesse, merci.

A mes beaux-parents, Jean-Claude et Colette,

Pour votre gentillesse et m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre famille, merci.

A mes amis, Vincent, Estelle, Timothé, Ahmed, David, Sabrina, Philippe, Steve et tous les autres,

C'est une chance que de vous avoir pour soutiens et amis. Merci.

A mes co-internes, anciens et nouveaux, que je ne citerai pas de peur d'en oublier,

Travailler avec vous pendant ces années d'internat a été un plaisir. Je vous souhaite à tous le meilleur pour votre avenir professionnel et votre vie personnelle.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de cancer bronchique : enquête de pratiques auprès de pneumologues français.

Introduction.....	17
Matériel et méthodes.....	18
Résultats.....	19
1. Caractéristiques de la population.....	19
2. Résultats de l'enquête déclarative anonyme auprès des pneumologues.....	19
Discussion.....	22
1. Une prise en charge insuffisante et un défaut de formation en tabacologie.....	22
2. Recours à la consultation d'aide à l'arrêt du tabac.....	23
3. Evaluation du statut tabagique des patients.....	23
4. Rôle du statut tabagique du praticien.....	23
5. Un défaut de connaissances quant aux bénéfices du sevrage tabagique et des inégalités de prise en charge entre patients malades de BPCO ou de CB.....	24
6. Freins au sevrage tabagique.....	24
7. Pneumologues séniors et juniors.....	25
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	27
Annexe : formulaire d'enquête.....	29
Tableaux :.....	36
Tableau 1 :.....	36
Tableau 2 :.....	37
Tableau 3 :.....	38
Tableau 4 :.....	40
Tableau 5 :.....	41
Tableau 6 :.....	42
Tableau 7 :.....	44
Tableau 8 :.....	45
Tableau 9 :.....	46
Tableau 10 :.....	47
Tableau 11 :.....	48

Prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de cancer bronchique : enquête de pratiques auprès de pneumologue français.

Soutiens:

Le Collège Lorrain de Pathologie Thoracique (CLPT), l'Association des Jeunes Pneumologues (AJPO2) et l'association pour la promotion de la formation et la recherche en pneumologie (AJIR) ont soutenu ce travail en diffusant l'enquête auprès des pneumologues par leurs annuaires respectifs.

L'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisés avec l'aide de Madame le Docteur Phi Lin Nguyen, médecin de la Fédération de cancérologie et du Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Introduction

Le tabagisme est de loin la première cause de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de cancer bronchique (CB). Dans les recommandations, le sevrage tabagique est le premier traitement de la BPCO (1). Par opposition, le sevrage tabagique est peu mis en avant dans le traitement des CB. L'arrêt du tabac après le diagnostic de CB est pourtant bénéfique tant pour la survie des patients que pour leur qualité de vie (2,3). Des médecins pneumologues ont été interrogés quant à l'importance qu'ils accordaient au sevrage tabagique des patients malades de BPCO ou de CB. Les pneumologues considéraient-ils que leur motivation à obtenir le sevrage tabagique variait selon la pathologie rencontrée, BPCO ou CB ? De même, estimaient-ils que leur prise en charge de la dépendance tabagique différait selon la pathologie rencontrée ?

Matériel et méthodes.

En France, du 3 avril 2013 au 3 juillet 2013, une enquête déclarative était adressé par courriel à 80 médecins pneumologues séniors et 200 médecins pneumologues juniors. Le questionnaire avait été élaboré par l'Unité de coordination de tabacologie du CHU de Nancy à l'aide de l'application Google Docs®. Les réponses étaient collectées via un site internet (<https://drive.google.com>) et étaient rendues anonymes lors de l'exploitation des résultats. Deux relances suivaient le premier envoi.

Les médecins séniors étaient des pneumologues thésés contactés à l'aide des annuaires du Collège Lorrain de Pathologie Thoracique et du CHU de Nancy. Les pneumologues juniors étaient des internes (et quelques jeunes médecins thésés) contactés via l'annuaire de l'Association des Jeunes Pneumologues (AJPO2, association représentative des internes et jeunes chefs de pneumologie).

Le questionnaire comprenait 37 items (*Annexe 1*) dont un permettant d'identifier les répondants, afin d'éviter les réponses en doublon et de pouvoir relancer sélectivement les non-répondants. Les premières questions s'intéressaient aux caractéristiques individuelles et professionnelles des répondants. Les questions suivantes concernaient la motivation à obtenir le sevrage tabagique selon le stade de la maladie et la pathologie rencontrée (BPCO ou CB). La prise en charge de la dépendance au tabac était abordée avec des questions distinctes pour les patients malades de BPCO ou de CB: délai d'initiation de la prise en charge de la dépendance tabagique, fréquence et intensité de l'action pour le sevrage du tabac, fréquence du recours à la consultation spécialisée d'aide à l'arrêt du tabac et traitements proposés. Les connaissances des médecins étaient ensuite explorées concernant les bénéfices de l'arrêt du tabac (symptômes, survie, efficacité des traitements, qualité de vie). Enfin, des facteurs qui pouvaient rendre difficile l'obtention du sevrage tabagique (motivation du patient, manque de temps...) étaient recherchés ainsi que d'autres qui pourraient faciliter le sevrage (information sur les bénéfices, formation en tabacologie...).

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS®. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne, écart-type, les variables qualitatives en pourcentage selon les réponses. Les comparaisons étaient réalisées par un test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour les variables

qualitatives et un test de Student pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité était fixé à 0,05. La concordance intra-juge des réponses données à une même question pour les patients malades de BPCO ou de CB était testée par un test non paramétrique Kappa de Cohen. L'analyse a été réalisée par le Service d'épidémiologie et évaluation cliniques du CHU de Nancy.

Résultats.

Sur les 255 pneumologues sollicitées, 163 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 63,9 %. Cinquante-cinq pneumologues séniors et 108 pneumologues juniors ont répondu, soit des taux de réponses respectifs de 69% et 54%.

1. Caractéristiques de la population.

Les médecins séniors et juniors représentaient respectivement 33,7% et 66,3% de la population (*tableau 1*). La majorité des praticiens était jamais fumeur (71,2%) et une minorité était titulaire du diplôme inter universitaire (DIU) de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac (9,8%). L'absence de formation spécifique était rapportée par 50 médecins, soit 30,7% du total.

2. Résultats de l'enquête déclarative anonyme auprès des pneumologues.

Concernant la motivation à obtenir le sevrage tabagique, 54,6% des pneumologues estimaient que celle-ci variait en fonction de la pathologie rencontrée, BPCO ou CB (*tableau 2*). Le stade de la maladie modifiait la motivation à obtenir le sevrage pour 29% des médecins dans la BPCO et 74,7% des médecins dans le CB. Dans la BPCO, parmi les pneumologues s'estimant sujets à une variation de la motivation en fonction de la gravité de la maladie, 21,7% déclaraient avoir une motivation moindre pour une maladie très sévère. Pour le CB, toujours parmi les pneumologues s'estimant sujets à une variation de la motivation en fonction de la gravité de la maladie, 43% signalaient une baisse de la motivation pour les CB incurables (chimiothérapie ou thérapie ciblée seule) et 92,2% pour les CB au stade des soins palliatifs.

Les caractéristiques des pneumologues étaient testées pour leurs éventuelles interactions avec la motivation à obtenir le sevrage tabagique en fonction de la pathologie rencontrée, BPCO ou CB (*tableau 3*). Les répondants qui confirmaient avoir une motivation différente selon la maladie à traiter était significativement plus jeune ($p=0,005$) et plus souvent des médecins juniors ($p=0,008$). Les fumeurs actifs déclaraient plus souvent souhaiter obtenir le sevrage tabagique indifféremment de la pathologie traitée que les jamais fumeurs et les anciens fumeurs ($p=0,1$). Concernant la formation, 62,5% des médecins détenteurs du DIU de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac déclaraient que leur motivation à obtenir le sevrage ne dépendait pas de la pathologie prise en charge contre 43,5% des médecins non détenteurs du DIU. La formation en tabacologie n'était cependant pas significativement associée à une motivation différente ($p=0,1886$).

La concordance des réponses données à une même question pour la BPCO et le CB était le plus souvent mauvaise à modérée. La pathologie prise en charge apparaissait donc comme modifiant les pratiques des pneumologues (*tableau 4*). La question du sevrage tabagique était abordée lors de la consultation initiale pour 94,8% des réponses concernant la BPCO contre 72,3% des réponses concernant le CB ($K=0,0929$). Lors des consultations de suivi d'une BPCO, la prise en charge de la dépendance tabagique était évoquée systématiquement par 64,7% des pneumologues contre 32,9% lors des consultations de suivi d'un CB ($K=0,3279$). Enfin, l'intensité des interventions pour le sevrage du tabac était moindre dans le CB que dans la BPCO ($K=0,5818$).

L'orientation vers une consultation spécialisée d'aide à l'arrêt du tabac était plus fréquente pour les patients malades de BPCO ou motivés pour un arrêt du tabac (*tableau 5*). Ainsi, 76,3% des pneumologues déclaraient adresser systématiquement en consultation dédiée un patient malade d'une BPCO et motivé pour l'arrêt du tabac contre 25,3% pour un patient malade d'un CB et non motivé pour un arrêt.

Dans le cadre de la BPCO, les pneumologues fumeurs actifs déclaraient plus souvent ne rien faire ou donner un conseil minimal que réaliser une intervention brève ou intensive en vue d'obtenir le sevrage tabagique. L'inverse était notée pour les médecins anciens fumeurs ($p=0,0154$) (*tableau 6*).

Pour les autres questions concernant l'initiation, la fréquence et l'intensité de la prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de CB, aucune interaction significative avec le statut tabagique du pneumologue n'était retrouvée. De même le tabagisme des médecins n'avait pas d'influence sur la fréquence de recours à la consultation d'aide à l'arrêt du tabac.

Pour un patient motivé à l'arrêt, les traitements de la dépendance tabagique privilégiés par les pneumologues étaient (*tableau 7*) : les traitements pharmacologiques (82,2%), les conseils hygiéno-diététiques (63,2%) et les traitements psychologiques (40,7%). L'association d'un traitement pharmacologique et psychologique était proposée par 32,7% des pneumologues.

Les patients non motivés pour un arrêt du tabac se voyaient proposer des prises en charge différentes selon qu'ils étaient malades de BPCO ou de CB (*tableau 8*). Trois pneumologues (2%) ne proposaient aucune prise en charge en l'absence de motivation d'un patient malade d'une BPCO contre 22 (13,5%) pour un patient malade d'un CB ($K=0,2146$). Dans cette même situation, la réduction du risque (prescription de substituts nicotiques avec pour objectif la diminution d'au moins moitié du tabagisme) était proposée par 37% des pneumologues dans la BPCO contre 20,9% dans le CB ($K=0,5543$).

Les connaissances théoriques des praticiens sur les bénéfices du sevrage tabagique dans la BPCO et le CB étaient bonnes (*tableau 9*). Les questions s'intéressaient aux symptômes, à la survie, à l'efficacité des traitements et à la qualité de vie.

Concernant les freins à obtenir le sevrage tabagique, une majorité de pneumologues affirmaient (plutôt d'accord ou tout à fait d'accord) que les patients manquaient de motivation dans la BPCO (94,5%) et à un moindre degré dans le CB (81,1%) (*tableau 10*). L'anxiété potentiellement occasionnée par le sevrage tabagique était considérée comme une difficulté supplémentaire avec respectivement 93,2% et 96,3% des réponses dans la BPCO et le CB. Neuf pneumologues (5,6%) étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord pour considérer le manque de bénéfices du sevrage tabagique comme un frein dans la BPCO, contre 31 (19,7%) dans le CB. Enfin, le manque de temps à

consacrer au sevrage tabagique et le manque de formation dans ce domaine étaient considérés comme problématiques par une majorité des répondants.

Afin d'améliorer la prise en charge du tabagisme des patients, il était proposé de mieux informer sur les bénéfices du sevrage tabagique dans la BPCO et le CB, d'améliorer la formation sur les traitements de la dépendance tabagique et de renforcer la coopération entre les pneumologues et les consultations spécialisées d'aide à l'arrêt du tabac (*tableau 11*).

Discussion

1. Une prise en charge insuffisante et un défaut de formation en tabacologie.

Une enquête de l'*International Association for the Study of Lung Cancer* (IASLC) montrait que 80% des praticiens recommandaient l'arrêt du tabac à leurs patients malades de CB, mais seulement 40% procuraient une assistance à l'arrêt (4). Des résultats identiques étaient retrouvés dans étude de plus petite taille (5). Dans notre enquête, l'insuffisance des traitements proposés était principalement retrouvée pour les patients jugés non motivés pour un arrêt. Seuls 21% à 37% des répondants (respectivement pour le CB et la BPCO) proposaient une réduction de la consommation tabagique à l'aide de substituts nicotiques. Un soutien motivationnel ou une thérapie cognitivo-comportementale était proposée par 13% à 22% des répondants. A titre de comparaison, pour les patients motivés, les traitements pharmacologique et psychologique étaient respectivement proposés par 82% et 41% des répondants. Dans différentes études, les médecins étaient pessimistes quant à leur capacité à aider les patients à arrêter de fumer (4,5). De manière comparable, dans notre enquête, les pneumologues étaient 75% à déclarer un manque de formation en tabacologie (d'accord ou tout à fait d'accord), et 87% à souhaiter une meilleure formation sur les traitements de la dépendance tabagique (d'accord ou tout à fait d'accord). Un renforcement de la formation des pneumologues est donc souhaitable. Dans notre enquête, seuls 10% des pneumologues possédaient le DIU de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac. Ce diplôme donne une formation de base solide mais requiert d'assister à des

journées de cours dans une inter-région ainsi que de rédiger un mémoire. Peut-être faudrait-il proposer d'autres formations moins astreignantes telles que des cours du soir qui nécessiteraient de moindres déplacements ?

2. Recours à la consultation d'aide à l'arrêt du tabac.

Les commentaires de l'enquête soulignaient l'importance accordée aux consultations d'aide à l'arrêt du tabac. On notait cependant que le recours à cette consultation était paradoxalement proposé deux fois moins souvent aux patients jugés non motivés pour un arrêt du tabac qu'aux patients motivés. Ce type de consultation est pourtant particulièrement adapté à ces patients qui nécessitent du temps et un suivi rapproché afin de renforcer leur motivation à l'arrêt (6).

3. Evaluation du statut tabagique des patients.

Weaver *et al* notaient que moins de 30% des oncologues interrogeaient les patients sur leur tabagisme au-delà de la première consultation (5). Dans notre étude, les pneumologues déclaraient le faire systématiquement ou souvent à 94,2% dans la BPCO et 68,5% dans le CB. Les oncologues pourraient être moins sensibilisés au sevrage tabagique que les pneumologues. Aux Etats-Unis, le *National Cancer Institute* propose l'intégration du statut tabagique du patient dans ses paramètres vitaux comme une solution simple et non coûteuse pour renseigner systématiquement ce paramètre (7).

4. Rôle du statut tabagique du praticien.

Antérieurement, le statut fumeur des praticiens était souvent décrit comme associé à une moindre implication pour obtenir le sevrage tabagique des patients (8–10). Nous n'avons retrouvé cette association que pour la durée moyenne de la prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO. Il se pourrait là aussi que la spécialisation en pneumologie renforce la motivation à obtenir le sevrage tabagique comparativement à d'autres spécialités.

5. Un défaut de connaissances quant aux bénéfices du sevrage tabagique et des inégalités de prise en charge entre patients malades de BPCO ou de CB.

Dans l'enquête de l'IASLC, 90% des 1507 répondants estimaient que le tabagisme était délétère pour les patients malades de CB et que le sevrage tabagique devrait être un standard du traitement du cancer (4). Dans notre enquête, les pneumologues déclaraient bien connaître les bénéfices du sevrage tabagique dans la BPCO et le CB, cependant un cinquième d'entre eux approuvait (plutôt d'accord ou tout à fait d'accord) le manque de bénéfices du sevrage tabagique dans le CB et plus de la moitié (54,6%) accordait une place différente au sevrage tabagique selon que les patients étaient malades de BPCO ou de CB. Aussi, l'intensité et la fréquence des interventions pour obtenir le sevrage du tabac des patients malades de CB étaient inférieures à celles observées dans la BPCO et la motivation à obtenir le sevrage diminuait avec la gravité de la maladie. Ces résultats étaient concordants avec une étude qui montrait que 61% des pneumologues ou oncologues thoraciques ne proposaient pas de sevrage tabagique pour les CB de stade IV (11). Pourtant tous les patients malades de CB peuvent bénéficier du sevrage tabagique (2). L'information des praticiens doit être améliorée afin de renforcer l'adhérence aux recommandations sur la prise en charge du tabac (12,13). Par ailleurs, afin de mieux connaître les effets délétères du tabac sur les traitements et de mieux connaître les bénéfices du sevrage tabagique, il est nécessaire que les essais cliniques en oncologie thoracique surveillent le tabagisme des patients tout au long des protocoles (14).

6. Freins au sevrage tabagique.

Des barrières au sevrage tabagique ont été décrites dans la littérature (15). Dans notre étude, le manque de motivation et l'anxiété ajoutée par le sevrage tabagique étaient avancés comme des freins au sevrage par plus de 90% des répondants (plutôt d'accord ou tout à fait d'accord). Il est pourtant démontré que l'annonce du diagnostic d'un cancer bronchique est un moment favorable au sevrage du tabac (16). Ainsi, Sanderson Cox *et al* ont montré que les patients malades d'un cancer bronchique rapportaient une motivation à arrêter plus importante ($p=0,003$) que des cas contrôles. Les patients fumeurs au diagnostic d'un cancer bronchique étaient 22% d'abstinents à 6 mois contre 14% pour des

patients contrôles (OR=1,89; IC 95%: 1,09–3,30; p=0,024) (17). Concernant l'anxiété, le cancer bronchique est associé à différents sentiments négatifs qui dégrade la qualité de vie tels que la stigmatisation, la culpabilité, la honte et la dépression (18). L'entretien motivationnel en vue du sevrage tabagique améliore le sentiment d'efficacité personnelle des patients et favorise donc à la fois le sevrage tabagique et l'amenuisement de la détresse psychologique citée plus haut (19). Les patients en détresse ou qui manquent de motivation ne doivent pas rester isolés face à leur tabagisme car leur chance d'arrêter de fumer sont moindres et car leur qualité de vie en pâtit (20,21).

Quatre-vingt pourcents des pneumologues rapportaient manquer de temps pour traiter la dépendance au tabac (plutôt d'accord ou tout à fait d'accord). Etant donné l'importance des bénéfices attendus du sevrage tabagique chez les patients malades de BPCO ou de CB, le manque de temps est un argument difficilement recevable pour expliquer une prise en charge sous-optimale. Dans les recommandations 2009 de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) concernant la BPCO, seul l'arrêt du tabac était associé à un niveau de preuve élevé pour prévenir le risque d'insuffisance respiratoire et réduire la mortalité (22).

7. Pneumologues séniors et juniors.

La motivation à obtenir le sevrage tabagique variait en fonction de la pathologie rencontrée, BPCO ou CB, pour 40% des pneumologues séniors contre 62% des pneumologues juniors. Il est possible que la moindre motivation des juniors provienne d'un déficit de formation. Moins de 10% des juniors possédaient le DIU de tabacologie et aide à l'arrêt du tabac, 36% seulement avaient eu des cours consacrés spécifiquement au tabac lors des sessions d'enseignement du diplôme d'étude spécialisée de pneumologie (DES) et 15% avaient reçu un enseignement à l'hôpital dans le cadre de leur stages. Il a été rapporté par ailleurs que l'enseignement en tabacologie et les connaissances des étudiants étaient insuffisantes (23,24). L'enseignement de la tabacologie, spécifique ou intégré à d'autres modules, est un enjeu important et s'améliore depuis quelques dernières années (25).

8. Limites de l'étude.

Il s'agissait d'une enquête déclarative qui réalisait une photographie de la prise en charge du tabagisme vue par les pneumologues à un instant donné. Les pratiques des pneumologues n'étaient pas contrôlées sur le terrain, or le caractère déclaratif de l'enquête entraînait probablement un biais à type de surestimation des bonnes pratiques. De plus, les patients n'étaient pas été interrogés afin de connaître leur opinion sur la manière dont leur tabagisme était pris en charge.

Conclusion

La prise en charge du tabagisme des patients est insuffisante, notamment chez les patients jugés non motivés à arrêter. Les barrières au sevrage rapportées par les pneumologues dans cette étude, comme le manque de motivation et le stress des patients, confirment un manque de formation spécifique qui ne permet pas à tous les praticiens de composer avec ces difficultés. Une meilleure formation aux traitements de la prise en charge de la dépendance au tabac est nécessaire et demandée par les pneumologues. Le tabagisme des patients malades d'un CB est actuellement sous traitée comparativement au tabagisme des patients malades de BPCO. L'information sur les bénéfices du sevrage tabagique pour les patients malades de CB doit être renforcée auprès des pneumologues.

Bibliographie

1. GOLD. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD [Internet]. 2013 [cité 2013]. Disponible sur: <http://www.goldcopd.org>
2. Michy B. Le sevrage tabagique chez les patients malades d'un cancer bronchique. [Internet] [Mémoire de DIU de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac.]. Université de Lorraine; 2012. Disponible sur: societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/CSFT2012-Michy_P1_DIU.pdf
3. Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ. Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. *Oncology* 2010;78:289-301.
4. Warren GW, Marshall JR, Cummings KM, Toll B, Gritz ER, Hutson A, Dibaj S, Herbst R, Dresler C, IASLC Tobacco Control and Smoking Cessation Committee. Practice patterns and perceptions of thoracic oncology providers on tobacco use and cessation in cancer patients. *J. Thorac. Oncol. Off. Publ. Int. Assoc. Study Lung Cancer* 2013;8:543-548.
5. Weaver KE, Danhauer SC, Tooze JA, Blackstock AW, Spangler J, Thomas L, Sutfin EL. Smoking cessation counseling beliefs and behaviors of outpatient oncology providers. *Oncologist* 2012;17:455-462.
6. Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Martinet Y. Tabagisme et maladies respiratoires. *EMC - Pneumol.* Elsevier Masson; 2009.
7. Morgan G, Schnoll RA, Alfano CM, Evans SE, Goldstein A, Ostroff J, Park ER, Sarna L, Cox LS. National Cancer Institute Conference on Treating Tobacco Dependence at Cancer Centers. *J. Oncol. Pr. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2011;7:178-182.
8. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, Meurice JC. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev. Mal. Respir.* 2006;23:426-429.
9. Aboyans V, Pinet P, Lacroix P, Laskar M. Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. *Arch. Cardiovasc. Dis.* 2009;102:193-199.
10. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ. Couns.* 2009;74:118-123.
11. Couraud S, Fournel P, Moro-Sibilot D, Pérol M, Souquet P-J. Pratique professionnelle et accessibilité aux équipements en oncologie thoracique. Résultats d'une enquête de pratique en région Rhône-Alpes. *Bull. Cancer (Paris)* 2011;
12. Schnoll RA, Zhang B, Rue M, Krook JE, Spears WT, Marcus AC, Engstrom PF. Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings: a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2003;21:355-365.
13. Sheffer CE, Barone CP, Anders ME. Training health care providers in the treatment of tobacco use and dependence: pre- and post-training results. *J. Eval. Clin. Pract.* 2009;15:607-613.

14. Peters EN, Torres E, Toll BA, Cummings KM, Gritz ER, Hyland A, Herbst RS, Marshall JR, Warren GW. Tobacco assessment in actively accruing National Cancer Institute Cooperative Group Program Clinical Trials. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2012;30:2869-2875.
15. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer* 2003;98:632-644.
16. Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer* 2006;106:17-27.
17. Sanderson Cox L, Patten CA, Ebbert JO, Drews AA, Croghan GA, Clark MM, Wolter TD, Decker PA, Hurt RD. Tobacco use outcomes among patients with lung cancer treated for nicotine dependence. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2002;20:3461-3469.
18. Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2011;
19. Schnoll RA, Malstrom M, James C, Rothman RL, Miller SM, Ridge JA, Movsas B, Unger M, Langer C, Goldberg M. Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. *Patient Educ. Couns.* 2002;46:137-145.
20. Schnoll RA, Rothman RL, Newman H, Lerman C, Miller SM, Movsas B, Sherman E, Ridge JA, Unger M, Langer C, Goldberg M, Scott W, Cheng J. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psychooncology.* 2004;13:346-358.
21. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir. Care* 2000;45:1200-1262.
22. Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandations pour la pratique clinique: prise en charge de la BPCO. *Rev. Mal. Respir.* 2010;27:522-548.
23. Raupach T, Shahab L, Baetzing S, Hoffmann B, Hasenfuss G, West R, Andreas S. Medical students lack basic knowledge about smoking: findings from two European medical schools. *Nicotine Tob. Res. Off. J. Soc. Res. Nicotine Tob.* 2009;11:92-98.
24. Roddy E, Rubin P, Britton J, Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tob. Control* 2004;13:74-77.
25. Richmond R, Zwar N, Taylor R, Hunnisett J, Hyslop F. Teaching about tobacco in medical schools: a worldwide study. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28:484-497.
26. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.

Annexe : formulaire d'enquête.

Le sevrage tabagique chez les patients malades d'une BPCO ou d'un cancer bronchique

*Obligatoire

Votre identité

Votre identité nous permet d'éviter les réponses en doublon. Le contenu de l'enquête est rendu anonyme après sa réception.

Votre nom *

Votre sexe *

- homme
- femme

Votre âge *

A quel CHU êtes-vous rattaché? (JUNIORS)*

Quelle est votre statut tabagique? *

- jamais fumeur (<100 cigarettes dans la vie et actuellement non fumeur)
- ancien fumeur (>100 cigarettes dans la vie et non fumeur depuis au moins 6 mois)
- fumeur actif (>100 cigarettes dans la vie et fumeur actif ou sevré depuis moins de 6 mois)

Quels sont vos modes d'exercice (SENIORS)? * (plusieurs réponses autorisées)

- cabinet de ville
- clinique
- hôpital
- Autre :

Quelle est votre formation en tabacologie (SENIORS)? * (plusieurs réponses autorisées)

- DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
- Capacité d'addictologie
- Pas de formation spécifique
- Autre :

Participez-vous à une consultation spécialisée de tabacologie (SENIORS)? *

- oui
- non

En quel semestre êtes-vous? (JUNIORS)*

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- 6ème
- 7ème
- 8ème
- Autre :

Quelle est votre formation en tabacologie? (JUNIORS)* (plusieurs réponses autorisées)

- DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
- Capacité d'addictologie
- Cours de DES de Pneumologie
- Cours à la faculté
- Cours à l'hôpital
- Pas de formation spécifique
- Autre :

Avez-vous déjà assisté à une consultation spécialisée de tabacologie? (JUNIORS) *

- oui
- non

Le sevrage tabagique chez les patients malades d'un cancer bronchique ou d'une BPCO

Pensez-vous que votre motivation à obtenir le sevrage du tabac varie en fonction de la pathologie rencontrée, BPCO ou cancer bronchique? *

- Oui
- Non

Pensez-vous que votre motivation à obtenir le sevrage tabagique varie en fonction du stade de la maladie? * (cocher "non applicable" si la pathologie n'est pas rencontrée dans votre exercice quotidien)

	Oui	Non	Non applicable
BPCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer bronchique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, votre motivation à obtenir le sevrage du tabac est moindre pour?

	Oui	Non	Non applicable
les BPCO très sévères (VEMS inférieur à 30% ou nécessitant une oxygénothérapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les cancers bronchiques non curables (chimiothérapie ou thérapie ciblée seules)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les cancers bronchiques en soins palliatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quand envisagez-vous pour la première fois la question de la prise en charge de la dépendance tabagique avec le patient? * (consultation ou hospitalisation)

	à la consultation initiale	à la seconde consultation	lors des consultations ultérieures	non applicable
BPCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer bronchique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Par la suite, à quelle fréquence évoquez-vous la question de la prise en charge de la dépendance tabagique? * (consultation ou hospitalisation)

	occasionnellement	souvent	systématiquement	non applicable
BPCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer bronchique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle est en moyenne la durée de votre intervention pour le sevrage tabagique lors d'une consultation de suivi? *

	pas d'intervention	conseil minimal (<3 minutes)	intervention brève (4 à 10 minutes)	intervention intensive (>10 minutes)	non applicable
BPCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cancer bronchique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique? cas d'un patient malade d'une BPCO. *

	occasionnellement	souvent	systématiquement	non applicable
patient motivé pour un arrêt du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patient non motivé pour un arrêt du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique? cas d'un patient malade d'un cancer bronchique. *

	occasionnellement	souvent	systématiquement	non applicable
patient motivé pour un arrêt du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patient non motivé pour un arrêt du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prise en charge de la dépendance tabagique

(recours refusé ou impossible à la consultation d'aide au sevrage tabagique)

Face à un patient motivé, comment traitez-vous la dépendance tabagique? *

- entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales
- prescription d'un traitement pharmacologique de la dépendance nicotinique (substituts nicotiques, varénicline, bupropion)
- conseils hygiéno-diététiques
- Autre :

Que faites-vous? face à un patient malade d'une BPCO et non motivé pour un arrêt du tabac *

- rien
- proposition d'en reparler à la consultation suivante
- entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales
- réduction du risque (prescription de substituts nicotiques avec pour objectif la diminution d'au moins moitié du tabagisme)
- Autre :

Que faites-vous? face à un patient malade d'un cancer bronchique et non motivé pour un arrêt du tabac *

- rien
- proposition d'en reparler à la consultation suivante
- entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales
- réduction du risque (prescription de substituts nicotiques avec pour objectif la diminution d'au moins moitié du tabagisme)

- Autre :

Etat actuel des connaissances quant à l'impact du tabagisme sur la BPCO et le cancer bronchique

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

Concernant les patients malades d'une BPCO. *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord
Le sevrage tabagique permet de revenir à une baisse physiologique du VEMS, identique à celle d'un jamais fumeur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sevrage tabagique réduit le risque d'exacerbation de BPCO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sevrage tabagique améliore la survie chez les patients malades d'une BPCO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sevrage tabagique améliore l'efficacité des traitements de la BPCO (corticoïdes inhalés..).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sevrage tabagique diminue les symptômes de la BPCO et améliore la qualité de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant les patients malades d'un cancer bronchique. *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord
Le sevrage tabagique améliore la survie tous stades confondus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sevrage tabagique améliore la survie uniquement pour les cancers éligibles à une chirurgie curatrice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le tabac augmente la morbidité de la chirurgie thoracique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le tabac diminue l'efficacité et/ou la tolérance des chimiothérapies (et des thérapies ciblées).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le tabac diminue l'efficacité et/ou la tolérance de la radiothérapie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sevrage tabagique améliore la qualité de vie et l'état général.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les difficultés du traitement de la dépendance tabagique de vos patients

Selon vous, quelles sont les difficultés du traitement de la dépendance tabagique de vos patients?

Le manque de motivation des patients *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord	non applicable
BPCO	<input type="radio"/>				
cancer bronchique	<input type="radio"/>				

Les difficultés psychologiques surajoutées aux patients (anxiété, dépression...) *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord	non applicable
BPCO	<input type="radio"/>				
cancer bronchique	<input type="radio"/>				

Le manque de temps médical à consacrer au sevrage tabagique *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le manque de formation en tabacologie *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le manque de bénéfices prouvés du sevrage tabagique *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord	non applicable
BPCO	<input type="radio"/>				
cancer bronchique	<input type="radio"/>				

Perspectives

Selon vous, lesquelles de ces propositions pourraient contribuer à améliorer votre prise en charge des patients fumeurs et malades d'une BPCO ou d'un cancer bronchique? *

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord
une meilleure information sur les bénéfices du sevrage tabagique dans ces populations spécifiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une meilleure formation sur les traitements de la dépendance tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	pas du tout d'accord	pas vraiment d'accord	assez d'accord	tout à fait d'accord
un meilleur retour d'information sur l'avancée et/ou l'efficacité de la prise en charge des patients adressés en consultation spécialisée d'aide au sevrage tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires libres

Je vous remercie de bien avoir voulu répondre à cette enquête.

Fourni par [Google Documents](#)

Tableaux :

Tableau 1 :

tableau 1. Caractéristiques des médecins pneumologues répondants.

	N	%/moy	ET*	médiane	min	max
Votre sexe						
homme	71	43,6				
femme	92	56,4				
Votre âge						
	163	34,7	12,5	28	23	65
Pneumologues: seniors ou juniors?						
seniors	55	33,7				
juniors	108	66,3				
Quel(s) est (sont) vos modes d'exercices? (seniors)						
hôpital	47	85,5				
clinique	9	16,4				
cabinet ville	15	27,3				
retraite	1	3,6				
Quel est votre statut tabagique?						
jamais fumeur	116	71,2				
ancien fumeur	15	9,2				
fumeur actif	32	19,6				
Quelle est votre formation en tabacologie? DIU de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac?						
oui	16	9,8				
non	147	90,2				
Quelle est votre formation en tabacologie? Cours de DES? (juniors)						
oui	25	36,2				
non	44	63,8				
Quelle est votre formation en tabacologie? Cours à la faculté? (juniors)						
oui	17	24,6				
non	52	75,4				
Quelle est votre formation en tabacologie? Cours à l'hôpital? (juniors)						
oui	11	15,7				
non	59	84,3				
Quelle est votre formation en tabacologie? Pas de formation spécifique?						
oui	50	30,7				
non	113	69,3				
Concernant la consultation d'aide à l'arrêt du tabac,						
vous y participez (seniors)	6	10,9				
vous y avez déjà assisté (juniors)	15	13,9				

* écart-type

Médecins seniors: 55 réponses pour 80 personnes contactées (taux de réponses 69%). Médecins juniors: 108 réponses pour 200 personnes contactées (taux de réponses 54%).

Définition du statut tabagique du NHIS (National Health Interview Survey). Jamais fumeurs: moins de 100 cigarettes fumées dans la vie et actuellement non fumeurs. Anciens fumeurs: plus de 100 cigarettes dans la vie et non fumeurs depuis au moins 6 mois. Fumeurs actifs: plus de 100 cigarettes dans la vie et fumeur actif ou sevré depuis moins de 6 mois.

DIU: Diplôme inter universitaire. DES: Diplôme d'études spécialisées.

Tableau 2 :

tableau 2. Motivation des pneumologues à obtenir le sevrage tabagique en fonction de la pathologie rencontrée (BPCO ou CB) et du stade de la maladie.

	N	%
Pensez-vous que votre motivation à obtenir le sevrage du tabac varie en fonction de la pathologie rencontrée, BPCO ou CB?		
oui	89	54,6
non	74	45,4
Pensez-vous que votre motivation à obtenir le sevrage tabagique varie en fonction du stade de la maladie? BPCO		
oui	47	29
non	115	71
Si oui, votre motivation à obtenir le sevrage du tabac est moindre pour? les BPCO très sévères?		
oui	10	21,7
non	36	78,3
Pensez-vous que votre motivation à obtenir le sevrage tabagique varie en fonction du stade de la maladie? CB		
oui	118	74,7
non	40	25,3
Si oui, votre motivation à obtenir le sevrage du tabac est moindre pour? les CB incurables (chimiothérapie ou thérapie ciblée seule)?		
oui	49	43
non	65	57
Si oui, votre motivation à obtenir le sevrage du tabac est moindre pour? les CB au stade des soins palliatifs?		
oui	106	92,2
non	9	7,8

Tableau 3 :

tableau 3. Caractéristiques des pneumologues selon que leur motivation à obtenir le sevrage du tabac varie en fonction de la pathologie rencontrée (BPCO ou CB) ou non.

	Oui			Non			p**
	N=89 (54,6%)			N=74 (45,4%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Votre sexe							0,5751
Homme	37	41,6		34	45,9		
Femme	52	58,4		40	54,1		
Votre âge	89	32,2	10,8	74	37,7	13,9	0,005
Pneumologues: seniors ou juniors?							0,008
seniors	22	24,7		33	44,6		
juniors	67	75,3		41	55,4		
Quel est votre statut tabagique?							0,1
jamais fumeur	65	73		51	68,9		
ancien fumeur	11	12,4		4	5,4		
fumeur actif	13	14,6		19	25,7		
Quelle est votre formation en tabacologie? DIU de tabacologie?							0,1886
oui	6	6,7		10	13,5		
non	83	93,3		64	86,5		
Quelle est votre formation en tabacologie? cours de DES? (juniors)							0,1265
oui	12	28,6		13	48,1		
non	30	71,4		14	51,9		
Quelle est votre formation en tabacologie? cours à la faculté? (juniors)							0,085
oui	7	16,7		10	37		
non	35	83,3		17	63		

tableau 3. Caractéristiques des pneumologues selon que leur motivation à obtenir le sevrage du tabac varie en fonction de la pathologie rencontrée (BPCO ou CB) ou non.

	Oui			Non			p**
	N=89 (54,6%)			N=74 (45,4%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Quelle est votre formation en tabacologie? cours à l'hôpital? (juniors)							0,0776
oui	3	7,3		7	25		
non	38	92,7		21	75		
Quelle est votre formation en tabacologie? Pas de formation spécifique?							0,173
oui	23	25,8		27	36,5		
non	66	74,2		47	63,5		
Participez-vous à une consultation de tabacologie ? (séniors)							0,6739
oui	3	13,6		3	9,1		
non	19	86,4		30	90,9		
Avez-vous déjà assisté à une consultation de tabacologie ? (juniors)							0,9647
oui	9	17,6		6	18,2		
non	42	82,4		27	81,8		

* écart-type

** Test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Définition du statut tabagique du NHIS (National Health Interview Survey). Fumeurs: moins de 100 cigarettes fumées dans la vie et actuellement non fumeurs. Anciens fumeurs: plus de 100 cigarettes dans la vie et non fumeurs depuis au moins 6 mois. Fumeurs actifs: plus de 100 cigarettes dans la vie et fumeur actif ou sevré depuis moins de 6 mois.

DIU: Diplôme inter universitaire. DES: Diplôme d'études spécialisées.

Tableau 4 :

tableau 4. Description de la prise en charge de la dépendance tabagique des patients malades de BPCO ou CB.

	BPCO		CB		coef. K*
	N	%	N	%	
Quand envisagez-vous pour la première fois la question de la prise en charge de la dépendance tabagique avec le patient?					
à la consultation initiale	146	94,8	107	72,3	0,0929 (a)
à la seconde consultation	6	3,9	28	18,9	
lors des consultations ultérieures	2	1,3	13	8,8	
Par la suite, à quelle fréquence évoquez-vous la question de la prise en charge de la dépendance tabagique?					
occasionnellement	9	5,8	47	31,5	0,3279 (b)
souvent	46	29,5	53	35,6	
systématiquement	101	64,7	49	32,9	
Quelle est en moyenne la durée de votre intervention pour le sevrage tabagique lors d'une consultation de suivi?					
pas d'intervention	1	0,7	7	4,8	0,5818 (c)
conseil minimal	68	45	89	60,5	
intervention brève	74	49	49	33,3	
intervention intensive	8	5,3	2	1,4	

* coefficient de concordance kappa. >0,81: excellent; 0,61-0,80: bon; 0,41-0,60: modéré; 0,21-0,40: médiocre; 0,00-0,20: mauvais; <0,00 très mauvais (26)

(a) concordance [consultation initiale] comparée à [à la seconde consultation + lors des consultations suivantes]

(b) concordance [systématiquement] comparée à [souvent + occasionnellement]

(c) concordance [pas d'intervention + conseil minimal] comparée à [intervention brève + intervention intensive]

Tableau 5 :

tableau 5. Proposition au patient du recours à une consultation d'aide à l'arrêt du tabac selon la maladie et la motivation du patient.

	BPCO		CB		coef. K*
	N	%	N	%	
A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique pour un patient motivé à l'arrêt du tabac?					
1 occasionnellement	4	2,5	10	6,4	0,5915 (a)
2 souvent	34	21,3	48	30,8	
3 systématiquement	122	76,3	98	62,8	
A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique pour un patient non motivé à l'arrêt du tabac?					
1 occasionnellement	41	25,8	62	41,3	0,5433 (a)
2 souvent	58	36,5	50	33,3	
3 systématiquement	60	37,7	38	25,3	

* coefficient de concordance kappa. >0,81: excellent; 0,61-0,80: bon; 0,41-0,60: modéré; 0,21-0,40: médiocre; 0,00-0,20: mauvais; <0,00 très mauvais (26)

(a) concordance [systématiquement] comparée à [souvent + occasionnellement]

Tableau 6 :

tableau 6. Prise en charge de la dépendance au tabac des patients malades de BPCO ou de CB selon le statut tabagique des pneumologues

	N	%/moy	N	%/moy	p*
Quand envisagez-vous pour la première fois la question de la prise en charge de la dépendance tabagique avec le patient? [BPCO]	consultation initiale N=146 (94,8%)		ultérieurement N=7 (5,2%)		0,5291
jamais fumeur	104	72,727	4	57,143	
ancien fumeur	29	20,28	2	28,571	
fumeur actif	13	9,0909	1	14,286	
Quand envisagez-vous pour la première fois la question de la prise en charge de la dépendance tabagique avec le patient? [CB]	consultation initiale N=107 (72,3%)		ultérieurement N=41 (27,7%)		0,6096
jamais fumeur	76	71,028	27	65,854	
ancien fumeur	23	21,495	9	21,951	
fumeur actif	8	7,4766	5	12,195	
Par la suite, à quelle fréquence évoquez-vous la question de la prise en charge de la dépendance tabagique? [BPCO]	systématiquement N=101 (64,7%)		souvent ou occasionnellement N=55 (35,3%)		0,4881
jamais fumeur	69	68,317	41	74,545	
ancien fumeur	23	22,772	8	14,545	
fumeur actif	9	8,9109	6	10,909	
Par la suite, à quelle fréquence évoquez-vous la question de la prise en charge de la dépendance tabagique? [CB]	systématiquement N=49 (32,9%)		souvent ou occasionnellement N=100 (67,1%)		0,2742
jamais fumeur	34	69,388	70	70	
ancien fumeur	13	26,531	19	19	
fumeur actif	2	4,0816	11	11	
Quelle est en moyenne la durée de votre intervention pour le sevrage tabagique lors d'une consultation de suivi? [BPCO]	rien ou conseil minimal N=69 (45,7%)		intervention brève ou intensive N=82 (54,3%)		0,0154
jamais fumeur	51	73,913	56	68,293	
ancien fumeur	8	11,594	22	26,829	
fumeur actif	10	14,493	4	4,878	

	N	%/moy	N	%/moy	p*
Quelle est en moyenne la durée de votre intervention pour le sevrage tabagique lors d'une consultation de suivi? [CB]	rien ou conseil minimal N=96 (65,3%)		intervention brève ou intensive N=51 (34,7%)		0,1384
jamais fumeur	67	69,792	35	68,627	
ancien fumeur	17	17,708	14	27,451	
fumeur actif	12	12,5	2	3,9216	
A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique? cas d'un patient malade d'une BPCO. [patient motivé pour un arrêt du tabac]	systématiquement N=122 (76,2%)		occasionnellement ou souvent N=38 (23,8%)		0,4923
jamais fumeur	84	68,852	30	78,947	
ancien fumeur	25	20,492	6	15,789	
fumeur actif	13	10,656	2	5,2632	
A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique? cas d'un patient malade d'une BPCO. [patient non motivé pour un arrêt du tabac]	systématiquement N=60 (37,7%)		occasionnellement ou souvent N=99 (62,3%)		0,5698
jamais fumeur	42	70	72	72,727	
ancien fumeur	14	23,333	17	12,121	
fumeur actif	4	6,6667	10	10,101	
A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique? cas d'un patient malade d'un CB. [patient motivé pour un arrêt du tabac]	systématiquement N=98 (62,8%)		occasionnellement ou souvent N=58 (37,2%)		0,2819
jamais fumeur	66	67,347	46	79,31	
ancien fumeur	22	22,449	9	15,517	
fumeur actif	10	10,204	3	5,1724	
A quelle fréquence proposez-vous le recours à une consultation dédiée au sevrage tabagique? cas d'un patient malade d'un CB. [patient non motivé pour un arrêt du tabac]	systématiquement N=38 (25,3%)		occasionnellement ou souvent N=112 (74,7%)		0,7808
jamais fumeur	27	71,053	80	71,429	
ancien fumeur	9	23,684	22	19,643	
fumeur actif	2	5,2632	10	8,9286	

* Test exact de Fisher pour variables qualitatives

Définition du statut tabagique du NHIS (National Health Interview Survey). Fumeurs: moins de 100 cigarettes fumées dans la vie et actuellement non fumeurs. Anciens fumeurs: plus de 100 cigarettes dans la vie et non fumeurs depuis au moins 6 mois. Fumeurs actifs: plus de 100 cigarettes dans la vie et fumeur actif ou sevré depuis moins de 6 mois.

DIU: Diplôme inter universitaire. DES: Diplôme d'études spécialisées.

Tableau 7 :

tableau 7. Face à un patient motivé, comment traitez-vous la dépendance tabagique?

	N	%/moy	classification par ordre prioritaire
entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales			
oui	66	40,7	3
non	96	59,3	
prescription d'un traitement pharmacologique de la dépendance nicotinique (substituts nicotiniques, varéclique, bupropion)			
oui	134	82,2	1
non	29	17,8	
conseils hygiéno-diététiques			
oui	103	63,2	2
non	60	36,8	
association d'un traitement psychologique et pharmacologique*			
oui	53	32,7	
non	109	67,3	
autre			
Consultation de tabacologie**	10		
libre choix de ce que le patient pense efficace	1		
ne fais pas personnellement de tabacologie	1		
évaluation psychologique avant éventuelle traitement	1		

* Réponses associant "entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales" et "prescription d'un traitement pharmacologique".

** le questionnaire spécifiait que le recours à la consultation d'aide à l'arrêt du tabac était impossible ou refusé.

Tableau 8 :

tableau 8. Que faites-vous face à un patient non motivé pour un arrêt du tabac?

	BPCO		CB		coef. K*
	N	%	N	%	
proposition d'en reparler à la consultation suivante					0,3809 (a)
oui	132	81	127	77,9	
non	31	19	36	22,1	
entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales					0,6594 (a)
oui	35	22	21	12,9	
non	128	79	142	87,1	
réduction du risque (prescription de substituts nicotiques avec pour objectif la diminution d'au moins moitié du tabagisme)					0,5543 (a)
oui	61	37	34	20,9	
non	102	63	129	79,1	
rien					0,2146 (a)
oui	3	2	22	13,5	
non	160	98	141	86,5	
autre - BPCO					
consultation de tabacologie**	8				
relais médecin généraliste	1				
explication des bénéfices attendus	1				
non applicable	1				
autre - CB					
consultation de tabacologie**	5				
consultation de tabacologie si et seulement si traitement par inhibiteur de la tyrosine kinase**	1				
consultation de tabacologie si et seulement si patient curatif**	1				
explication des bénéfices attendus	1				
pas de chirurgie sans arrêt du tabac	1				
relais avec l'infirmière de chimiothérapie	1				

* coefficient de concordance kappa. >0,81: excellent; 0,61-0,80: bon; 0,41-0,60: modéré; 0,21-0,40: médiocre; 0,00-0,20: mauvais; <0,00 très mauvais (26)

** le questionnaire spécifiait que le recours à la consultation d'aide à l'arrêt du tabac était impossible ou refusé.

(a) concordance [oui] comparée à [non]

Tableau 9 :

tableau 9. BPCO et cancer bronchique: connaissances des pneumologues.

	pas du tout d'accord		pas vraiment d'accord		assez d'accord		tout à fait d'accord	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BPCO								
Le sevrage tabagique permet de revenir à une baisse physiologique du VEMS, identique à celle d'un jamais fumeur.	37	22,7	37	22,7	33	20,2	56	34,4
Le sevrage tabagique réduit le risque d'exacerbation.	1	0,6	8	4,9	43	26,4	111	68,1
Le sevrage tabagique améliore la survie.	0	0	5	3,1	43	26,4	115	70,6
Le sevrage tabagique améliore l'efficacité des traitements de la BPCO (corticoïdes inhalés...).	3	1,8	36	22,1	44	27	80	49,1
Le sevrage tabagique diminue les symptômes de la BPCO et améliore la qualité de vie.	0	0	5	3,1	45	27,6	113	69,3
Cancer bronchique								
Le sevrage tabagique améliore la survie tous stades confondus.	29	17,8	65	39,9	48	29,4	21	12,9
Le sevrage tabagique améliore la survie uniquement pour les cancers éligibles à une chirurgie curatrice.	21	12,9	44	27	63	38,7	35	21,5
Le tabac augmente la morbidité de la chirurgie thoracique.	0	0	5	3,1	29	17,8	129	79,1
Le tabac diminue l'efficacité et/ou la tolérance des chimiothérapies (et des thérapies ciblées).	13	8	35	21,5	42	25,8	73	44,8
Le tabac diminue l'efficacité et/ou la tolérance de la radiothérapie.	15	9,2	50	30,7	59	36,2	39	23,9
Le sevrage tabagique améliore la qualité de vie et l'état général.	0	0	25	15,3	57	35	81	49,7

VEMS : volume expiré maximal à la première seconde.

Tableau 10 :

tableau 10. BPCO et CB: les difficultés à obtenir le sevrage tabagique.

	pas du tout d'accord		pas vraiment d'accord		assez d'accord		tout à fait d'accord	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BPCO								
Le manque de motivation des patients.	0	0	9	5,6	67	41,4	86	53,1
Les difficultés psychologiques surajoutées aux patients (anxiété, dépression...)	1	0,6	10	6,2	73	45,1	78	48,1
Le manque de bénéfices prouvés du sevrage tabagique	99	61,5	53	32,9	8	5	1	0,6
Cancer bronchique								
Le manque de motivation des patients.	3	1,9	27	17	66	41,5	63	39,6
Les difficultés psychologiques surajoutées aux patients (anxiété, dépression...)	0	0	6	3,8	51	31,9	103	64,4
Le manque de bénéfices prouvés du sevrage tabagique	73	46,5	53	33,8	27	17,2	4	2,5
BPCO et cancer bronchique								
Le manque de temps médical à consacrer au sevrage tabagique.	5	3,1	28	17,2	93	57,1	37	22,7
Le manque de formation en tabacologie.	7	4,3	33	20,1	73	44,5	50	30,5

Tableau 11 :

tableau 11. Propositions pour améliorer la prise en charge du tabagisme des patients.

Propositions	pas du tout d'accord		pas vraiment d'accord		assez d'accord		tout à fait d'accord	
	N	%	N	%	N	%	N	%
une meilleure information sur les bénéfices du sevrage tabagique dans ces populations spécifiques.	7	4,3	18	11	72	44,2	66	40,5
une meilleure formation sur les traitements de la dépendance tabagique.	0	1,2	19	11,7	68	41,7	74	45,4
un meilleur retour d'information sur l'avancée et/ou l'efficacité de la prise en charge des patients adressés en consultation spécialisée d'aide au sevrage tabagique.	1	0,6	15	9,2	82	50,3	65	39,9

Propositions pour améliorer la prise en charge du tabagisme des patients.

VU

NANCY, le **22 juillet 2013**

Le Président de Thèse

Professeur Y. MARTINET

NANCY, le **25 juillet 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6507

NANCY, le 30/07/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction :

Il est démontré que l'arrêt du tabac améliore la survie et la qualité de vie des patients malades de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou de cancer bronchique (CB). Nous avons souhaité évaluer les connaissances et les pratiques des pneumologues concernant la prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de CB.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené d'avril à juillet 2013 une enquête déclarative, par internet, auprès de 280 pneumologues français, juniors (internes en pneumologie ou jeunes médecins) ou séniors (médecins thésés).

Résultats :

Le taux de participation était de 63,9%. La motivation à obtenir le sevrage tabagique variait en fonction de la pathologie rencontrée, BPCO ou CB, pour 54,6% des pneumologues. Parmi ces médecins, les juniors étaient plus nombreux ($p=0,005$). Il n'y avait pas d'interaction significative avec le statut tabagique ou la formation en tabacologie des médecins. L'association d'un traitement pharmacologique et psychologique était proposée aux patients motivés par 32,7% des pneumologues. L'intensité de la prise en charge du tabagisme et le recours à la consultation d'aide à l'arrêt du tabac étaient moindres pour les malades de CB. Les connaissances concernant les bénéfices du sevrage du tabac étaient bonnes. Les freins au sevrage rapportés étaient le manque de motivation des patients, l'anxiété occasionnée par le sevrage, le manque de temps et le manque de formation en tabacologie.

Conclusion :

La prise en charge du tabagisme dans le CB est moindre que dans la BPCO. Une meilleure information sur les bénéfices du sevrage et des formations en tabacologie pourraient améliorer ces résultats.

TITRE EN ANGLAIS

Tobacco use and cessation in patients with COPD or cancer: practice patterns of french pulmonologists.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE

ANNÉE 2013

MOTS CLÉS :

Tabac

Arrêt du tabac

Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Tumeurs du poumon

Pneumologues

Connaissances, attitudes et pratiques en santé

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
