

L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale

Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients

Remi Vannobel, *médecin généraliste, Reims*
Dominique Dépinoy, *UFR Reims*
Marie Masure, *tabacologue, Reims*

Résumé : *Introduction :* Beaucoup de patients s'adressent en première intention à leur médecin généraliste pour cesser de fumer. Bien que l'aide à l'arrêt du tabac ne soit pas chose aisée, une majorité de praticiens prennent en charge le sevrage tabagique. Le généraliste peut-il être efficace dans cette prise en charge ? Les résultats obtenus en cabinet de ville sont-ils comparables à ceux d'un centre de sevrage ? *Méthode :* Analyse d'une cohorte de 24 patients suivis pendant un stage de 6^{ème} semestre chez le praticien et interrogés au minimum 12 mois après le début de leur sevrage. *Résultats :* 13 hommes et 11 femmes d'âge moyen de 38,4 ans ont été suivis. La durée moyenne de leur tabagisme était de 20 ans. La moitié des patients avaient déjà tenté un arrêt. Calculé par le score de Fragerström, les trois niveaux de dépendance (faible, moyenne et forte) étaient répartis de manière équivalente. Les patients ont été suivis en moyenne 8 mois. Plus de 12 mois après le démarrage de leur sevrage, 75% d'entre eux se sont déclarés satisfaits de la prise en charge. Deux tiers des patients avaient rechuté, un tiers était toujours non fumeur. *Discussion :* Malgré un échantillon petit, cette étude valorise la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale. Ces résultats sont similaires à ceux d'un centre de sevrage tabagique, tant sur la satisfaction des fumeurs pour leur prise en charge que sur le taux de rechute. Les patients consultant en médecine générale pour une aide à l'arrêt du tabac ont une dépendance nicotinique variable et consultent environ 5 ans plus tôt, ce qui doit encourager les praticiens à proposer leur aide à leurs patients fumeurs. *Conclusion :* Avec une formation et l'aide d'un réseau de santé, le médecin généraliste possède tous les outils pour réaliser un sevrage tabagique optimal. Cette prise en charge doit être préparée avant la tentative d'arrêt proprement dite et s'étendre au suivi qui permet l'éventuelle "sortie du tabagisme". A ces conditions, un patient a les mêmes chances d'arrêter son tabagisme qu'il s'adresse à un médecin généraliste ou à un centre spécialisé. Une formation adaptée et complète des professionnels de santé est la garantie d'une prise en charge réussie. *Mots clés :* tabagisme, sevrage tabagique, dépendance.

Abstract : *Introduction :* Many patients are addressed in first intention to their general practitioner to stop smoking. Although the assistance with the stop of tobacco is not an easy matter to achieve in general medicine, a majority of experts deal with nicotinic weaning. Can the general practitioner be efficient ? *Method :* Analysis of a sample of 24 patients followed during a 6-month-training course period by a general practitioner and questioned at least 12 months after the beginning of their weaning. *Results :* 13 men and 11 women of average age of 38.4 were followed. The average duration of their nicotinism was 20 years. Half of the patients had already tried to stop. Calculated by the score of Fagerström, the three levels of dependence (weak, average and strong) were distributed in an equivalent way. The patients were followed 8 months on average. Questioned by telephone more than 12 months after the beginning of their weaning, 75% of them declared they were satisfied with the assumption of responsibility. Two thirds of the patients had relapsed, one third was still abstemious. *Discussion :* In spite of a little sample, this study develops the assumption of responsibility of nicotinic weaning in general medicine. These results are similar with those of a nicotinic center of weaning, with regard as well to the satisfaction of the smokers on their assumption of responsibility as to the rate of relapse. The patients consulting a general practitioner to help them to quit smoking have a variable nicotinic dependence and undoubtedly consult more easily and 5 years earlier. That must encourage the experts to propose their assistance to their patients who smoke. *Conclusion :* With training and assistance of a network, the general practitioner has all the tools to carry out an optimal nicotinic weaning. This assumption of responsibility must be prepared before the attempt at stopping smoking and be extended (in the beach from follow-up) which allows possible "the exit of nicotinism". A patient is likely to stop his nicotinism when addressed to a general practitioner or to a specialized center. An adapted and complete training of the professionals of health is the guarantee of a successful assumption of responsibility. *Key words :* nicotinism, stop smoking, dependence.

Introduction

Cette étude est l'analyse d'une cohorte de patients fumeurs débutant un sevrage tabagique avec l'aide de leur médecin généraliste. Son objectif était d'étudier le parcours de ces patients pendant leur sevrage et d'interroger leur satisfaction sur la prise en charge.

Méthode

L'inclusion des patients s'est faite au cours du SASPAS, stage de 6^{ème} semestre en autonomie avec supervision indirecte chez le praticien. Les éléments de suivi ont été recherchés 12 mois après l'inclusion des patients. Le maître de stage était impliqué dans la prise en charge des conduites addictives et formé à l'accueil des patients dépendants du tabac ; le stagiaire préparait dans le même temps un DIU de tabacologie pour parfaire sa formation initiale. La patientèle était sensibilisée depuis de nombreuses années au problème du tabac. En effet, les patients fumeurs avaient bénéficié de façon quasi-systématique d'un entretien motivationnel avec au moins un conseil minimum et toujours une proposition d'aide pour un sevrage futur (1).

Pour être inclus dans ce travail de recherche, les patients devaient être demandeurs d'une aide à l'arrêt du tabac et avoir une motivation évaluée au stade d'action du cercle de Prochaska et Di Clémente. Le recueil de données a été réalisé pendant la période de décembre 2003 à avril 2004. L'outil de recueil de données a été d'une part les éléments du Dossier Patient Partagé utilisé au sein du réseau de santé ADDICA et d'autre part un appel téléphonique passé en mai 2005 soit au minimum 12 mois après le début du suivi. Le Dossier Patient Partagé permettait de discerner le profil des patients, leur statut tabagique, le traitement mis en place et leur suivi puisque chaque consultation donnait lieu à un relevé. Aucun questionnaire supplémentaire n'a été utilisé.

Au téléphone 12 mois plus tard, 2 questions étaient posées aux patients, après une brève présentation du travail :

- "Avez-vous l'impression d'avoir eu une prise en charge complète de votre demande d'aide pour le sevrage tabagique ?"

- "Où en êtes-vous avec le tabac ?"

Le cadre de consultation

En accord avec le médecin généraliste maître de stage, une démarche commune standardisée a été appliquée à ces patients dès lors que les patients exprimaient leur désir de stopper le tabac. Cette démarche correspondait au cadre de consultation appliqué par le maître de stage pour le sevrage tabagique et s'approchait au plus près des recommandations de l'Afssaps (2) en tenant compte des contraintes de la pratique de la médecine générale.

L'entente préalable sur le cadre clinique de l'aide apportée au patient permettait aux deux praticiens (titulaire et stagiaire) d'accompagner simultanément les patients si cela s'avérait nécessaire en fonction des contraintes de calendrier.

Ce canevas de consultation comprenait plusieurs points forts :

- Une consultation initiale **dédiée au sevrage**, comprise entre 20 et 30 minutes, afin de faire le bilan de la conduite tabagique du patient comme le conseille l'ANAES (3). Cette consultation était programmée très rapidement lorsque la demande d'arrêt du tabac était formulée au cours d'une consultation pour un autre motif.

- L'utilisation d'un **dossier standardisé** contenant un canevas de consultation. Ce dossier patient partagé du réseau de santé ADDICA est utilisé par les médecins de Champagne-Ardenne qui participent au réseau (4). Il comprend une fiche d'inclusion permettant de reconstituer l'histoire du tabagisme du patient (âge de la première cigarette, nombre de tentative d'arrêt), et des fiches de suivi comprenant un bilan de la dépendance tabagique avec le test de Fagerström, une évaluation de la dépendance psycho-comportementale (test de Emile Roux remplacé depuis par le HAD et le test de Horn), quelques questions sur les autres consommations et les habitudes alimentaires, une évaluation de la motivation puis la proposition d'aide pour le sevrage (traitement, aide d'autres professionnels). Ce dossier patient partagé propose ainsi un guide de consultation pour l'aide à l'arrêt du tabac proche du dossier de tabacologie proposé par l'INPES : il permet de faire une première consultation complète et améliore de fait la compétence des médecins généralistes qui l'utilisent.

- Un **suivi régulier** avec des consultations de suivi à J7, J21, J42 puis tous les mois était proposé au patient. A chaque nouvelle consultation une nouvelle fiche de suivi tabac était renseignée (5). Lorsque c'était nécessaire des consultations plus rapprochées étaient proposées au patient en difficulté. Pour signifier l'importance du suivi au patient, le rendez-vous suivant était toujours fixé par le médecin en fin de consultation.

Résultats

• Sexe

Au total, 24 patients ont été inclus : 13 hommes (54,2%) et 11 femmes (45,8%).

• Age

L'âge moyen des patients de cette étude était de 38,4 ans. Les valeurs extrêmes sont 17 et 59 ans. La répartition de la population est représentée dans la figure 1 par tranches de 5 années.

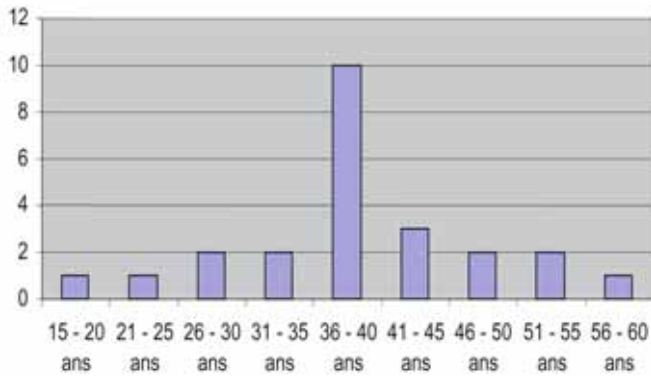


Figure 1 : Répartition de la population par tranche d'âge

• Durée du tabagisme

La durée moyenne du tabagisme était de 19,96 ans avec comme valeurs extrêmes 4 et 44 ans. La figure 2 montre le détail des années de consommation de tabac.

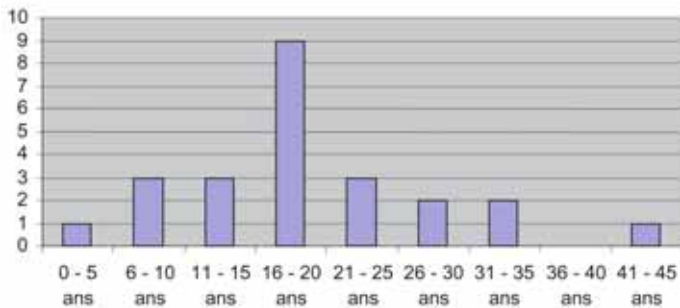


Figure 2 : Durée du tabagisme

• Nombre de tentatives

Une tentative est une période d'abstinence totale de plus de 7 jours. Plus de la moitié des patients avait déjà tenté de stopper le tabac, ils étaient 7 (29%) à avoir essayé 2 fois d'arrêter de fumer et 6 (25%) une fois ; 5 patients (21%) n'avaient jamais essayé d'arrêter.

• Test de Fagerström

Ce test permet d'évaluer le degré de dépendance nicotinique des patients interrogés. L'étude des scores de dépendance nicotinique montrait une équivalence entre les 3 sous-groupes de dépendants à la nicotine (Figure 3). Il y avait 8 patients non dépendants (33,3%) avec un score compris entre 0 et 3, 9 dépendants (37,5%) avec un score compris entre 4 et 6 et 7 très dépendants (29,2%) avec un score entre 7 et 10.

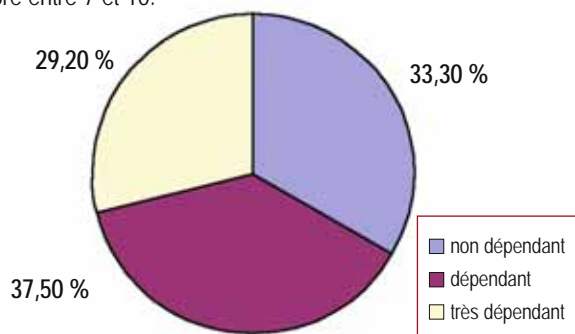


Figure 3 : Test de Fagerström

• Notions d'anxiété et de dépression

La majorité des patients (14, soit 58,3%) présentaient un terrain anxieux et 8 (33,3%) un tableau d'humeur dépressive. La connaissance des patients facilitait le diagnostic des états anxio-dépressifs. Toutefois, ils étaient évalués de manière plus objective à l'aide des critères cliniques du Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC). Le test d'Emile Roux permettait de trancher les cas difficiles en posant quelques questions en présence du patient.

• Traitement mis en place

L'étude prenait en compte les traitements mis en place lors des sevrages, prescrits seuls ou en association entre eux. La prescription de patchs nicotiniques a concerné 16 patients (66,7%) et 14 patients (58,3%) ont reçus des gommes ou comprimés sublinguaux. L'inhalateur de nicotine a été proposé à 1 seul patient. Des anxiolytiques ont été prescrits à 7 patients (29,2%), des antidépresseurs à 6 patients (25%) et 1 patient a reçu une prescription de bupropion.

• Durée du suivi

La durée moyenne de suivi pour ces tentatives de sevrage tabagique était de 8 mois avec comme extrêmes 0 et 18 mois (Figure 4). Une majorité de patients a bénéficié d'un suivi durant les 12 premiers mois : 4 patients ont bénéficié d'un suivi de 1 à 3 mois, 4 un suivi de 4 à 6 mois, 4 un suivi de 7 à 9 mois et 8 (33,3%) un suivi de 10 à 12 mois. Enfin, 2 patients ne se sont pas présentés à la deuxième consultation.

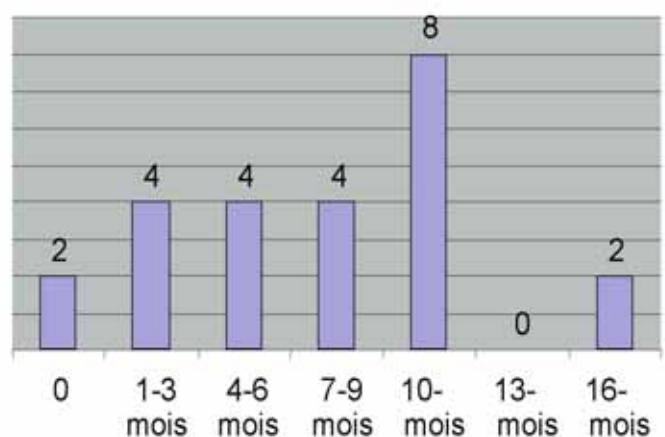


Figure 4 : Durée de suivi

• Indice de satisfaction des patients

Les patients interrogés par téléphone jugeaient qu'ils avaient bénéficié d'une prise en charge de qualité satisfaisante pour 18 d'entre eux (75 %) et insatisfaisante pour les 6 autres patients (Figure 5).

Les patients déçus ont exprimé comme doléances :

- un manque d'écoute concernant leur anxiété (3 patients) ;
- un manque de soutien motivationnel (2 patients) ;
- une impression de ne pas pouvoir être pris en charge par le médecin généraliste (1 patient).

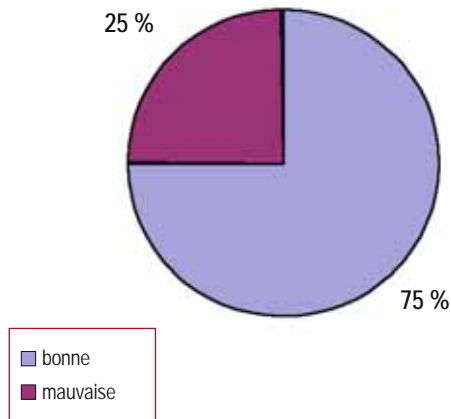


Figure 5 : Impression de prise en charge

• Statut tabagique à 12 mois minimum

L'étude montrait que 16 patients (66,7%) avaient rechuté contre 8 patients (33,3%) qui étaient toujours abstinents (Figure 6).

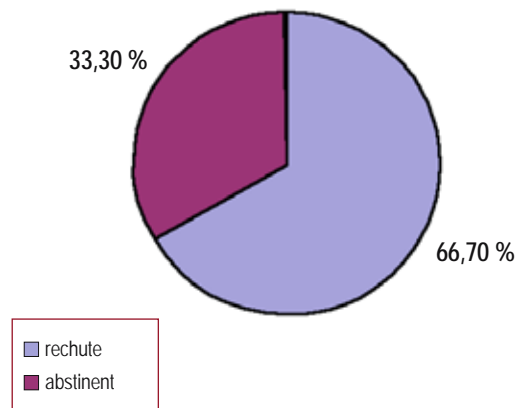


Figure 6 : Statut à 12 mois

- La durée du stage (6 mois) limitait la durée d'inclusion des fumeurs, toutefois le nombre de patients est élevé pour le temps de l'étude.

- L'enquête de satisfaction à 12 mois est uniquement subjective et certains patients ont pu manquer de franchise par crainte d'émettre un jugement négatif envers leur médecin traitant. Nous sommes confrontés dans l'analyse à la possibilité d'avis positif par excès en cas de "transfert" important ou, au contraire d'avis négatif par excès en cas de désaccord avec le médecin traitant.

Comparaison avec une enquête au sein d'un centre d'aide à l'arrêt du tabac

Peu de données existent sur les pourcentages de réussite et l'indice de satisfaction des patients pris en charge dans des centres de sevrage tabagique. Une étude prospective du dispensaire Emile Roux de Clermont-Ferrand a été réalisée du 1999 à 2002 sur 634 patients sous la direction du Dr J. Perriot (7).

Le tableau ci-dessous compare les résultats des 2 études lorsque les données l'ont permis :

	Etude de patientèle Reims	Etude de centre de sevrage Clermont-Ferrand
Sexe ratio	1,18	0,87
Age	38,5 ans	43 ans
Durée du tabagisme	19,96 ans	25,6 Paquets/Année
Nombre de tentative d'arrêt	1,75 fois	3,1 fois
Score moyen au test de Fagerström	5	7
dépression	33,3%	26,5%
anxiété	58,3%	36,8%
Substituts nicotiniques	91,66%	92%
antidépresseur	25%	45%
Durée du suivi	7,92%	
Impression de satisfaction des patients	75%	78%
Réussite à 12 mois	33,3%	30%

Discussion

Les biais

- Le faible nombre de patients empêche de faire des statistiques précises et permet seulement une analyse qualitative et une orientation pour d'autres travaux de plus grande envergure avec plusieurs autres médecins généralistes travaillant au sein du réseau de santé ADDICA. (6)

L'échantillon

La population venant demander de l'aide à l'arrêt avait un sexe ratio de 1, les patients étaient quadragénaires, avec un tabagisme depuis environ 20 ans. Sur ce point, il existe peu de différence entre les patients consultants en centre de tabacologie et en médecine générale.

Malgré la petite taille de notre population étudiée, la répartition était équivalente pour les deux sexes. Le sexe ratio (SR) de notre étude était plutôt favorable aux hommes (SR = 1,18) contrairement aux chiffres du centre où les femmes étaient légèrement plus nombreuses que les hommes (SR = 0,87).

L'âge moyen des fumeurs de notre étude était de 38 ans et demi contre 43 ans pour le centre. On peut donc avancer que les généralistes voient les fumeurs 5 ans plus tôt que les centres d'aide à l'arrêt. La comparaison de la période moyenne avant la demande d'aide n'est pas possible car l'étude de Clermont-Ferrand chiffrerait non pas les années de tabagisme mais une consommation cumulée exprimée en paquet année.

Le tabagisme

L'histoire du tabagisme des fumeurs montrait que le nombre moyen de tentatives d'arrêt était de 3,1 pour les fumeurs consultant au centre de tabacologie contre 1,75 dans notre étude. L'évaluation de la dépendance nicotinique variait selon le lieu de sevrage : 61% des consultants en centre avaient un niveau de dépendance élevé (score de Fagerström supérieur ou égal à 7), alors que les patients consultant dans le cabinet de médecine générale se répartissaient de manière équivalente dans les trois niveaux de dépendance, faible, moyen ou fort.

Quelques hypothèses peuvent être avancées pour éclairer ces différences :

- Les patients consultant en centre sont des fumeurs en plus grande difficulté.
- Ils peuvent avoir été en échec plusieurs fois avec des traitements prescrits par leur médecin traitant ou leur pharmacien.
- La spécialisation des centres de sevrage tabagique attire sans doute des patients se sentant si "prisonnier" de la cigarette qu'ils recherchent directement une aide spécialisée en pensant que leur médecin traitant ne pourra pas les aider correctement.
- Les médecins généralistes voient les patients plus tôt dans leur trajectoire de fumeur et ainsi ces derniers s'adressent d'abord à leur médecin traitant avant de consulter un centre d'aide au sevrage. Cette hypothèse est renforcée par les 5 années de différence entre les âges moyens des consultants dans les 2 études.

Il faut développer le savoir faire des médecins généralistes pour que les demandes d'aide des patients soient bien reçues. Les généralistes peuvent agir tôt dans la trajectoire des fumeurs et être ainsi très efficaces (8, 9). Les patients consultent en centre lorsqu'ils ont essuyé plusieurs échecs, soit seuls, soit avec leur médecin. Une coordination des soins et une continuité du suivi renforceront les actions de chaque professionnel.

Anxiété et dépression

La comparaison des chiffres de fumeurs présentant une anxiété ou une dépression montre également quelques disparités. Dans notre étude, une notion dépressive était relevée dans 33,3% des cas, le chiffre du centre était de 26,5%, soit peu de différence. Par contre, la population du centre se révélait beaucoup moins anxieuse que celle de notre étude. En effet, l'enquête de Clermont-Ferrand retrouvait des troubles anxieux chez seulement 36,8% des patients, alors que notre travail en notait 58,3%.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : il peut exister un problème dans la définition de l'anxiété. Dans le centre, l'outil de diagnostic des terrains anxieux était le test HAD présent dans le dossier INPES et rempli par la personne elle-même, alors que le médecin généraliste utilisait plusieurs façons de poser le diagnostic d'anxiété : le test Emile Roux, le HAD (qui complète le dossier patient partagé du réseau ADDICA depuis peu) ou les critères cliniques du DRC. La connaissance rapprochée de ses patients lui permet également de percevoir différemment leur mal-être. Enfin, les patients du médecin peuvent consulter plus facilement au cabinet de proximité car ils savent que leurs angoisses seront prises en compte.

Les traitements

Les chiffres de prescription de substituts nicotiques étaient superposables dans les deux études. Environ 92% des patients bénéficiaient d'une prescription de substituts nicotiques dans les deux populations. Par contre, la prescription d'antidépresseur était plus large dans le centre de sevrage tabagique (45%) que dans notre étude (25%). Alors que le diagnostic d'état dépressif et d'anxiété est plus souvent relevé dans la patientèle du généraliste, les traitements antidépresseurs sont moins utilisés. Les explications sont plurielles :

- Le traitement par antidépresseur est moins automatique chez le généraliste
- La différenciation humeur dépressive et dépression par le DRC limite la prescription des antidépresseurs.
- L'entité dépression mesurée par le test HAD en centre de sevrage conduit à une prescription plus automatique d'un antidépresseur alors que le diagnostic pour un même patient peut être plus nuancé par le généraliste.
- Le généraliste traite les dépressions avec des consultations rapprochées et un accompagnement au plus près de ses patients, que ne peuvent pas réaliser les centres de sevrage.
- Le généraliste sous-traite les états anxio-dépressifs.
- Les patients consultant en moyenne 5 ans plus tard dans les centres avec des tentatives d'arrêt plus nombreuses et

des rechutes, peuvent présenter une majoration de troubles anxio-dépressifs.

La satisfaction des patients :

Quel que soit le lieu de l'enquête, l'indice de satisfaction des patients concernant leur prise en charge était globalement positif et proche dans les deux populations étudiées. Environ 78% des patients du dispensaire jugeaient l'aide satisfaisante, impression de bonne prise en charge partagée par 75% des patients de notre étude. La qualité du suivi proposé était estimée de façon identique en cabinet de médecine générale dans le cadre d'un réseau de santé ou en centre de consultation d'aide à l'arrêt du tabac.

Le taux de réussite et de rechute à 1 an :

Enfin, le taux de réussite à un an était identique entre le centre de tabacologie (30%) et notre étude (33,3%). Malgré un nombre faible de patients et en tenant compte des différences de niveau de dépendance, le médecin généraliste est efficace au même titre qu'une consultation en centres spécialisés.

Conclusion

Deux grandes différences de pratique apparaissent en comparant les patientèles des médecins généralistes et celle des centres d'aide au sevrage tabagique :

- Les médecins généralistes rencontrent les fumeurs demandeurs d'une aide à l'arrêt environ 5 ans plus tôt et restent le premier recours, comme en témoigne le nombre plus restreint de tentatives d'arrêt antérieures à leur demande.
- Les médecins généralistes aident tous les types de fumeurs, alors que les centres recrutent plutôt des fumeurs très dépendants.

En tenant compte de ces différences de recrutement, l'analyse des points communs montre que l'impression des patients sur la qualité de prise en charge est identique et que le taux de réussite à un an est le même.

Quel que soit le lieu de consultation, centre d'aide à l'arrêt du tabac ou cabinet de médecine générale, auquel s'adresse le patient, l'arrêt du tabac reste une démarche difficile (10). Il n'y a pas d'accompagnement standardisé et idéal : chaque demande de prise en charge nécessite un bilan et une stratégie spécifique à chaque fumeur (11).

Les centres d'aide à l'arrêt du tabac ont un rôle important dans la lutte contre le tabac car ils offrent des prises en charge complètes axées sur les fortes dépendances ou les échecs itératifs.

Les médecins généralistes ont une place primordiale car ils peuvent agir plus rapidement dans les parcours des fumeurs (12). En prenant en charge des sevrages tabagiques environ 5 années plus tôt que dans les centres d'aide à l'arrêt, leur action prend tout son sens en matière de prévention. Beaucoup de BPCO, cancers, et décès prématurés pourraient être évités si la démarche initiale d'aide à l'arrêt du tabac était systématique, répétée et de bonne qualité (10).

La synergie d'action entre les acteurs doit permettre une meilleure alliance dans la prise en charge autour du patient. Le médecin généraliste a des atouts importants dans la lutte contre le tabagisme : il connaît ses patients, leur statut social et économique, leur état psychique, leur autres dépendances, leurs problèmes familiaux. Ce travail montre qu'il peut obtenir des résultats équivalents aux centres spécialisés.

Une formation adaptée et complète des omnipraticiens est la garantie d'une prise en charge optimale (13). Dans ce cas, un patient pourra avoir les mêmes chances de stopper son tabagisme qu'il s'adresse à un médecin généraliste ou à un centre spécialisé.

Grâce à sa connaissance scientifique, sa proximité des patients et l'aide d'un réseau de santé, le médecin généraliste a tous les outils en sa possession pour réaliser un sevrage tabagique optimal. Cette prise en charge doit être préparée avant la tentative d'arrêt proprement dite et s'étendre dans une phase de suivi qui permettra une sortie possible du tabagisme.

Le travail en réseau de santé avec des outils tels qu'une formation pluri professionnelle, un dossier patient partagé offrant un canevas de consultation et de suivi, et une articulation entre les acteurs apporte une aide utile à la prise en charge. Il permet une coordination efficace autour du patient : le dossier patient partagé peut être initié par les médecins traitants ou par un centre de tabacologie, le suivi sera ainsi mieux assuré et la gestion des rechutes sera plus rapide. Dans ce type de prise en charge coordonnée, le patient devient acteur de sa démarche d'arrêt et se donne ainsi plus de chance de succès.

Références

1. Hirsch A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention minimale. Le Concours Médical 1996;477-81.
2. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonne pratique. Paris : Afssaps, 2003.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris : ANAES, 1998.
4. Depinoy D. Tabac : une enquête du réseau ADDICA. Revue Réseaux Respiratoire 2005;14:14-5.
5. Burkhalter H. Le rôle du médecin de premier recours dans le sevrage de la nicotine: Tabagisme. Med Hyg 2003;61;2452:1866-9.
6. Depinoy D. Enquête régionale sur la prise en charge en médecine de ville des patients dépendants du tabac. Consultable sur www.addica.org.
7. Perriot J. Sevrage tabagique conduite du sevrage, attitude du thérapeute et succès. Consultable sur : <http://formation.tabacologie.globalink.org/2005/Tome%20II/42.-%20Perriot%20%20Attitude%20th%e9rapeute%2004.doc>.
8. Bourdaud C. Le médecin généraliste face à l'évolution sociale et individuelle du comportement tabagique. Thèse Médecine, Rennes 2004.
9. Elmoujarrad A. Les pratiques d'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes de la préfecture de Rabat. Mémoire : maîtrise en administration sanitaire et santé publique. Rabat:2004.
10. Gautry J. Le médecin et le tabac : du tabagisme à la tabacologie. Enquête auprès de 261 médecins. Thèse Médecine, Nancy 2002;58.
11. Borgne A, Aubin HJ, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. Rev Prat 2004;54;17;1883-93.
12. Underner M, Laforgue AV, Chabaud F, Meurice JC. Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du "conseil minimal". Enquête auprès de 369 médecins généraliste de la Vienne. Presse Med 2004;33;14:927-9.
13. Lagrue G. Arrêter de fumer ? Paris : édition Odile Jacob, 1998.



OBJECTIF ?

"L'étudiant sera capable de sourire quand on l'appellera à trois heures du matin pour un certificat d'accident de sport survenu deux jours plus tôt".
Certains objectifs officiels font penser à celui-ci.
Ils évoquent la danse pour faire venir la pluie.

Pensées profondes (?) et éducatives. JL. Rouy. 2003