

# LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE DES PATIENTS DÉFAVORISÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

L. H. NGUYEN TAN<sup>1</sup>,  
V. LORANT<sup>2</sup>, J. PRIGNOT<sup>3</sup>,  
J. LAPERCHE<sup>1</sup>

Mots-clefs : tabagisme, sevrage tabagique, médecine générale, classe sociale

## RÉSUMÉ

Correspondance :  
Lac Hong Nguyen Tan  
Centre Académique de Médecine Générale  
Faculté de Médecine  
Université Catholique de Louvain  
Av. E. Mounier, n°53 bte53/60  
B-1200 Bruxelles  
Belgique  
Tel: 32-2-7645353  
Fax: 32-2-7645327  
e-mail: LacHong.Nguyen@cumg.ucl.ac.be

Les patients socialement défavorisés le sont aussi face au tabagisme et à son sevrage. Ils commencent à fumer très jeunes, sont plus nombreux à fumer, consomment un plus grand nombre de cigarettes par jour, leur dépendance au tabac est plus sévère et leur taux de sevrage moindre. Le but de cette recherche est d'essayer de comprendre les raisons pour lesquelles, selon le médecin généraliste qui est le premier interlocuteur de la santé auprès de cette population, ce taux de sevrage reste plus bas que celui des patients favorisés.

**Méthode:** Recherche qualitative par entretien semi-dirigé auprès de neuf médecins généralistes et de treize patients (six favorisés et sept défavorisés).

**Résultats:** Avant d'entamer une discussion sur le tabac ou son sevrage avec le patient, le médecin généraliste évalue les chances de réussite du sevrage, la motivation du patient à arrêter de fumer, le contexte clinique et social du fumeur et enfin les risques de compromettre la relation médecin-patient. La majorité des médecins généralistes ont tendance à se faire une image négative du patient défavorisé. Certains disent même que ce dernier ne peut réussir le sevrage tabagique. La communication entre le médecin et son patient défavorisé est plus difficile en raison de leurs différences de culture, par exemple au niveau pécuniaire et à celui de la projection à long terme. Pour réussir à prendre en charge les patients défavorisés, certains médecins disent qu'il est nécessaire de travailler en équipe et d'adapter son discours à celui du patient tout en prenant le temps de discuter avec lui.

**Conclusion:** La réduction de l'inégalité sociale dans le domaine du sevrage tabagique reste un problème auquel doivent faire face les médecins généralistes. Une vulgarisation du langage, un comportement plus marqué d'écoute et d'empathie, un encouragement positif sans blâme et des congratulations plus fréquentes par le médecin généraliste pourraient contribuer à accroître le taux de succès du sevrage. Le médecin qui ne souhaite pas prendre en charge les cas difficiles peut les adresser à des tabacologues ou à des centres d'aide au fumeur.

<sup>1</sup> Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain

<sup>2</sup> Ecole de Santé Publique, Université Catholique de Louvain

<sup>3</sup> Professeur émérite, Université Catholique de Louvain

## INTRODUCTION

La nocivité du tabagisme n'est plus à démontrer. Il est responsable de nombreux décès (près de cinq millions de personnes par an à travers le monde) et est la cause de mortalité évitable la plus importante en Belgique (1).

De nombreux articles viennent régulièrement conforter la nécessité de la prise en charge du sevrage tabagique.

Selon la littérature, 0,5 à 3 % seulement de fumeurs réussissent chaque année leur sevrage par leurs propres moyens (2). Ce taux s'améliore par l'intervention minimale des professionnels de santé et atteint selon certaines études 30%, lorsque le fumeur se fait aider soit par la prise de nicotine de substitution (patch, gum, inhalateur,...), soit par la prise de bupropion (Zyban®, inhibiteur de la recapture de la noradréline et de la dopamine), et/ou par une thérapie comportementale. L'association des différents traitements est possible et améliore le taux de réussite (3;4).

Pour que les conseils de sevrage puissent aboutir, on considère généralement que le fumeur doit se trouver au stade d'« intention » du cycle de changement de Prochaska et Di Clemente, c'est-à-dire dans une phase où il envisage d'arrêter, mais plus tard (5). Certains événements, tels que l'apparition d'une toux matinale, la mort d'un proche suite à son tabagisme, etc... peuvent accélérer le processus engendrant la motivation du fumeur à arrêter (6). La décision du fumeur de passer au sevrage, c'est-à-dire du stade d'« intention » à celui d'être « prêt à l'arrêt », peut prendre soit quelques jours, soit quelques années.

On n'a pu déterminer aucune caractéristique motivationnelle des fumeurs ayant réussi leur sevrage; ce dernier résultant d'une concordance d'événements ou de motivations qui permettent d'y aboutir. Une étude isolée montre que la réussite du sevrage n'est pas toujours la conséquence d'une planification préalable, mais plus souvent consécutive à une prise de décision rapide (7). Les motivations et le mode décisionnel d'entamer un sevrage varient de fumeur à fumeur.

Pour de multiples raisons, les médecins généralistes ont leur place dans la problématique difficile mais nécessaire du sevrage tabagique. La prise en charge du sevrage tabagique par un médecin généraliste donne des résultats équivalents voire supérieurs à ceux du médecin spécialiste (8). Le modèle d'hiérarchisation de la santé appliqué en Angleterre oblige le patient à consul-

ter tout d'abord le médecin de première ligne, c'est-à-dire le médecin généraliste. Le médecin généraliste reste l'interlocuteur de santé privilégié des patients de par sa fonction de clinicien dont les soins sont centrés non sur la maladie mais sur le patient pris dans sa globalité (son histoire clinique, son histoire familiale et son environnement). Il centralise toutes les informations provenant des différents spécialistes que le patient aurait consultés. Par suite du vieillissement de la population, les médecins généralistes ont à prendre en charge des patients atteints d'une, voire de plusieurs affections chroniques (le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les BPCO,...) dont le tabac est très souvent un des facteurs de risque. En prenant en charge le sevrage tabagique, le médecin généraliste vise à diminuer les facteurs de risque des pathologies multiples dont souffre le patient évitant ainsi une approche individuelle par les nombreuses sous-spécialités.

Les patients dont le statut social est défavorisé, le sont aussi face au tabac. Ils commencent à fumer plus tôt, leur taux de tabagisme est plus élevé, ils fument un plus grand nombre de cigarettes par jour et leur degré de dépendance au tabac est plus élevé que celui des fumeurs possédant un diplôme d'études supérieures (9). Il existe aussi une inégalité dans la prise en charge du sevrage tabagique en fonction de la spécialité du médecin; les médecins généralistes ont tendance à mieux prendre en charge les fumeurs quelle que soit leur race ou leur ethnie, les médecins spécialistes conseillent moins les patients allochtones (10).

Cette inégalité sociale peut s'expliquer par le fait que les fumeurs de classe sociale élevée utilisent davantage les ressources mises à leur disposition pour entamer le sevrage et que leur environnement familial est bien plus favorable par rapport aux fumeurs de classe sociale plus défavorisée. La moindre utilisation des ressources par les fumeurs de classe défavorisée pourrait résulter de deux éléments, en l'occurrence le coût et le manque de connaissance ou d'information dû à un moindre recours aux soins de santé (11). La deuxième explication ne peut s'appliquer dans le système de santé belge où les patients défavorisés consultent davantage leur médecin généraliste que ne le font les patients favorisés (6.6 fois en moyenne par an contre 4.1 fois chez les porteurs d'un diplôme d'enseignement supérieur) (9). Pourtant, l'inégalité sociale existe aussi en Belgique. Nous avons donc voulu savoir si d'autres raisons provenant du médecin généraliste ne pouvaient pas expliquer sa persistance.

## MÉTHODE

Le sevrage tabagique est un problème délicat et complexe tant pour le médecin généraliste que pour le patient fumeur. L'utilisation d'une méthode qualitative permet une meilleure approche du sens, du vécu, voire des émotions et des comportements difficilement explicables de manière rationnelle dans ce domaine. Cette méthode inductive permet de faire émerger par les acteurs eux-mêmes et dans le respect de chacun, des pistes de réflexion et des hypothèses de travail aidant à solutionner les difficultés du sevrage tabagique.

Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés basés sur un guide d'entretien préalablement testé dans des interviews-pilote. L'entretien a été différent pour le médecin et pour le patient. L'interview du médecin s'est focalisée sur la comparaison de prise en charge du sevrage tabagique chez deux de ses patients, l'un favorisé et l'autre défavorisé, celle du patient sur son histoire tabagique et la place du soignant dans son sevrage. L'entretien semi-dirigé est idéal pour permettre aux interlocuteurs de parler librement, sans crainte d'être jugés et d'aborder et d'approfondir avec eux des sujets plus personnels évitant ainsi l'action dirigeante d'une personnalité forte observée parfois dans des «focus groups».

Le recrutement des *médecins* s'est fait en trois étapes : deux envois par courrier postal et un appel téléphonique. Ces généralistes provenaient majoritairement de la région de Charleroi où les soignants travaillent régulièrement avec des patients défavorisés. Il s'agit d'un échantillon de convenance. Les *patients* ont été recrutés par leur médecin généraliste qui lors d'une consultation leur a proposé une participation à l'étude. Les interviews ont eu lieu au cabinet du médecin généraliste et au domicile de deux de leurs patients, évitant à ceux-ci un déplacement peut-être difficile, et permettant une approche plus aisée et plus confiante dans leur propre environnement.

Au départ, on a adressé aux médecins généralistes 95 demandes d'accord de participation à cette étude, visant à préciser leur position dans quatre domaines (12): la perception de leur efficacité dans le sevrage tabagique, le temps consacré à celui-ci, le ciblage de leur action de sevrage tabagique en fonction du type de patient et leur degré d'enthousiasme à discuter du tabagisme avec leur patient. Après lettre de rappel et coup de téléphone, sur onze réponses positives, neuf médecins généralistes répondant aux critères de

l'étude ont été interviewés. La raison la plus souvent invoquée par les médecins qui ont refusé de participer a été le manque de temps, la seconde étant leur déception face à la problématique du tabac et de son sevrage.

Chacun des médecins qui ont accepté de participer a dû recruter 10 patients, âgés entre 35 et 54 ans (tranche d'âge où le taux de tabagisme est le plus élevé et le taux de sevrage le plus bas), fumeurs motivés à l'arrêt ou ex-fumeurs depuis au maximum six mois. Le médecin généraliste a noté leur accord de participation, ainsi que leur niveau d'étude et leur profession. Le chercheur a choisi deux patients à caractéristiques socio-économiques opposées (sur base du niveau d'études et de la profession) afin de pouvoir dans un deuxième temps, comparer leurs réactions avec celles de leurs médecins généralistes. Sur les 18 patients attendus, il y a eu 13 interviews (6 patients favorisés et 7 défavorisés). Trois patients n'ont pu être contactés et deux médecins n'ont pu introduire qu'un seul patient vu la difficulté de recrutement de patients motivés à l'arrêt. Lors de l'interview du patient, le chercheur a demandé d'autres informations: l'âge du patient, ses antécédents médicaux, ses problèmes de santé actuels et son niveau de dépendance selon le test de Fagerström.

Chacune des interviews a été enregistrée, retranscrite et analysée par catégorisation avec élaboration en parallèle d'un arbre de nœuds, identique pour le médecin et le patient. Chacune des unités de texte a été reliée à l'arbre de nœuds. La lecture de plusieurs interviews a été réalisée par plusieurs personnes, le chercheur (médecin généraliste), un sociologue et un second chercheur (médecin généraliste également) indépendant de l'étude. Les idées qui émergeaient des interviews ont été régulièrement confrontées aux avis de deux experts du sevrage tabagique (un médecin généraliste et un pneumologue). Certaines interviews ont été réalisées avec la participation du conjoint du patient, ce qui permettait de corroborer ses dires.

L'accord de la Commission d'Éthique Bio-Médicale de l'Université Catholique de Louvain a été demandé et obtenu.

## RÉSULTATS

Les recommandations de bonne pratique élaborées sur la base des directives de pratique clinique de Fiore *et al.* par la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) comportent

l'application à chaque consultation des 5As à savoir « to ask » (identifier le statut tabagique du patient), « to advice » (donner un conseil d'arrêt), « to assess » (évaluer la motivation), « to assist » (définir un plan d'arrêt) et « to arrange follow up » (réaliser un suivi rapproché à une semaine, à un mois et à un an) (13;14). On verra par les réactions des médecins de notre enquête à quel point l'application systématique de ces directives est difficilement imaginable dans les milieux défavorisés.

Différents obstacles à une diminution de l'inégalité sociale dans la prise en charge du sevrage tabagique ont été décrits par nos médecins généralistes : l'approche du tabagisme et de son sevrage, la stigmatisation du patient défavorisé, le classement en « mauvais » patients pour un sevrage tabagique établi par le médecin généraliste et les différences de culture entre médecins et patients défavorisés. Les pistes proposées par les médecins de l'enquête pour une meilleure prise en charge du patient défavorisé seront finalement exposées.

## APPROCHE DU PROBLÈME TABAGIQUE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

*Les médecins généralistes n'abordent pas le problème du tabagisme à chaque consultation. La décision d'en parler dépend de leur évaluation des chances de réussite du sevrage notamment en fonction du niveau de motivation du fumeur. Les médecins mettent en relation le manque de motivation du fumeur et leur manque de motivation à en parler.*

« Je n'aborde pas la problématique du tabac à chaque consultation. Cela dépend des patients, ceux pour lesquels j'ai l'impression que c'est peine perdue, je ne l'aborde pas et ceux pour qui j'ai l'impression qu'il y a moyen d'aboutir à quelque chose, alors j'essaie! ». Médecin 1

« Chez quelques patients fumeurs, je ne propose plus l'arrêt car il n'y a pas de solution. [...] Ils sont fumeurs et ils ne sont pas du tout dans une démarche de remise en question. [...] On s'en lasse plus vite. [...] mais si je ne sens pas un minimum de motivation ou une petite étincelle qui permet d'accrocher, d'insister et de proposer d'en parler et éventuellement de proposer une aide au sevrage, si je ne sens pas un minimum de motivation, je n'en parle pas ». Médecin 2

« Ce qui m'arrête c'est la perception que c'est une envie passagère plutôt qu'une motivation profonde de sa part. donc un certain désabuse-

ment de la mienne. C'est possible que j'anticipe son échec. C'est possible aussi que ça joue sur mon envie d'en parler ». Médecin 3

*L'abord du tabac par le médecin généraliste repose sur une évaluation des priorités de santé clinique ou sociale du patient. Le sevrage n'est pas toujours prioritaire :*

« J'essaye d'aborder le sujet tabac le plus souvent possible. Je sais bien que c'est très subjectif mais mon choix dépend d'un patient à l'autre. Chez certains, j'aborderai le problème rapidement, chez d'autres j'attendrai peut-être un peu, je mettrai la problématique du tabac de côté plusieurs mois voire plusieurs années parce qu'il y a d'autres problèmes ». Médecin 2

« Les gens du quart-monde que je veux ménager [...] Je trouve qu'ils ont déjà assez de trucs sur le dos pour que je rajoute encore cette pression-là ; de plus ils ont des problèmes plus urgents. L'arrêt du tabac, ils n'y pensent qu'à long terme. Médecin 4

« Je n'en parle pas sauf s'il y a vraiment une amorce mais je veille à être moins agressive. [...] Ces gens sont déjà stigmatisés, poursuivis pour qu'ils fassent autrement, je ne vais pas encore moi commencer à dire qu'ils doivent faire autrement. Maintenant, si cela se présente, s'ils ont un gosse qui aurait une bronchite dans une famille comme ça, des bronchites à répétition, je crois que je ne vais pas en parler ». Médecin 4

*La relation qui relie le médecin à son patient permet au médecin de décider s'il aborde ou non la problématique du tabac :*

« [...] le médecin se retrouve dans l'intimité des gens, c'est très dangereux et très maléfique en même temps, donc c'est une arme à double tranchant qu'il faut savoir utiliser à bon escient. Il y a des jours où je n'ose jamais rien dire. Notamment lorsqu'il est trop malade, lorsqu'il tousse comme un veau, ce n'est pas la peine de lui dire d'arrêter de fumer car il le sait bien. Et ils savent que je sais que c'est fait ». Médecin 5

« A moins que la relation ne soit très bonne. Ces gens sont parfois très familiers. Ils m'appellent par mon prénom, ils me tutoient, etc. Et parfois à ce moment-là je rouspète en disant que leur tabac m'ennuie. Je suis chez eux et ils y allument une cigarette parfois pendant que je consulte. Alors, je dis : « ah non, vous pourriez au moins attendre que je m'en aille pour faire ça. Tu sais bien que moi je suis médecin et que ce n'est pas bien. C'est

possible parce que je suis dans une relation beaucoup plus proche ». Médecin 4

## STIGMATISATION DU PATIENT DÉFAVORISÉ

*Le médecin généraliste a une image négative des patients défavorisés :*

« C'est difficile de savoir si je suis bien entendue! Parce que c'est une dame qui vient d'un milieu défavorisé. [...] C'est des gens qui ont un projet très négatif de vie, qui sont un peu dans un processus de destruction ! [...] Ce n'est pas facile de leur trouver des motivations. Je pense qu'ils ont déjà difficile à trouver une motivation pour vivre, alors trouver une motivation pour arrêter de fumer... [...] je ressens leur projet comme négatif [...] ». Médecin 1

« Ce sont des gens qui investissent très peu dans leur personne et dans leur vie à long terme. Ils sont dans une quotidienneté très importante et donc arrêter de fumer pour vivre plus longtemps, pour vivre mieux ce n'est pas quelque chose à quoi ils sont habitués. Ils supporteraient des conditions physiques et un état physique que vous n'accepteriez pas, que ce soit l'hygiène, les inondations ou le confort élémentaire, les maisons pleines de courants d'air ». Médecin 4

## LE « MAUVAIS » PATIENT POUR LE SEVRAGE TABAGIQUE

*Le médecin généraliste estime que pour réussir un sevrage tabagique, le fumeur doit être capable de réaliser une introspection, inaccessible à un fumeur de niveau intellectuel moindre. A défaut de celle-ci, il consacrerait moins de temps à ce problème :*

« Oui, c'est différent parce que l'un est un intellectuel et l'autre un manuel (X). Et qu'avec l'intellectuel ça me paraît possible parce que je pense qu'on peut aborder le sens que représente le tabac dans sa vie tandis qu'avec X. c'est beaucoup plus délicat. Il a beaucoup moins de capacités psychologiques à se poser même des questions ou à répondre à des questions concernant le sens qu'a la cigarette. [...] Mais donc du point de vue psychologique, il faut qu'il soit accessible ». Médecin 3

« Je pense malheureusement que la démarche n'est pas exactement la même. Je pense qu'il est plus difficile d'arrêter de fumer en milieu défavorisé qu'en milieu favorisé. Le fumeur doit comprendre le pourquoi, être motivé, donc il lui faut une certaine capacité intellectuelle et c'est souvent

lié au milieu plus favorisé pour des raisons intellectuelles, pour des raisons de compréhension des motivations ». Médecin 6

« Parce que ça dépend du discours du patient. [...] Je pense qu'on n'a déjà pas beaucoup de temps pour aborder le sujet, alors si le patient renvoie à nos perches un discours pauvre en questionnement par rapport au tabac, on arrête là parce qu'on n'a plus le temps! Il faut terminer la consultation! [...] Il s'agit de patients défavorisés ». Médecin 1

## DIFFÉRENCES DE CULTURE ENTRE MÉDECIN ET PATIENT

*D'après le médecin généraliste, les patients défavorisés ont une culture de vie différente, notamment une absence totale de projection dans le futur ou un autre rapport à l'argent :*

« En milieu défavorisé, c'est toujours le problème du plaisir immédiat et du plaisir différé. Si je leur parle du bonheur, du plaisir de la maîtrise de soi, de l'éloignement des dangers que vous allez obtenir si vous arrêtez de fumer, les patients vont me dire que c'est dans 20 ans. Le fait d'être encore en bonne santé dans 20 ans, c'est loin. Et donc en milieu défavorisé le coût des moyens pour arrêter de fumer pose un problème alors que le prix du tabac n'en pose pas tellement ». Médecin 6

« Par rapport aux patients très défavorisés, on rentre de nouveau dans une telle incompréhension. La priorité qu'ils mettent au niveau financier est incompréhensible pour nous. Ils ne la mettent pas au même niveau que nous. Ils disposent de leur argent très différemment de nous. C'est tout à fait incommensurable ». Médecin 4

## PISTES PROPOSÉES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

*Peu de médecins ont parlé de ce qu'ils faisaient pour essayer de répondre positivement au problème de tabagisme auprès des patients défavorisés. Le travail en équipe, l'adaptation du langage ainsi que la prise de temps pour entamer un dialogue avec le patient permettent de contourner certaines difficultés rencontrées auprès des patients défavorisés :*

« Je pense que de manière générale, c'est dur pour un généraliste qui travaille seul, surtout dans des populations plus défavorisées parce que la grosse partie des problèmes de santé que l'on voit, sont liés, ..., à des problématiques qui sont plus d'ordre social au sens très large, sur

lesquelles, nous soignants, avons peu de prise finalement ». Médecin 7

« La médecine générale devrait être une médecine lente.[...] Beaucoup de gens nous amènent des problématiques quand même assez complexes, avec des tas de choses qui sont intriquées et qui nécessitent un certain temps de discussion, de dialogue, pour bien comprendre de quoi il retourne, pour leur faire comprendre à eux aussi les liens entre différents problèmes qu'ils rencontrent et entre lesquels ils ne font pas nécessairement les liens ». Médecin 7

« ..... Je pense qu'il faut quand même une aptitude pour pouvoir discuter avec chaque patient et c'est vrai que la manière d'aborder le problème sera peut-être différente avec un patient plus défavorisé. [...] Les représentations des fumeurs, la place du tabac dans leur vie, etc., sont souvent différentes en fonction du contexte social. [...] Je crois qu'il faut s'adapter au patient qui est en face de soi. [...] Il faut aborder tous les aspects mais, je pense qu'il faut savoir s'adapter ». Médecin 2

## DISCUSSION

Cette étude comporte des limitations: 1) l'échantillonnage de convenance est un point faible car un petit nombre seulement de médecins généralistes intéressés par la question ont participé à cette étude portant d'ailleurs sur une région bien délimitée. Une enquête impliquant les médecins non désireux de participer permettrait peut-être la mise en évidence d'autres obstacles d'inégalité sociale à la réussite du sevrage. Néanmoins, même les médecins motivés par la problématique et dont la pratique se situe dans un milieu fort défavorisé éprouvent des difficultés qu'il faut essayer de résoudre. Une généralisation de nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes pratiquant dans notre pays n'est toutefois pas justifiée. 2) Certains *a priori* auraient pu découler du fait que le chercheur est lui-même médecin généraliste. Le travail en équipe avec d'autres membres n'exerçant pas la profession médicale a permis de minimiser ce biais.

Cette recherche montre qu'une inégalité sociale dans la prise en charge du sevrage tabagique chez les patients défavorisés est perçue par la plupart des médecins généralistes interrogés. L'abord du tabagisme et de son sevrage par le médecin généraliste dépend de plusieurs éléments: la chance de réussite du sevrage (si elle est faible, le médecin généraliste n'aborde pas le sujet); le niveau de

motivation du fumeur qui conditionne celui du médecin; le contexte clinique et social du fumeur; les priorités de prise en charge lorsque le fumeur est atteint de plusieurs affections ; et enfin le souci de conserver une bonne relation médecin-patient.

La plupart des médecins généralistes de cette recherche donnent une image négative de leurs patients défavorisés. Elle pourrait s'expliquer par l'échec fréquent de la difficile prise en charge de ces populations; l'accumulation des échecs pourrait, de manière inconsciente, interférer sur la représentation que les médecins se font de ces populations.

Certains médecins catégorisent leur patient défavorisé comme étant un « mauvais » patient pour le sevrage tabagique. Cela pourrait s'expliquer par un réel problème de compréhension entre le médecin et son patient; ils ne partagent pas les mêmes approches dans certains secteurs, comme leur rapport à l'argent ou leurs valeurs de vie. Cette incompréhension pourrait entraîner un sentiment de désarroi chez le médecin. Ne sachant comment résoudre la difficulté, il trouverait une échappatoire en incriminant le patient. L'absence de projection du patient défavorisé dans le futur pourrait expliquer l'absence de motivation lorsque le médecin lui parle de réduction des risques dont les bénéfices ne lui apparaissent qu'à long terme.

## RECOMMANDATIONS

Peu de médecins proposent des solutions pour essayer de réduire les inégalités de la prise en charge. La pratique en groupe (comportant des infirmières et/ou des psychologues) pourrait diminuer le fardeau de la prise en charge des patients défavorisés. Le généraliste qui ne souhaite pas conduire lui-même des cas difficiles pourrait aussi les référer aux tabacologues ou aux centres d'aide aux fumeurs (15).

Toutes les dimensions du tabagisme et de son sevrage chez les patients défavorisés peuvent être abordées mais il est parfois nécessaire de vulgariser le langage et de prendre le temps nécessaire pour en parler. L'adoption d'un comportement d'écoute et d'empathie améliorerait la prise en charge. Plutôt que d'encourager et de congratuler davantage les fumeurs dont la résistance au changement est la plus faible comme le font beaucoup de généralistes (16), ceux-ci devraient adopter la même attitude à l'égard de l'ensemble de leurs

patients fumeurs et améliorer ainsi leur relation, en évitant toute confrontation.



## RÉFÉRENCES

1. CRIOC (Centre de Recherche et d'Informations des Organisations de Consommateurs). Farde de documentation tabac. 2006.
2. Cnockaert P: La Cessation Tabagique: Expérience En Médecine Générale. [Smoking Cessation: Experience in General Medicine]. *Rev Med Brux.* 2003;24: A350-A353.
3. Coleman T: ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ.* 2004; 328:397-398.
4. Molyneux A: Nicotine Replacement Therapy. *BMJ.* 2004;328:454-456.
5. Galanti L, Gailly J, Dumont J, Laperche J, Roucloux A. *Mon patient fume. Attitudes du généraliste.* 71pp. 2003.
6. Cable TA, Meland E, Soberg T, Slagsvold S: Lessons From the Oslo Study Diet and Anti-Smoking Trial: a Qualitative Study of Long-Term Behaviour Change. *Scand J Public Health.* 1999; 27:206-212.
7. West R, Sohal T: "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ.* 2006; 332, 458-460.
8. Torrecilla-Garcia M., Barrueco M., Maderuelo JA, Jimenez-Ruiz C, Plaza-Martin MD, Hernandez-Mezquita MA: Smoking Cessation in Primary and Specialized Care: a Real Opportunity and a Public Health Necessity. *Aten. Primaria.* 2002; 30:197-205.
9. Enquête de santé par interview en 2004. Consommation de tabac. 2006. Institut de Santé Publique, Bruxelles.
10. Lopez-Quintero C, Crum RM, Neumark YD: Racial/Ethnic Disparities in Report of Physician-Provided Smoking Cessation Advice: Analysis of the 2000 National Health Interview Survey. *Am J Public Health.* 2006.
11. Honjo K, Tsutsumi A, Kawachi I, Kawakami N: What Accounts for the Relationship Between Social Class and Smoking Cessation ? Results of a Path Analysis. *Soc Sci Med.* 2006; 62:317-328.
12. Coleman T, Wilson A: Anti-Smoking Advice in General Practice Consultations: General Practitioners' Attitudes, Reported Practice and Perceived Problems. *Br J Gen Pract.* 1996; 46:87-91.
13. Fiore MC: US Public Health Service Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. *Respir Care.* 2000; 45:1200-1262.
14. Gailly J. Recommandations de bonne pratique. Arrêter de fumer. SSMG. 2005, 55 pp.
15. FARES. Les centres d'aides aux fumeurs 2006 <http://www.fares.be/tabac/arreter/arreterb.php#CAF>
16. Francis N, Rollnick S, McCambridge J, Butler C C, Lane C, Hood K : When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction.* 2005; 100: 1175-1182.