

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

Facultés de Médecine

Année 2013

2013 - TOU3 - 1064

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Julien LATIER

Interne des Hôpitaux

Le 24 Septembre 2013

**LES URGENCES SONT-ELLES UN LIEU PROPICE
POUR INITIER UNE PRÉVENTION TABAGIQUE ?**

Directeur de thèse : Docteur Nicolas FRANCHITTO

JURY

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE..... Président du jury

Monsieur le Professeur Alain DIDIER..... Assesseur

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN..... Assesseur

Monsieur le Docteur Nicolas FRANCHITTO..... Assesseur

Madame le Docteur Rose-Marie ROUQUET..... Assesseur

TABLEAU DU PERSONNEL HU

Des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier

au 1^{er} Septembre 2012

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER G.
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER F.
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PASCAL JP
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur JL. ADER
Professeur MURAT	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MANELFE	Professeur H. DABERNAT
Professeur LOUVET	Professeur F. JOFFRE
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur J. CORBERAND
Professeur CARATERO	Professeur JM. FAUVEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAL B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E.)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct..
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologique Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
 Dr STILLMUNKES A
 Dr. BRILLAC Th
 Dr. ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
 Dr BISMUTH M
 Dr BOYER P.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique Lauque

Vous me faites l'honneur de présider la soutenance de ma thèse, et je vous en remercie. Vous pratiquez une spécialité à laquelle j'entends me consacrer. Vous m'avez accordé le privilège d'intégrer votre DESC d'urgence. Soyez assuré de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Alain Didier

Vous voir évaluer mon travail est un honneur pour moi. Votre équipe m'a intégré efficacement lors de mes 6 mois aux soins intensifs de pneumologie. Votre disponibilité a été pour moi une aide précieuse et je vous en témoigne toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain

Tu as su te rendre disponible à chaque étape de mon internat, et je t'en remercie profondément. Par tes encouragements constants et l'appui que l'on trouve auprès de toi, tu as été un tuteur exceptionnel.

A Monsieur le Docteur Nicolas Franchitto

Tu m'as fait l'honneur d'être le directeur de ma thèse, et toujours par le chemin le plus constructif, tu m'as accompagné jusqu'au bout. Merci pour ton écoute et tes conseils vigilants qui ont été, pour moi, un encadrement précieux.

A Madame le Docteur Rose-Marie Rouquet

Vous dirigez une spécialité fondamentale pour ma thèse et c'est un honneur de vous la soumettre. Merci pour l'aide déterminante que vous avez apportée à l'élaboration de mon sujet et pour le temps que vous venez d'accorder à l'analyse de mon travail.

A madame le Docteur Fanny Pelissier

Tu as accepté de m'apporter ta contribution pour l'analyse des données statistiques, et tu as su aussi rester disponible pendant toute la rédaction de ma thèse : je t'en remercie très sincèrement.

A ma femme

Tu m'as dit « oui » à la mairie et à l'église le 7 septembre 2013, et on se retrouve 15 jours après, à ma soutenance de thèse. Merci pour ta patience et ton soutien. Cette consécration est la nôtre, et si j'en suis là aujourd'hui, c'est indéniablement grâce à toi.

Je t'aime.

A mon père

Papa, tu as su me transmettre cette passion de la blouse blanche. J'ai toujours eu de toi les encouragements et le soutien dont j'avais besoin. Depuis tout petit, tu m'as montré le chemin de la réussite, et j'espère pouvoir l'emprunter aussi longtemps que toi.

Je suis fier de mon père, sache le.

Je te dédis ce travail, en espérant qu'il puisse te convaincre d'arrêter définitivement le tabac.

A ma mère

C'est peut être les seuls paragraphes que tu n'auras pas eu à relire... Pour tous les autres, merci ! Tu n'auras pas réussi à me transmettre ta passion de la langue française mais c'est avec tendresse que tu t'es rendue disponible pour moi lors de la rédaction de ce travail.

Ton amour, ta joie de vivre et ton sourire sont gravés en moi.

En espérant un jour pouvoir être un parent aussi remarquable que toi.

A mon frère

Bientôt papa, bientôt marié, la vie passe fringant. On se retrouve tellement vite dans la spirale de la vie. Cette vie qui nous va si bien. Notre enfance me paraît être hier. Merci pour toutes ces compétences que dont tu sais si bien me faire profiter.

Je te dédis ce travail.

A mes beaux-parents

Votre gentillesse et votre accueil si spontané dans votre famille m'ont profondément touché. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre participation dans l'élaboration de ce travail.

Vive la pêche et les parties de pétanques, vive les cannelés de belle-maman, et vive Trizac.

CITATION

« L'art de la médecine consiste à distraire le malade, pendant que la nature le guérit »

Voltaire

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	6
Questionnaire (« annexe 1 »).....	6
Recueil des données	7
Analyse des données	7
RÉSULTATS	8
La consommation tabagique	8
Evaluation de la connaissance des chiffres du tabac	9
Prévalence de fumeurs en France	9
Mortalité attribuable au tabac en France.....	9
Estimation de la consommation tabagique	10
La nature du comportement addictif aux sein des urgences	11
La prévention tabagique aux urgences	11
Formation du personnel soignant	12
Temps consacré à la prévention tabagique	13
Conseil minimal	14
Protocole d'évaluation	15
Fascicule d'information	15
DISCUSSION	16
Peut on considérer que le personnel fumeur est moins investi ?.....	16
1 ^{ère} perspective : La formation du personnel	18
2 ^{ème} perspective : Intérêt d'une équipe de liaison d'addictologie.....	19
Quand évaluer le patient ?	20
LIMITES	21
CONCLUSION	22
RÉFÉRENCES	23
ANNEXE 1 : Questionnaire	26
ANNEXE 2 : The Five A's model for treating tobacco use and dependance	29
ANNEXE 3 : Test Q MAT	30
ANNEXE 4 : Test de Fagerström	31

ABREVIATIONS

AS : Aide Soignant(e)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Etude Supérieur

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FFA : Fédération Française d'Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

ITC : International Tobacco Control

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

NS : Non Significatif

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Paquet-Année

QCM : Question à choix multiple

SAU : Service d'accueil des urgences

INTRODUCTION

Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) enregistrent environ 5,1 millions de décès liés au tabac, soit 9 % de la mortalité totale annuelle (1). Par comparaison, en France, le tabac serait responsable de 73 000 décès annuels, soit 14 % de la mortalité totale annuelle. Ces chiffres représentent 85 % des décès par néoplasie pulmonaire, 70 % par maladie respiratoire chronique, et 10 % par maladie cardiovasculaire.

Le tabac serait la cause de 22% des décès masculins et 5% des décès féminins en France (2).

Sur le plan national, la consommation tabagique connaît une augmentation de plus de 2 points en 5 ans passant de 27,1 % en 2005 à 29,1 % en 2010. L'évolution de la proportion de fumeurs actuels, comprenant fumeurs quotidiens et occasionnels, est du même ordre (de 31,5% à 33,7%), avec 37,4% de fumeurs chez les hommes et 30,2% chez les femmes (3). Les ventes de cigarettes manufacturées ont diminué de 8,3% depuis mai 2012. En revanche, les ventes du tabac à rouler ont augmenté de 3,7%. On observe sur cette période, une augmentation des ventes de produits de substitution (2,4%) sur la dernière année (4).

Dès 2003, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations de bonnes pratiques (5). L'importance de la poursuite de la consommation de tabac a imposé qu'elles soient réactualisées en 2012. Le principal message de ces recommandations est une sensibilisation insuffisante du repérage de la consommation tabagique par les professionnels de santé, évalué à 60 % en médecine générale et hospitalière. Il ne serait pas systématique à l'hôpital même en cas d'antécédent de maladie pulmonaire, ou cardiovasculaire (5).

Moins d'un tiers des fumeurs ayant consulté leur médecin au cours des 6 derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter de fumer, et moins de 10 % déclarent avoir reçu une prescription d'aide médicamenteuse au sevrage tabagique ou avoir été orientés vers des réseaux spécialisés (6).

Le manque de temps est la cause principale mise en avant par les médecins (91,4 %) (6). Donner le conseil minimal, qui a montré qu'entre 2 à 5% des patients questionnés s'inscrivaient dans une démarche de soins, permet une évaluation initiale efficace et rapide (7). Le bénéfice obtenu en terme de santé publique en est considérable : une intervention de moins de 3 minutes améliore significativement le pourcentage de patients sevrés (8, 9).

La deuxième limite de la dispensation du conseil minimal est le manque de compétence du personnel soignant sur le sujet, alors qu'il est décrit que cette formation à la prévention tabagique améliore significativement le pourcentage de patients sevrés (10, 11). Ces formations permettent de familiariser l'utilisation des interventions brèves.

Les recommandations américaines et anglaises sur la prise en charge des patients fumeurs en milieu hospitalier mentionnent que tout patient fumeur doit être évalué sur cette addiction, et ce quel que soit le service de consultation, pour initier une démarche vers un sevrage et recevoir une intervention efficace (12–14).

Les services des urgences ont-ils un rôle à jouer ?

Plusieurs travaux dans la littérature (15–18) montrent que les services d'accueil des urgences (SAU) sont un lieu propices pour proposer une démarche de réduction de la consommation tabagique, alors qu'en France, ce n'est pas une pratique courante, :

- ✓ Le pourcentage de patients fumeurs dans les services d'accueil des urgences (SAU) est plus élevé que dans la population générale, évalué entre 21 et 48 % (15, 19, 20). Pour mémoire, la population de fumeurs en France représente 29,1% (3).
- ✓ Les patients se retrouvent face à un professionnel de santé, dans une situation de fragilité pouvant améliorer la perception du message de prévention (21, 22).
- ✓ On sait aujourd'hui qu'une intervention dès le SAU permet une élévation significative du pourcentage de patients sevrés (15, 16, 17, 23, 24).

Il existe des difficultés pour mettre en œuvre ce type de prise en charge aux urgences :

- ✓ Le manque de temps et d'intérêt des équipes soignantes, le sentiment de conseil inefficace, et la conviction d'un lieu inapproprié pour cette prévention (17, 25, 26).
- ✓ L'absence d'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) implantée dans les services des urgences, comme c'est le cas au CHU de Toulouse : cette carence est reconnue comme un facteur limitant de la prise en charge. En effet, les ELSA ont pour mission à la fois de sensibiliser les professionnels concernés, de les former mais aussi d'améliorer le maillage des territoires de proximité et des régions, en structures addictologiques, et surtout de coordonner l'action de tous les partenaires de façon à assurer, pour chaque patient, des trajectoires de soins fluides et optimisées.

Dans le Livre Blanc sur l'Addictologie, l'intervention d'une ELSA au sein des services d'urgences est fortement encouragée. Il en existe actuellement environ 290 sur le territoire national. Le plan Addictologie 2013-2017, appuyé par la Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) prévoit que chaque établissement de santé disposant d'un SAU puisse bénéficier d'une consultation d'addictologie et d'une ELSA, directement ou par convention avec un autre établissement de santé. Actuellement, uniquement une trentaine d'établissements disposant d'un SAU n'ont ni ELSA ni consultation d'addictologie et une centaine disposent soit de l'un, soit de l'autre. Par le biais de ces équipes pluridisciplinaires et transversales, des usagers hospitalisés pour des raisons somatiques liées ou non à des complications de l'addiction et qui n'auraient pas fait spontanément de demandes de soins se voient proposer des thérapeutiques adaptées à leur usage problématique (27).

Notre CHU a cette configuration. Des Equipes de Liaison de tabacologie, et d'alcoologie assurent des consultations et sont situées dans les services concernés, mais il n'existe pas d'unité de lieu permettant une meilleure coordination de ces équipes. Les patients fumeurs des urgences peuvent, s'ils le souhaitent, être adressés à cette consultation, mais la demande de consultations est très supérieure aux moyens humains disponibles. Pour être en accord avec le plan Addictologie en cours, une réorganisation de cette offre de soins multidisciplinaires est en construction, et le Pôle de Médecine d'Urgences est le porteur du projet.

Notre travail, s'inscrit dans le cadre de l'accueil d'une fédération d'Addictologie au sein du CHU de Toulouse et s'est intéressé :

- 1) aux pratiques professionnelles du personnel soignant des services des urgences concernant l'évaluation des patients fumeurs;
- 2) à l'évaluation de leurs besoins de formation;
- 3) à la possibilité d'une adaptation des pratiques dans un service d'urgences alors que le lien entre le motif urgent de consultation initiale et la démarche de prévention n'apparaît pas de façon continue;

MATERIEL ET METHODE

Un questionnaire comportant 25 questions à choix unique ou multiples (QCM) a été distribué au personnel soignant des Services d'Accueil des Urgences des hôpitaux de Purpan et Rangueil à Toulouse.

Le questionnaire a été adressé à tout le personnel soignant :

- Médecins urgentistes.
- Internes en médecine en cours de stage.
- Infirmier(e)s et élèves infirmier(e)s.
- Aides soignant(e)s et élèves aides soignant(e)s.

Questionnaire (« annexe 1 »)

La première partie du questionnaire concernait la consommation tabagique du personnel, l'expérience d'une ou plusieurs tentatives de sevrage du tabac pour les fumeurs et, dans l'affirmative, le nombre de rechutes.

La seconde partie évaluait les connaissances de l'équipe soignante sur l'épidémiologie de la consommation du tabac en France (prévalence de fumeurs, mortalité annuelle attribuable au tabac, nombre de sevrages annuels estimé).

Une troisième partie ciblait leur connaissance du conseil minimal dans le cadre d'une intervention brève, et leur besoin de formation sur la prise en charge d'un patient tabagique.

Dans la quatrième partie, nous les avons interrogés sur leur rôle en tant que professionnels de l'urgence dans l'évaluation du patient fumeur et la possibilité de consacrer une partie de leur temps à cette activité après le traitement de la pathologie pour laquelle le patient a consulté.

Recueil des données

Le questionnaire a été adressé par courrier électronique aux médecins et internes du SAU, avec l'utilisation de *Google Drive* ©. Il a été distribué en main propre sous forme papier aux infirmier(e)s et aides soignant(e)s lors de réunions de service. Les questionnaires remplis sous forme papier ont ensuite été saisis sur *Google Docs* ©. Les questionnaires incomplets à plus de 50% ont été exclus. En cas de données manquantes sur les questionnaires remplis à plus de 50%, les pourcentages ont été calculés sur le nombre de réponses obtenues.

Analyse des données

L'analyse statistique des données a été effectuée avec le logiciel STATA[®] version 12.0 (Stata corporation, Texas, USA), après saisies des données sur un document *Excel* © (Microsoft Office 2011 version 14.3.5). Pour la comparaison de variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi2 lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, ou le test exact de Fischer lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, avec un risque de première espèce (α) fixé à 5%.

RÉSULTATS

339 personnels soignants exercent dans les SAU de Purpan et Rangueil :

- ✓ 140 infirmier(e)s
- ✓ 116 aides soignant(e)s
- ✓ 55 médecins urgentistes
- ✓ 28 internes en médecine

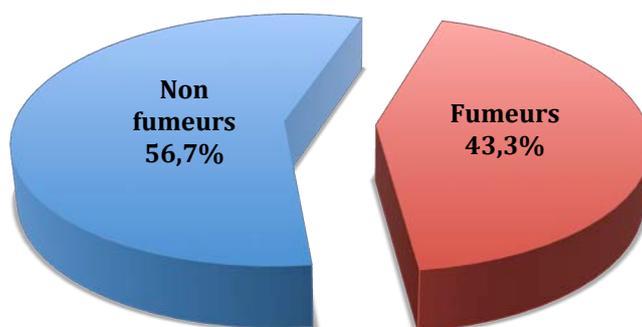
141 questionnaires répondant aux critères d'inclusion ont été étudiés. Ils ont été renseignés par 64 infirmier(e)s (45,4%), 35 aides soignant(e)s (24,8%), 24 médecins urgentistes (17%), et 18 internes en médecine (12,8%).

Le taux de participation globale à cette étude est de 64,3% pour les internes (18/28), de 47,1% pour les infirmier(e)s (66/140), de 43,6% pour les médecins urgentistes (24/55), et de 31% pour les aides soignant(e)s (36/116),

Questionnaires	envoyés	rendus	exclus	analysés	<u>Exhaustivité</u>
Médecins	55	24	0	24	43,6%
Internes	28	18	0	18	64,3%
Infirmiers	140	66	2	64	47,1%
AS	116	36	1	35	31%
TOTAL	339	144	3	141	41,6%

La consommation tabagique

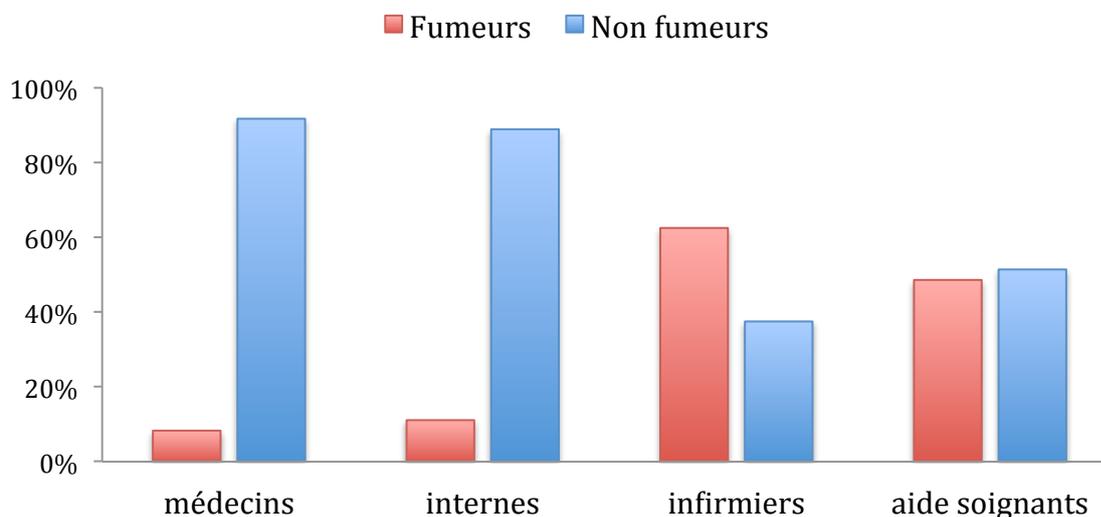
Dans les 141 questionnaires analysés, il y avait 61 fumeurs (43,3%) parmi lesquels 40 infirmier(e)s (65,5%), 17 aides soignant(e)s (27,9%), 2 internes (3,3%), et 2 médecins (3,3%).



Pourcentage de fumeurs au sein du personnel du SAU

62,5% des infirmiers(e)s (40/64), 48,6% des aides soignant(e)s (17/35), 11,1% des internes (2/18), et 8,3% des médecins (2/28) étaient fumeurs. La part des internes et celle des médecins fumeurs étaient significativement moins élevées que celles des infirmier(e)s et aides soignant(e)s ($p=0,000$).

50 fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer (82%), et parmi eux, 23 l'ont fait 3 fois ou plus (46,9%).



Répartition des fumeurs selon la profession

Evaluation de la connaissance des chiffres du tabac

Prévalence de fumeurs en France

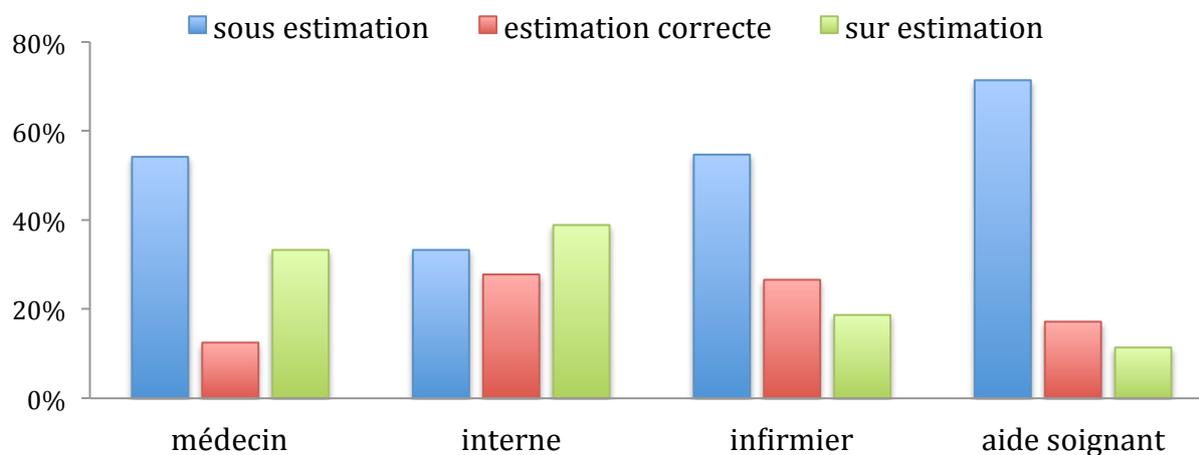
55 membres du personnel (39,1%) ont estimé correctement la prévalence récente de fumeurs en France. 74 (52,5%) ont surestimé ce chiffre, et 12 (8,5%) l'ont sous-estimé. 15 (10,6%) ont considéré que plus de la moitié de la population française est fumeuse. Il n'y avait pas de différence significative en fonction de la profession ou du statut de fumeur.

Mortalité attribuable au tabac en France

La mortalité moyenne annuelle attribuable au tabac était correctement évaluée par 31 personnes (22%). Les internes (27,8%) et infirmier(e)s (26,6%) avaient une estimation

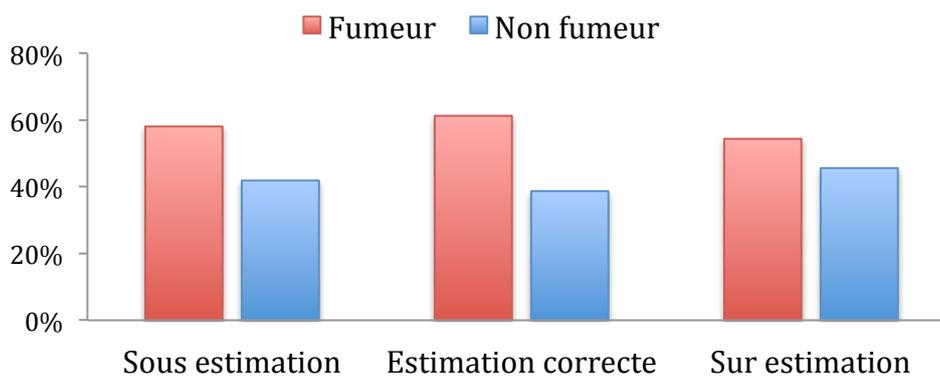
significativement meilleure que celle des aides soignant(e)s (17,2%) et médecins (12,5%) ($p=0,019$).

Par contre, plus de la moitié (56%) ont sous-estimé cette mortalité, et 22% l'ont surestimée. Il n'existait pas de différence significative selon la profession exercée.



Estimation de la mortalité attribuable au tabac selon la profession

L'estimation faite par les fumeurs n'était pas significativement différente de celle des non fumeurs.



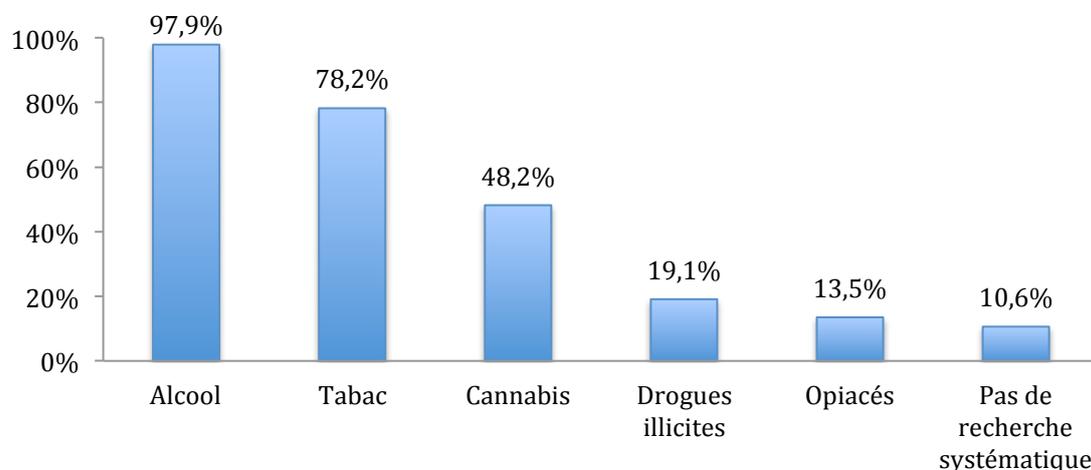
Estimation de la mortalité attribuable au tabac selon le statut de fumeur

Estimation de la consommation tabagique

92 membres du personnel (65,3%) ont calculé correctement la consommation tabagique d'un patient en Paquet-Année (PA), soit 23 médecins (25%), 17 internes (18,5%), 20 aides soignant(e)s (21,7%), et 32 infirmier(e)s (34,8%). La part des professions médicales (médecins et internes) qui l'ont fait correctement est significativement plus élevée que celle des professions paramédicales (infirmier(e)s et aides soignant(e)s) ($p<0,001$).

La nature du comportement addictif aux sein des urgences

Pour l'équipe soignante du SAU, les principales addictions présentées par les patients aux urgences sont : l'alcool (97,9%), le tabac (78,7%), et le cannabis (48,2%). 15 personnes (10,6%) considéraient qu'elles ne sont pas recherchées systématiquement.

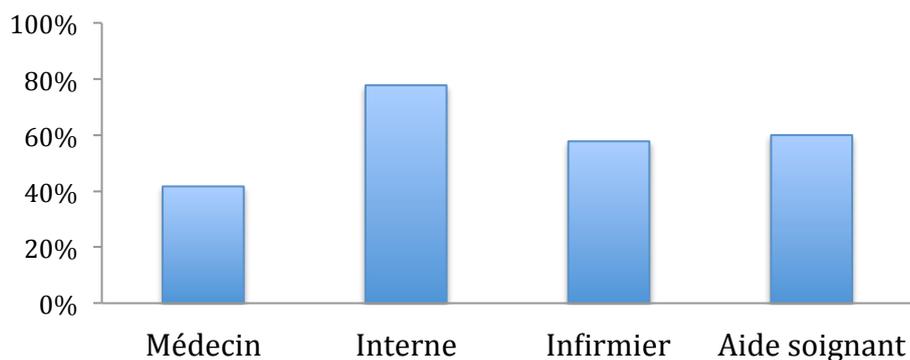


Principales addictions des patients au SAU selon le personnel soignant

La prévention tabagique aux urgences

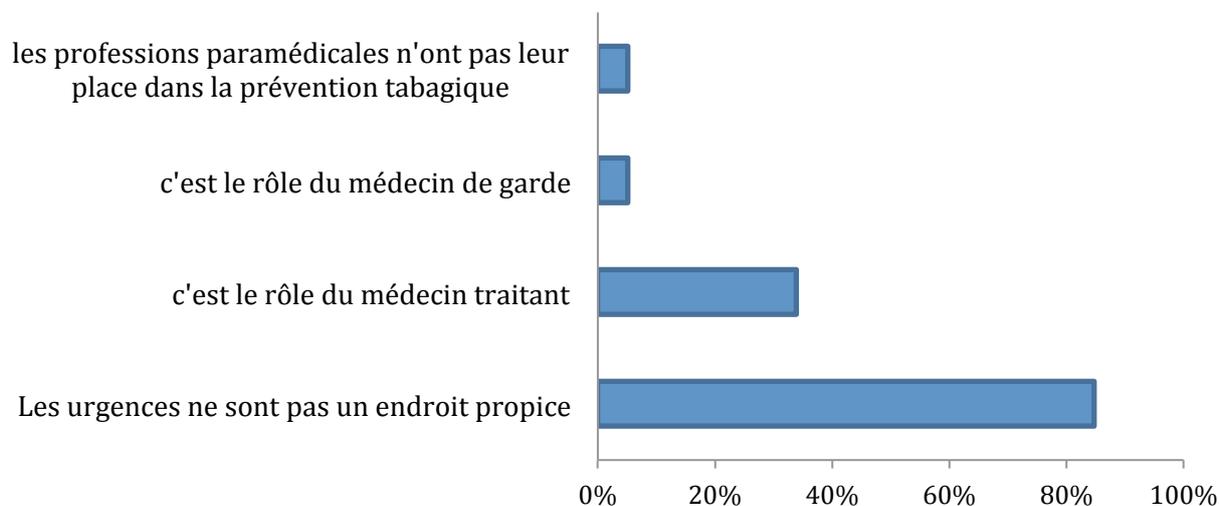
Sur les 141 questionnaires analysés, la prévention tabagique n'est pas une pratique courante au SAU pour 130 membres du personnel (92,2%). 61 (43,3%) ont déjà conseillé à un patient admis au SAU un sevrage ou une substitution, sans différence significative entre les professions ou selon le statut de fumeur. Seulement 10 personnes (7,1%) ont déjà eu à prendre en charge des patients qui se sont présentés aux urgences pour un sevrage tabagique.

Néanmoins, 82 personnes (58,2%) considéraient pouvoir s'investir dans l'évaluation du fumeur, sans différence entre les professions.



Personnes estimant pouvoir s'investir dans la prévention tabagique

Parmi les 59 membres du personnel qui pensaient ne pas pouvoir s'investir dans la prévention tabagique aux urgences, 50 (84,7%) considéraient que les urgences ne sont pas un endroit propice, 20 (33,9%) que c'est le rôle du médecin traitant, 3 (5,1%) que le personnel paramédical n'a pas sa place dans la prévention tabagique, et 3 (5,1%) que c'est le rôle du médecin de garde.

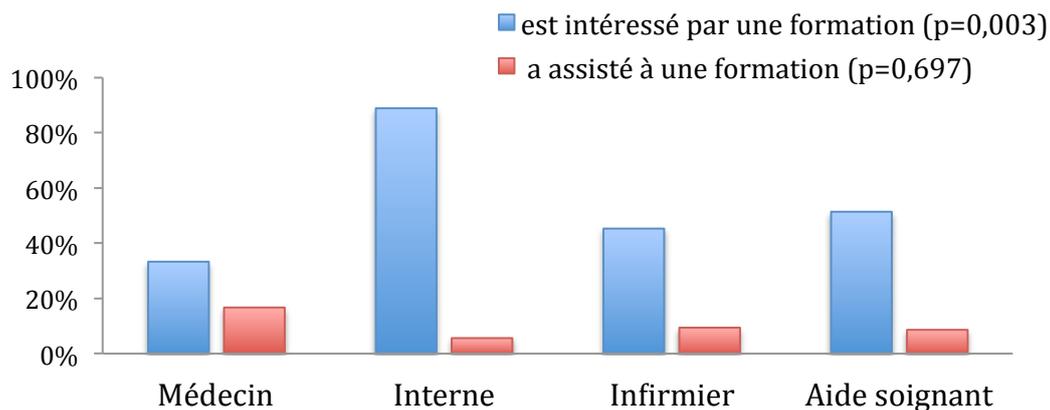


Les raisons pour ne pas faire de la prévention tabagique

Formation du personnel soignant

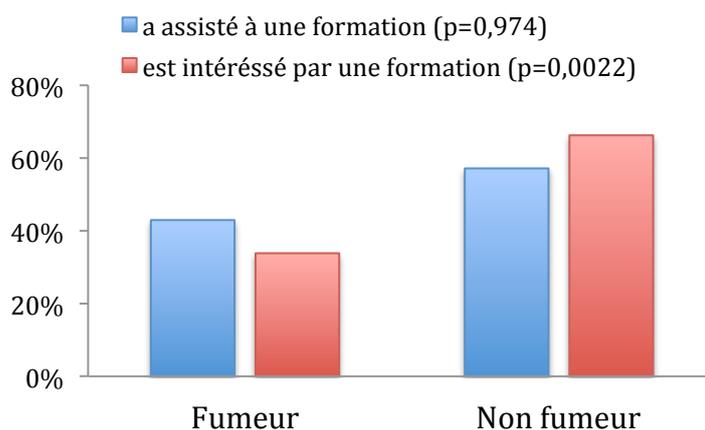
127 membres du personnel sur 141 (90,1%) n'ont jamais assisté à une formation sur la prévention tabagique. Les médecins et internes n'y ont pas significativement plus assisté que les infirmier(e)s et aides soignant(e)s.

Néanmoins 71 (50,4%) seraient intéressés par une formation, avec une proportion plus importante chez les internes (88,9%) et les aides soignant(e)s (51,4%) que chez les infirmier(e)s (45,3%) et les médecins (33,3%) (p=0,003).



Formation sur la prévention tabagique au sein du personnel soignant du SAU

Le pourcentage de non fumeurs intéressés par cette formation était significativement plus élevé que celui des fumeurs (66,2% vs 33,8%, $p=0,022$). Mais il n'existait pas de relation entre le fait d'avoir déjà assisté à une telle formation et le statut de fumeur.

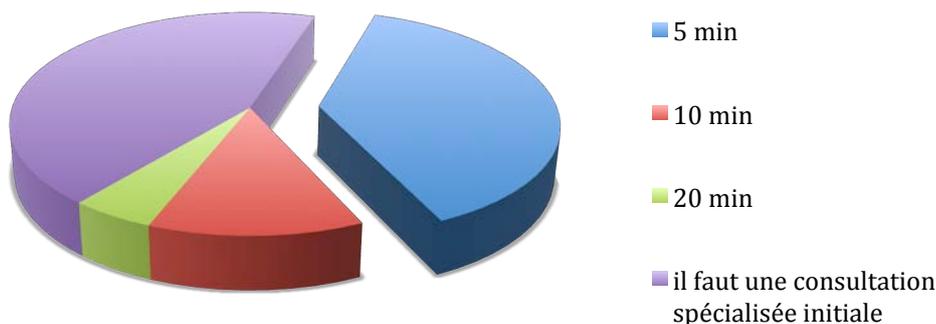


Formation du personnel soignant selon le statut de fumeur

Temps consacré à la prévention tabagique

69 personnes sur 141, soit près de la moitié du personnel (48,9%), ont estimé pouvoir réaliser de la prévention tabagique pendant leur activité professionnelle. 54 (38,3%) considéraient que l'on ne peut y consacrer que 5 min au SAU, 18 (12,8%) 10 min, et 7 (5%) 20 min. Le pourcentage de non fumeurs considérant pouvoir consacrer ce temps à la prévention tabagique était significativement plus élevé que celui des fumeurs (63,8% contre 36,2% ; $p=0,0033$)

62 (44%) pensaient qu'il faut une consultation spécialisée lors d'une prise en charge initiale. Il n'existait pas de différence significative entre les professions.

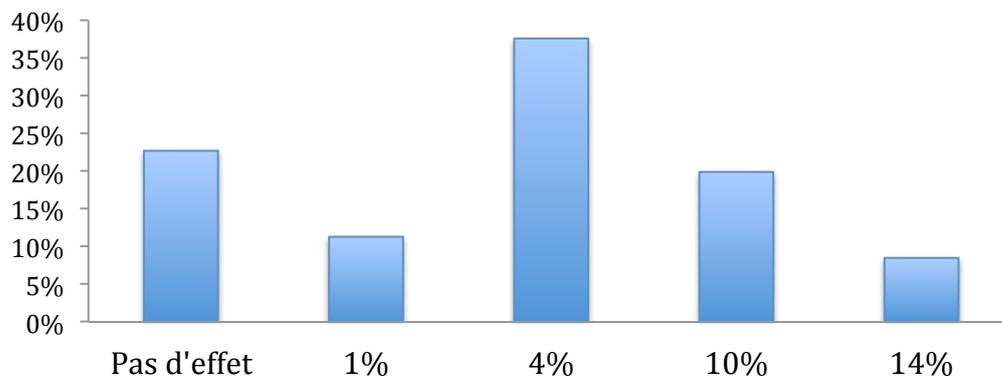


Combien de temps pouvez-vous consacrer à la prévention tabagique ?

Conseil minimal

Cette intervention de moins de 3 minutes était connue par seulement 55 personnes (39%), et 53 sur 141 (37,6%) estimaient correctement le pourcentage de fumeurs qui s'engagent dans une réflexion de sevrage tabagique grâce à ce conseil.

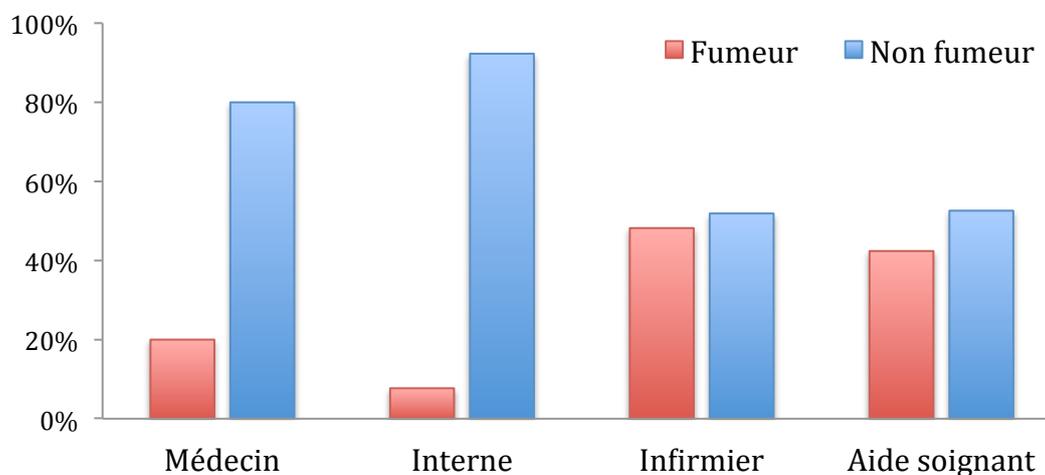
Par contre, 48 (34%) le sous-estimaient et, parmi eux, 38 (66,7%) considéraient qu'il n'a aucun effet sur le sevrage tabagique, sans différence significative entre les professions ou selon le statut de fumeur.



Estimation de l'effet du conseil minimal

(Soit le pourcentage de fumeurs s'engageant dans une démarche de sevrage tabagique grâce à ce conseil)

Dans chaque profession, le pourcentage de non fumeurs estimant pouvoir réaliser de la prévention tabagique pendant son temps de travail était significativement plus élevée que celle des fumeurs ($p=0,03$).



Relation entre la possibilité de réaliser de la prévention tabagique et le statut de fumeur

Protocole d'évaluation

Près de la moitié du personnel (49,6%) considérait qu'il n'existe pas de protocole pour la prise en charge du fumeur au sein de leur SAU, sans différence significative entre les professions. Pour 12,1%, il en existait un et 38,3% ne savaient pas.

Sur 17 membres du personnel (12,1%) évaluant le fumeur avec un protocole d'évaluation, 9 utilisaient le test de *Fagerström*, 4 le *Cigarette Dependence Scale*, et 3 le test de *Fagerström court*.

Fascicule d'information

Lors de notre enquête, il n'existait pas de support papier disponible aux urgences de Toulouse pour le patient fumeur afin d'appuyer la démarche d'une initiation au sevrage. 47 personnes (33,3%) en avaient conscience, 31 (22%) pensaient qu'il en existait un, et 63 (44,7%) ne savaient pas.

D'autre part, 98,6% n'ont jamais été sollicité par un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans la fabrication de produits de substitution nicotinique, fournissant habituellement, lors de leurs interventions, des outils d'évaluation et d'information.

DISCUSSION

Malgré des recommandations nationales de l'HAS sur le repérage et l'accompagnement des patients fumeurs en milieu hospitalier (5), la prévention du tabagisme aux urgences n'est pas une pratique courante. Interroger le patient sur sa consommation, lui demander s'il pense arrêter de fumer, et s'il souhaite un accompagnement sont des questions rarement posées dans ces services (26, 28).

Sur une enquête auprès de 196 urgentistes, Prochazka montrait que seulement 27% demandaient à leur patient s'il souhaitait arrêter de fumer (26). Notre enquête montre des résultats un peu plus encourageants avec un pourcentage de 43,3% du personnel qui précise avoir déjà conseillé à un patient d'arrêter de fumer. Plus récemment, une enquête de grande envergure auprès de 2804 professionnels médicaux et paramédicaux américains, n'exerçant pas exclusivement en service d'urgence, a montré que l'évaluation de l'intérêt que portent les fumeurs à un éventuel sevrage, ainsi que son orientation secondaire, n'étaient que rarement faites (28). Ces observations se rapprochent de l'avis de notre échantillon car 92,2% du personnel soignant considèrent que ce n'est pas être une pratique courante.

Peut-on considérer que le personnel fumeur est moins investi ?

Il est possible de supposer qu'un frein à la motivation du personnel médical et paramédical pour proposer cette démarche aux patients fumeurs est d'être fumeur soi-même. Nos résultats soulignent que les membres du personnel soignant fumeurs étaient moins intéressés par une formation sur la prévention tabagique aux urgences (33,8% contre 66,2% ; $p=0,002$) et plus, ils montraient significativement moins d'intérêt à consacrer du temps à la prévention tabagique pendant leur activité professionnelle (63,8% contre 36,2% ; $p=0,0033$).

Cette diminution de l'investissement du professionnel de santé fumeur a aussi été montré récemment au cours d'une étude portant sur les internes des différentes spécialités du CHU de Tours avec 35,9% de fumeurs non intéressés contre 19,1% de non fumeurs ($p=0,0017$) (34).

Ce personnel soignant a conscience des méfaits du tabac, avec une estimation globalement satisfaisante de son épidémiologie nationale. Cette information est un argument favorable quant à l'application d'une prévention tabagique. Les professions médicales ne sont pas plus informées que les professions paramédicales et contrairement à ce qui a été démontré dans la littérature, les fumeurs de cette enquête ne minimisent pas significativement les risques du tabac (29).

Malgré cette prise de conscience, la quasi totalité du personnel n'a jamais assisté à une formation sur la prévention tabagique, et environ deux tiers ne connaissent pas le conseil minimal. Ces 2 questions (« fumez-vous ? » et « souhaitez-vous arrêter de fumer ? ») est un outil efficace et facile à appliquer dans un service d'urgence (7–9). Il existe d'autres modes d'évaluation qui semblent plus complets, de réalisation simple et rapide et montrant la même efficacité lors de leurs applications en SAU. Notamment le modèle des 5 A (« annexe 2 ») qui permet en moins de 3 minutes de connaître la consommation de tabac du patient (« Ask about tobacco use »), lui conseiller d'arrêter (« Advise to quit »), évaluer son désir d'arrêter (« Assess willingness to make a quit attempt »), et dans l'affirmative, organiser l'accompagnement nécessaire (« Assist in quit attempt » et « Arrange follow up ») (18, 30). Fortement recommandé par le ministère de la Santé américaine dans l'évaluation initiale du patient fumeur (12), ce dernier est aisément applicable aux urgences, et notamment par le personnel infirmier. En effet, Katz a récemment montré que ce dernier présentait un intérêt particulier à l'application de ce modèle avec 68% de fumeurs évalués, contre 53% avant formation, et 31% interrogés sur leur désir de sevrage contre 9% avant cet apprentissage (18).

Un autre élément en faveur de l'intérêt de réaliser un conseil minimal dans un service d'urgence est qu'une intervention brève montre la même efficacité qu'une intervention approfondie en SAU (16, 31). En comparant une intervention classique (évaluation brève et brochure d'information), avec une intervention intensive comprenant, en plus de l'intervention classique, un entretien motivationnel, une prescription de substitut nicotinique, et un appel téléphonique au troisième jour, Bernstein n'a pas mis en évidence de différence significative (31).

L'une des justifications données par l'équipe des urgences pour cette faible implication est le caractère inapproprié des urgences pour cette prévention. Explication déjà retrouvée par certains auteurs (26, 28), montrant le manque d'intérêt du personnel des urgences pour cette prévention qui semble efficace. En 2002, une méta-analyse évaluant 16 articles concluait que la participation du personnel des urgences dans l'évaluation de la consommation et du sevrage tabagique permet une augmentation de patients sevrés à 6 et 12 mois de 3 à 11% (17).

Bien qu'en France, le médecin traitant prenne une place primordiale dans la santé du patient, il est vrai que pour certains patients, leur consultation médicale aux urgences fait partie des rares moments de rencontre avec un professionnel de santé. En réalisant une enquête sur 336 patients fumeurs se présentant aux urgences, Lowenstein montrait que 55% réalisaient leur

surveillance médicale de routine dans les SAU (15). A chaque contact avec un professionnel de santé, le fumeur doit être évalué efficacement et se voir proposer une démarche de sevrage.

La patientèle des services d'urgences comprend plus de fumeurs que dans la population générale (15, 19, 20). Cette observation renforce l'idée déjà soulevée par la synthèse du plan Addictions 2012-2017, que les services d'urgences sont un lieu de convergence des patients présentant une addiction tabagique et qu'une place importante dans l'orientation vers une démarche de sevrage est possible. Les patients peuvent être intéressés par ce type d'intervention, comme démontré dans une grande étude multicentrique portant sur 10 services d'urgences américaines, où 75% des 375 fumeurs quotidiens interrogés se disaient intéressés par une intervention de sevrage tabagique (24).

Cette idée reste cependant difficile à faire admettre dans les services d'urgences qui se heurtent à une demande de soins intensive et à une nécessaire optimisation de la durée d'hospitalisation. En effet, il n'est pas concevable de réaliser une consultation de tabacologie dans un service.

En revanche, une évaluation brève, telle que le conseil minimal, permettrait d'orienter efficacement le patient qui souhaite être sevré et de lui proposer une consultation par une équipe d'addictologie de façon systématique.

1^{ère} perspective : La formation du personnel

Nous avons donc, par le biais de cette étude, montré que le personnel soignant des urgences de Toulouse considère pouvoir consacrer le temps nécessaire aux interventions brèves pour l'évaluation et l'orientation des fumeurs se présentant aux urgences, et est intéressé par une formation sur le sujet. Compte tenu de l'intérêt que porte la majorité des membres de notre échantillon à cette lutte et des interventions brèves dont nous disposons, il paraît nécessaire de permettre à ce personnel soignant de prendre en charge les fumeurs conformément aux recommandations nationales (5), et d'obtenir un bénéfice majeur en terme de santé publique.

Pour cela, la formation de tous les membres de l'équipe soignante quel que soit leur statut, est indispensable : L'efficacité d'une démarche de prévention tabagique est significativement améliorée pour le patient fumeur quand le personnel soignant est formé (10,11).

Ce point a bien été perçu par les responsables de l'enseignement du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Midi-Pyrénées qui ont intégré un module complet d'addictologie et notamment de tabacologie au sein des cours théoriques de Diplôme

d'Étude Supérieur (DES) de médecine générale, afin de sensibiliser les médecins généralistes de demain. En effet, dans une enquête réalisée dans le cadre du baromètre santé médecins généralistes (32), environ deux tiers des 2083 médecins généralistes interrogés abordent la question du tabac auprès de leurs patients, et cette augmentation de l'implication depuis 2003 est bien plus marquée chez les jeunes médecins (40 ans et moins). Le recours à des outils d'aide au repérage de la dépendance semble avoir fortement progressé avec plus d'un tiers des médecins (34,0 % vs 6% en 2003) déclarant utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac. Ici aussi, les interventions brèves présentent un intérêt majeur car 91,4% des médecins généralistes incriminent le manque de temps pour le sevrage de leurs patients (32) : pouvoir utiliser de tels outils rapides et efficaces au cours d'une consultation, en médecine générale comme en milieu hospitalier, doit être une priorité.

2^{ème} perspective : Intérêt d'une équipe de liaison d'addictologie

Le 7 juin 2013, dans le cadre du plan Addictions 2013-2017, a été rédigé le rapport Reynaud remis à la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanie (MILDT). Il est mentionné l'intérêt majeur de ne pas oublier la prévention des drogues licites et dangereuses, telles que le tabac, au détriment des drogues illicites vers lesquelles sont tournées les inquiétudes de la population. Cette surestimation des dommages explique probablement le poids de la lutte contre les substances illicites dans les politiques de santé et de sécurité publique, au regard des politiques menées par rapport à l'alcool ou le tabac (33). Ce rapport s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la prévention tabagique par les professionnels de santé, et c'est dans cette démarche qu'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) paraît indispensable. L'implantation d'une ELSA, fortement recommandée dans tout service d'urgence depuis mai 2011 par la Fédération Française d'Addictologie (FFA), permettrait une prise en charge rapide des différentes addictions et notamment du tabac qui est une comorbidité fréquente (27). Son rôle est d'assurer la continuité de l'intervention brève des patients repérés par le personnel des urgences, après afin de poursuivre le travail de prévention, et de proposer une orientation du patient dans un réseau de soins coordonné qui s'appuie sur le réseau ville-hôpital.

Le deuxième intérêt d'une équipe de liaison d'addictologie est la formation du personnel soignant sur l'évaluation, l'orientation et la diffusion d'informations concernant les addictions par des interventions régulières auprès de l'équipe du service des urgences.

Néanmoins, la minimisation du risque du tabac chez le fumeur, connue de la littérature (29, 35), n'a pas été retrouvée sur cette population de fumeurs.

Quand évaluer le patient ?

L'évaluation de l'addiction du patient n'est pas prioritaire sur la prise en charge de la plainte initiale. Mais quand l'évaluer ?

Lors de son parcours de soins aux urgences, des périodes d'attentes sont obligatoires et peuvent être un moment propice pour l'évaluation de la consommation tabagique et/ou de la diffusion d'informations.

Tout d'abord, au sein de la salle d'attente des urgences, dont le passage peut souvent se prolonger plusieurs heures, il pourrait être sensibilisé par une diffusion d'information sous forme papier sur l'épidémiologie du tabac et les différents réseaux d'aide au sevrage accessibles autour de lui, avec la notion que le principal acteur de santé pour un sevrage tabagique est son médecin traitant.

Il pourrait ensuite remplir une fiche d'évaluation rapide s'il est intéressé par un sevrage après une intervention brève du personnel basée sur le modèle des 5A. Cette fiche inclurait son identité, le nom de son médecin traitant afin de lui adresser les résultats si le patient souhaite être suivi par ce dernier, un Test Q Mat (« annexe 3 ») permettant une évaluation de sa motivation pour un sevrage tabagique (36) accompagné d'un test de *Fagerström* (« annexe 4 ») afin de connaître son niveau de dépendance à la nicotine. A la fin de l'auto-évaluation, le professionnel de santé des urgences contacte l'ELSA et le parcours addictologique peut être initié.

Cette proposition de protocole permettrait une intervention orale, une évaluation par des grilles validées, et une diffusion d'information sur les aides disponibles, humaines et médicamenteuses. Elle serait bien sûr à revoir en collégialité avec l'ELSA ainsi que les responsables de chaque profession de santé présente au SAU.

LIMITES

Cette étude présente 2 limites :

- ✓ Premièrement, le faible taux de participation (141 sur 339 soit 41,6%) a été une limite à la représentativité de l'opinion globale du personnel soignant des urgences de Purpan et Rangueil du CHU de Toulouse concernant la prévention tabagique au sein des urgences. Cette limite peut être expliquée, chez les professions paramédicales, par une charge de travail importante dans leurs services, ne leur laissant que peu de repos sur leur temps de travail pour répondre aux questionnaires papiers. Pour les professions médicales, cette faible participation peut être expliquée par l'importance des études pour lesquelles ils sont sollicités par courrier électronique, entraînant alors un désintérêt global à ce type de participation.
- ✓ Deuxièmement, l'évaluation par questionnaire a pu générer un biais d'information. Afin de pouvoir évaluer efficacement ce personnel nombreux, l'utilisation d'un questionnaire semblait être un outil rapide pour ce type d'évaluation. Dans un souci d'amélioration du taux de participation, nous avons interrogé les médecins et internes par courrier électronique, et les infirmier(e)s et aides soignant(e)s sous forme papier afin d'agir dans les situations qui nous paraissaient les plus appropriées pour sa rédaction.

RÉFÉRENCES

1. OMS. Mortality attributable to tobacco. WHO Global report. Genève 2012, 392 p.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf
2. Hill C. Tobacco epidemiology. *Rev Prat.* 2012;62(3):325-327.
3. Weber F, Hill C. Journée mondiale sans tabac. *Bull Epidémiologique Hebd.* 31 mai 2010;19-20.
http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/beh_20_21_2011.pdf
4. OFDT, Tableau de bord mensuel Tabac. mai 2013. <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt130624.pdf>
5. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence. Actualisation des recommandations de l'Afssaps de 2003. Recommandation de bonnes pratiques. mars 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/arret_de_la_consommation_de_tabac_-_note_de_cadrage.pdf
6. Université de Waterloo., INPES, INCa et al. « International Tobacco Control », projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac. Rapport national ITC France. Résultats de la deuxième vague. Saint-Denis : 2011, 32 p.
http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf
7. Hirsch A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention minimale. *Le Concours Médical*; 1996:477-81.
8. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*; 16 avr 2008;(2):CD000165.
9. Stead LF, Buitrago D, Preciado N et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 mai 2013;(5):CD000165.
11. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 mai 2012;(5):CD000214.
12. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* sept 2008;53(9):1217-1222.
13. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA.* 24 avr 1996;275(16):1270-1280.
14. Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals-A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax.* déc 1998;53(Suppl 5):S1-S18.
15. Lowenstein SR, Tomlinson D, Koziol-McLain J, et al. Smoking habits of emergency department patients: an opportunity for disease prevention. *Acad Emerg Med* 1995 Mar;2(3):165-71.

16. Richman PB, Dinowitz S, Nashed A, et al. Prevalence of smokers and nicotine-addicted patients in a suburban emergency department. *Acad Emerg Med.* août 1999;6(8):807-810.
17. Bernstein SL, Becker BM. Preventive care in the emergency department: diagnosis and management of smoking and smoking-related illness in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med.* juill 2002;9(7):720-729.
18. Katz DA, Vander Weg MW, Holman J, et al. The Emergency Department Action in Smoking Cessation (EDASC) trial: impact on delivery of smoking cessation counseling. *Acad Emerg Med.* avr 2012;19(4):409-420.
19. Richman PB, Dinowitz S, Nashed A, et al. Prevalence of smokers and nicotine-addicted patients in a suburban emergency department. *Acad Emerg Med.* août 1999;6(8):807-810.
20. Lynch A, Quigley P. ExHALED study: prevalence of smoking and harm levels in an emergency department cohort. *Emerg Med Australas.* août 2010;22(4):287-295.
21. Rhodes KV, Gordon JA, Lowe RA. Preventive care in the emergency department, Part I: Clinical preventive services - are they relevant to emergency medicine? Society for Academic Emergency Medicine Public Health and Education Task Force Preventive Services Work Group. *Acad Emerg Med.* sept 2000;7(9):1036-1041.
22. Babcock Irvin C, Wyer PC, Gerson LW. Preventive care in the emergency department, Part II: Clinical preventive services - an emergency medicine evidence-based review. Society for Academic Emergency Medicine Public Health and Education Task Force Preventive Services Work Group. *Acad Emerg Med.* sept 2000;7(9):1042-1054.
23. Klinkhammer MD, Patten CA, Sadosty AT, et al. Motivation for stopping tobacco use among emergency department patients. *Acad Emerg Med.* juin 2005;12(6):568-571.
24. Choo EK, Sullivan AF, Lovecchio F, et al. ED. Patient preferences for emergency department-initiated tobacco interventions: a multicenter cross-sectional study of current smokers. *Addict Sci Clin Pr.* 2012;7(1):4.
25. Rodriguez RM, Kreider WJ, Baraff LJ. Need and desire for preventive care measures in emergency department patients. *Ann Emerg Med.* nov 1995;26(5):615-620.
26. Prochazka A, Koziol-McLain J, Tomlinson D, et al. Smoking cessation counseling by emergency physicians: opinions, knowledge, and training needs. *Acad Emerg Med.* mars 1995;2(3):211-216.
27. Fédération Française d'Addictologie. Livre Blanc de l'addictologie Française : 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. 2011.
28. Tong EK, Strouse R, Hall J, et al. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res.* juill 2010;12(7):724-733.
29. Weinstein ND, Marcus SE, Moser RP. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control.* févr 2005;14(1):55-59.
30. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* mai 2002;22(4):267-284.

31. Bernstein SL, Bijur P, Cooperman N, et al. A randomized trial of a multicomponent cessation strategy for emergency department smokers. *Acad Emerg Med.* juin 2011;18(6):575-583.
32. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
33. Reynaud M, Arwidson P, Beck F. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. 2013, 108p
http://cms.centredesaddictions.org/pdf/Mildt_MR_DJM_Synthese.pdf
34. Dansou A, Groussin L, Gaborit C, Touraine A, Blanchet E, Laporte L, et al. [Approach and management of tobacco quitting process of the smoker patient by 149 residents in a university hospital in Tours]. *Rev Mal Respir.* sept 2012;29(7):878-888.
35. Ayanian JZ, Cleary PD. Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *JAMA.* 17 mars 1999;281(11):1019-1021.
36. Lagrue G, Legeron P, Azoulai G, Pelissolo S, Aubin H-J, Humbert R. Élaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie Addictologie.* 24(1):33-37.

ANNEXE 1 : Questionnaire

Le tabac aux Urgences

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête de pratique professionnelle sur la prévention tabagique auprès des acteurs principaux de santé des urgences dont vous faites partie. Merci de votre participation.

Quelle est votre profession ?

- Aide soignant(e)
- Infirmier(e)
- interne en médecine
- médecin

Est-ce que vous êtes fumeur ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, combien de fois ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- plus de 5 fois

D'après vous quel est le pourcentage de fumeurs en France ?

- Entre 0 et 10%
- Entre 10 et 20%
- Entre 20 et 30%
- Entre 30 et 40%
- Plus de la moitié de la population

A combien estimez-vous le nombre de paquets/année d'un patient de 55 ans fumant 20 cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans ?

- 5 paquets/année
- 10 paquets/année
- 15 paquets/année
- 20 paquets/année
- 40 paquets/année
- Je ne sais pas calculer cette consommation

D'après vous combien de fois un fumeur rechute-t-il avant un arrêt définitif ?

Une rechute est définie par une reprise régulière d'une consommation tabagique

- 1 à 2
- 3 à 5
- 6 à 9
- 10 à 15

Au bout de combien de temps considère t-on qu'un tabagique est sevré ?

- 6 mois
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans

A combien est estimé le nombre de décès par an en France à cause du tabac ?

- Environ 1 000
- Environ 5 000
- Environ 25 000
- Environ 50 000
- Environ 75 000
- Environ 150 000

Quelles addictions présentent vos patients le plus souvent ?

Plusieurs réponses possibles

- Tabac
- Cannabis
- Alcool
- Opiacés
- Drogues illicites
- Elles ne sont pas recherchées systématiquement

Avez-vous déjà conseillé un patient admis aux urgences pour un sevrage ou une substitution tabagique ?

- Oui
- Non

Des patients fumeurs ont-ils consulté aux urgences pour un sevrage tabagique ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

La prévention tabagique aux urgences est-elle une pratique courante dans votre service d'Urgences ?

- Oui
- Non

Pensez-vous y avoir un rôle à jouer ?

- Oui
- Non

Dans la négative, pourquoi ?

Plusieurs réponses sont possibles

- C'est le rôle du médecin de garde
- C'est le rôle du médecin généraliste de ville
- Les urgences ne sont pas un endroit propice à ce type de pratiques
- Le personnel paramédical n'a pas sa place dans la prévention tabagique
- Autre :

Existe-t-il un moyen d'évaluer la consommation tabagique dans votre service d'urgence ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Dans l'affirmative, lequel ?

- Le test de Fagerström
- Le test de Fagerström court (short Tabac Scale)
- Le Cigarette Dependence Scale
- Autre :

Existe-t-il un fascicule d'informations sur le sevrage tabagique disponible pour le patient dans votre service d'urgence ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu une formation proposée par l'hôpital pour la lutte contre le tabac ?

- Oui, je n'y ai pas assisté
- Oui, j'y ai assisté
- Non jamais
- Non mais j'ai réalisé une formation en dehors de mon cadre professionnel

Connaissez-vous le conseil minimal qui peut être dispensé lors d'une consultation médicale à un patient fumeur ?

- Oui
- Non

Le conseil minimal en tabacologie est composé, dans sa version simplifiée, de 2 questions. La 1ère est de demander au patient s'il est fumeur. Si oui, la 2e est de lui demander s'il souhaite arrêter. **Quelle proportion de fumeurs s'engage dans une réflexion de sevrage tabagique grâce à ce conseil ?**

- 1%
- 4%
- 10%
- 14%
- Je ne pense pas que ce conseil ait un effet sur la consommation de tabac

Un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans la fabrication de produits de substitution nicotinique est-il intervenu dans le service des Urgences ?

- Oui
- Non

Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur le sevrage tabagique ?

- Oui
- Non

Combien de temps peut-on consacrer dans un service d'urgence pour réaliser de la prévention tabagique ?

- 5 minutes
- 10 minutes
- 20 minutes
- 30 minutes
- Il faut une consultation spécialisée

Pensez-vous pouvoir réaliser de la prévention pendant votre activité professionnelle ?

- Oui
- Non

ANNEXE 2 : The Five A's model for treating tobacco use and dependence

<p>Ask about tobacco use.</p>	<p>Identify and document tobacco use status for every patient at every visit. (Strategy A1)</p>
<p>Advise to quit.</p>	<p>In a clear, strong, and personalized manner, urge every tobacco user to quit. (Strategy A2)</p>
<p>Assess willingness to make a quit attempt.</p>	<p>Is the tobacco user willing to make a quit attempt at this time? (Strategy A3)</p>
<p>Assist in quit attempt.</p>	<p>For the patient willing to make a quit attempt, offer medication and provide or refer for counseling or additional treatment to help the patient quit. (Strategy A4)</p> <p>For patients unwilling to quit at the time, provide interventions designed to increase future quit attempts. (Strategies B1 and B2)</p>
<p>Arrange followup.</p>	<p>For the patient willing to make a quit attempt, arrange for followup contacts, beginning within the first week after the quit date. (Strategy A5)</p> <p>For patients unwilling to make a quit attempt at the time, address tobacco dependence and willingness to quit at next clinic visit.</p>

ANNEXE 3 : Test Q MAT

1. Pensez-vous que dans 6 mois

- Vous fumerez toujours ?	0
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
- Vous aurez arrêté de fumer ?	8

2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

- Pas du tout	0
- Un peu	1
- Beaucoup	2
- Enormément	3

3. Pensez-vous que dans 4 semaines

- Vous fumerez toujours ?	0
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
- Vous aurez arrêté de fumer ?	6

4. Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

- Jamais	0
- Quelquefois	1
- Souvent	2
- Très souvent	3

Interprétation : Motivation à réussir le sevrage tabagique :

Moins de 6 points	Motivation insuffisante
6 à 12 points	Motivation moyenne
Plus de 12 points	Bonne ou très bonne motivation

ANNEXE 4 : Test de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	1
- Non	0

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	1
- A une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins	0
- 11 à 20	1
- 21 à 30	2
- 31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	1
- Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	1
- Non	0

Interprétation : Dépendance :

Très faible	0-2
Faible	3-4
Moyenne	5
Forte	6-7
Très forte	8-10

24 septembre 2013 à Toulouse

Les urgences sont-elles un lieu propice pour initier une prévention tabagique ?

Objectif : Le passage aux urgences du patient fumeur est une bonne opportunité pour initier un sevrage tabagique. Face aux directives du plan addiction 2013-2017 de la MILDT, ces pratiques peu courantes, vont devoir être améliorées. Le but de cette étude est 1) interroger le personnel des urgences de Rangueil et Purpan à Toulouse sur ses pratiques professionnelles 2) connaître son besoin de formation, et 3) évaluer les possibilités d'adaptation de ses pratiques afin d'améliorer la prise en charge du fumeur.

Matériel : un questionnaire de 25 questions a été distribué aux 339 membres des équipes soignantes des urgences. Il a été adressé par courrier électronique aux médecins et internes, et distribué sous forme papier aux infirmiers et aides soignants. Toutes les données ont été centralisées sur *Google Docs* © puis analysées avec le logiciel STATA®.

Résultats : Au total 141 questionnaires (41,6%) ont été analysés. 92,2% du personnel considère que la prévention tabagique n'est pas une pratique courante en SAU, mais 58,2% considèrent y avoir un rôle à jouer. 90,1% n'a jamais assisté à une formation sur le sujet, sans différence significative entre les professions, et 50,4% y sont intéressé. 48,9% pense ne pas pouvoir consacrer plus de 5 min avec un patient pour le tabac, et 61% ne connaît pas le conseil minimal. Les fumeurs sont significativement moins intéressés par une formation et par une adaptation de leurs pratiques.

Conclusion : Le personnel soignant des urgences de Toulouse se montre favorable à une adaptation de leurs pratiques pour pouvoir prendre en charge efficacement les fumeurs. Un bénéfice majeur serait obtenu avec l'implantation d'une équipe de liaison d'addictologie.

Mots Clés : Tabac - sevrage tabagique - urgences - enquête de pratique - médecine générale - équipe de liaison d'addictologie.

Is the Emergency Department an adapted place to begin a smoking cessation ?

Background: The Emergency Department (ED) provides a great opportunity to initiate interventions for smoking cessation. In light of guidelines contained in the 2013-2017 MILDT addiction plan, these practices, not commonly implemented, must be improved. The aim of this study was 1) to find out about the working habits of emergency room staff at Rangueil and Purpan hospitals in Toulouse 2) to understand their training needs and 3) to evaluate the possibility of changing their work habits so as to improve hospital care for the incoming smoker.

Methods: A 25-question survey was sent to the 339 members of emergency care teams. It was sent by e-mail to the doctors and house practitioners, and in paper format to the nurses and nurse aids. All the data was centralized by Google Docs© and analyzed using STATA© software.

Results: In total, 141 questionnaires (41.6%) were analyzed. 92.2% of the hospital staff questioned think that smoking prevention is not common practice in ED, but 58.2% believe that they have a role to play in this prevention. 90.1% have never been trained, regardless of their professional rank, and 50.4% are interested in being trained. 48.9% believe that they cannot spend more than 5 minutes on the subject with a patient and 61% are not aware of the minimum advice to give. The smokers themselves are much less interested in training or in changing their habits.

Conclusion: The emergency hospital care staff in Toulouse is in favor of changing their work habits for the more efficient care of smokers. Better benefits would be obtained with the setting up of a special addictology liaison team.

Key words: Smoking cessation - Tobacco - Emergency Department - Investigation study - General Practice - Addictology liaison team

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Dr Franchitto N.