



Santé publique

Le repérage de la consommation de tabac est privilégié Les médecins généralistes et les pratiques addictives

Dans *Les dossiers de la Drees* n° 80 de juillet 2021, Sandrine David, Jean-François Buyck et Marie-Astrid Metten (Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire) explorent les résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale consacré à la prise en charge des pratiques addictives ⁽¹⁾.

Au regard de la fréquence élevée des pratiques addictives au sein de la population et des conséquences sanitaires et sociales qu'elles engendrent, les enjeux de prévention et de prise en charge de ces pratiques sont cruciaux en France et dans de nombreux autres pays. Le tabagisme et la consommation d'alcool constituent les deux premières causes de mortalité « évitable » : ils sont à l'origine de plus de 115 000 décès par an en France (dont 75 000 décès liés au tabac et 41 000 à l'alcool en 2015).

La très grande majorité des praticiens déclarent procéder ou faire procéder à un repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis à leurs patients (99 % pour le tabac et l'usage d'alcool à risque et 91 % pour le cannabis).

Toutefois, le repérage systématisé et renouvelé n'est pas généralisé et s'applique plus fréquemment pour le tabagisme que pour l'usage d'alcool à risque et la consommation de cannabis : 66 % des médecins déclarent effectuer un repérage systématiquement et de manière renouvelée auprès de chacun de leurs patients pour la consommation de tabac, contre 43 % pour l'usage d'alcool à risque et 24 % pour la consommation de cannabis.

Les recommandations nationales « incitent à associer le repérage précoce à une intervention brève, correspondant ainsi à la démarche dite "repérage précoce et intervention brève" (RPIB) ». Cette démarche favorise une diminution des consommations à risque, en particulier pour l'alcool. Plus d'un praticien sur cinq a recours à la démarche RPIB, mais 67 % déclarent ne pas avoir connaissance de cette technique préventive.

En 2017, un groupe d'experts a présenté de nouveaux repères de consommation d'alcool basés sur « les dernières données de la littérature scientifique disponibles sur les liens entre la consommation d'alcool et la santé » : 61 % des médecins généralistes déclarent connaître ces nouveaux repères de consommation d'alcool. En outre, pour la quasi-totalité des praticiens interrogés (99 %), les échanges permettant de proposer un sevrage aux patients repérés comme tabagiques ou avec une consommation d'alcool à risque, font partie des rôles du médecin généraliste.

Le recours des médecins généralistes aux structures spécialisées en addictologie est fréquent. Ainsi, 91 % des praticiens déclarent « avoir fait appel dans l'année, pour un ou plusieurs de leurs patients, à un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ou à



(1) – « Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients » (47 pages). L'enquête du quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale s'est déroulée de décembre 2019 à mars 2020, par Internet et par téléphone, auprès de 2 412 médecins généralistes libéraux français (hors Mayotte) ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant. Les médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur sont surreprésentés dans l'échantillon, ce qui fournit des résultats significatifs pour ces deux régions.

un service hospitalier spécialisé », et 63 % à une consultation spécialisée de tabacologie. Cette fréquence varie selon l'âge et le mode d'exercice des médecins généralistes. Les praticiens les plus âgés ont moins souvent recours à un Csapa ou à un service hospitalier pour de l'adressage et, au contraire, plus fréquemment recours à une consultation de tabacologie pour un conseil sur une prise en charge.

L'exercice en maison de santé pluri-professionnelle (MSP) revêt quelques particularités. Près d'un quart des praticiens concernés déclarent qu' « un ou plusieurs professionnels (médecin ou non) de leur structure s'occupent plus particulièrement de la prévention ou de la prise en charge des conduites addictives auprès de leurs patients ». Plus largement, la présence d'un ou plusieurs professionnels référé-

nts est nettement plus souvent déclarée par les praticiens exerçant en MSP (47 %, contre 18 % des praticiens exerçant en cabinet de groupe).

Quant à la proportion de praticiens participant au dispositif « Mois sans tabac », elle est nettement plus élevée chez les praticiens exerçant dans le cadre d'une MSP (56 %) que parmi ceux qui exercent en cabinet de groupe (24 %) et ceux exerçant seuls (29 %).

Enfin, une majorité de médecins généralistes déclarent initier ou renouveler des prescriptions de traitements de substitution aux opioïdes (TSO) : « Deux tiers des médecins généralistes qui initient des prescriptions de TSO et 35 % de ceux qui effectuent uniquement des renouvellements de prescriptions se considèrent suffisamment formés ».



Démographie

À 65 ans, combien d'années en moyenne sans incapacité ?

On est familiarisé au concept d'espérance de vie à la naissance, basé sur l'observation de la mortalité, mais un autre indicateur est disponible : l'espérance de vie, généralement à 65 ans, sans incapacité dans les gestes de la vie quotidienne, plus communément appelée « espérance de vie en bonne santé ». Cet indicateur prend lui aussi en compte la mortalité, mais il est plus qualitatif que l'espérance de vie à la naissance car il s'appuie également sur une question posée à un échantillon de 16 000 ménages.

Ainsi, en 2020, une femme de 65 ans peut espérer vivre 12,1 ans sans incapacité et 18,1 ans sans incapacité sévère ; un homme, 10,6 ans sans incapacité et 15,7 ans sans incapacité sévère.

L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est en progression constante : depuis 2008, elle a augmenté de deux ans et un mois pour les femmes et d'un an et onze mois pour les hommes.

En France, en 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans se situe au-dessus de la moyenne européenne (27 pays) : elle en est supérieure de cinq mois, plus précisément d'un an et deux mois pour les femmes et de deux



mois pour les hommes. En 2019, la France se situe à la première position (avec l'Espagne) pour l'espérance de vie à 65 ans, pour les femmes comme pour les hommes, mais elle est en septième position pour les femmes et en neuvième position pour les hommes concernant l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans.

Source : Thomas Deroyon (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), « En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes », *Études & Résultats* n° 1213 d'octobre 2021 (4 pages).

La pensée hebdomadaire

« Les instituts de sondage continuent de fonctionner avec une approche trop simplificatrice. En se contentant de demander « Avez-vous confiance en la police ? », on n'obtient pas de réponse sur la légitimité de la police mais sur l'utilité de l'existence d'une telle organisation. Or, très peu de gens rejettent radicalement le fait qu'il puisse y avoir une police. Une telle question ne dit rien de la confiance dans ses pratiques. Pour donner une image fidèle de la situation, la confiance doit être mesurée à trois niveaux : le caractère juste de son action, le fait qu'elle ne cause pas de dommages, et des modes d'action efficaces. Il faut mieux évaluer ces modes d'action, les replacer dans des contextes précis. »

Sebastian Roché, spécialiste des questions de sécurité, « Ce qui n'est pas admis, c'est la "mauvaise police" » (propos recueillis par Antoine Albertini), *Le Monde* du 17 avril 2021.