

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 02/06/2022

Par

Justine DESCHAMPS

[Typologie des patients suivis en médecine générale et pris en charge pour tabagisme]

Dirigée par Dr COLLIGNON-PORTES Rachel

JURY

M. le Professeur Olivier Saint-Lary
Mme le Docteur Rachel Collignon-Portes
M. le Professeur Laurent Teillet
M. le Professeur Paul Georges Reuter

Président
Directrice
Membre du jury
Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 02/06/2022

Par

Justine DESCHAMPS

[Typologie des patients suivis en médecine générale et pris en charge pour tabagisme]

Dirigée par Dr COLLIGNON-PORTES Rachel

JURY

M. le Professeur Olivier Saint-Lary
Mme le Docteur Rachel Collignon-Portes
M. le Professeur Laurent Teillet
M. le Professeur Paul Georges Reuter

Président
Directrice
Membre du jury
Membre du jury

Remerciements

Je remercie le Professeur SAINT-LARY pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

Je remercie le Professeur TEILLET et le Professeur REUTER pour avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui.

Je remercie le Docteur Philippe BOISNAULT pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail. Merci pour ton investissement, tes conseils et ton aide précieuse.

Je remercie le Docteur Rachel COLLIGNON-PORTES pour avoir dirigé cette thèse. Merci pour ton soutien, ta disponibilité et tes conseils. Ce fut un plaisir de partager ce travail avec toi.

Je remercie la SFMG pour m'avoir permis d'intégrer l'étude Tabac.

Je remercie tous les investigateurs de l'Observatoire de la Médecine Générale.

Je remercie le Docteur Julien LEBRETON pour son expertise et ses conseils, sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour.

Je remercie le Docteur Philippe SZIDON, pour son aide sur la base de données de l'OMG.

Remerciements personnels

Merci à mes parents et ma sœur pour leurs soutiens sans faille tout au long de mes études, si je soutiens ma thèse de docteur en médecine aujourd'hui, c'est grâce à vous.

Merci à ma moitié, Arthur, pour tout !

Merci à ma belle-famille pour votre soutien et votre accueil chaleureux au sein de votre famille.

Merci à toute l'équipe du Groupe Médical des Cordeliers pour votre accueil et les belles années à venir.

Merci en particulier à mes collègues presque associés : Audrey, Christelle, Rachel et Philippe.

Merci à ma super co-adjointe Delphine, mon binôme et surtout amie.

Merci aux anciens de P7 pour toutes ces années passées ensemble.

Merci à tous les médecins et paramédicaux qui ont contribué à ma formation et qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale.

Résumé :

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur et concerne 1 français sur 4 en 2020. Les recommandations actuelles reposent sur une évaluation de la motivation à l'arrêt, de la dépendance puis la proposition d'une aide au sevrage. Ces recommandations concernent tous les patients fumeurs.

Objectif : Réaliser une typologie des patients pris en charge pour tabagisme en médecine générale.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective puis une typologie des patients pris en charge pour le tabagisme au sein de l'Observatoire de la médecine générale entre 2009 et 2011. Cette population représente 4510 patients.

Résultats : La partition en 7 classes a été retenue. La classe 1 (10,7%) représente les femmes jeunes prises en charge pour de l'asthme et des complications dermatologiques. La classe 2 (14,8%) est composée d'hommes d'âge moyen suivis pour des pathologies chroniques, des facteurs de risque cardio-vasculaires et peu de complications. La classe 3 (26,2%) représente les adultes jeunes pris en charge pour plusieurs pathologies chroniques mais aucune complication du tabagisme. La classe 4 (26,5%) propose une population de jeunes adultes sans antécédent. La classe 5 (5,3%) est constituée de femmes d'âge moyen prises en charge pour des comorbidités psychiatriques et de multiples pathologies chroniques ou complications du tabac. La classe 6 (8,3%) représente les jeunes adultes suivis pour des pathologies chroniques psychiatriques ou des Co-addictions. La classe 7 (8,3%) est composée d'hommes âgés multimorbides. Ils ont de multiples pathologies chroniques, facteurs de risque cardio-vasculaires et complications du tabagisme (cardio-vasculaires, pulmonaires ou cancéreuses).

Conclusion : Cette typologie prend en compte les caractéristiques, les comorbidités et les traitements des patients afin de les regrouper en 7 classes différentes. Elle évite une prise en charge isolée de multiples pathologies chroniques et permet de représenter la diversité des situations cliniques rencontrées en médecine générale. Cette classification pourrait permettre une prise en charge personnalisée pour chaque profil de patient fumeur.

Spécialité :

Médecine Générale

Mots clés français :

Médecine Générale ; fumer du tabac ; classification ; soins de santé primaires ; arrêter de fumer

Abstract:

Smoking is a major public health problem and will affect 1 in 4 French people by 2020. The current recommendations are based on an evaluation of the motivation to stop, of the dependence and then the proposal of a cessation aid. These recommendations concern all patients who smoke.

Objective: To make a typology of patients care for smoking in general practice

Method: We conducted a retrospective descriptive study and then a typology of patients care for smoking in the Observatory of General Medicine between 2009 and 2011. This population represents 4510 patients.

Results: The partition in 7 classes was retained. Class 1 (10.7%) represents young women care for asthma and dermatological complications. Class 2 (14.8%) is composed of middle-aged men followed for chronic pathologies, cardiovascular risk factors and few complications. Class 3 (26.2%) represents young adults care for several chronic pathologies but no smoking complications. Class 4 (26.5%) offers a population of young adults with no previous history. Class 5 (5.3%) consists of middle-aged women care for psychiatric comorbidities and multiple chronic conditions or complications of smoking. Class 6 (8.3%) represents young adults treated for chronic psychiatric conditions or co-addictions. Class 7 (8.3%) is composed of multimorbid old men. They have multiple chronic pathologies, cardiovascular risk factors and smoking complications (cardiovascular, pulmonary or cancerous).

Conclusion: This typology takes into account the characteristics, comorbidities and treatments of patients in order to group them into 7 different classes. It avoids isolated management of multiple chronic pathologies and allows to represent the diversity of clinical situations encountered in general practice. This classification could allow a personalized management for each profile of smoker patient.

English keywords:

General practice; tobacco smoking; classification; primary health care; smoking cessation

Liste des abréviations

- ACM : Analyse des Correspondances Multiples
- BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- CAH : Classification Ascendante Hiérarchique
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies
- DIM : Département d'Information Médical
- DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hypertension artérielle
- OMG : Observatoire de la Médecine Générale
- RC : Résultats de Consultation
- SFMG : Société Française de Médecine Générale

Table des matières

Remerciements	2
Remerciements personnels	3
Liste des abréviations	6
Table des matières	7
1 Introduction	9
1.1 Contexte.....	9
1.2 Objectif de l'étude	13
2 Matériel et méthode	14
2.1 Type d'étude	14
2.2 Base de données.....	14
2.3 Le Dictionnaire des Résultats de Consultation	16
2.4 Population de l'étude	18
2.5 Choix des variables.....	19
2.5.1 Les variables actives.....	19
2.5.2 Les variables illustratives	20
2.5.3 Sélection des Résultats de Consultation d'intérêt	23
2.5.3.1 Choix des Résultats de Consultation	23
2.5.3.2 Conditions pour caractériser la typologie	28
2.6 Plan d'analyse.....	34
2.6.1 Analyse descriptive	34
2.6.2 Typologie des patients fumeurs pris en charge pour « tabagisme ».....	34
3 Résultats.....	36
3.1 Analyse descriptive.....	36
3.2 Les patients	36
3.2.1 L'acte tabagisme.....	40
3.2.2 Les prescriptions médicamenteuses	41
3.2.3 Les prises en charge chroniques	42
3.2.4 Les prises en charge aiguës	43
3.2.5 Les Résultats de Consultation d'intérêt.....	43
3.2.6 Les regroupements de RC	49
3.3 Typologie de patient fumeurs pris en charge pour « tabagisme »	52
3.3.1 Analyse par Correspondance Multiples	52

3.3.2	Classification Hiérarchique Ascendante	62
3.3.2.1	Choix de la coupure de l'arbre de classification.....	63
3.3.2.2	Partition en 7 classes.....	64
4	Discussion.....	79
4.1	Principales limites.....	79
4.2	Principales forces.....	80
4.3	Représentativité de la population d'étude.....	80
4.4	Typologie.....	81
4.5	Perspectives	88
	Conclusion.....	89
	Bibliographies	90
	Table des figures	94
	Table des tableaux.....	95
	Annexes.....	96

1 Introduction

1.1 Contexte

Le tabac est un problème majeur de santé publique qui participe au décès prématuré d'un fumeur régulier sur deux (1). Il s'agit de la première cause de mortalité évitable en France.

Les impacts du tabagisme chronique sur la santé sont multiples. En particulier, le tabagisme est associé à la majorité des cancers les plus fréquents en France. Une relation de causalité significative entre le tabagisme chronique et un cancer a été mise en évidence pour les localisations suivantes (2) : poumon, voies aéro-digestives supérieures, pancréas, vessie, reins, foie, Œsophage, estomac, côlon, rectum, col de l'utérus, ovaires. L'excès de risque dépend de la consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée d'exposition). Le tabagisme est également un facteur de risque cardio-vasculaire indépendant(3) et le facteur de risque principal de la broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO). En plus des complications cardiovasculaires et pulmonaires, le tabac a un impact sur la majorité des organes du corps humain. L'importance du sevrage n'est plus à démontrer.

Pour caractériser les patients fumeurs, il existe une étude annuelle proposant un état des lieux du tabagisme en France : le Baromètre Santé de Santé Publique France. Les patients tabagiques sont principalement caractérisés par des données socio-démographiques (âge, genre, adresse, revenus, ...). On y distingue également trois catégories de fumeurs : les fumeurs quotidiens qui déclarent fumer au moins une cigarette par jour, les fumeurs occasionnels qui déclarent fumer moins d'une cigarette par jour et les expérimentateurs qui déclarent avoir fumer au moins une fois au cours de leur vie. Les inégalités sociales en matière de tabagisme ont été mesurées à partir de trois indicateurs socio-économiques : le niveau de diplôme, le revenu mensuel par unité de consommation et la situation professionnelle. Elles

sont marquées mais stables dans le temps. Ainsi, selon les données du Baromètre santé 2020(4), la prévalence du tabagisme quotidien était de 25,5 % en 2020 chez les 18-75 ans. Elle était de 29,1% chez les hommes et 22 % chez les femmes. En comparaison, la prévalence de tabagisme quotidien était de 29,1 % en 2010(5). Chez les personnes de 76 à 85 ans la prévalence du tabagisme quotidien est de 4.1%. La prévalence des ex-fumeurs est restée stable entre 2014 et 2020 (32,7%).

Pour homogénéiser les quantités de tabac consommée, la Haute Autorité de Santé propose la règle de conversion suivant :

- 1 cigarette à rouler = 1 cigarette ;
- 1 cigare ou 1 cigarillo = 2 cigarettes ;
- 1 pipe = 5 cigarettes ;
- 1 chicha = 10 cigarettes.

Ainsi, en 2020, les fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans consommaient en moyenne 13 cigarettes (ou équivalent) par jour, sans variation significative depuis 2014. Les hommes ont déclaré fumer en moyenne plus que les femmes (14,1 cigarettes par jour chez les hommes et 11.7 cigarettes en moyenne par jour chez les femmes). Selon le baromètre Santé 2017(6), parmi les fumeurs quotidiens, 18,8% fumaient entre 1 et 5 cigarettes par jour en moyenne, 33,2% entre 5 et 10, 19,3% entre 10 et 15, 17,4% entre 15 et 20 et 11,2% plus de 20.

En 2020, un tiers des fumeurs quotidiens (29%) avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois et près de la moitié (56,7%) déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer. Les médecins généralistes sont au cœur de cette lutte anti-tabac comme le rappelle la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations de 2014(7): l'objectif doit être d'engager une démarche active auprès des patients fumeurs quel que soit le motif de

consultation. Le médecin généraliste doit aider à concrétiser l'arrêt, accompagner et empêcher les rechutes. L'accompagnement est un des facteurs clés pour arrêter de fumer. Effectivement, 97% des fumeurs qui essaient d'arrêter sans aucune aide échouent.

La prévalence de prise en charge des fumeurs par les médecins généralistes était de 3.8% en nombre de patients et de 2.7% en nombre d'actes dans les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) géré par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) entre 1994 et 2011. Cette prévalence a triplée en 10 ans. L'écart entre la prévalence des fumeurs et la prévalence des fumeurs pris en charge s'explique par la nécessité d'un accord du patient pour qu'il y ait une prise en charge. Cela correspond à plus de 2500 patients et plus de 5300 actes en 2009 au sein de l'OMG.

Les recommandations actuelles de prises en charge du tabagisme sont identiques pour tous les patients au statut de « fumeur ». Après une évaluation de la motivation(8), elles reposent sur une évaluation de la dépendance à l'aide du test de Fagerström (annexe 1) puis un accompagnement psychologique par le médecin traitant et une prescription de substitut nicotinique si besoin. Les autres traitements médicamenteux tels que la varénicline et le bupropion sont prescrits en seconde intention. Les autres méthodes comme l'acupuncture ou l'hypnose ne sont pas recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) mais leurs utilisations « ne doivent pas être découragées si le fumeur les considère comme utiles dans sa démarche ». La cigarette électronique n'est pas recommandée à ce jour mais elle n'est pas déconseillée.

Ces recommandations font partie d'une approche mono-pathologique du tabagisme, sans prise en compte des comorbidités ou caractéristiques des fumeurs. Les données du Baromètre Santé, qui sont une « veille » du tabagisme en France, comportent uniquement des éléments socio-démographiques. Il y a donc une seule recommandation de prise en charge du tabagisme, identique pour tous les patients fumeurs.

La typologie de patient est une méthode qui crée des classes de patients en prenant en compte différents facteurs. L'approche par typologie de patient a été réalisée par la SFMG pour d'autres pathologies chroniques(9) telles que l'hypertension artérielle (HTA) ou le diabète. Ces méthodes ont permis d'identifier des profils de patients en prenant en compte leurs caractéristiques, comorbidités et traitements(10). Elle montre la diversité des situations cliniques et permet d'éviter la prise en charge isolée de multiples pathologies en proposant des catégories de patients regroupés en classe. Chaque catégorie possède alors ces propres risques, objectifs, évolutions et suivis. L'objectif est un repérage simple de la « classe » du patient par le médecin. Ainsi, dans la continuité de cette approche, la recherche de profil de patients fumeurs suivis en médecine générale semble intéressante.

1.2 Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est de réaliser une typologie des patients pris en charge pour tabagisme. Pour y parvenir, nous utiliserons la base de données de l'Observatoire de la Médecine Générale. L'intérêt est de pouvoir mettre en évidence des groupes de patients homogènes et distincts afin qu'à terme cette nouvelle approche puisse permettre une prise en charge personnalisée.

L'objectif est donc de savoir quels sont les profil-types de patient pris en charge pour tabagisme en médecine générale. On peut formuler l'hypothèse qu'une typologie de patient fumeurs suivis en médecine générale devrait mettre en évidence des profils dans lesquels les médecins généralistes pourraient classer chacun de leur patient. Ainsi, la globalité du patient serait prise en compte et non uniquement son statut de fumeur. L'objectif à terme serait donc une nouvelle approche de la prise en charge du tabagisme qui pourrait être adaptée à chaque type de fumeur. Les objectifs, les traitements et le suivi seraient personnalisés.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Dans un premier temps, une étude observationnelle descriptive d'une cohorte sera réalisée. Cette étude est donc rétrospective. La population d'étude est un échantillon issu de l'Observatoire de la Médecine Générale(11). Dans un second temps, la typologie sera caractérisée à l'aide d'une analyse des correspondances multiples et une classification ascendante hiérarchique pour obtenir les sous- groupes.

2.2 Base de données

L'Observatoire de la Médecine Générale a été créé par la Société Française de Médecine Générale en 1993. Des médecins investigateurs répartis sur toute la France ont fourni les données de leurs dossiers médicaux au Département d'Information Médical (DIM) de la SFMG. Un outil spécifique intégré au logiciel du médecin a été utilisé par tous les investigateurs : le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC). Ainsi, le recueil des données s'est fait en temps réel pendant les consultations par le médecin qui rentre les Résultats de Consultation dans les dossiers. Ils intégraient de façon régulière ces données sur une base mise en ligne par l'OMG : la base de données DIOGENE. En 2011, ces données représentent plus de 850 000 patients, huit millions d'actes, dix millions de résultats de consultation et vingt millions de prescriptions médicamenteuses.

La gestion de cet outil est sous la responsabilité du médecin du DIM. Les données sont centralisées par télétransmission sous forme cryptée et anonyme. Les informations contenues dans la base de données sont soumises au respect des règles déontologiques :

-Anonymisation des données et des médecins

-Protection de la base

-Connaissance de la finalité des données par les médecins et les patients

Cela a permis la création de l'Observatoire de la Médecine Générale.

L'OMG a pour objectif de servir de terrain de recherche pour la Société Française de Médecine Générale via le recueil régulier de données sur l'activité des médecins généralistes.

Cet observatoire comprend les données suivantes :

- Les caractéristiques des médecins : genre, âge, lieu et mode d'exercice, secteur conventionnel.
- Les caractéristiques des patients : genre, âge, département d'habitation, antécédents médicaux, traitements, vaccins, indice de masse corporel, consommation de soins
- Les caractéristiques des consultations : résultats de consultation, position diagnostique (symptômes, syndrome, tableau de maladie, diagnostic certifié, non pathologique), code suivi (nouveau, persistant, révision), prescriptions des examens para cliniques et médicaments.

2.3 Le Dictionnaire des Résultats de Consultation

Le Dictionnaire des Résultats de Consultations(12) regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an. L'ensemble des Résultats de consultation représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours. En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC au moins une fois par an, soit dans environ 1 cas pour 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français).

En 2009, le DRC comportait 271 définitions. Il s'agit aussi bien de symptômes, de syndromes que de diagnostics. Chaque définition possède des critères d'inclusion et d'exclusion. La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.

Le « Résultat de Consultation » (RC) est la synthèse diagnostique du médecin avant sa prise de décision. Il peut s'agir d'un diagnostic au sens étiologique du terme, d'un symptôme ou d'un syndrome. Il ne s'agit pas des motifs de consultation, c'est-à-dire la ou les raisons pour lesquelles un patient se présente en consultation, mais bien du résultat du raisonnement clinique en fin de consultation. Pour décrire ces situations cliniques, la SFMG a développé le Dictionnaire des Résultats de Consultation (Annexe 2). Cet outil est développé à partir des travaux épidémiologiques de R.N. BRAUN. Le praticien utilise pour relever ses éléments diagnostiques le DRC qui définit la sémiologie des situations cliniques les plus fréquemment rencontrées dans l'activité quotidienne des médecins généralistes. Ce dictionnaire est un langage commun, conçu sur les critères de prévalence des états morbides en médecine générale, et sur le choix de définitions exclusives les unes des autres. Il a pour objectifs de permettre au praticien de prendre sa décision dans un esprit à la fois de certitude

sémiologique (le praticien précise les éléments sémiologiques dont il est certain), mais aussi d'ouverture et de vigilance (le praticien sait quel niveau de risque il doit gérer).

Les résultats de consultation sont regroupés dans une des 4 catégories suivantes :

- Symptôme (A) : Le symptôme correspond à une consultation se concluant par la présence d'un signe cardinal isolé
- Syndrome (B) : Le syndrome regroupe plusieurs symptômes ou signes cliniques sans pour autant définir une maladie
- Tableau de maladie (C) : Le tableau de maladie évoque une maladie décrite sans confirmation étiologique
- Diagnostic (D) : Le diagnostic est réservé à la reconnaissance certaine d'une maladie.

Ces catégories permettent au praticien de définir clairement une position diagnostique graduée par son degré d'incertitude. Cet outil permet une gestion optimale de l'incertitude diagnostique qui est le quotidien du médecin généraliste. Il clarifie et justifie la démarche du praticien. Il rend également compte du cheminement diagnostique durant un épisode de soins. Chaque résultat de consultation est défini par des critères d'inclusion et d'exclusion précis. L'outil est donc un répertoire de termes aux contenus définis précisément, destiné au classement systématique de l'information recueillie.

Élaboré pour aider le médecin dans sa pratique quotidienne, cet outil permet le recueil de données médicales fiables.

2.4 Population de l'étude

La période choisie est la plus récente de la base de données : 2009 à 2011. Sur cette période, l'OMG comprends 110 314 patients et 806 977 actes pour 68 médecins généralistes.

La population d'étude est composée des patients remplissant les critères d'inclusion suivants :

- Être patient de tout âge ayant été pris en charge au moins une fois pour « tabagisme » sur la période d'intérêt du 01/01/2009 au 31/12/2011

Le RC « Tabagisme » est relevé par le médecin chaque fois qu'il est abordé avec le patient.

Dans le dictionnaire des résultats de consultation, le RC « tabagisme » est défini par :

++++ 1 Consommation régulière de tabac (sous toutes ses diverses formes)

++1 moins de 10 cigarettes

++1 de 10 à 20 cigarettes ++1

Plus de 10 cigarettes par jour

++++ difficulté d'arrêt durable

++++ 1 sujet exposé (tabagisme passif)

+/- demande d'arrêt ou de diminution (de la part du patient)

+/- prise en compte par le médecin du tabagisme

+/- prescription d'arrêt immédiat (en cas de pathologie associée grave)

+/- rechute

(1 pipe = 3 cigarettes, 1 gros cigare = 20 cigarettes)

2.5 Choix des variables

La classification est basée sur des critères cliniques. Ils sont eux-mêmes regroupés en différentes classes. La connaissance des variables et la distribution des variables nous amène à adopter un classement personnalisé. En effet, nous avons choisi une répartition ayant un sens clinique plutôt qu'une répartition en quartile.

2.5.1 Les variables actives

Les éléments de la base retenus comme variables actives pour caractériser cette étude sont les suivants :

- Le Genre :
 - Femme
 - Homme

- L'Age réparti en 5 classes d'âge :
 - 0 à 15 ans : classe des enfants qui sont très peu représentés
 - 16 à 25 ans : classe des jeunes
 - 26 à 45 ans : classe des adultes jeunes
 - 46 à 60 ans : classe des adultes d'âge moyen
 - Plus de 60 ans : classe des retraités (l'âge moyen de la retraite était de 61 ans en 2009)

- Nombre d'acte « tabagisme » par patient réparti en 3 classes :
 - 1 fois : Prise en charge épisodique
 - 2 ou 3 fois : Prise en charge ponctuelle
 - Au moins 4 : Prise en charge importante

- Nombre de pathologies chroniques différentes par patient réparti en 4 classes (comprend le tabagisme donc au moins 1)
 - 1 pathologie chronique : Patients n'ayant aucune autre pathologie chronique
 - 2 pathologies chroniques : Patients ayant une seule autre pathologie chronique
 - 3 ou 4 pathologies chroniques : Patient ayant 2 ou 3 pathologies chroniques associées au tabagisme
 - Au moins 5 pathologies chroniques : Patient multimorbide avec au moins 4 pathologies chroniques en plus du tabagisme
- Nombre moyen de médicaments prescrits par acte tabagisme réparti en 5 classes :
 - 0 (aucune prescription)
 - 1
 - 2
 - 3 ou 4
 - Plus de 5
- Une liste déterminée de regroupement de Résultat de Consultation (RC)

2.5.2 Les variables illustratives

Les éléments de la base retenus comme variables illustratives pour caractériser cette étude sont les suivants :

- Le genre du médecin :
 - Femme
 - Homme

- La classe d'âge du médecin :
 - Jusqu'à 49 ans : première partie de carrière
 - 50ans et plus : seconde partie de carrière
- Le mode d'exercice du médecin qui est une approximation du lieu de vie des patients :
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain
- Nombre moyen de prescriptions de psychotropes (Médicaments de la classification ATC N05 ou N06A) par acte tabagisme réparti en 3 classes :
 - 0
 - 1
 - 2 et plus
- Nombre moyen de prescriptions de substitut nicotinique (Médicament de la classification ATC N07BA01) par acte tabagisme réparti en 2 classes :
 - Classe « oui » : au moins 1 substitut nicotinique par acte (≥ 1 par acte)
 - Classe « non » : il n'y a pas eu de prescription de substitut nicotinique (< 1 par acte)
- Nombre moyen de prescriptions de médicament indiqué dans l'arrêt du tabac (Médicament de la classification ATC N07BAZ02 et N07BA03, varénicline et bupropion) par acte tabagisme réparti en 2 classes :
 - Classe « Oui » : au moins 1 médicament indiqué dans le sevrage tabagique par acte (≥ 1 par acte)
 - Classe « Non » : il n'y a pas eu de prescription de médicament indiqué dans le sevrage tabagique (< 1 par acte)

- Date de la première consultation (évaluation de l'ancienneté du suivi) :
 - « Ancien patient » (plus de 2 ans)
 - « Nouveau » patient (2 ans ou moins)

- Le nombre de prise en charge « aigue » par patient, c'est-à-dire le nombre Résultat de Consultation aigu selon la classification des Résultats de Consultation (Annexe 3). Cet élément a été réparti en 4 classes :
 - 0 fois
 - Max 3 fois sur la période (soit $\leq 1/\text{an}$)
 - De 4 à 9 fois sur la période (soit $\leq 3/\text{an}$)
 - Plus de 9 fois sur la période (soit $>3/\text{an}$)

- Le critère « prise en charge par le médecin traitant » : les données de l'OMG ne permettent pas de savoir si le médecin prenant en charge le patient est son médecin traitant. Nous avons donc choisi le critère « avoir été vu en consultation en 2008 et en 2009 » afin d'avoir une approximation de cette donnée.

2.5.3 Sélection des Résultats de Consultation d'intérêt

2.5.3.1 Choix des Résultats de Consultation

Les Résultats de Consultation retenus en variable active pour caractériser la typologie ont été sélectionnés après une recherche bibliographique. Elle a été réalisée afin de choisir les variables d'intérêts pour la typologie parmi l'ensemble des RC du DRC, soit 271 RC.

Les moteurs de recherche bibliographiques qui ont été utilisés :

- Pub Med
- Sudoc
- Google Scholar
- Google

Les mots clés utilisés en association avec les termes des Résultats de Consultation ont été :

- Smoking
- Smoking/epidemiology
- Smoking/therapy
- Smoking cessation
- General practice

Les 188 résultats de consultation ci-dessous n'ont pas été retenus pour l'une des raisons

suivantes :

- Il n'a pas été trouvé d'association significative avec le tabagisme dans la littérature scientifique ;
- Il s'agit de résultats de consultation de « symptômes » qui sont peu spécifiques.

4	ACCES ET CRISE	154	HERNIE - EVENTRATION
6	ACOUPHENE	155	HERPES
8	ADENOPATHIE	160	HYPERGLYCEMIE
9	PREPUCE ADHERENCE-PHIMOSIS	162	HYPERURICEMIE
10	GOUT (ANOMALIE DU)	164	SURDITE
15	ALGODYSTROPHIE	166	HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
16	LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE	170	KYSTE SYNOVIAL
17	AMAIGRISSEMENT	173	IMPETIGO
19	ANEMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	175	INCONTINENCE URINAIRE
22	APPETIT (PERTE D')	181	INTERTRIGO
25	APHTE	187	LEUCORRHEE
26	SENILITE	189	LIPOME
39	BOUFFEE DE CHALEUR	191	LITHIASE BILIAIRE
43	BRULURE	200	MEMOIRE (PERTE DE)
44	HYGROMA	202	SYNDROME PREMENSTRUEL
45	PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE	205	METEORISME
47	CANAL CARPIEN	206	MIGRAINE
54	TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)	207	MYALGIE
58	CERUMEN	208	MORSURE - GRIFFURE
61	CHALAZION	213	LITHIASE URINAIRE
63	CHOLECYSTITIS	215	LUXATION
67	COCCYDYNE	216	LYMPHANGITE
71	HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE	219	NEVRALGIE - NEVRITE
75	CONVULSION FEBRILE	223	OEDEME MEMBRES INFERIEURS
78	CORPS ETRANGER SOUS-CUTANE	224	ONGLE (PATHOLOGIE DE)
80	CRAMPE MUSCULAIRE	226	ORCHI-EPIDIDYMITE
87	DERMITE SEBORRHEIQUE	228	ORGELET
91	DIARRHEE (ISOLEE)	231	OTALGIE
97	DYSPHAGIE	232	OTITE EXTERNE
99	DYSPNEE	234	PARASITOSE DIGESTIVE
102	ECZEMA FACE NOURRISSON	236	PANARIS
103	ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE	239	PARESTHESIE DES MEMBRES
104	ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	240	PARKINSONIEN (SYNDROME)
109	ENGELURE	248	PIED (ANOMALIE STATIQUE)
110	ENROUEMENT	249	PIQURE D'ANIMAL
112	EPICONDYLITE	251	BLESSURES COMBINEES LEGERES
114	EPILEPSIE	256	ANOMALIE POSTURALE
117	EPISTAXIS	257	PLAINTES POLYMORPHES
120	ERYTHEME FESSIER NOURRISSON	258	PRECORDIALGIE
124	FECALOME	259	PROLAPSUS GENITAL
126	FISSURE ANALE	262	PRURIT GENERALISE
130	MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)	280	SEIN (TUMEFACON)
131	FRACTURE	290	TARSALGIE - METATARSALGIE
133	GALE	291	TENOSYNOVITE
139	MAL DE GORGE	296	TREMBLEMENT
143	HALLUX VALGUS	301	URETRITE
145	HEMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE	302	URTICAIRE
146	HEMATURIE	303	SOUFFLE CARDIAQUE
150	HEMORROIDE	305	VARICELLE
153	HERNIE HIATALE	308	VERRUE

309	PITYRIASIS VERSICOLOR	725	CONTUSION
313	ZONA	728	DERMATOSE
315	COR - DURILLON	731	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
317	TIC	734	EPIGASTRALGIE
325	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	736	ETAT MORBIDE AFEBRILE
335	BLESSURES COMBINEES SEVERES	741	HYPOTHYROIDIE
337	ANEMIE (NON FERRIPRIVE)	744	JAMBES LOURDES
412	MYCOSE UNGUEALE	751	PLAINTE ABDOMINALE
421	ENURESIE	752	REACTION A SITUATION EPROUVANTE
446	POLLAKIURIE	754	RHINITE
447	DYSURIE	756	SUITE OPERATOIRE
477	MOLLUSCUM PENDULUM	760	VACCINATION
478	SEIN (AUTRE)	762	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX
479	DOULEUR PELVIENNE	821	MALAISE - EVANOUISSEMENT
480	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	828	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE
481	PIED D'ATHLETE	830	EPAULE (TENOSYNOVITE)
482	OEIL (LARMOIEMENT)	831	COL UTERIN (ANOMALIE DU)
483	OEIL (TRAUMATISME)	833	GROSSESSE
486	V.I.H.	834	LANGAGE ORAL ET ECRIT (TROUBLE DU)
496	PITYRIASIS ROSE DE GIBERT	837	NAEVUS
497	PRURIT LOCALISE	838	CIRRHOSE DU FOIE
499	REACTION TUBERCULINIQUE	839	DEMENCE
502	TENDON (RUPTURE)	840	SCLEROSE EN PLAQUES
503	TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	841	ENTORSE
505	DECES	842	PLAIE
506	TUMEFACTION	843	UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)
528	COMPORTEMENT (TROUBLES)	844	IATROGENE - EFFET INDESIRABLE D'UNE THERAPEUTIQUE
531	DYSMENORRHEE	845	PROSTATE (HYPERTROPHIE)
532	ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	846	PSYCHIQUE (TROUBLE)
533	BACTERIURIE - PYURIE	848	CERVICALGIE
534	COLIQUE NEPHRETIQUE	849	DORSALGIE
601	GLAUCOME	850	LOMBALGIE
605	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	851	DIFFICULTE SCOLAIRE
606	ALBUMINURIE	855	OEIL (ACUITE VISUELLE)
607	HEPATITE VIRALE	856	ETAT FEBRILE
610	RECTORRAGIES	857	TOUX
611	MELENA	861	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT
614	OEDEME DE QUINCKE	862	NAUSEE OU VOMISSEMENT
615	CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE		
616	AMENORRHEE-OLIGOMENORRHEE-HYPOMENORRHEE		
617	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION		
618	POST- PARTUM (SUIVI)		
705	HYPERSUDATION		
707	OEDEME LOCALISE		
715	ARTHROSE		
716	ASTHENIE - FATIGUE		
721	CEPHALEE		
722	COLIQUE (SYNDROME)		
723	CONSTIPATION		
724	CONTRACEPTION		

Tableau 1 : Liste des Résultats de Consultation exclus

Les 82 Résultats de Consultation suivants ont été choisis comme variables d'intérêt car un lien a été établi selon les études référencées en bibliographie ; il s'agit soit d'une complication connue du tabac, soit d'une comorbidité potentiellement aggravée par le tabagisme, soit d'un cofacteur de risque ou une Co-addiction :

- Complications cardiovasculaires : ANEVRYSME ARTERIEL n°20, SEXUELLE (DYSFONCTION) n°106, ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL n°148, INFARCTUS DU MYOCARDE(13) n°176, INSUFFISANCE RENALE n°179, THROMBOPHLEBITE n°245, STENOSE ARTERIELLE n°402, TACHYCARDIE PAROXYSMIQUE n°504, ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE n°711, ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS n°713, VARICES DES MEMBRES INFERIEURS(14) n°761, FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES n°819, INSUFFISANCE CARDIAQUE n°820, TROUBLE DU RYTHME (AUTRE) n°823, HTA n°826
- Complications pulmonaires : PNEUMOPATHIE AIGUE n°252, INSUFFISANCE RESPIRATOIRE n°270, BRONCHITE AIGUE n°718, BRONCHITE CHRONIQUE n°719
- Infections ORL(15) : PHLEGMON DE L'AMYGDALE n°246, SINUSITE n°282, OTITE MOYENNE n°749, RHINOPHARYNGITE – RHUME n°811, ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE) n°835
- Complications urologiques : BALANO-POSTHITE(16) n°35, CYSTITES – CYSTALGIE(17) n°726, PYELONEPHRITE AIGUE n°822, PROSTATITE n°825
- Complications dermatologiques(18) (19): ABCES SUPERFICIEL n°1, ACNE(20) (21) (22) (23) (24) (25)n°5, CHEVEUX (CHUTE)(26) n°62, CICATRICE n°65, ERYSIPELE n°118, ESCARRE n°121, FOLLICULITE SUPERFICIELLE n°129, FURONCLE – ANTHRAX n°132, KYSTE SEBACE(27) n°171, ULCERE DE JAMBE n°300
- Complications métaboliques(28) : GOITRE n°138, HYPERTHYROIDIE n°604, DIABETE DE TYPE 2(29) (30) (31) (32) n°818

- Complications digestives(33) : DENT n°84, GINGIVITE n°136, STOMATITE – GLOSSITE n°283,
GASTRITE CHRONIQUE n°600, ULCERE DUODENAL n°612, ULCERE GASTRIQUE n°613,
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE(34) n°753
- Complications gynécologiques : VULVITE-VAGINITE(35) (36) n°619, MENORRAGIE-
METRORRAGIE(37) n°621, MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)(38) n°746,
 - Complications ophtalmologiques : CATARACTE(39) n°53, CONJONCTIVITE n°72
 - Complications rhumatologiques : OSTEOPOROSE(28) n°748, SCIATIQUE(40) n°827
 - Complications cancéreuses : CANCER n°720
 - Evènement de vie : PROBLEME FAMILIAL n°319, PROBLEME PROFESSIONNEL n°320,
PROBLEME DE COUPLE n°327
 - Comorbidités psychiatriques : SUICIDE (TENTATIVE) n°182, TRAC n°522, SYNDROME
MANIACO DEPRESSIF n°529, PHOBIE n°530, ANOREXIE – BOULIMIE(41) n°539,
DEPRESSION n°727, HUMEUR DEPRESSIVE n°739, INSOMNIE(42) n°742, NERVOSISME
n°747, ANXIETE – ANGOISSE n°859
 - Comorbidités pulmonaires : ASTHME n°717
 - Comorbidités cardiovasculaires : SYNDROME DE RAYNAUD(43) n°7
 - Comorbidités rhumatologiques : POLYARTHRITE RHUMATOIDE(44) n°829
 - Comorbidités dermatologiques(19) : PSORIASIS(45) n°263, ECZEMA(46) (47) n°732
 - Cofacteur de risque cardiovasculaire : GOUTTE n°140, OBESITE n°221, SURCHARGE
PONDERALE n°516, DIABETE DE TYPE 1 n°602, HYPERLIPIDÉMIE n°740, DIABETE DE TYPE
2 n°818, PPR – HORTON n°832
 - Autres addictions : ALCOOL (PROBLÈME AVEC L') n°709, TOXICOMANIE n°759

2.5.3.2 Conditions pour caractériser la typologie

Pour chacun des 82 RC, il a été calculé le nombre de patients et d'actes concernés à l'aide de fichiers Excel afin de réfléchir aux traitements de ces résultats de consultation. Ainsi, la condition pour qu'un Résultat de Consultation ait été retenu pour caractériser la typologie est différente selon les RC : il s'agit d'un nombre de prise en charge précis sur une période donnée. Il a été choisi plusieurs groupes en fonction de leur fréquence dans la population.

Pour les comorbidités psychiatriques (tableau 2), les conditions requises choisies sont : au moins 3 fois pris en charge durant la période d'étude (P).

RC	n° de RC
TRAC	522
ANXIETE-ANGOISSE	859
INSOMNIE	742

Tableau 2: Comorbidités psychiatriques

Pour le groupe de RC événement de vie (tableau 3), il a été décidé qu'un minimum de 2 prises en charge pendant la période (P) était nécessaire.

RC	n° de RC
PROBLEME FAMILIAL	319
PROBLEME PROFESSIONNEL	320
PROBLEME DE COUPLE	327

Tableau 3: Evènements de vie

Pour les complications aiguës fréquentes (tableau 4), la condition requise pour être retenues est un minimum de 3 prises en charge durant la période d'étude et l'année suivante (P et P+1).

Cette condition concerne les RC suivants :

RC	N° RC
SEXUELLE (DYSFONCTION)	106
ABCES SUPERFICIEL	1
FOLLICULITE SUPERFICIELLE	129
FURONCLE – ANTHRAX	132
KYSTE SEBACE	171
DENT	84
GINGIVITE	136
STOMATITE – GLOSSITE	283
VULVITE-VAGINITE	619
MENORRAGIE-METRRORRAGIE	621
SCIATIQUE	827
CONJONCTIVITE	72
PNEUMOPATHIE AIGUE	252
BRONCHITE AIGUË	718
BALANO-POSTHITE	35
CYSTITE – CYSTALGIE	726
PYELONEPHRITE AIGUE	822
PROSTATITE	825
SINUSITE	282
OTITE MOYENNE	749
RHINOPHARYNGITE – RHUME	811
ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	835

Tableau 4 : Complications aiguës fréquentes

Pour le reste des complications, moins fréquentes (tableau 5), la condition requise est au minimum un épisode durant la période et l'année suivante (P et P+1).

RC	N° RC
ACNE	5
ANEVRYSME ARTERIEL	20
CATARACTE	53
CHEVEUX (CHUTE)	62
CICATRICE	65
ERYSIPELE	118
ESCARRE	121
GOITRE	138
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	148
INFARCTUS DU MYOCARDE	176
INSUFFISANCE RENALE	179
THROMBOPHLEBITE	245
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	270
ULCERE DE JAMBE	300
STENOSE ARTERIELLE	402
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	504
GASTRITE CHRONIQUE	600
HYPERTHYROIDIE	604
ULCERE DUODENAL	612
ULCERE GASTRIQUE	613
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	711
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	713
BRONCHITE CHRONIQUE	719
MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	746
OSTEOPOROSE	748
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	753
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	761
FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	819
INSUFFISANCE CARDIAQUE	820
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	823
HTA	826
PHLEGMON DE L'AMYGDALITE	246

Tableau 5 : Complications non fréquentes du tabagisme

Pour finir, les comorbidités et les cofacteurs de risque (tableau 6) ont été pris en compte dès un résultat de consultation durant la période de l'année n-1 à l'année n+1 (P-1 et P et P+1).

RC	N° RC
SYNDROME DE RAYNAUD	7
GOUTTE	140
SUICIDE (TENTATIVE)	182
OBESITE	221
PSORIASIS	263
SURCHARGE PONDERALE	516
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	529
PHOBIE	530
ANOREXIE – BOULIMIE	539
DIABETE DE TYPE 1	602
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	709
ASTHME	717
CANCER	720
DEPRESSION	727
ECZEMA	732
HUMEUR DEPRESSIVE	739
HYPERLIPIDÉMIE	740
NERVOSISME	747
TOXICOMANIE	759
DIABETE DE TYPE 2	818
POLYARTHRITE RHUMATOIDE	829
PPR – HORTON	832

Tableau 6 : Comorbidités et Co-facteurs de risque cardio-vasculaires

Les RC suivants ont été exclus car non représentés avec ces précédents critères : PHLEGMON DE L'AMYGDALE 246, GINGIVITE 136, PPR-HORTON 832, TRAC 522.

Ensuite, il a été réalisé 11 regroupements de RC qui seront chacun utilisé comme variable active pour la typologie :

- Groupe « infections » : Ce premier regroupement comprend l'ensemble des complications infectieuses, qu'elles soient dermatologiques, pulmonaires, ORL ou génito-urinaires.
- Groupe « complications pulmonaires » : Ce second regroupement exclue les complications pulmonaires aiguës infectieuses qui sont prises en compte dans le groupe précédent.
- Groupe « comorbidité pulmonaire » : Il s'agit uniquement de l'asthme.
- Groupe « complications cardio-vasculaires » : Ce regroupement exclue les complications qui sont reconnues comme cofacteurs de risque cardio-vasculaire indépendant : HTA, Diabète de type 2
- Groupe « facteur de risque cardio-vasculaire » : Ce regroupement comprend les facteurs de risque cardio-vasculaire indépendants.
- Groupe « complications dermatologiques » : Comme pour les précédents groupes, les complications infectieuses ont été placées au sein du premier regroupement.
- Groupe « complications digestives » : Ce groupe rassemble l'ensemble des complications digestives.
- Groupe « comorbidités psychiatriques » : Ce groupe rassemble l'ensemble des pathologies psychiatriques, anxieuses et dépressives.
- Groupe « Co-addictions » : Ce groupe rassemble l'alcoolisme et les toxicomanies
- Groupe « événement de vie » : Ce groupe représente les problèmes familiaux, professionnels et de couple.
- Groupe « cancer » : Ce groupe comprend uniquement le RC « CANCER » qui est déjà un regroupement de toutes les pathologies cancéreuses.

Les RC suivants ont été exclus parce qu'ils ne pouvaient être classés au sein des regroupements choisis et qu'ils étaient trop peu représentés pour être pris en compte de façon isolés : SYNDROME DE RAYNAUD n°7, POLYARTHRITE RHUMATOIDE n°829, CATARACTE n°53, OSTÉOPOROSE n°748, SCIATIQUE n°827, MENOPAUSE n°746, MENORRAGIE METRORRAGIE n°621, GOITRE n°138, HYPERTHYROIDIE n°604.

Ainsi, l'ensemble des RC choisis est dans le tableau récapitulatif suivant (tableau 7) :

REGROUPEMENT	Résultats de consultation	N° de RC
INFECTIONS	SINUSITE	282
	ABCES SUPERFICIEL	1
	FOLLICULITE SUPERFICIELLE	129
	FURONCLE - ANTHRAX	132
	ERYSIPELE	118
	CONJONCTIVITE	72
	OTITE MOYENNE	749
	RHINOPHARYNGITE - RHUME	811
	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	835
	BALANO-POSTHITE	35
	CYSTITE - CYSTALGIE	726
	PYELONEPHRITE AIGUE	822
	VULVITE-VAGINITE	619
	BRONCHITE AIGUË	718
	PNEUMOPATHIE AIGUE	252
	PROSTATITE	825
COMPLICATIONS PULMONAIRES	BRONCHITE CHRONIQUE	719
	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	270
COMORBIDITES PULMONAIRES	ASTHME	717
COMPLICATIONS CV	ANEVRYSME ARTERIEL	20
	SEXUELLE (DYSFONCTION)	106
	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	148
	INFARCTUS DU MYOCARDE	176
	INSUFFISANCE RENALE	179
	THROMBOPHLEBITE	245
	STENOSE ARTERIELLE	402
	TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	504
	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	711
	ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	713
	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	761
	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	819
	INSUFFISANCE CARDIAQUE	820
	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	823

FDR CV	GOUTTE	140
	OBESITE	221
	SURCHARGE PONDERALE	516
	DIABETE DE TYPE 1	602
	HYPERLIPIDÉMIE	740
	DIABETE DE TYPE 2	818
	HTA	826
COMPLICATIONS DERMATOLOGIQUES	ECZEMA	732
	PSORIASIS	263
	ACNE	5
	CHEVEUX (CHUTE)	62
	CICATRICE	65
	ULCERE DE JAMBE	300
	KYSTE SEBACE	171
	ESCARRE	121
COMPLICATIONS DIGESTIVES	DENT	84
	STOMATITE - GLOSSITE	283
	GASTRITE CHRONIQUE	600
	ULCERE DUODENAL	612
	ULCERE GASTRIQUE	613
	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	753
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	SUICIDE (TENTATIVE)	182
	SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	529
	PHOBIE	530
	ANOREXIE - BOULIMIE	539
	DEPRESSION	727
	HUMEUR DEPRESSIVE	739
	INSOMNIE	742
	NERVOSISME	747
	ANXIETE - ANGOISSE	859
CO ADDICTIONS	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	709
	TOXICOMANIE	759
EVENEMENT DE VIE	PROBLEME FAMILIAL	319
	PROBLEME PROFESSIONNEL	320
	PROBLEME DE COUPLE	327
CANCER	CANCER	720

Tableau 7: Regroupement des Résultats de Consultation choisis

2.6 Plan d'analyse

2.6.1 Analyse descriptive

Dans un premier temps, une étude observationnelle descriptive et rétrospective de la cohorte est réalisée. Cette analyse permet de réaliser une description de l'échantillon. Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont des analyses univariées et des indicateurs classiques : moyenne, médiane, minimum, maximum, écart-type. Nous avons utilisé des tableaux croisés dynamiques sur Excel.

2.6.2 Typologie des patients fumeurs pris en charge pour « tabagisme »

L'analyse multidimensionnelle va permettre d'obtenir une classification des patients pris en charge pour « tabagisme » durant la période choisie. Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont des analyses multidimensionnelles : L'analyse par Correspondances Multiples et la Classification Ascendante Hiérarchique.

L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) est une méthode factorielle adaptée aux tableaux dans lesquels un ensemble d'individus est décrit par un ensemble de variables qualitatives. C'est une technique descriptive visant à simplifier et résumer l'information contenue dans un grand nombre de variables afin d'en faciliter l'interprétation. On cherche à mettre en évidence quelles sont les variables corrélées entre elles. On obtient ainsi de nouvelles variables synthétiques appelées axes factoriels.

Ensuite, la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) est une technique statistique dont l'objectif est de séparer une population en différentes classes. On cherche à obtenir une bonne homogénéité intra-classe et une bonne hétérogénéité inter-classe.

Le principe est de rassembler des individus de la population selon des critères choisis, sous la forme d'une « matrice de distances » (distance entre chaque individu pris deux à deux). Plus les individus seront différents, plus la distance sera importante. La Classification Ascendante Hiérarchique va rassembler les individus afin de produire un « arbre de classification » qui schématise les regroupements. Pour produire la classification désirée, on coupera cet « arbre de classification » à une certaine hauteur choisie en fonction du nombre de classes et d'une interprétation la plus pratique possible. Cette classification est fondée sur les axes factoriels définis et choisis dans l'ACM. Elle est ascendante car elle part des individus et hiérarchique car elle produit des classes de plus en plus vastes.

3 Résultats

3.1 Analyse descriptive

Pour cette analyse descriptive, la population étudiée est la suivante :

- Être patient de tout âge ayant été pris en charge au moins une fois pour « tabagisme » (RC 757) sur la période d'intérêt du 01/01/2009 au 31/12/2011. Ces critères représentent une population de 4510 individus.

3.2 Les patients

La population sélectionnée réunissant les critères d'inclusion est de 4510 patients. Comme sur la figure 1, elle est répartie en :

- 1915 femmes (43%)
- 2583 hommes (57%)
- 12 non déterminés

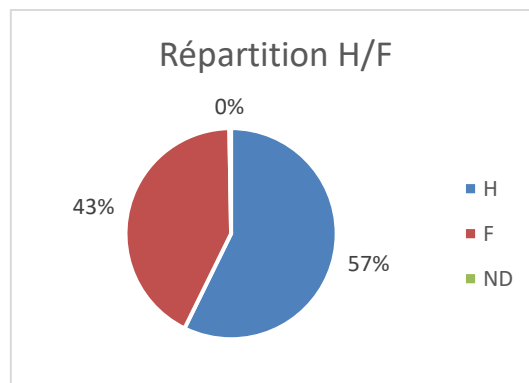


Figure 1: Répartition des patients en fonction du genre dans la population d'étude

Dans la population d'étude, l'âge médian était de 41 ans à la première consultation de la période P. Il était de 42 ans chez les hommes et de 39 ans les femmes. Les classes d'âge sélectionnées précédemment sont répartis dans la figure 2 en fonction de leur pourcentage dans notre échantillon.

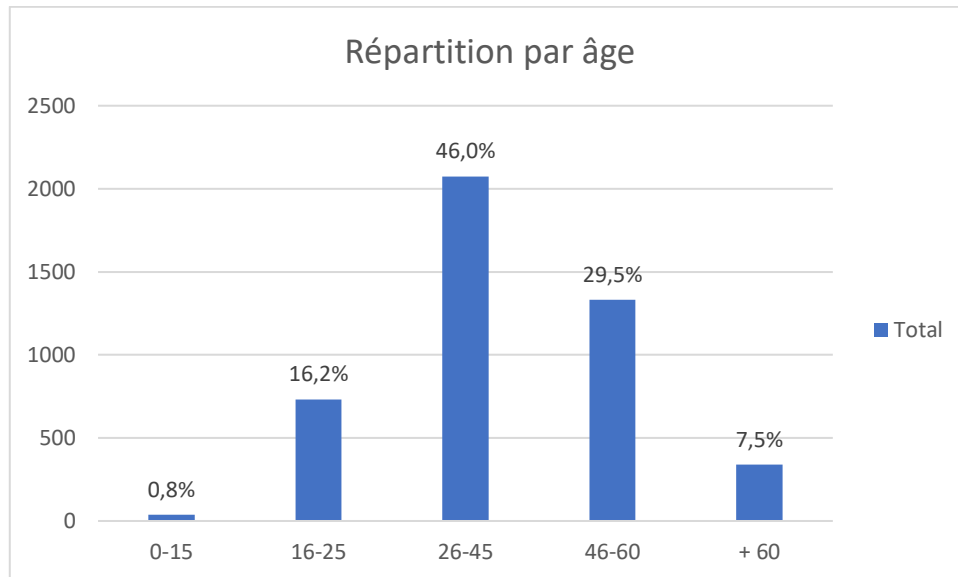


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur classe d'âge dans la population d'étude

La population d'étude vivait principalement en milieu urbain (61%). Le milieu rural et semi-rural représentait 14% et 25% de l'échantillon. Cette caractéristique de lieu de vie a été estimée par le mode d'exercice des médecins renseignés dans l'OMG.

Comme décrit précédemment, les critères d'inclusion de l'étude ne permettent pas de limiter aux patients suivis pendant toute la période choisie ou dont le médecin est bien le médecin traitant déclaré. Nous avons estimé ce critère de « médecin traitant » en sélectionnant les patients ayant consulté deux années de suite ce médecin : une fois en 2008 et une fois en 2009. Cet échantillon représente 2663 patients sur les 4510.

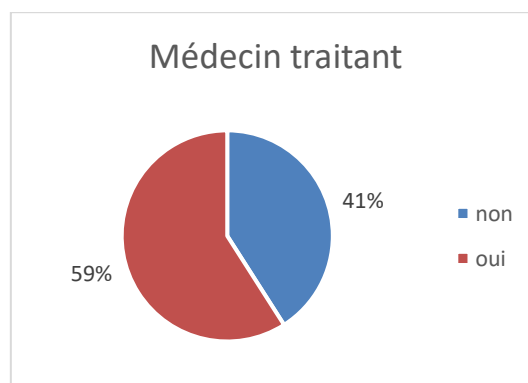


Figure 3: Répartition des patients en fonction de leur prise en charge par leur médecin traitant ou non

Concernant l'ancienneté du suivi, on estime par l'ancienneté du premier contact qu'une majorité des patients étaient suivis depuis plus de 2 ans par le médecin consulté (63%). Les « nouveaux patients », dont la première consultation est postérieure au 01/01/2007, représentent 37%.

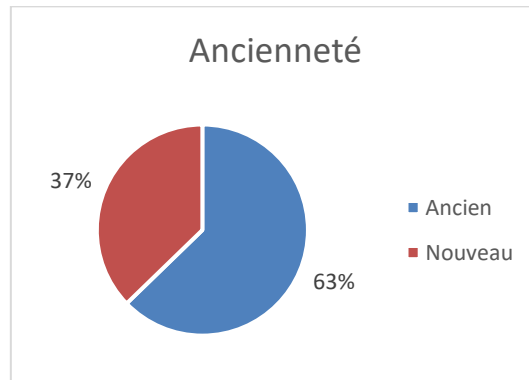


Figure 4: Répartition des patients en fonction de leur statut « ancien patient » ou « nouveau patient »

b) Les médecins

La population étudiée était de 4510 patients pour 57 médecins généralistes :

- 8 femmes (14%)
- 49 hommes (86%)

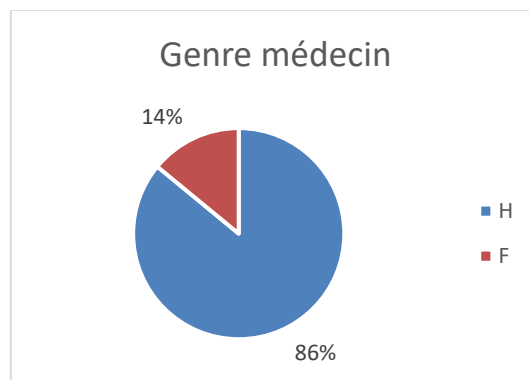


Figure 5: Répartition des médecins de l'étude en fonction de leur genre

L'âge moyen des médecins était de 53 ans. La répartition par classe d'âge en première partie de carrière (<50 ans) et seconde partie est la suivante :

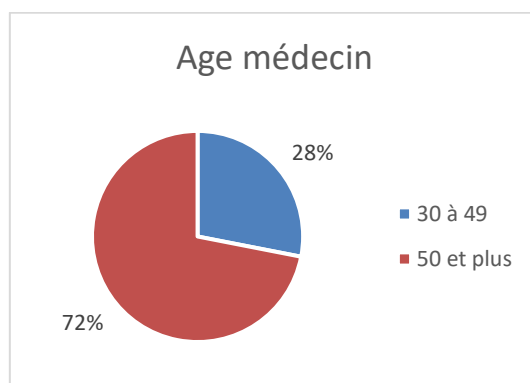


Figure 6: Répartition des médecins de l'étude en fonction de leur âge

Leur mode d'exercice était en grande majorité urbain (61%) contre 14% en milieu rural et semi-rural 25%.

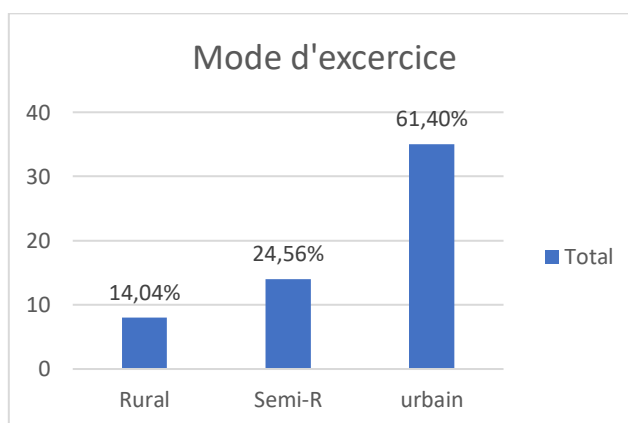


Figure 7: Répartition des médecins de l'étude en fonction de leur mode d'exercice

Leurs statuts vis-à-vis du tabac (fumeur, ex-fumeur, non-fumeur) n'a pas pu être connu.

3.2.1 L'acte tabagisme

Le nombre total de prise en charge pour « tabagisme » était de 12 457 actes sur la période choisie au sein de l'échantillon de 4510 patients. Cela représente une moyenne de 2,75 actes « tabagisme » par patient de la population d'étude. Près de la moitié des patients (52,9%) ont été pris en charge 1 seule fois sur les 3 années et 20% l'ont été au moins 4 fois.

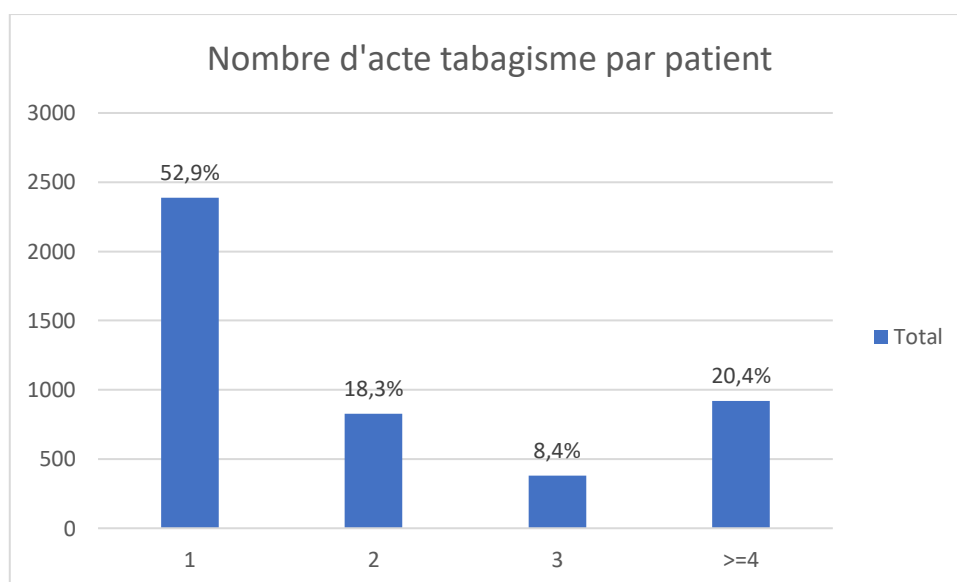


Figure 8: Répartition des patients en fonction de leur nombre d'acte « tabagisme »

On identifie une population bénéficiant d'une prise en charge « lourde » avec plus de 10 actes « tabagisme » sur la période : elle représente 202 de patients soit 4.5% de notre population.

3.2.2 Les prescriptions médicamenteuses

Concernant ces 12 457 actes « tabagisme », 8,5% d'entre eux ont abouti à une prescription de substitut nicotinique et 1% à une prescription de médicament indiqué dans l'arrêt du tabac (varénicline ou bupropion). Parallèlement, près de 30% de ces actes se sont soldés par une prescription de psychotropes (le lien entre la prescription et l'acte n'est pas spécifié).

Ainsi, 17% des patients de l'étude ont eu au moins une fois une prescription de substitut nicotinique et 2,3% au moins une prescription de varénicline ou bupropion.

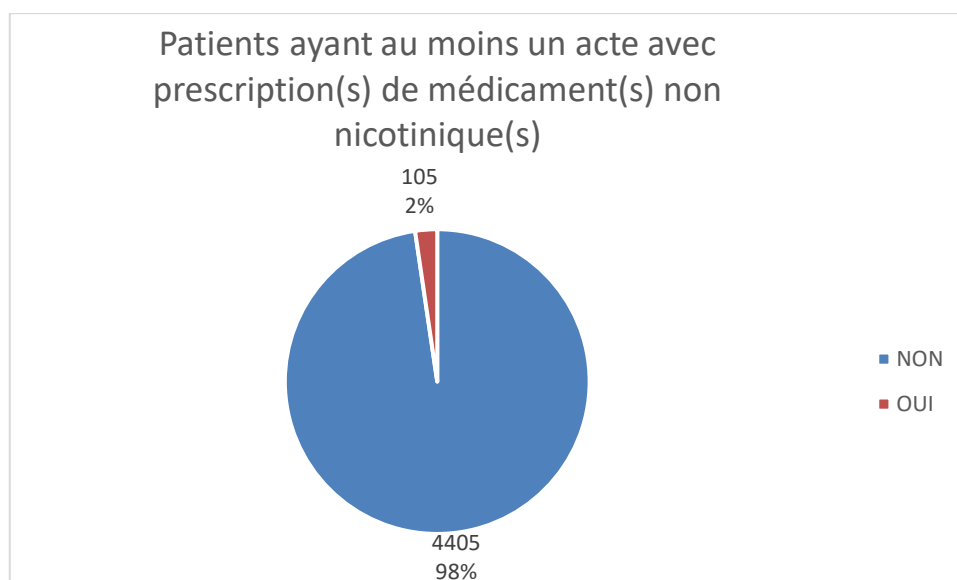


Figure 9: Répartition des patients en fonction de la présence ou non d'au moins un acte avec prescription de Varénicline ou Bupropion

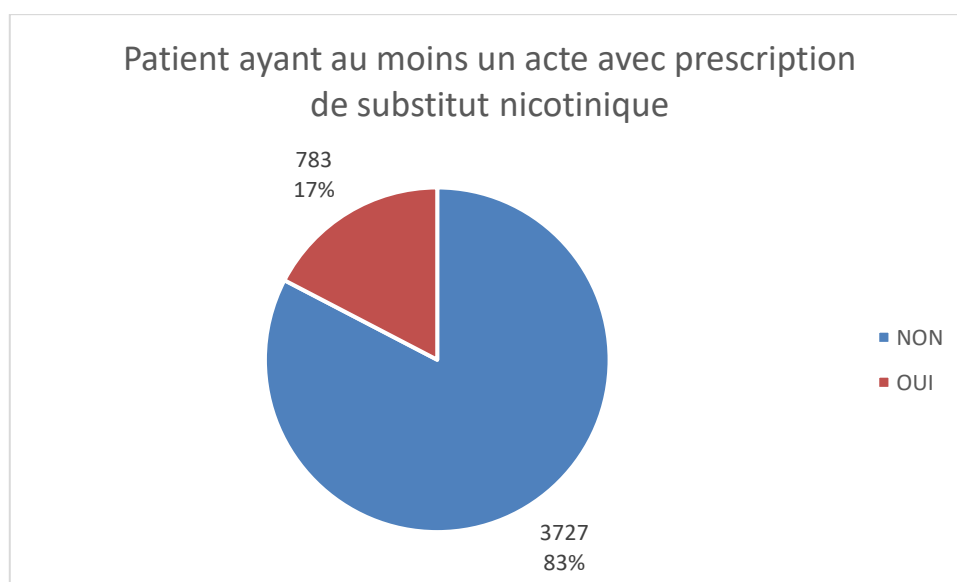


Figure 10: Répartition des patients en fonction de la présence ou non d'au moins un acte avec prescription de substitut nicotinique

Durant la période choisie, un quart d'entre eux ont eu au moins une fois une prescription de psychotropes.

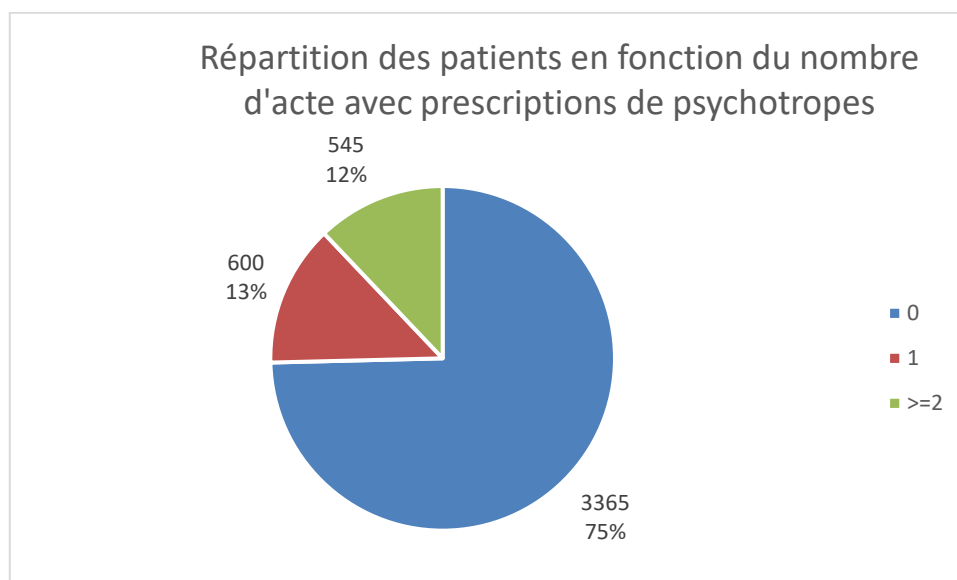


Figure 11: Répartition des patients en fonction du nombre d'acte avec prescription de médicament psychotropes

3.2.3 Les prises en charge chroniques

Au sein de l'échantillon, 22% n'avait aucune autre pathologie chronique (en dehors du tabagisme), 20 % en avait une seule. Les patients multimorbides avec plus de 5 pathologies chroniques prises en charge (comprenant le tabagisme) était 1322 soit 30% de notre population.

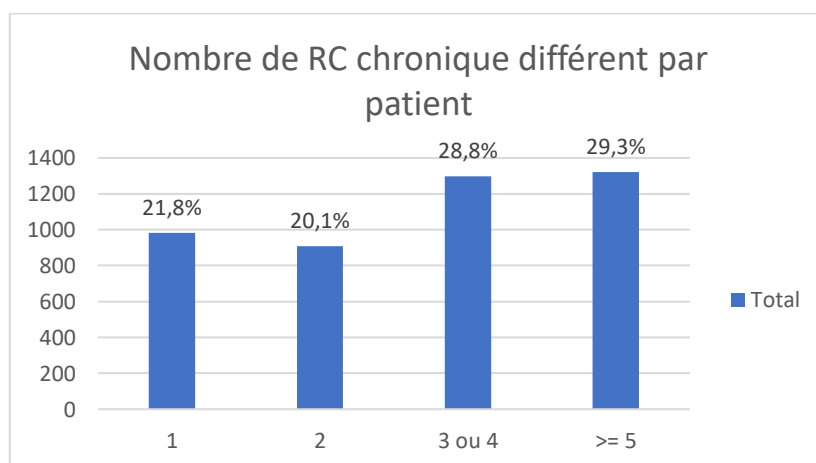


Figure 12: Répartition des patients en fonction de leur nombre de RC chronique différent

3.2.4 Les prises en charge aiguës

Elles ont été choisies en variables illustratives pour caractériser la typologie. Il y a 19 % des patients de la population qui n'ont eu aucune prise en charge aiguë sur les 3 années d'étude, et 40 % en ont moins d'une fois par an. 32 % de la population ont été pris en charge moins de 3 fois par an pour une pathologie aiguë et 8% plus de 3 fois par an.

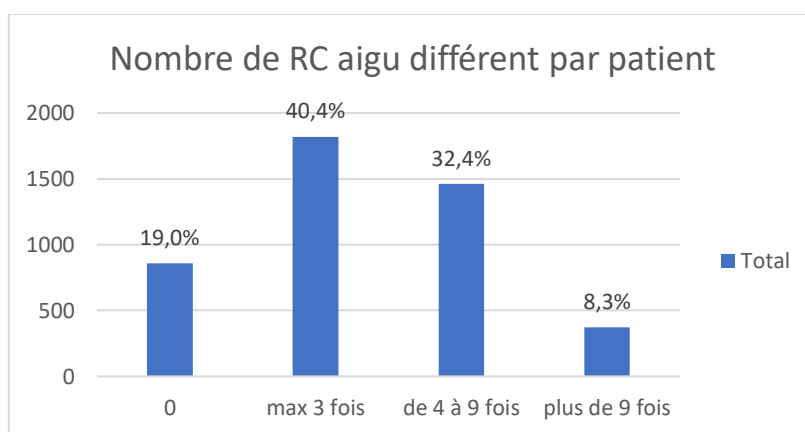


Figure 13: Répartition des patients en fonction de leur nombre de prises en charge aiguës

3.2.5 Les Résultats de Consultation d'intérêt

Nous avons regroupé dans le tableau 6 l'ensemble des prévalences des RC sélectionnés au sein de l'échantillon et dans l'OMG. Cela permet de comparer les prévalences au sein de ces 2 populations, sur la même période de 3 ans (2009-2011) :

- La population de l'étude, prise en charge pour « tabagisme » : PEC
- La population de l'OMG non prise en charge pour « tabagisme » : non PEC

Les prévalences des RC sont celles répondant aux conditions requises pour qu'un RC puisse caractériser la typologie dans le chapitre 2.5.3.2. Les prévalences ont été comparées à l'aide d'un test de chi² pour chaque RC. La valeur-p est indiquée dans la dernière colonne afin d'évaluer la significativité des résultats. Le « NS » correspond à « non significatif ».

N° de RC	RC	Population	Malade	Non malade	%	p
1	ABCES SUPERFICIEL	PEC	14	4496	0,311%	<0.00001
		Non PEC	63	105741	0,060%	
148	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	PEC	35	4475	0,782%	NS
		Non PEC	716	105088	0,681%	
5	ACNE	PEC	64	4446	1,439%	NS
		Non PEC	1188	104616	1,136%	
709	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	PEC	553	3957	13,975%	<0.00001
		Non PEC	1674	104130	1,608%	
20	ANEVRYSME ARTERIEL	PEC	13	4497	0,289%	<0.00001
		Non PEC	86	105718	0,081%	
835	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	PEC	23	4487	0,513%	<0.05
		Non PEC	312	105492	0,296%	
539	ANOREXIE - BOULIMIE	PEC	30	4480	0,670%	<0.00001
		Non PEC	276	105528	0,262%	
711	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	PEC	128	4382	2,921%	<0.00001
		Non PEC	1596	104208	1,532%	
859	ANXIETE - ANGOISSE	PEC	108	4402	2,453%	<0.00001
		Non PEC	1109	104695	1,059%	
713	ARTERITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	PEC	154	4356	3,535%	<0.00001
		Non PEC	583	105221	0,554%	
717	ASTHME	PEC	300	4210	7,126%	<0.00001
		Non PEC	4180	101624	4,113%	
35	BALANO-POSTHITE	PEC	2	4508	0,044%	NS
		Non PEC	26	105778	0,025%	
718	BRONCHITE AIGUË	PEC	68	4442	1,531%	<0.00001
		Non PEC	437	105367	0,415%	
719	BRONCHITE CHRONIQUE	PEC	265	4245	6,243%	<0.00001
		Non PEC	780	105024	0,743%	
720	CANCER	PEC	104	4406	2,360%	NS
		Non PEC	2196	103608	2,120%	
53	CATARACTE	PEC	2	4508	0,044%	NS
		Non PEC	110	105694	0,104%	
62	CHEVEUX (CHUTE)	PEC	28	4482	0,625%	<0.05
		Non PEC	447	105357	0,424%	
65	CICATRICE	PEC	19	4491	0,423%	<0.001
		Non PEC	181	105623	0,171%	
72	CONJONCTIVITE	PEC	8	4502	0,178%	NS
		Non PEC	161	105643	0,152%	
726	CYSTITES - CYSTALGIE	PEC	26	4484	0,580%	NS
		Non PEC	428	105376	0,406%	
84	DENT	PEC	19	4491	0,423%	<0.00001
		Non PEC	66	105738	0,062%	

727	DEPRESSION	PEC	341	4169	8,179%	<0.00001
		Non PEC	3363	102441	3,283%	
602	DIABETE DE TYPE 1	PEC	31	4479	0,692%	<0.0001
		Non PEC	342	105462	0,324%	
818	DIABETE DE TYPE 2	PEC	181	4329	4,181%	NS
		Non PEC	3841	101963	3,767%	
732	ECZEMA	PEC	248	4262	5,819%	<0.05
		Non PEC	5091	100713	5,055%	
118	ERYSIPELE	PEC	10	4500	0,222%	NS
		Non PEC	329	105475	0,312%	
121	ESCARRE	PEC	3	4507	0,067%	NS
		Non PEC	66	105738	0,062%	
819	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	PEC	24	4486	0,535%	<0.01
		Non PEC	1072	104732	1,024%	
129	FOLLICULITE SUPERFICIELLE	PEC	5	4505	0,111%	<0.00001
		Non PEC	16	105788	0,015%	
132	FURONCLE - ANTHRAX	PEC	6	4504	0,133%	<0.00001
		Non PEC	12	105792	0,011%	
600	GASTRITE CHRONIQUE	PEC	22	4488	0,490%	<0.01
		Non PEC	264	105540	0,250%	
138	GOITRE	PEC	49	4461	1,098%	<0.001
		Non PEC	677	105127	0,644%	
140	GOUTTE	PEC	21	4489	0,468%	<0.01
		Non PEC	934	104870	0,891%	
826	HTA	PEC	743	3767	19,724%	<0.00001
		Non PEC	12152	93652	12,976%	
739	HUMEUR DEPRESSIVE	PEC	336	4174	8,050%	<0.00001
		Non PEC	3280	102524	3,199%	
740	HYPERLIPIDÉMIE	PEC	719	3791	18,966%	<0.00001
		Non PEC	9790	96014	10,196%	
604	HYPERTHYROIDIE	PEC	15	4495	0,334%	NS
		Non PEC	291	105513	0,276%	
176	INFARCTUS DU MYOCARDE	PEC	31	4479	0,692%	<0.00001
		Non PEC	202	105602	0,191%	
742	INSOMNIE	PEC	122	4388	2,780%	<0.00001
		Non PEC	1286	104518	1,230%	
820	INSUFFISANCE CARDIAQUE	PEC	17	4493	0,378%	<0.05
		Non PEC	649	105155	0,617%	
179	INSUFFISANCE RENALE	PEC	25	4485	0,557%	NS
		Non PEC	863	104941	0,822%	
270	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	PEC	24	4486	0,535%	<0.00001
		Non PEC	157	105647	0,149%	
171	KYTE SEBACE	PEC	5	4505	0,111%	NS
		Non PEC	31	105773	0,029%	

746	MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	PEC	57	4453	1,280%	NS
		Non PEC	988	104816	0,943%	
621	MENORRAGIE- METRORRAGIE	PEC	20	4490	0,445%	<0.00001
		Non PEC	129	105675	0,122%	
747	NERVOSISME	PEC	55	4455	1,235%	<0.00001
		Non PEC	540	105264	0,513%	
221	OBESITE	PEC	194	4316	4,495%	<0.00001
		Non PEC	2088	103716	2,013%	
748	OSTEOPOROSE	PEC	34	4476	0,760%	<0.05
		Non PEC	1147	104657	1,096%	
749	OTITE MOYENNE	PEC	17	4493	0,378%	NS
		Non PEC	483	105321	0,459%	
252	PNEUMOPATHIE AIGUE	PEC	3	4507	0,067%	NS
		Non PEC	72	105732	0,068%	
530	PHOBIE	PEC	17	4493	0,378%	<0.01
		Non PEC	208	105596	0,197%	
829	POLYARTHRITE RHUMATOIDE	PEC	10	4500	0,222%	NS
		Non PEC	184	105620	0,174%	
319	PROBLEME FAMILIAL	PEC	37	4473	0,827%	<0.00001
		Non PEC	110	105694	0,104%	
320	PROBLEME PROFESSIONNEL	PEC	68	4442	1,531%	<0.00001
		Non PEC	244	105560	0,231%	
327	PROBLEME DE COUPLE	PEC	39	4471	0,872%	<0.00001
		Non PEC	197	105607	0,187%	
825	PROSTATITE	PEC	3	4507	0,067%	NS
		Non PEC	48	105756	0,045%	
263	PSORIASIS	PEC	73	4437	1,645%	<0.0001
		Non PEC	1066	104738	1,018%	
822	PYELONEPHRITE AIGUE	PEC	3	4507	0,067%	NS
		Non PEC	28	105776	0,026%	
753	REFLUX-PYROSIS- OESOPHAGITE	PEC	267	4243	6,293%	<0.00001
		Non PEC	4151	101653	4,083%	
811	RHINOPHARYNGITE - RHUME	PEC	108	4402	2,453%	<0.01
		Non PEC	1865	103939	1,794%	
827	SCIATIQUE	PEC	79	4431	1,783%	<0.00001
		Non PEC	828	104976	0,789%	
106	SEXUELLE (DYSFONCTION)	PEC	42	4468	0,940%	<0.00001
		Non PEC	316	105488	0,300%	
282	SINUSITE	PEC	28	4482	0,625%	<0.0001
		Non PEC	306	105498	0,290%	
402	STENOSE ARTERIELLE	PEC	38	4472	0,850%	<0.00001
		Non PEC	345	105459	0,327%	
283	STOMATITE - GLOSSITE	PEC	8	4502	0,178%	<0.01
		Non PEC	64	105740	0,061%	

182	SUICIDE (TENTATIVE)	PEC	8	4502	0,178%	<0.0001
		Non PEC	42	105762	0,040%	
516	SURCHARGE PONDERALE	PEC	215	4295	5,006%	<0.00001
		Non PEC	1885	103919	1,814%	
7	SYNDROME DE RAYNAUD	PEC	34	4476	0,760%	<0.00001
		Non PEC	325	105479	0,308%	
529	SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	PEC	20	4490	0,445%	<0.00001
		Non PEC	168	105636	0,159%	
504	TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	PEC	11	4499	0,244%	NS
		Non PEC	174	105630	0,165%	
245	THROMBOPHLEBITE	PEC	16	4494	0,356%	NS
		Non PEC	460	105344	0,437%	
759	TOXICOMANIE	PEC	257	4253	6,043%	<0.00001
		Non PEC	843	104961	0,803%	
823	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	PEC	67	4443	1,508%	NS
		Non PEC	1315	104489	1,259%	
300	ULCERE DE JAMBE	PEC	12	4498	0,267%	NS
		Non PEC	279	105525	0,264%	
612	ULCERE DUODENAL	PEC	6	4504	0,133%	NS
		Non PEC	71	105733	0,067%	
613	ULCERE GASTRIQUE	PEC	14	4496	0,311%	NS
		Non PEC	114	105690	0,108%	
761	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	PEC	89	4421	2,013%	<0.01
		Non PEC	1504	104300	1,442%	
619	VULVITE-VAGINITE	PEC	17	4493	0,378%	<0.001
		Non PEC	164	105640	0,155%	

Tableau 8: Prévalence des Résultats de Consultations sélectionnés dans la population d'étude et dans l'OMG

Ce tableau 8 permet de comparer les prévalences des RC sélectionnés dans notre population d'étude et dans la population de l'OMG.

Il existe une différence de prévalence marquée pour les Co-addictions. En effet, on peut voir que la prise en charge de l'alcool est 8 fois plus importante au sein de notre échantillon. Elle l'est 7 fois plus pour les toxicomanies.

Parmi les RC du regroupement « infections », les données des atteintes dermatologiques sont les plus marquantes : il y a 11 fois plus de furoncle, 7 fois plus de folliculite et 5 fois plus d'abcès dans la population de l'étude.

Les complications pulmonaires sont nettement plus présentes dans le groupe étudié. Il y a 8 fois plus de bronchite chronique et près de 3 fois plus d'insuffisance respiratoire.

Les comorbidités psychiatriques sont également sur-représentées. Elles sont toutes au moins 2 fois plus présentes chez les patients de notre étude et jusqu'à 4,5 fois plus pour les tentatives de suicide. De même, les évènements de vie sont environ 5 à 7 fois plus fréquents dans la population d'étude.

Les facteurs de risque cardio-vasculaire sont environ 2 fois plus rapportés chez les patients pris en charge pour tabagisme. Les complications cardio-vasculaires sont également plus prévalentes et cette donnée est particulièrement marquée pour l'artérite des membres inférieurs qui est 6 fois plus prise en charge.

Les problèmes dentaires y sont presque 7 fois plus pris en charge.

Il n'y a pas de différence significative pour les cancers, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies rythmiques.

3.2.6 Les regroupements de RC

Les 11 regroupements de RC, tous utilisés comme variable active pour la classification, ont les répartitions suivantes dans notre population :

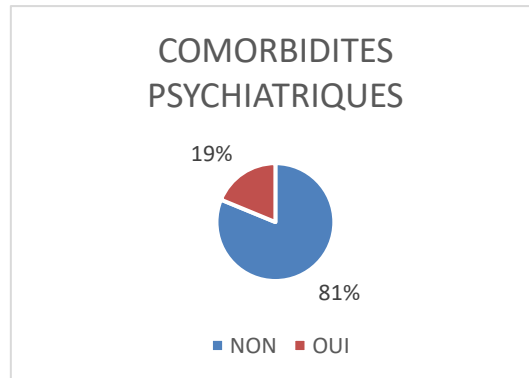


Figure 14: Répartition des patients en fonction de la présence de comorbidités psychiatriques

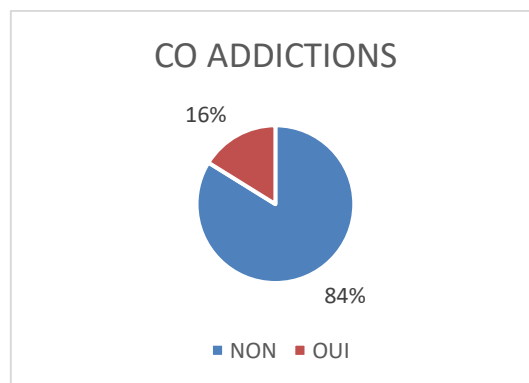


Figure 15: Répartition des patients en fonction de la présence de Co-addictions

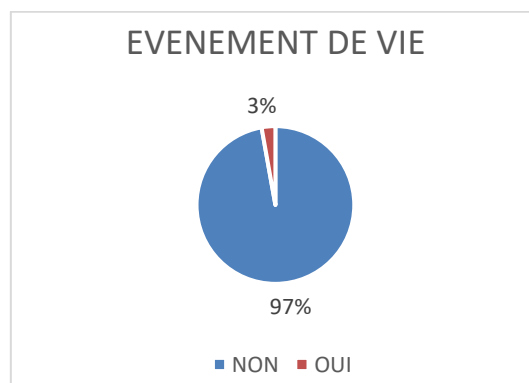


Figure 16: Répartition des patients en fonction de la présence d'évènement de vie

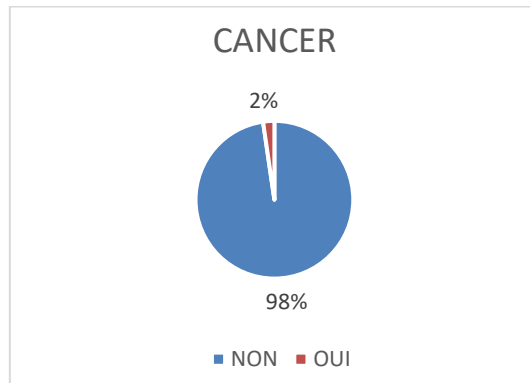


Figure 17: Répartition des patients en fonction de la présence de complication cancéreuse

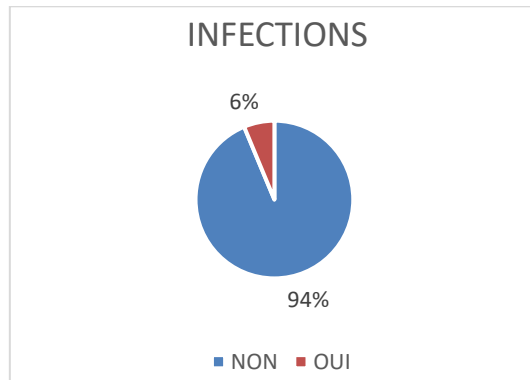


Figure 18: Répartition des patients en fonction de la présence de complications infectieuses

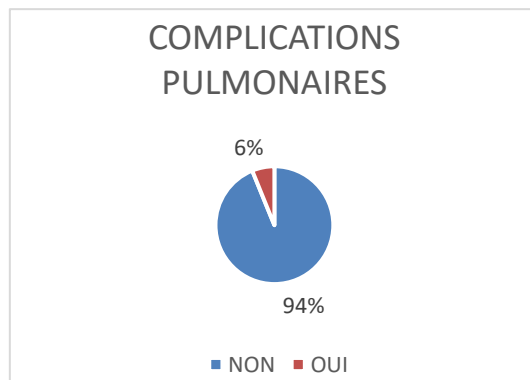


Figure 19: Répartition des patients en fonction de la présence de complications pulmonaires

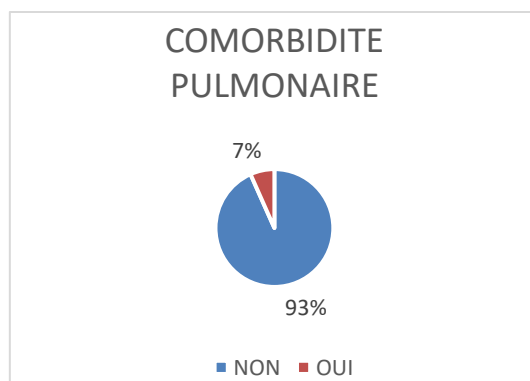


Figure 20: Répartition des patients en fonction de la présence d'une comorbidité pulmonaire

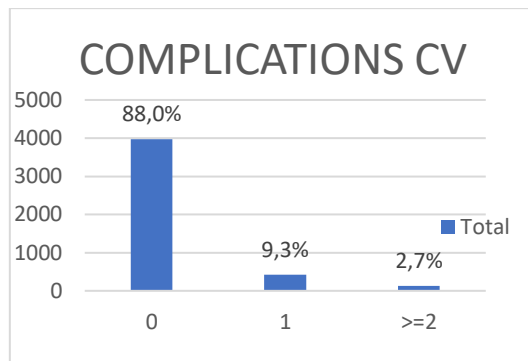


Figure 21: Répartition des patients en fonction de leur nombre de complications cardio-vasculaires

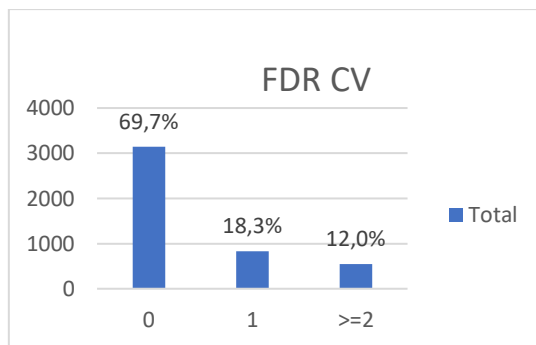


Figure 22 : Répartition des patients en fonction de leur nombre de facteur de risque cardio-vasculaire

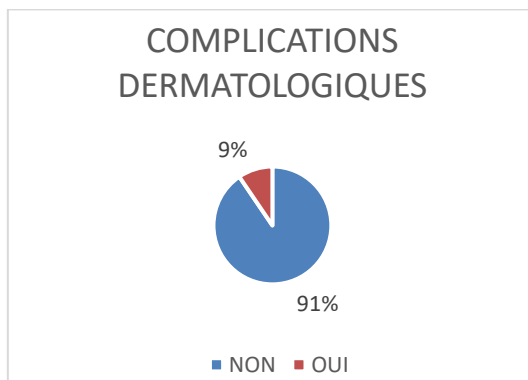


Figure 23: Répartition des patients en fonction de la présence de complications dermatologiques

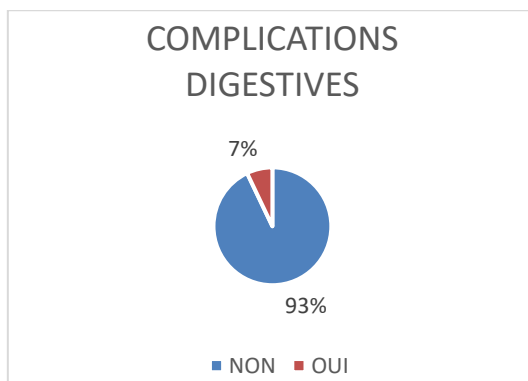


Figure 24: Répartition des patients en fonction de la présence de complications digestives

3.3 Typologie de patient fumeurs pris en charge pour « tabagisme »

3.3.1 Analyse par Correspondance Multiples

A partir du logiciel SPAD et avec l'aide d'un statisticien, il a été réalisé une analyse par correspondances multiples (ACM). Les paramètres de la méthode utilisée sont les suivants :

Type d'analyse	ACM
Variable de pondération pour les individus	Aucune
Variable conditionnelle	Aucune
Pondération des variables	Uniforme
Filtre	Non
Nombre d'individus actifs	4510
Nombre d'individus illustratifs (supplémentaires)	Aucun
Nombre de variables actives	16
Nombre de modalités actives des variables actives	43
Nombre de modalités illustratives des variables actives	0
Nombre de variables continues illustratives (supplémentaires)	Aucune
Nombre de variables nominales illustratives (supplémentaires)	9

Tableau 9: Paramètres de la méthode utilisée pour l'ACM

Dans cette analyse, il y a 16 variables actives et 43 modalités actives. Le nombre de variables nominales illustratives est de 9.

Le tableau représentant les premiers axes factoriels et valeurs propres de l'ACM est le suivant :

Variance du nuage (trace de la matrice) : 1,687

Axe	Variance de l'axe (valeur propre)	% de variance expliquée	% de variance expliquée cumulé
1	0,196	11,6	11,6
2	0,096	5,7	17,3
3	0,083	4,9	22,2
4	0,077	4,5	26,7
5	0,069	4,1	30,8
6	0,067	4,0	34,8
7	0,066	3,9	38,7
8	0,065	3,9	42,5
9	0,064	3,8	46,4
10	0,064	3,8	50,2
11	0,063	3,7	53,9
12	0,061	3,6	57,5
13	0,059	3,5	61,0
14	0,059	3,5	64,5
15	0,059	3,5	67,9
16	0,056	3,3	71,2
17	0,055	3,3	74,5
18	0,054	3,2	77,7
19	0,053	3,2	80,9
20	0,052	3,1	83,9
21	0,049	2,9	86,8
22	0,047	2,8	89,6
23	0,042	2,5	92,1
24	0,041	2,4	94,5
25	0,039	2,3	96,9
26	0,033	2,0	98,9
27	0,019	1,1	100,0
Total	1,688	100,0	100,0

Tableau 10: Tableau des axes factoriels de l'ACM et leurs valeurs-propres

Le premier axe conserve 11,6% de la variance du nuage. A partir du 5^{ème} axe on assiste à une décroissance très progressive de la variance expliquée (de 0,1% en 0,1%).

Le diagramme représentant les 27 premiers axes factoriels est le suivant :

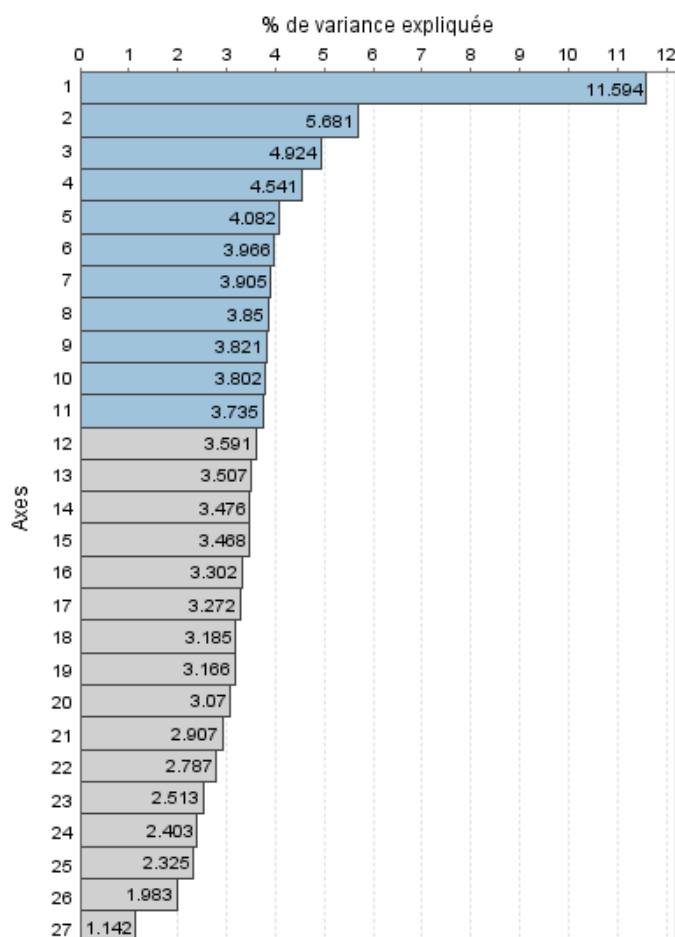


Figure 25: Diagramme des 27 premiers axes factoriels et leurs variances

Ce diagramme permet de rechercher un palier et d'utiliser les critères du coude pour le choix des axes : on observe un décrochement (coude) à partir de l'axe 4 suivi d'une décroissance régulière. On sélectionne les axes avant le décrochement. Le but est d'obtenir le maximum d'inertie conservée avec le minimum d'axe factoriel.

Cependant, l'interprétation des axes retenus s'effectue également à l'aide des contributions pour les variables actives. La contribution mesure la part de la variable ou la modalité dans l'inertie expliquée par l'axe factoriel. En règle générale, on retient les variables dont la contribution est supérieure à la contribution moyenne, mais la contribution n'est qu'une aide à l'interprétation. Ensuite, l'étude des coordonnées des différentes modalités permet de décrire les axes. Dans cet optique, il a été réalisé une description et analyse des contributions (Annexe 3 et 4) pour chaque variable active des premiers axes factoriels.

Axe 1 : L'axe factoriel 1 met en évidence une tendance linéaire de l'âge et des prises en charge.

Globalement, il y a une opposition des jeunes sans antécédent médical et des personnes plus âgées avec de multiples comorbidités.

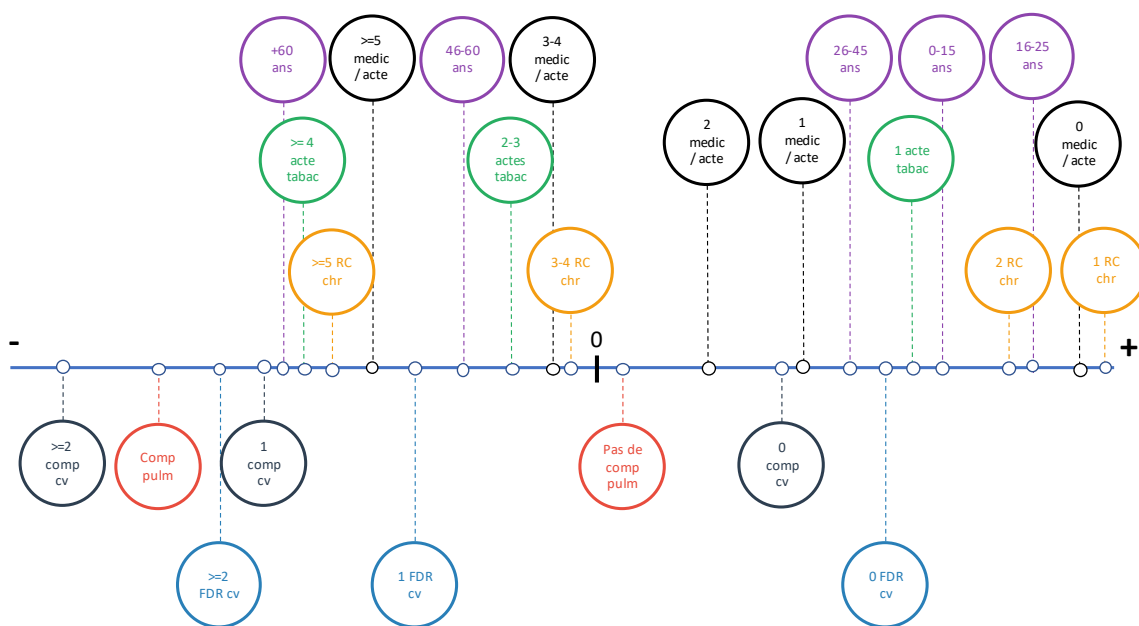


Figure 26: Représentation schématique du 1er axe factoriel

Description détaillée de l'axe 1 :

L'axe factoriel 1 représente 11,6 % de l'inertie totale. Le genre des patients ne contribue pas à la construction de cet axe. La classe d'âge des patients contribue à la construction de cet axe (11,3%), avec une tendance linéaire de l'âge du patient : les plus âgés vers le pôle négatif et les plus jeunes vers l'extrémité positive. Les nombres de prise en charge pour « tabagisme » contribuent également à la construction de ce premier axe (12,4%) avec la même tendance linéaire : les plus grandes prises en charge pour « tabagisme » (≥ 4) sont vers le pôle négatif et les moins pris en charge (1 acte sur la période) vers le pôle positif. Le nombre de RC « chronique » différent pris en charge sur la période P contribue à cet axe fortement (21,4%) et la répartition sur l'axe factoriel est toujours linéaire : les patients avec le plus de pathologies chroniques (≥ 5 RC chroniques différents pris en charge) sont vers l'extrémité négatif et ceux avec le moins de pathologies chroniques sont vers l'extrémité positive. Le nombre moyen

de médicament prescrit par acte tabagisme par patient contribue également à cet axe (7,7%) et de façon linéaire : on retrouve un gradient avec les plus grosses ordonnances vers le pôle négatif (≥ 5 médicaments) et les plus petites vers le pôle positif (0 médicament). Le nombre de facteur de risque cardio-vasculaire contribue également à cet axe factoriel avec un gradient linéaire : les patients avec le plus de facteur de risque cardio-vasculaire (≥ 2) sont vers le pôle négatif et ceux avec le moins vers l'extrémité positive. Les complications cardio-vasculaires ont la même répartition sur l'axe : plus on a de complications, plus on est vers le pôle négatif. Enfin, les complications pulmonaires ont la même répartition linéaire sur ce premier axe : la présence de complications pulmonaires vers le négatif, et l'absence vers le positif.

Les variables illustratives éclaircissent ce premier axe avec notamment un gradient de l'intensité de prises en charge aiguës. On retrouve au pôle négatif les classes ayant de nombreuses prises en charge aiguës sur la période (≥ 9) et au pôle positif celles en ayant peu.

Axe 2 : L'axe factoriel 2 oppose les jeunes femmes avec complications dermatologiques, comorbidité pulmonaire et psychiatriques aux hommes plus âgés avec complications cardio-vasculaires.



Figure 27: Représentation schématique du 2nd axe factoriel

Description détaillée de l'axe 2 :

L'axe factoriel 2 représente 5,7 % de l'inertie totale. Le genre des patients y contribue en partie (9,2 %) en plaçant les femmes vers le pôle positif et les hommes vers le pôle négatif. Les classes d'âge y contribuent également avec un gradient patients âgés vers le pôle négatif et patients jeunes vers l'extrémité positive. Le nombre de RC « chronique » différent pris en charge contribue légèrement à cet axe factoriel (6,4%). La répartition est en 2 pôles : négatif pour les patients n'ayant pas d'autres RC chroniques que le tabagisme et vers le côté positif s'il y a présence de plusieurs RC chroniques. Les comorbidités pulmonaires (se résumant à l'ASTHME) contribuent à la construction de cet axe avec une répartition également en 2 pôles : positif pour les patients ayant une comorbidité pulmonaire ou à l'inverse négatif. Il y a également les complications cardio-vasculaires qui aident à la construction de ce second axe factoriel : la

présence de complications cardio-vasculaires tend vers l'extrémité négative. Les comorbidités psychiatriques contribuent à l'axe (10,7%) et la répartition sur l'axe factoriel est la suivante : leurs présences placent les patients concernés vers le pôle positif. Ensuite, le groupement événement de vie contribue modérément à l'axe (6,5 %) dans le même sens que les comorbidités psychiatriques : leurs présences placent les patients vers le pôle positif. Pour finir, les complications dermatologiques contribuent faiblement à la construction de l'axe (5,7%) mais ont été prises en compte : la présence de complications dermatologiques répartit les patients vers l'extrémité positive.

Les variables illustratives enrichissent ce second axe avec notamment un gradient de l'intensité de prises en charge aigues. On retrouve au pôle négatif les classes ayant de nombreuses prises en charge aigues sur la période (≥ 9) et au pôle positif de l'axe les classes en ayant pas ou peu.

Axe 3 : L'axe factoriel 3 met en évidence au pôle négatif les hommes d'âge moyen avec quelques pathologies chroniques et des Co addictions. Cela s'oppose aux femmes, jeunes ou âgées, suivies pour plusieurs pathologies chroniques.

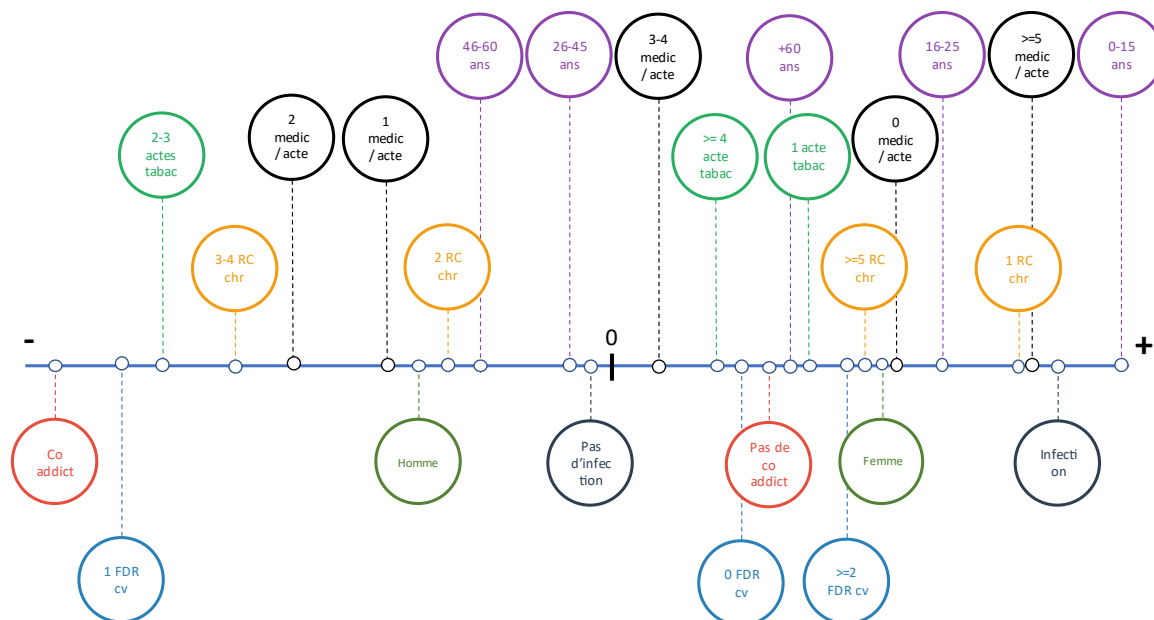


Figure 28: Représentation schématique du 3ème axe factoriel

Description détaillée de l'axe 3 :

L'axe factoriel 3 représente 4,9% de l'inertie totale. Le genre des patients contribue à la construction de cet axe (12,8%) : les hommes vers l'extrémité négative et les femmes vers le pôle positif de l'axe. Les classes d'âge contribuent également à sa construction (10,3%) avec une tendance moins linéaire de l'âge du patient : les adultes d'âge moyen vers le pôle négatif et les autres classes d'âge vers l'extrémité positive. Les nombres de prise en charge pour « tabagisme » contribuent également à la construction de ce troisième axe (9,8%) avec la répartition suivante : les plus grandes prises en charge pour « tabagisme » (2 ou 3 et >= 4) sont vers le pôle négatif et les moins pris en charge (1 acte sur la période) vers le pôle positif. Le nombre de RC « chronique » différents pris en charge sur la période P contribue à cet axe

fortement (17%) et la répartition sur l'axe factoriel n'est pas linéaire. Le nombre moyen de médicament prescrits par acte tabagisme par patient contribue également à cet axe (15,3%) et de façon non linéaire. La présence de prise en charge pour « infections » contribue également à l'axe (7%), en plaçant les patients concernés vers le pôle positif. Le nombre de facteurs de risque cardio-vasculaires contribue également à cet axe factoriel (7,7 %). Enfin, les Co-addictions contribuent à ce troisième axe (8,6%) en plaçant les patients ayant des Co-addictions vers l'extrémité négative de l'axe.

Les variables illustratives éclairent ce troisième axe avec un gradient de l'intensité de prises en charge aiguës. On retrouve au pôle positif les classes ayant de nombreuses prises en charge aiguës sur la période (≥ 9) et au pôle négatif de l'axe les classes en ayant pas ou peu.

Axe 4 : L'axe factoriel 4 oppose les patients d'âge moyen (mixtes) pris en charge pour des comorbidités psychiatriques et Co-addictions aux patients des âges extrêmes.

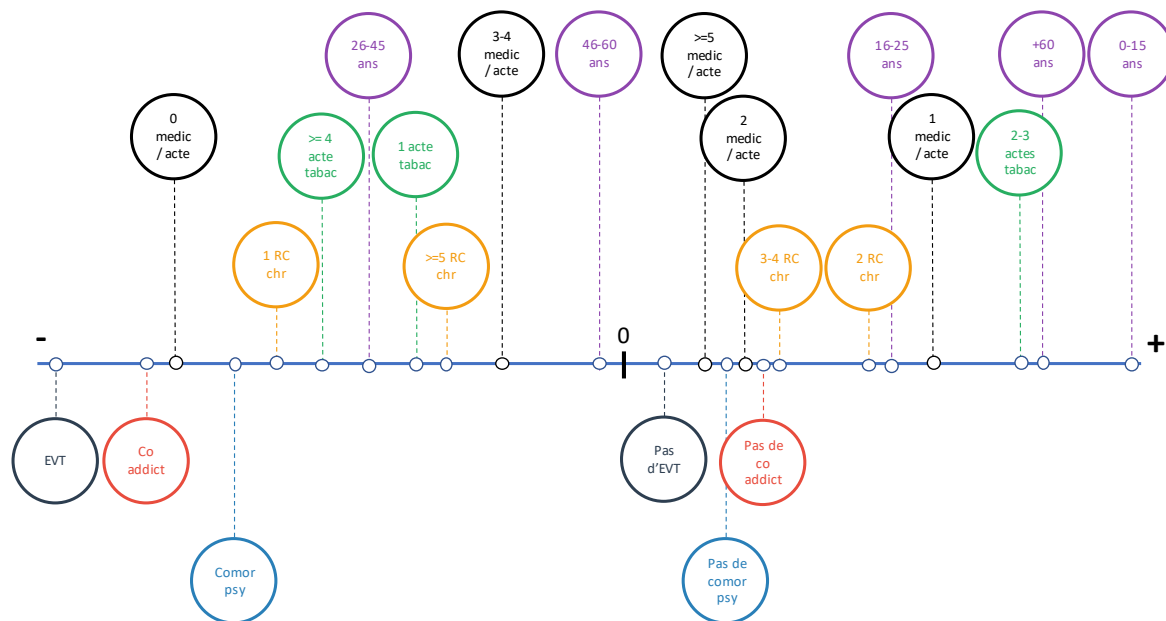


Figure 29: Représentation schématique du 4ème axe factoriel

Description détaillée de l'axe 4 :

L'axe factoriel 4 représente 4,5 % de l'inertie totale. La classe d'âge des patients contribue à la construction de cet axe (14,1%), avec une séparation des classes d'âge des « actifs » (26-45 ans en particulier) vers le pôle négatif. Les nombres de prise en charge pour « tabagisme » contribuent également à la construction de ce quatrième axe (14,9%) avec la même tendance linéaire : les plus grandes prises en charge pour « tabagisme » (>= 4) sont vers le pôle négatif et les moins pris en charge (1 acte sur la période) vers le pôle positif. Le nombre de RC « chronique » différents pris en charge sur la période P contribue à cet axe (10,5 %) et la répartition sur l'axe factoriel n'est pas linéaire. Le nombre moyen de médicaments prescrits par acte tabagisme par patient contribue également à cet axe (14%) : la répartition n'est pas linéaire elle oppose la modalité 0 médicament prescrit aux autres classes. Les comorbidités psychiatriques contribuent à la fabrication de ce troisième axe (6,6%) en plaçant les patients

souffrant de comorbidités psychiatriques à l'extrémité négative de l'axe. Les Co-addictions (11,9%) contribuent également à cette construction, et les patients souffrant de ces pathologies sont également placés vers le pôle négatif. Enfin, les événements de vie (12,8%) contribuent à la construction de ce quatrième axe et place largement en négatif les patients ayant été pris en charge pour ces troubles.

Les axes factoriels de rang supérieur à 4 ne permettent pas une interprétation claire de leurs données. Ces analyses, associées aux critères du coude, ont permis de conforter le choix de garder les 4 premiers axes factoriels pour la classification.

3.3.2 Classification Hiérarchique Ascendante

Cette classification est réalisée à partir des 4 axes factoriels obtenus par l'ACM. Nous avons construit un arbre hiérarchique en appliquant les critères de Ward à ces données. Cette méthode est un algorithme permettant de regrouper deux classes d'une partition pour obtenir une partition plus agrégée (consiste à regrouper les classes de façon que l'augmentation de l'inertie interclasse soit maximale). Le niveau de coupure de cet arbre de classification définit la partition retenue. Les paramètres de la méthode pour la classification hiérarchique ascendante sont les suivants (tableau 11) :

Paramètres de la méthode	
Type de classification	Classification Ascendante Hiérarchique
Choix des partitions	Automatique
Nombre minimum de classes	2
Nombre maximum de classes	20
Nombre de partitions sauvegardées	7
Nombre d'axes factoriels utilisés	4
Distance	Euclidienne
Méthode d'agrégation	Critère de Ward
Nbre d'itérations de consolidation	10
Données manquantes	Remplacées par la moyenne
Nombre d'individus actifs	4510

Tableau 11: Paramètres utilisés pour la classification hiérarchique ascendante

3.3.2.1 Choix de la coupure de l'arbre de classification

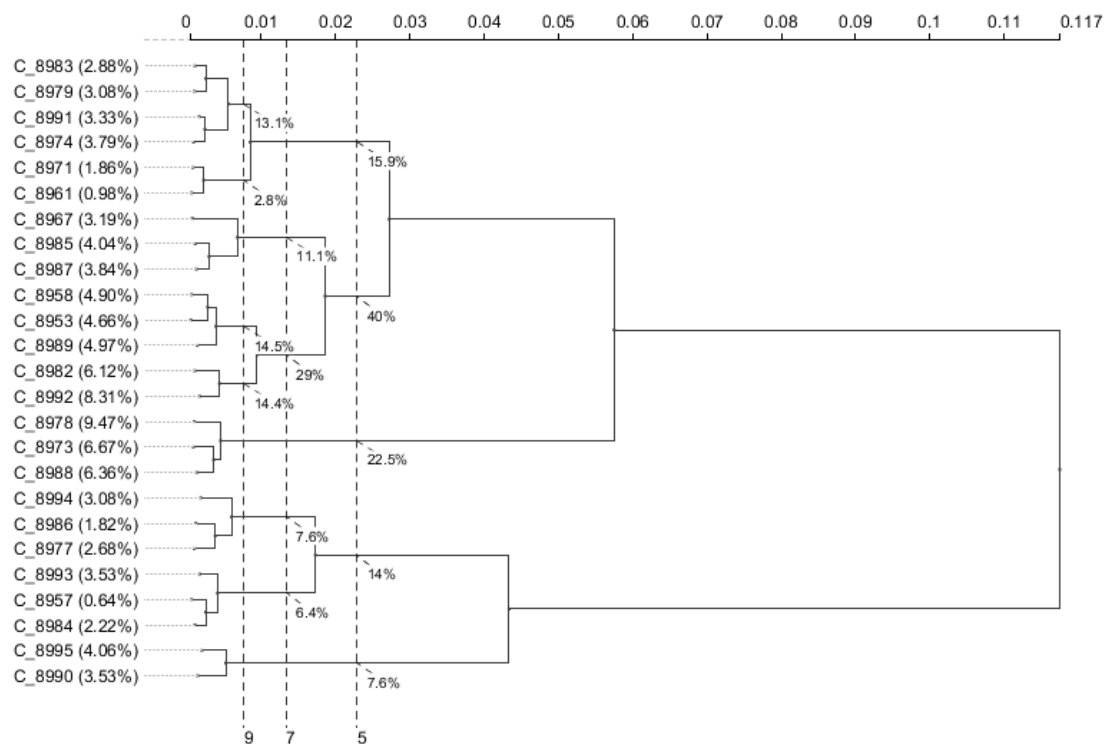


Figure 30 : Représentation du dendrogramme correspondant à la classification hiérarchique ascendante

Les effectifs proposés sont représentés sur le dendrogramme de la figure 30. Après étude des différentes partitions et plus particulièrement celles en 5, 7, 9 et 13 classes, il a été décidé de choisir la partition en 7 classes. Les profils-types de patient ressortant de cette partition nous ont semblé cliniquement parlants et simples à interpréter. La répartition des individus dans la partition en 7 classes est la suivante :

Modalité	Effectif	Pourcentage
Classe 1/7	481	10,7
Classe 2/7	666	14,8
Classe 3/7	1182	26,2
Classe 4/7	1195	26,5
Classe 5/7	237	5,3
Classe 6/7	374	8,3
Classe 7/7	375	8,3

Tableau 12 : Répartition des individus dans la partition en 7 classes

3.3.2.2 Partition en 7 classes

La partition est décrite avec pour chaque classe : une synthèse, le tableau détaillé et une interprétation plus précise. Chaque partition est caractérisée par des modalités qui sont « surreprésentée » (valeur-test positive) ou « sous-représentée » (valeur-test négative) dans cette classe. Une modalité qui ne caractérise pas la classe signifie qu'elle est en proportion équivalente à sa proportion observée dans la population de l'étude (valeur-test inférieure à 2, pas de différence significative)

CLASSE 1/7 (481 Patients représentant 10,7% de l'échantillon) :

Femmes jeunes (16-25 ans) prises en charge pour l'asthme et des complications dermatologiques ou infectieuses.

Ce sont des situations cliniques entraînant une prise en charge ponctuelle du tabagisme (2-3 actes tabagisme sur la période) avec une prescription médicamenteuse relativement importante (3-4 médicaments par acte).

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Genre pat	Fp	78,8	42,7	38,4	19,7	99,990
Age pat	CA 16-25	41,4	16,2	13,2	27,2	99,990
COMPLICATIONS DERMATO	OUI	35,3	9,5	6,4	39,7	99,990
COMORBIDITES PULMONAIRES	OUI	34,5	6,7	3,3	55,3	99,990
FDR CV	0	87,5	69,7	67,6	13,4	9,619
CO ADDICTIONS	NON	96,9	83,8	82,3	12,3	9,501
INFECTIONS	OUI	17,5	6,3	4,9	29,7	9,114
COMPLICATIONS CV	0	98,5	88,0	86,7	11,9	9,019
RC chr	3 ou 4	45,5	28,8	26,8	16,9	8,210
EVENEMENT DE VIE	NON	99,8	97,2	96,9	11,0	4,312
COMPLICATIONS PULMONAIRES	NON	97,9	93,9	93,4	11,1	4,293
CANCER	NON	99,8	97,7	97,4	10,9	3,730
acte tabac	2 ou 3	33,3	26,7	26,0	13,3	3,305
moy med/acte	3 ou 4	36,6	30,8	30,1	12,7	2,826
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	23,7	18,8	18,2	13,5	2,797
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	76,3	81,2	81,8	10,0	-2,797
Age pat	CA 26-45	38,3	46,0	46,9	8,9	-3,560
CANCER	OUI	0,2	2,3	2,6	1,0	-3,730
COMPLICATIONS PULMONAIRES	OUI	2,1	6,1	6,6	3,6	-4,293
EVENEMENT DE VIE	OUI	0,2	2,8	3,1	0,8	-4,312
COMPLICATIONS CV	>=2	0,0	2,7	3,1	0,0	-4,829
FDR CV	1	10,0	18,3	19,3	5,8	-5,229
acte tabac	>=4	10,6	20,4	21,5	5,6	-5,930
moy med/acte	0	5,4	13,9	15,0	4,1	-6,240
COMPLICATIONS CV	1	1,5	9,3	10,2	1,7	-7,367
Age pat	CA +60	0,4	7,5	8,3	0,6	-7,722
FDR CV	>=2	2,5	12,0	13,2	2,2	-7,848
Age pat	CA 46-60	13,1	29,5	31,5	4,7	-8,874
INFECTIONS	NON	82,5	93,7	95,1	9,4	-9,114
CO ADDICTIONS	OUI	3,1	16,2	17,7	2,1	-9,501
Genre pat	Hp	21,2	57,3	61,6	3,9	-99,990
RC chr	1	3,3	21,8	24,0	1,6	-99,990
COMORBIDITES PULMONAIRES	NON	65,5	93,3	96,7	7,5	-99,990
COMPLICATIONS DERMATO	NON	64,7	90,5	93,6	7,6	-99,990

Tableau 13 : Tableau statistique des variables actives dans la classe 1

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
PEC AI	>=9	23,5	13,3	12,1	18,8	6,398
MT	oui	71,1	59,0	57,6	12,8	5,741
PEC AI	4-9	38,5	27,3	26,0	15,0	5,583
moy SN/acte	>=1	18,7	13,4	12,8	14,9	3,419
Ancienneté pat	Ancien	68,6	62,7	62,1	11,7	2,787
Localisation	U	68,4	63,5	62,9	11,5	2,337
moy psy/acte	0	82,3	78,6	78,1	11,2	2,092
Ancienneté pat	Nouveau	31,4	37,3	37,9	9,0	-2,787
moy psy/acte	>=2	3,3	6,2	6,6	5,7	-2,853
moy SN/acte	0	81,3	86,6	87,2	10,0	-3,419
PEC AI	<=3	30,6	40,4	41,5	8,1	-4,648
MT	non	28,9	41,0	42,4	7,5	-5,741
PEC AI	0	7,5	19,0	20,4	4,2	-7,401

Tableau 14 : Tableau statistique des variables illustratives dans la classe 1

Cette classe est constituée en majorité de femmes (78,8%), jeunes (41,4% entre 16-25 ans) et prises en charge pour de l'asthme (34,5%) ou des complications dermatologiques (35,3%) ou infectieuses (17,5%). Cette population n'a pas de complications cardio-vasculaires, pulmonaires ou oncologiques et pas de Co-addictions ou évènement de vie.

Au niveau de la consommation de soins, ces patientes sont prises en charge pour des pathologies aiguës de façon relativement importante : 62 % l'ont été plus de 4 fois (contre 40% dans l'échantillon)

La prise en charge du tabagisme dans cette classe est plutôt ponctuelle (2 ou 3 actes tabagisme) mais avec une prescription de substitut nicotinique de façon significativement plus élevée (18,7% des actes) que dans d'autres classes.

La majorité des patients de cette classe ont été vu par leur médecin traitant déclaré pour la prise en charge de leur tabagisme (71%).

CLASSE 2/7 (666 patients représentant 14,8% de l'échantillon) :

Hommes d'âge moyen (46-60 ans) pris en charge pour de multiples pathologies chroniques et des facteurs de risques cardio-vasculaires associés, et peu de complications cardio-vasculaires, pulmonaires ou infectieuses. Ces situations cliniques entraînent une prise en charge importante du tabagisme (> 4 actes tabagisme) avec prescriptions médicamenteuses associées (2 médicaments par acte)

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Age pat	CA 46-60	63,7	29,5	23,6	31,9	99,990
COMPLICATIONS CV	1	23,7	9,3	6,8	37,7	99,990
FDR CV	>=2	27,5	12,0	9,4	33,7	11,899
FDR CV	1	35,9	18,3	15,2	29,0	11,790
Genre pat	Hp	75,5	57,3	54,1	19,5	10,548
RC chr	3 ou 4	45,5	28,8	25,9	23,3	9,928
RC chr	>=5	45,3	29,3	26,5	22,8	9,491
acte tabac	>=4	32,6	20,4	18,2	23,6	8,041
COMORBIDITES PULMONAIRES	NON	98,6	93,3	92,4	15,6	6,842
INFECTIONS	NON	98,6	93,7	92,9	15,5	6,496
EVENEMENT DE VIE	NON	100,0	97,2	96,7	15,2	5,979
Age pat	CA +60	13,2	7,5	6,5	26,0	5,575
COMPLICATIONS PULMONAIRES	OUI	10,5	6,1	5,4	25,3	4,669
COMPLICATIONS DERMATO	NON	94,7	90,5	89,8	15,5	4,225
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	86,6	81,2	80,3	15,8	3,949
CANCER	OUI	4,7	2,3	1,9	29,8	3,864
moy med/acte	2	24,9	19,6	18,6	18,8	3,645
CO ADDICTIONS	OUI	21,0	16,2	15,3	19,2	3,535
acte tabac	2 ou 3	32,3	26,7	25,8	17,8	3,402
CO ADDICTIONS	NON	79,0	83,8	84,7	13,9	-3,535
CANCER	NON	95,3	97,7	98,1	14,4	-3,864
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	13,4	18,8	19,7	10,5	-3,949
COMPLICATIONS DERMATO	OUI	5,3	9,5	10,2	8,2	-4,225
COMPLICATIONS PULMONAIRES	NON	89,5	93,9	94,6	14,1	-4,669
EVENEMENT DE VIE	OUI	0,0	2,8	3,3	0,0	-5,979
INFECTIONS	OUI	1,4	6,3	7,1	3,2	-6,496
COMORBIDITES PULMONAIRES	OUI	1,4	6,7	7,6	3,0	-6,842
moy med/acte	0	5,3	13,9	15,5	5,6	-7,667
RC chr	2	8,9	20,1	22,1	6,5	-8,433
acte tabac	1	35,1	52,9	56,0	9,8	-9,943
Genre pat	Fp	24,5	42,7	45,9	8,5	-10,548
COMPLICATIONS CV	0	73,9	88,0	90,4	12,4	-10,948
Age pat	CA 16-25	1,1	16,2	18,8	1,0	-99,990
Age pat	CA 26-45	22,1	46,0	50,1	7,1	-99,990
RC chr	1	0,3	21,8	25,5	0,2	-99,990
FDR CV	0	36,6	69,7	75,4	7,8	-99,990

Tableau 15 : Tableau statistique des variables actives de la classe 2

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
MT	oui	67,6	59,0	57,6	16,9	4,853
Ancienneté pat	Ancien	70,3	62,7	61,4	16,5	4,360
Ancienneté pat	Nouveau	29,7	37,3	38,6	11,8	-4,360
MT	non	32,4	41,0	42,4	11,7	-4,853

Tableau 16: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 2

Cette classe est constituée principalement d'hommes (75,5%). Les classes d'âge sur représentées dans cette population sont celle d'âge moyen de 46 à 60 ans (63,7%) et les plus de 60 ans (13,2%).

Cette population est suivie pour de multiples pathologies chroniques puisque plus de 90 % d'entre eux en ont 3 ou plus. Parmi elles, on peut retenir des facteurs de risque cardio-vasculaires (63,5 % des patients en ont au moins un autre que le tabagisme) et le plus souvent une complication cardio-vasculaire unique. On note également des complications pulmonaires plus fréquemment retrouvées dans cette classe (10,5%) ainsi que des complications cancéreuses (4,7%) ou des comorbidités addictives (21%).

La prise en charge du tabagisme dans cette classe est importante (32% entre 2 ou 3 actes et 32% plus de 4 actes). Cependant, les prescriptions de substituts nicotiniques ou médicament non nicotinique ne sont pas significativement différentes dans la classe ou dans la population d'étude.

CLASSE 3/7 (1182 patients représentant 26,2 % de l'échantillon) :

Jeunes adultes (26-45 ans) pris en charge pour des pathologies chroniques mais aucune complication du tabagisme (cardio-vasculaire, pulmonaire, infectieuse, digestive, dermatologique, oncologique) ni comorbidités psychiatriques ou addictologiques. Ces situations cliniques entraînent une prise en charge ponctuelle du tabagisme (2-3 actes tabagisme) avec une prescription médicamenteuse associée modérée (1 ou 2 par acte).

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
COMPLICATIONS CV	0	98,1	88,0	84,4	29,2	99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	93,1	81,2	77,0	30,1	99,990
acte tabac	2 ou 3	46,8	26,7	19,6	45,9	99,990
RC chr	2	46,0	20,1	10,9	59,9	99,990
RC chr	3 ou 4	43,7	28,8	23,5	39,8	99,990
moy med/acte	1	34,3	18,0	12,2	50,0	99,990
COMPLICATIONS PULMONAIRES	NON	99,7	93,9	91,8	27,8	11,685
moy med/acte	2	31,0	19,6	15,5	41,6	11,157
INFECTIONS	NON	99,2	93,7	91,8	27,8	10,641
Age pat	CA 26-45	59,0	46,0	41,3	33,6	10,407
COMPLICATIONS DERMATO	NON	96,8	90,5	88,3	28,0	9,358
EVENEMENT DE VIE	NON	100,0	97,2	96,2	27,0	8,505
FDR CV	0	79,0	69,7	66,4	29,7	8,292
COMORBIDITES PULMONAIRES	NON	97,9	93,3	91,7	27,5	7,992
COMPLICATIONS DIGESTIVES	NON	97,4	92,9	91,3	27,5	7,524
CANCER	NON	99,7	97,7	97,0	26,7	5,979
CO ADDICTIONS	NON	87,6	83,8	82,5	27,4	4,092
Genre pat	Hp	62,3	57,3	55,5	28,5	4,021
FDR CV	1	20,4	18,3	17,5	29,2	2,136
moy med/acte	3 ou 4	26,8	30,8	32,2	22,8	-3,439
Genre pat	Fp	37,7	42,7	44,5	23,1	-4,021
CO ADDICTIONS	OUI	12,4	16,2	17,5	20,2	-4,092
acte tabac	1	47,7	52,9	54,7	23,6	-4,124
Age pat	CA 46-60	23,5	29,5	31,6	20,9	-5,296
CANCER	OUI	0,3	2,3	3,0	3,8	-5,979
COMPLICATIONS DIGESTIVES	OUI	2,6	7,1	8,7	9,7	-7,524
COMORBIDITES PULMONAIRES	OUI	2,1	6,7	8,3	8,3	-7,992
COMPLICATIONS CV	>=2	0,0	2,7	3,7	0,0	-8,395
EVENEMENT DE VIE	OUI	0,0	2,8	3,8	0,0	-8,505
COMPLICATIONS DERMATOLO	OUI	3,2	9,5	11,7	8,9	-9,358
Age pat	CA +60	1,7	7,5	9,6	5,9	-9,933
INFECTIONS	OUI	0,8	6,3	8,2	3,2	-10,641
COMPLICATIONS CV	1	1,9	9,3	11,9	5,5	-11,452
COMPLICATIONS PULMONAIRES	OUI	0,3	6,1	8,2	1,4	-11,685
acte tabac	>=4	5,5	20,4	25,6	7,1	-99,990
RC chr	>=5	2,5	29,3	38,9	2,2	-99,990
RC chr	1	7,9	21,8	26,7	9,5	-99,990
moy med/acte	>=5	3,9	17,7	22,7	5,8	-99,990
moy med/acte	0	4,0	13,9	17,5	7,5	-99,990
FDR CV	>=2	0,6	12,0	16,1	1,3	-99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	6,9	18,8	23,0	9,6	-99,990

Tableau 17: Tableau statistique des variables actives de la classe 3

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
moy SN/acte	>=1	17,7	13,4	11,9	34,6	4,875
PEC AI	0	23,1	19,0	17,5	31,9	4,073
MT	non	45,9	41,0	39,2	29,4	4,011
moy psy/acte	0	82,1	78,6	77,3	27,4	3,485
PEC AI	<=3	44,3	40,4	38,9	28,8	3,201
moy NN/acte	0	97,1	98,1	98,4	25,9	-2,620
MT	oui	54,1	59,0	60,8	24,0	-4,011
moy psy/acte	>=2	3,6	6,2	7,2	15,0	-4,560
moy SN/acte	0	82,3	86,6	88,1	24,9	-4,875
PEC AI	>=9	6,3	13,3	15,8	12,3	-8,829

Tableau 18 : Tableau statistique des variables illustratives de la classe 3

Cette classe 3 est la plus importante de la population d'étude puisqu'elle représente 26,2% des patients. Elle est constituée principalement de jeunes adultes (59 % ont entre 26 et 45 ans). La population est mixte bien que les hommes soient tout de même majoritaires (62%). Ces patients sont pris en charges pour plusieurs pathologies chroniques mais ils n'ont pas de complications : ni pulmonaire (99,7%), ni cancéreuse (99,7%), ni infectieuses (99%), ni cardiovasculaires (98%), ni digestives (97,4) et dermatologiques (96,8%). Les comorbidités psychiatriques ou addictologiques sont également sous représentées. Il n'y a pas de facteur de risque cardio vasculaire associé pour 79% d'entre eux et 20% en ont un seul.

Ces patients ne sont pas d'important consommateurs de soins : la majorité est vue moins d'une fois par an pour des problèmes aigus.

La prise en charge du tabagisme dans cette classe est ponctuelle avec 2 ou 3 actes sur la période pour la moitié des patients. La prescription de substitut nicotinique est plus importante que dans l'échantillon. La prescription médicamenteuse globale est modérée : il s'agit de la classe « 1 ou 2 médicaments par acte » qui est sur représentée.

CLASSE 4/7 (1195 patients représentant 24,5 % de l'échantillon) :

Jeunes et adultes jeunes (16-45 ans) n'ayant pas de pathologies chroniques en dehors du tabac et aucune comorbidité ou complication. Ces situations cliniques entraînent une prise en charge épisodique du tabagisme (1 fois sur la période) sans prescription médicamenteuse associée.

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
COMORBIDITES PULMONAIRES	NON	99,8	93,3	91,0	28,3	99,990
COMPLICATIONS CV	0	99,5	88,0	83,8	30,0	99,990
COMPLICATIONS DIGESTIVES	NON	99,4	92,9	90,6	28,3	99,990
COMPLICATIONS DERMATO	NON	99,0	90,5	87,5	29,0	99,990
FDR CV	0	97,5	69,7	59,7	37,1	99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	97,4	81,2	75,4	31,8	99,990
CO ADDICTIONS	NON	96,5	83,8	79,3	30,5	99,990
acte tabac	1	90,7	52,9	39,3	45,4	99,990
RC chr	1	72,7	21,8	3,4	88,5	99,990
moy med/acte	0	39,4	13,9	4,8	74,9	99,990
Age pat	CA 16-25	27,0	16,2	12,3	44,2	11,320
COMPLICATIONS PULMONAIRES	NON	99,3	93,9	91,9	28,0	10,799
INFECTIONS	NON	99,2	93,7	91,7	28,1	10,736
Age pat	CA 26-45	58,1	46,0	41,6	33,5	9,761
EVENEMENT DE VIE	NON	99,8	97,2	96,2	27,2	7,708
CANCER	NON	99,9	97,7	96,9	27,1	7,192
Genre pat	Fp	46,0	42,7	41,5	28,5	2,650
Genre pat	Hp	54,0	57,3	58,5	25,0	-2,650
RC chr	2	16,7	20,1	21,4	22,0	-3,419
CANCER	OUI	0,1	2,3	3,1	1,0	-7,192
EVENEMENT DE VIE	OUI	0,2	2,8	3,8	1,6	-7,708
moy med/acte	>=5	10,4	17,7	20,4	15,5	-8,077
COMPLICATIONS CV	>=2	0,0	2,7	3,7	0,0	-8,453
moy med/acte	1	10,2	18,0	20,8	15,1	-8,479
moy med/acte	2	10,5	19,6	22,8	14,3	-9,578
Age pat	CA +60	1,5	7,5	9,7	5,3	-10,404
INFECTIONS	OUI	0,8	6,3	8,3	3,2	-10,736
COMPLICATIONS PULMONAIRES	OUI	0,7	6,1	8,1	2,9	-10,799
Age pat	CA 46-60	13,1	29,5	35,4	11,7	-99,990
acte tabac	>=4	2,8	20,4	26,7	3,6	-99,990
acte tabac	2 ou 3	6,5	26,7	34,0	6,5	-99,990
RC chr	>=5	3,3	29,3	38,7	3,0	-99,990
RC chr	3 ou 4	7,2	28,8	36,6	6,6	-99,990
COMORBIDITES PULMONAIRES	OUI	0,2	6,7	9,0	0,7	-99,990
COMPLICATIONS CV	1	0,5	9,3	12,5	1,4	-99,990
FDR CV	>=2	0,8	12,0	16,1	1,8	-99,990
FDR CV	1	1,7	18,3	24,3	2,4	-99,990
COMPLICATIONS DERMATOLO	OUI	1,0	9,5	12,5	2,8	-99,990
COMPLICATIONS DIGESTIVES	OUI	0,6	7,1	9,4	2,2	-99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	2,6	18,8	24,6	3,7	-99,990
CO ADDICTIONS	OUI	3,5	16,2	20,7	5,8	-99,990

Tableau 19: Tableau statistique des variables actives de la classe 4

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
MT	non	63,8	41,0	32,7	41,3	99,990
Ancienneté pat	Nouveau	52,0	37,3	31,9	37,0	99,990
moy psy/acte	0	95,1	78,6	72,6	32,1	99,990
PEC AI	<=3	53,3	40,4	35,7	35,0	10,543
PEC AI	0	26,1	19,0	16,4	36,4	7,086
moy SN/acte	0	89,5	86,6	85,6	27,4	3,388
Localisation	U	61,0	63,5	64,4	25,5	-2,035
moy SN/acte	>=1	10,5	13,4	14,4	20,9	-3,388
PEC AI	4-9	18,6	27,3	30,5	18,0	-8,077
moy psy/acte	>=2	0,8	6,2	8,2	3,2	-10,653
MT	oui	36,2	59,0	67,3	16,2	-99,990
Ancienneté pat	Ancien	48,0	62,7	68,1	20,3	-99,990
PEC AI	>=9	2,0	13,3	17,4	4,0	-99,990
moy psy/acte	1	4,2	15,2	19,2	7,3	-99,990

Tableau 20: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 4

Cette classe 4 est l'une des plus importantes (24,5% de la population d'étude). Elle est constituée d'une majorité de jeunes : 58 % ont entre 26 et 45 ans et 27 % ont entre 16 et 25 ans. Il s'agit d'une classe mixte (46% de femmes et 54% d'hommes). Ces patients n'ont pas de complications du tabagisme (infectieuses, cardio-vasculaires, pulmonaires, digestives, cancéreuses ou dermatologiques). Ils n'ont pas d'autres pathologies chroniques en dehors du tabagisme et pas de comorbidités psychiatriques ou addictologiques.

Ces patients ne sont pas de grands consommateurs de soins : ils ont très peu de prises en charge aigues sur la période.

La prise en charge du tabagisme dans cette classe est épisodique et se résume à un acte unique sur les 3 années d'étude, n'entraînant pas de prescriptions de substituts nicotiques.

CLASSE 5/7 (237 patients représentant 5,3 % de l'échantillon) :

Femmes d'âge moyen (46-60 ans) prises en charge pour des comorbidités psychiatriques et de multiples pathologies chroniques et/ou complications du tabac. Ces situations cliniques entraînent une prise en charge importante du tabagisme (> 4 actes tabagisme) avec une prescription médicamenteuse importante (> 5 par acte).

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
RC chr	>=5	92,8	29,3	25,8	16,6	99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	70,0	18,8	15,9	19,6	99,990
acte tabac	>=4	60,3	20,4	18,1	15,6	99,990
moy med/acte	>=5	51,5	17,7	15,9	15,3	99,990
INFECTIONS	OUI	47,3	6,3	4,0	39,6	99,990
COMPLICATIONS DERMATO	OUI	39,7	9,5	7,8	22,0	99,990
COMPLICATIONS DIGESTIVES	OUI	32,1	7,1	5,7	23,8	11,836
COMORBIDITES PULMONAIRES	OUI	30,8	6,7	5,3	24,3	11,700
Genre pat	Fp	70,5	42,7	41,2	8,7	8,792
COMPLICATIONS PULMONAIRES	OUI	21,5	6,1	5,3	18,4	8,126
FDR CV	>=2	29,5	12,0	11,1	12,9	7,383
Age pat	CA 46-60	51,9	29,5	28,3	9,2	7,350
FDR CV	1	34,6	18,3	17,4	10,0	6,103
COMPLICATIONS CV	1	20,3	9,3	8,7	11,5	5,225
CO ADDICTIONS	OUI	22,8	16,2	15,8	7,4	2,653
EVENEMENT DE VIE	OUI	5,9	2,8	2,6	11,0	2,494
acte tabac	2 ou 3	20,7	26,7	27,1	4,1	-2,133
EVENEMENT DE VIE	NON	94,1	97,2	97,4	5,1	-2,494
CO ADDICTIONS	NON	77,2	83,8	84,2	4,8	-2,653
COMPLICATIONS CV	0	78,9	88,0	88,5	4,7	-3,991
moy med/acte	2	7,2	19,6	20,2	1,9	-5,365
moy med/acte	1	5,1	18,0	18,7	1,5	-5,923
moy med/acte	0	2,1	13,9	14,6	0,8	-6,328
Age pat	CA 16-25	2,5	16,2	17,0	0,8	-6,854
COMPLICATIONS PULMONAIRES	NON	78,5	93,9	94,7	4,4	-8,126
RC chr	3 ou 4	7,2	28,8	30,0	1,3	-8,390
Genre pat	Hp	29,5	57,3	58,8	2,7	-8,792
RC chr	2	0,0	20,1	21,2	0,0	-10,165
RC chr	1	0,0	21,8	23,0	0,0	-10,649
acte tabac	1	19,0	52,9	54,8	1,9	-10,974
FDR CV	0	35,9	69,7	71,6	2,7	-10,987
COMORBIDITES PULMONAIRES	NON	69,2	93,3	94,7	3,9	-11,700
COMPLICATIONS DIGESTIVES	NON	67,9	92,9	94,3	3,8	-11,836
INFECTIONS	NON	52,7	93,7	96,0	3,0	-99,990
COMPLICATIONS DERMATO	NON	60,3	90,5	92,2	3,5	-99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	30,0	81,2	84,1	1,9	-99,990

Tableau 21: Tableau statistique des variables actives de la classe 5

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
PEC AI	>=9	49,8	13,3	11,3	19,6	99,990
moy psy/acte	>=2	27,8	6,2	5,0	23,6	10,872
MT	oui	86,1	59,0	57,5	7,7	9,214
moy psy/acte	1	30,4	15,2	14,4	10,5	6,016
Ancienneté pat	Ancien	76,8	62,7	62,0	6,4	4,669
PEC AI	4-9	34,6	27,3	26,9	6,7	2,463
Age med	<50	37,1	30,9	30,5	6,3	2,042
Age med	>=50	62,9	69,1	69,5	4,8	-2,042
Ancienneté pat	Nouveau	23,2	37,3	38,0	3,3	-4,669
PEC AI	0	4,2	19,0	19,8	1,2	-6,772
MT	non	13,9	41,0	42,5	1,8	-9,214
PEC AI	<=3	11,4	40,4	42,0	1,5	-10,031
moy psy/acte	0	41,8	78,6	80,6	2,8	-99,990

Tableau 22: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 5

Cette classe est majoritairement constituée de femmes (70,5%) d'âge moyen de 46 à 60 ans (51,9%). Ces patientes sont prises en charge pour de multiples pathologies chroniques (92,8% en ont au moins 5) dont l'asthme chez 30% des patientes. Elles sont majoritairement suivies pour des comorbidités psychiatriques (70%) et les Co-addictions ainsi que les événements de vie sont également sur représentés : respectivement 22,8 % et 5,9%. Ces patientes ont d'autres facteurs de risques cardio-vasculaires pour 62% d'entre elles et une seule complication cardio-vasculaire du tabac pour 20,3 % d'entre elles. Cependant, elles ont de multiples complications du tabac plutôt infectieuses (47%), dermatologiques (39,7%), digestives (32,1 %) et pulmonaires (21,5%). Ces patientes ont beaucoup de prises en charge pour des pathologies aiguës : la moitié d'entre elles l'ont été plus de 3 fois par an.

Ces situations cliniques entraînent une prise en charge du tabagisme importante (au moins 4 actes tabagisme) associée à une polymédication (au moins 5 médicaments par acte pour 51,5% des individus). Cependant, le nombre moyen de prescription de substitut nicotinique ou médicament indiqué dans l'arrêt du tabac ne caractérise pas la classe (pas de différence avec les chiffres moyens de la population de l'étude). Ce sont les médicaments psychotropes qui sont davantage prescrit : 58,2 % des patientes en ont au moins 1.

CLASSE 6/7 (374 patients représentant 8,3% de l'échantillon) :

Jeunes adultes (26-45 ans) avec une légère majorité masculine, pris en charge pour plusieurs pathologies chroniques notamment psychiatriques et des co-addictions. Les « évènements de vie » sont également sur-représentés. Ces situations cliniques entraînent une prise en charge importante du tabagisme (> 4 actes) ainsi qu'une prescription médicamenteuse significative (3-4 par acte).

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	74,6	18,8	13,7	32,9	99,990
CO ADDICTIONS	OUI	67,1	16,2	11,6	34,4	99,990
RC chr	>=5	63,1	29,3	26,3	17,9	99,990
acte tabac	>=4	53,7	20,4	17,3	21,9	99,990
EVENEMENT DE VIE	OUI	28,9	2,8	0,5	85,0	99,990
Age pat	CA 26-45	64,2	46,0	44,3	11,6	7,332
COMPLICATIONS DIGESTIVES	OUI	15,0	7,1	6,4	17,6	5,485
FDR CV	1	28,6	18,3	17,3	13,0	5,066
moy med/acte	3 ou 4	41,7	30,8	29,8	11,2	4,609
COMPLICATIONS CV	0	93,6	88,0	87,5	8,8	3,646
Genre pat	Hp	65,5	57,3	56,5	9,5	3,336
CANCER	NON	99,5	97,7	97,5	8,4	2,498
moy med/acte	2	24,1	19,6	19,1	10,2	2,186
RC chr	3 ou 4	33,4	28,8	28,4	9,6	1,992
COMPLICATIONS CV	1	6,1	9,3	9,6	5,5	-2,177
acte tabac	2 ou 3	21,4	26,7	27,2	6,6	-2,422
FDR CV	0	63,9	69,7	70,2	7,6	-2,454
CANCER	OUI	0,5	2,3	2,5	1,9	-2,498
FDR CV	>=2	7,5	12,0	12,5	5,2	-2,882
Genre pat	Fp	34,5	42,7	43,5	6,7	-3,336
COMPLICATIONS CV	>=2	0,3	2,7	3,0	0,8	-3,498
moy med/acte	0	8,0	13,9	14,5	4,8	-3,581
moy med/acte	1	10,7	18,0	18,6	4,9	-3,957
COMPLICATIONS DIGESTIVES	NON	85,0	92,9	93,6	7,6	-5,485
Age pat	CA +60	0,8	7,5	8,1	0,9	-6,149
Age pat	CA 16-25	2,1	16,2	17,5	1,1	-9,134
RC chr	2	2,9	20,1	21,7	1,2	-10,139
acte tabac	1	24,9	52,9	55,4	3,9	-11,458
RC chr	1	0,5	21,8	23,7	0,2	-99,990
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	25,4	81,2	86,3	2,6	-99,990
CO ADDICTIONS	NON	32,9	83,8	88,4	3,3	-99,990
EVENEMENT DE VIE	NON	71,1	97,2	99,5	6,1	-99,990

Tableau 23: Tableau statistique des variables actives de la classe 6

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
moy psy/acte	1	34,2	15,2	13,5	18,7	9,564
PEC AI	>=9	30,5	13,3	11,8	19,0	9,051
moy psy/acte	>=2	18,7	6,2	5,1	25,0	8,719
MT	oui	79,1	59,0	57,2	11,1	8,524
Localisation	U	75,9	63,5	62,4	9,9	5,313
Ancienneté pat	Ancien	73,0	62,7	61,8	9,6	4,309
PEC AI	4-9	34,8	27,3	26,6	10,6	3,247
Genre med	Hm	96,3	92,9	92,6	8,6	2,739
moy NN/acte	0	99,7	98,1	97,9	8,4	2,586
Genre med	Fm	3,7	7,1	7,4	4,3	-2,739
Localisation	SR	16,0	21,8	22,3	6,1	-2,816
Localisation	R	8,0	14,7	15,4	4,5	-4,005
Ancienneté pat	Nouveau	27,0	37,3	38,2	6,0	-4,309
PEC AI	0	9,4	19,0	19,9	4,1	-5,262
PEC AI	<=3	25,4	40,4	41,7	5,2	-6,262
MT	non	20,9	41,0	42,8	4,2	-8,524
moy psy/acte	0	47,1	78,6	81,4	5,0	-99,990

Tableau 24: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 6

Cette classe 6 est constituée principalement d'adultes relativement jeunes de 26 à 45 ans (64%) avec une prédominance masculine (65%) et vivant en milieu urbain (76%). Effectivement, dans cette population les classes d'âge extrêmes sont peu représentées (+ 60 ou 16-25 ans). Ces patients sont pris en charge pour de nombreuses pathologies chroniques (63% en ont plus de 5) notamment psychiatriques (75%) et addictologiques (67%). Les prises en charge pour des « évènements de vie » sont également importante (29%). Nous mettons en évidence également une sur-représentation des complications digestives (15%). Parallèlement, ils n'ont aucune complication cardio-vasculaire (93%) ou cancéreuse (99%). Ces patients sont d'importants consommateurs de soins comme en témoigne la surreprésentation des prises en charges aiguës au sein de la classe (30% en ont eu plus de 9 sur la période). Ces situations cliniques entraînent une prise en charge importante du tabagisme (> 4 actes) associée à une prescription médicamenteuse significative (3-4 médicaments par acte). Les traitements sont principalement des psychotropes. Les médicaments non nicotiques indiqués dans l'arrêt du tabagisme ne sont jamais prescrits dans cette classe (99,7%).

CLASSE 7/7 (375 patients représentant 8,3% de l'échantillon) :

Hommes d'âge moyen à âgés (46-60 ans et + 60 ans) pris en charge pour de multiples pathologies chroniques, facteur de risque cardio-vasculaires et complications du tabagisme (cardio-vasculaires, pulmonaires, ou cancéreuse). Ces situations cliniques entraînent une prise en charge importante du tabagisme (> 4 actes) ainsi qu'une polymédication (>5 par acte).

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
RC chr	>=5	91,5	29,3	23,7	25,9	99,990
FDR CV	>=2	62,1	12,0	7,5	42,9	99,990
moy med/acte	>=5	60,3	17,7	13,9	28,3	99,990
acte tabac	>=4	55,5	20,4	17,2	22,7	99,990
Age pat	CA +60	52,5	7,5	3,4	58,3	99,990
COMPLICATIONS CV	1	41,1	9,3	6,4	36,8	99,990
COMPLICATIONS PULMONAIRES	OUI	31,5	6,1	3,8	42,6	99,990
COMPLICATIONS CV	>=2	28,0	2,7	0,5	84,7	99,990
CANCER	OUI	14,7	2,3	1,2	52,9	11,921
Genre pat	Hp	75,2	57,3	55,6	10,9	7,479
Age pat	CA 46-60	43,7	29,5	28,2	12,3	6,053
COMORBIDITES PULMONAIRES	NON	98,9	93,3	92,8	8,8	5,278
COMPLICATIONS DIGESTIVES	OUI	13,6	7,1	6,5	16,0	4,598
EVENEMENT DE VIE	NON	99,5	97,2	97,0	8,5	3,050
CO ADDICTIONS	OUI	21,3	16,2	15,7	11,0	2,687
FDR CV	1	23,2	18,3	17,8	10,6	2,453
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	OUI	23,2	18,8	18,4	10,3	2,177
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	NON	76,8	81,2	81,6	7,9	-2,177
CO ADDICTIONS	NON	78,7	83,8	84,3	7,8	-2,687
EVENEMENT DE VIE	OUI	0,5	2,8	3,0	1,6	-3,050
moy med/acte	3 ou 4	22,7	30,8	31,5	6,1	-3,588
acte tabac	2 ou 3	18,9	26,7	27,4	5,9	-3,613
COMPLICATIONS DIGESTIVES	NON	86,4	92,9	93,5	7,7	-4,598
COMORBIDITES PULMONAIRES	OUI	1,1	6,7	7,2	1,3	-5,278
moy med/acte	1	6,7	18,0	19,0	3,1	-6,500
moy med/acte	0	4,0	13,9	14,8	2,4	-6,509
moy med/acte	2	6,4	19,6	20,7	2,7	-7,406
Genre pat	Fp	24,8	42,7	44,4	4,8	-7,479
RC chr	3 ou 4	8,5	28,8	30,6	2,5	-9,940
Age pat	CA 16-25	0,3	16,2	17,7	0,1	-11,114
acte tabac	1	25,6	52,9	55,4	4,0	-11,164
CANCER	NON	85,3	97,7	98,8	7,3	-11,921
Age pat	CA 26-45	3,5	46,0	49,8	0,6	-99,990
RC chr	1	0,0	21,8	23,7	0,0	-99,990
RC chr	2	0,0	20,1	22,0	0,0	-99,990
COMPLICATIONS PULMONAIRES	NON	68,5	93,9	96,2	6,1	-99,990
COMPLICATIONS CV	0	30,9	88,0	93,1	2,9	-99,990
FDR CV	0	14,7	69,7	74,7	1,7	-99,990

Tableau 25: Tableau statistique des variables actives de la classe 7

Libellé de la variable	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la modalité dans le complémentaire de la classe	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
MT	oui	80,0	59,0	57,1	11,3	8,927
Ancienneté pat	Ancien	75,5	62,7	61,6	10,0	5,408
moy psy/acte	>=2	12,3	6,2	5,7	16,4	4,504
moy SN/acte	0	92,8	86,6	86,0	8,9	3,846
PEC AI	>=9	20,0	13,3	12,7	12,5	3,705
moy psy/acte	1	21,6	15,2	14,6	11,8	3,384
Localisation	R	19,7	14,7	14,3	11,1	2,683
PEC AI	<=3	32,8	40,4	41,0	6,8	-3,090
Localisation	U	54,7	63,5	64,3	7,2	-3,605
moy SN/acte	>=1	7,2	13,4	14,0	4,5	-3,846
Ancienneté pat	Nouveau	24,5	37,3	38,4	5,5	-5,408
moy psy/acte	0	66,1	78,6	79,7	7,0	-5,780
MT	non	20,0	41,0	42,9	4,1	-8,927

Tableau 26: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 7

Cette classe 7 est composée majoritairement d'hommes (75%) d'âge moyen (43%) à âgés (52,5%). Ces patients sont pris en charge pour de multiples pathologies chroniques (91,5% en ont au moins 5) et ils ont des facteurs de risque cardio-vasculaires associés au tabac : 62 % d'entre eux en ont au moins 2 autres. Au sein de cette population, toutes les complications du tabagisme sont sur représentées. En effet, ces patients ont notamment des complications cardio-vasculaires (69,1% en ont au moins une) et des complications pulmonaires (31,5%), mais également des complications cancéreuses (14,7%).

Ce sont des patients qui ont une consommation de soins relativement élevée comme peut en témoigner la surreprésentation des prises en charges aiguës (20% en ont plus de 9).

Ces situations cliniques entraînent une prise en charge importante du tabagisme (au moins 4 actes) associées à une polymédication (60% des patients ont au moins 5 médicaments par acte). Il n'y a pas de prescription de substitut nicotinique pour 92,8 % des patients de cette classe.

4 Discussion

4.1 Principales limites

Pour caractériser la population, nous avons utilisé les variables existantes dans la base de l'OMG. L'une des limites de notre étude est le manque de données sociales : malheureusement, les critères socio-professionnels ne sont pas présents car non recueillis de façon systématique, alors qu'ils sont importants pour caractériser une population. De plus, l'IMC n'a pas pu être recueilli alors qu'il représente une donnée clinique importante. Enfin, pour caractériser une population de fumeur, il aurait été intéressant d'avoir le nombre de « paquet-année » ou une estimation de la dose quotidienne consommée.

La seconde limite est liée à la base de données. Les données datent de 2009 à 2011, elles sont relativement anciennes. Cependant, la prise en charge du tabagisme a peu évolué depuis 10 ans bien que la cigarette électronique soit aujourd'hui un nouvel élément important dans le sevrage tabagique (même si non recommandée par l'HAS). De plus, les données sont issues d'une base obtenue uniquement par des médecins volontaires, informatisés et utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultation en routine.

D'autre part, nous n'avons pas pu prendre en compte les prises en charge alternatives ou celles réalisées par d'autres professionnels. L'efficacité des prises en charge (toutes confondues) n'est pas évaluable non plus avec ces données.

4.2 Principales forces

Cette étude a permis de construire une classification sur des critères cliniques à l'aide d'outils statistiques. L'une des principales forces de cette étude repose sur le nombre de variable important pour caractériser cette typologie. De plus, l'utilisation d'une analyse multivariée permet d'obtenir des résultats plus riches et plus précis qu'un examen de plusieurs analyses univariées. Il n'existe pas d'équivalence de classification des patients fumeurs. La création de profil-type de patient pourrait servir de base pour de nouvelles recommandations de prise en charge des patients tabagiques mais également pour la prise en charge d'autres pathologies. Cette méthode de typologie est reproductible avec d'autres variables pour classifier des profils suivis pour d'autres pathologies chroniques.

Grâce au dictionnaire des Résultats de Consultation, le recueil des données médicales est structuré et fiable puisqu'il s'agit d'un langage commun.

Une autre force de cette étude est la population d'étude : nous avons pris l'ensemble des patients suivis en médecine générale et pris en charge pour tabagisme dans la base de données, sans y ajouter des critères d'exclusion : ainsi, notre échantillon représente bien la population des patients pris en charge pour tabagisme en médecine générale dans la pratique courante.

4.3 Représentativité de la population d'étude

La population de notre étude est composée de patients pris en charge pour tabagisme par leur médecin généraliste. Ainsi, elle est différente des patients fumeurs puisque tous les fumeurs ne sont pas pris en charge pour le tabac. La population de l'étude a été comparé à la population des patients fumeurs en France en 2017(48) dans la répartition des genres et des classes d'âge. Ces répartitions sont comparables. Les fumeurs français étaient composés de

54% d'hommes et 46% de femmes. Les patients de notre étude sont composés de 57% d'homme et 43% de femme. La classe des jeunes (définie par un âge de 18 à 25 ans) représentait 14,6% des fumeurs en France, et 16,2% de l'échantillon (définie par un âge de 16 à 25ans). La classe des adultes jeunes (25-44 ans) représentait 45,4% des fumeurs dans la population française en 2017 contre 46% des patients de l'échantillon (26-45ans). Enfin, les plus de 65 ans représentaient 5,5 % des fumeurs français et les plus de 60 ans représentaient 7,5 % de la population d'étude.

4.4 Typologie

L'analyse de la classification a permis de mettre en évidence une typologie de patient « pris en charge pour tabagisme » en 7 « profils-types ». Cette partition en 7 classes reflète bien les situations cliniques rencontrées par les médecins généralistes au quotidien qui peuvent facilement « classer » leur patient au sein d'un groupe. Cet outil de repérage du profil de patient facilite la pratique du médecin pour la prise en charge du tabagisme.

Le fil de la discussion des 7 classes de la typologie suit un gradient de la complexité des patients pris en charge pour le tabagisme.

Ainsi, nous débutons avec la classe n°4. Elle représente 1 patient sur 4 pris en charge pour le tabac. Elle est composée de patients jeunes, sans antécédent médical, pris en charge épisodiquement pour le tabagisme. C'est une classe mixte. Par exemple, cette population pourrait être représentée par un jeune homme de 23 ans fumeur quotidien, nouveau patient, sans antécédent, chez qui le médecin fait un « conseil minimal », ponctuellement. Cette étude met en évidence une faible prise en charge du tabagisme dans cette population (en nombre d'acte) et sans prescription médicamenteuse d'aide au sevrage. On peut supposer qu'il s'agit

d'une prise en charge ponctuelle, un conseil minimal, à l'occasion d'une séance dédiée à un autre problème. Globalement, il s'agit de patients peu vus par les médecins car peu consommateurs de soins. On peut donc imaginer qu'il y a peu d'occasion d'aborder le tabagisme. L'objectif immédiat de la prise en charge du tabagisme dans cette population jeune est principalement la prévention du tabagisme de longue durée. Dans cette population, le tabagisme est l'unique et première pathologie chronique. Le sevrage tabagique doit donc être le principal objectif pour ce profil de patients sans antécédent. Afin d'obtenir le déclenchement d'une démarche de sevrage, la répétition des prises en charge ponctuelles comme le conseil minimal est la priorité. Cette répétition est possible grâce au suivi au long cours du médecin traitant, à l'occasion de consultations dédiées à d'autres sujets. Cela suit les recommandations(49) notamment sur l'intervention brève qui vise à sensibiliser aux effets néfastes et motiver un changement de comportement afin de déclencher une démarche de sevrage. Pour faciliter le sevrage, il est important d'informer clairement sur les risques du tabac qui peuvent être méconnus dans cette classe d'âge. Notamment, il faut rappeler l'importance du sevrage peu importe le niveau de tabagisme quotidien. Il est également primordial d'accompagner le sevrage afin de limiter les facteurs de risque de rechutes comme la prise de poids.

Le deuxième profil de patients jeunes est défini dans la classe n°1. Elle représente 1 patient sur 10 suivis pour le tabac. Il s'agit d'une population en majorité de femmes jeunes, qui sont prises en charge pour de l'asthme, des complications dermatologiques et des complications infectieuses. Par exemple, cette population peut être représentée par une jeune femme de 20 ans au terrain atopique avec un asthme et de l'eczéma, pour laquelle le médecin généraliste prend en compte le tabagisme de façon plus importante par rapport à un patient jeune sans ces comorbidités. L'objectif de la prise en charge du tabagisme dans cette classe

semble double : en prévention des complications propres au tabac mais également en prévention d'une aggravation des pathologies chroniques (pulmonaires et dermatologiques) déjà existantes. Il semble important de prendre en compte ce dernier point dans la prise en charge pour ces patients, car il est l'un des principaux facteurs motivant la démarche de sevrage (l'amélioration de l'asthme et des problèmes dermatologiques est au premier plan dans l'immédiat, plus que les complications cardio-vasculaires par exemple). Cette étude montre que la prise en charge du tabagisme est ponctuelle au sein de cette population mais avec une prescription de substitut nicotinique relativement importante. Cet élément conforte l'idée que la prise en charge du tabagisme va au-delà du conseil minimal (en comparaison avec la classe 4 de patients jeunes mais sans comorbidité). La démarche de sevrage semble plus souvent initiée. De plus, ces antécédents entraînent un nombre d'acte plus important. On peut donc supposer que le tabagisme a pu être abordé plus fréquemment. L'amélioration des comorbidités telle que l'asthme est également un facteur de motivation à l'arrêt du tabac sur lequel s'appuyer.

Vient ensuite la classe 3, représentant 1 patient sur 4 suivis pour le tabac. Elle est composée de patients relativement jeunes (26 à 45 ans) qui sont pris en charge pour plusieurs pathologies chroniques mais n'ont pas d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire, pas de comorbidités potentiellement associées au tabac et aucune complication. Pour exemple, cette population peut être représentée par une femme ou un homme de 38 ans, aux antécédents de lombalgie, migraine, et ténosynovite de l'épaule.

Le principal objectif de la prise en charge du tabagisme dans ce contexte est clairement préventif. La prévention des complications du tabagisme doit être au cœur de la discussion autour du sevrage tabagique. Des informations sur l'intérêt du sevrage sont à expliquer car le tabagisme de longue durée est déjà installé sans qu'il n'ait eu de conséquences pour le

moment. Cette étude montre que la prise en charge du tabagisme est ponctuelle (en nombre d'acte) mais avec une prescription de substitut nicotinique relativement importante (similaire à la classe 1). Même s'il s'agit de patients plutôt jeunes, ils ont plusieurs autres problèmes de santé non nécessairement liés au tabac. Ces antécédents permettent de les voir plus souvent en consultation : cela a pu permettre d'aborder le tabagisme de façon plus fréquente. De plus, les comorbidités sont une source de motivation au sevrage afin de limiter l'addition de complications du tabagisme.

Le profil suivant est décrit dans la classe n°6. Cette classe, représentant 1 patient sur 10 suivis pour le tabac, est une population de patients jeunes adultes pris en charge principalement pour des pathologies psychiatriques ou addictologiques. Les Co-addictions regroupent l'alcoolisme et les toxicomanies. Pour exemple, cette population peut être représenté par un homme de 40 ans alcoolo-tabagique non sevré et suivi pour une humeur dépressive. L'objectif principal de prise en charge pour ce profil de patients est particulier. Le principal axe d'intervention n'est pas orienté vers le sevrage tabagique qui se place au second plan face aux comorbidités psychiatriques ou addictives.

Cette étude montre que la prise en charge du tabagisme est importante sans que la prescription de substitut nicotinique ne soit surreprésentée. En effet, la moyenne de médicament par acte tabagisme est élevée (3-4 médicaments) mais ce ne sont pas des traitements de substitution. Plus de la moitié des patients ont au moins un médicament psychotrope. Les traitements indiqués dans l'arrêt du tabagisme (varénicline et bupropion) sont sous représentés dans cette classe. Cette donnée pourrait indiquer que le sevrage tabagique est au second plan donc on n'atteint pas les secondes intentions de traitement. De plus, le Résumé de Caractéristiques de Produits européen continue de mettre en garde contre les effets indésirables neuropsychiques de ces molécules, qui ne sont donc pas prescrites chez

ce profil de patient(50). Leurs utilisations au cours d'un sevrage alcoolique sont contre indiquées du fait du risque pro convulsivant de ces médicaments(51). Enfin, des précautions sont à prendre en compte avant d'initier un sevrage tabagique dans cette population. Tout sevrage tabagique peut être associé à une exacerbation des maladies psychiatriques sous-jacentes indépendamment du traitement reçu. Chez ce profil de patient, les prises en charge addictives ou psychiatriques sont au premier plan de la démarche de soins. Une orientation vers un addictologue peut être à évoquer avec le patient afin de faciliter la prise en charge des Co-addictions.

A un niveau équivalent de complexité, le profil suivant est défini au sein de la classe 5. Celle-ci, représentant 1 patient sur 20 suivis pour le tabac, est une population de femmes d'âge moyen prises en charge pour de multiples pathologies chroniques et comorbidités psychiatriques. Elles ont de nombreuses complications du tabagisme. Pour exemple, cette population pourrait être représentée par une femme de 53 ans aux antécédents de syndrome anxiodépressif, d'hypothyroïdie, de psoriasis, d'HTA et de gastrite chronique. La consommation de soins est importante chez cette population avec de nombreuses pathologies suivies et une polymédication (> 5 médicaments par acte où le suivi du tabagisme fait partie de la prise en charge). Les objectifs de prise en charge médicale dans cette population sont multiples. D'une part, même si l'arrêt du tabac est important, le sevrage tabagique doit être prudent au sein de cette population aux antécédents psychiatriques car il peut entraîner une décompensation des pathologies sous-jacentes. D'autre part, le sevrage tabagique est difficile car il s'agit de patientes au terrain anxieux et addictogène. Effectivement, la consommation de psychotropes est importante dans cette classe.

Le sevrage tabagique n'est pas le principal axe d'intervention car il nécessite une stabilité de l'humeur au préalable. Cependant, l'arrêt du tabac semble primordial chez cette population

multimorbide ayant déjà de nombreuses complications du tabac. Cette classe bénéficie d'ailleurs d'une prise en charge importante du tabagisme par les médecins, même si les prescriptions de substitution ou de médicament non nicotinique ne sont pas plus, ni moins, prescrites que dans le reste de l'échantillon. Chez ce profil de patient on mesure la complexité de la prise en charge : on recherche avant tout une stabilité de l'état psychologique mais les risques liés à la poursuite du tabac sont très importants. Le sevrage peut être difficile car le terrain anxiodépressif de cette population est un facteur de risque de rechute.

Ensuite, le profil suivant est défini en classe 2. Cette classe, représentant 1 patient sur 7 suivis pour le tabac, est une population composée en majorité d'hommes d'âge moyen pris en charge pour de multiples pathologies chroniques et facteurs de risque cardio-vasculaires avec peu de complications associées. Pour exemple, cette population peut être représentée par un homme de 55 ans aux antécédents d'HTA, de dyslipidémie et de bronchite chronique. Il n'y a pas de comorbidités psychiatriques dans cette classe, donc a priori, pas de précautions à inciter au sevrage tabagique. L'arrêt du tabac est le principal objectif à se fixer. Les intérêts principaux étant de limiter l'apparition des complications du tabac et d'améliorer les pathologies chroniques déjà installées. Ces patients sont beaucoup suivis en médecine générale : cette étude a montré que la prise en charge de ce profil de patients est importante en nombre d'acte, cependant la prescription de substituts ou traitement indiqué dans l'arrêt du tabac n'est pas plus importante que dans le reste de l'échantillon. Il s'agit d'un profil de patient à cibler en priorité par les médecins généralistes car ils sont à haut risque de complication et les bénéfices du sevrage seraient très importants autant sur du court-terme que du long-terme. De plus, ils n'ont pas de meilleur objectif à avoir que le sevrage tabagique (contrairement à la classe 6 par exemple) et pas de facteur de risque de rechute trop important (contrairement à la classe 5). Afin de sensibiliser les patients, des informations

claires sur les risques du tabac sont primordiales et une démarche de sevrage doit être motivée. En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, une aide au sevrage doit être proposée.

Enfin, le dernier profil est décrit en classe 7. Cette classe, représentant 1 patient sur 10 suivis pour le tabac, est une population de patients relativement âgés et multimorbides complexes. Pour exemple, cette population pourrait être représentée par un homme de 65 ans, atteint d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, de dyslipidémie, d'une cardiopathie ischémique et de bronchite chronique. Les objectifs du sevrage tabagique dans ce contexte sont multiples. En effet, un sevrage tabagique pourrait entraîner une amélioration de l'état clinique actuel pour le confort du quotidien (diminution d'une dyspnée par exemple) mais surtout de limiter l'aggravation des pathologies chroniques déjà présentes. L'objectif de prévention est secondaire, même s'il reste évident, afin de limiter l'apparition d'autres complications du tabagisme pas encore présentes.

Cette étude met en évidence une prise en charge importante du tabagisme au sein de cette classe en nombre d'acte mais peu importante sur le plan thérapeutique : il y a très peu de prescriptions de substitutions nicotiques. Nous n'avons pas les moyens de savoir si d'autres prises en charge étaient effectuées (hypnose, psychothérapie...). Ce résultat peut être expliqué par plusieurs hypothèses. D'une part, du fait de leur âge, ces patients ont pu avoir déjà réalisé plusieurs tentatives d'arrêt au cours de leur vie et avoir déjà fait face à plusieurs échecs des substitutions ou traitements. Ainsi, les patients comme leur médecin pourraient ressentir une sorte de « découragement » vis-à-vis du sevrage. D'autre part, le contexte multimorbide peut être une source d'inquiétude et de stress. Ces derniers éléments constituent un terrain propice aux difficultés de sevrage et rechutes.

4.5 Perspectives

Les résultats de cette étude seront précisés ultérieurement en réalisant la typologie avec l'ensemble des résultats de consultation en variables illustratives, sans les regroupements préalables. Cette action permettrait une analyse plus précise des pathologies chroniques et des complications effectivement sur-représentées dans chaque classe de la partition.

Parallèlement, il semble intéressant de relier cette étude avec les attentes des patients au sujet du sevrage tabagique. Celles-ci ont été analysées au sein d'une revue de la littérature dirigée par la SFMG sur les représentations du tabac et du sevrage tabagique en France. Selon cette étude(52), les patients semblaient notamment attachés à l'individualisation de la prise en charge et se sentent sous informés sur les risques du tabac. Ce résultat conforte l'idée que la personnalisation de la prise en charge du tabagisme pourrait être une solution à l'échec du sevrage tabagique en France.

Enfin, il pourrait être intéressant de réaliser une typologie des patients pris en charge pour tabagisme avec des données plus récentes, comprenant des données sociales et des informations sur les prises en charge alternatives.

Conclusion

Le tabagisme est l'une des premières pathologies chroniques arrivant dans la vie des patients concernés puisqu'elle commence le plus souvent à un jeune âge. Sa prise en charge en médecine générale est un enjeu de santé publique majeur. Cette étude descriptive établie à partir d'une base de données propose une classification des patients pris en charge pour le tabagisme. Cette classification répartie les patients en 7 classes ou 7 « profil-types », facilement utilisable en pratique courante. Elle reflète bien les situations cliniques rencontrées par les médecins généralistes. Cette répartition est originale et ne réduit pas le patient à un statut fumeur ou non-fumeur. On sait que l'intérêt d'un sevrage complet du tabagisme est bénéfique pour tous les patients quel que soit leur profil. Cependant, on sait aussi que cet idéal est difficile à atteindre. Ainsi, cette classification a toute sa place dans le sevrage tabagique. Elle pourrait être une aide à la prise en charge pour les médecins généralistes. En effet, l'indentification du profil de patient fumeur pourrait aider à personnaliser les objectifs, le suivi, et la prise en charge thérapeutique au sein de nouvelles recommandations.

Bibliographies

1. World Health Organization [En ligne]. Tabagisme [cité le 14 juillet 2019]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, Boyle P. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008 Jan 1;122(1):155-64. doi: 10.1002/ijc.23033. PMID: 17893872.
3. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Référentiel Tabac [cité le 1 novembre 2019]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
4. Santé publique france [En ligne]. Journée mondiale sans tabac 2020 [cité le 25 novembre 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-mai-2020-n-14-journee-mondiale-sans-tabac-2020>
5. Ministère des solidarités et de la santé [En ligne]. L'état de santé de la population en France Rapport 2011 [cité le 2 avril 2022]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_14_tabagisme_obj3.pdf
6. Santé publique france [En ligne]. Baromètre santé 2017 [cité le 1 mars 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
7. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Recommandations 2014 [cité le 14 juillet 2019]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has
8. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Algorithme du dépistage [cité le 24 mars 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithme_depistage.pdf
9. Lebreton J. Typologie des patients de moins de 26 ans pris en charge pour pathologies chroniques en médecine générale. Nantes; 2007 [cité le 22 mars 2022]. Disponible: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/193/fichier_these_polypatho_jeunesc059e.pdf
10. Clerc P, Duhot D, Le Breton J. Restructuration des soins ambulatoires en France : propositions de gestion des patients hypertendus. *Santé Publique*. Laxou: S.F.S.P.; 2015;S1(HS):209-17. DOI: 10.3917/spub.150.0209
11. Société française de médecine générale [En ligne]. Observatoire de Médecine Générale [cité le 1 novembre 2019]. Disponible: <http://omg.sfm.org>
12. Société française de médecine générale [En ligne]. Le dictionnaire des résultats de consultation [cité le 2 avril 2022]. Disponible: [http://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/#:~:text=Le%20Dictionnaire%20des%20R%20C%20A9sultats%20de%20consultation%20AE%20\(DRC\)%20regroupe%20les,en%20m%20C%20A9decine%20de%20premier%20recours.](http://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/#:~:text=Le%20Dictionnaire%20des%20R%20C%20A9sultats%20de%20consultation%20AE%20(DRC)%20regroupe%20les,en%20m%20C%20A9decine%20de%20premier%20recours.)
13. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006;368(9536):647-58.
14. Robertson L, Lee AJ, Gallagher K, Carmichael SJ, Evans CJ, McKinsty BH, Fraser SC, Allan PL, Weller D, Ruckley CV, Fowkes FG. Risk factors for chronic ulceration in patients with varicose veins: a case control study. *J Vasc Surg*. 2009 Jun;49(6):1490-8. doi: 10.1016/j.jvs.2009.02.237. PMID: 19497512.
15. Şanlı A, Bekmez E, Yıldız G, Erdoğan BA, Yılmaz HB, Altın G. Relationship between smoking and otorhinolaryngological symptoms. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*. 2016;26(1):28-33. doi: 10.5606/kbbihtisas.2016.87059. PMID: 26794332.

16. Piaserico S, Orlando G, Linder MD, Cappozzo P, Zarian H, Iafrate M. A case-control study of risk factors associated with Zoon balanitis in men. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Aug;33(8):1591-1594. doi: 10.1111/jdv.15594. Epub 2019 Apr 3. PMID: 30903714.
17. Kullmann FA. A new player in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: platelet-activating factor - PAF and its connection to smoking. *Physiol Rep*. 2017 Apr;5(7):e13235. doi: 10.14814/phy2.13235. PMID: 28408637; PMCID: PMC5392521.
18. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *J Cutan Med Surg*. 2004 Nov-Dec;8(6):415-23. doi: 10.1007/s10227-005-0020-8. PMID: 15988548.
19. Biver-Dalle C, Humbert P. Tabac et peau [Tobacco and skin]. *Ann Dermatol Venereol*. 2010 Aug-Sep;137(8-9):568-72; quiz 567. French. doi: 10.1016/j.annder.2010.05.005. Epub 2010 Aug 17. PMID: 20804906.
20. Wolkenstein P, Machovcová A, Szepietowski JC, Tennstedt D, Veraldi S, Delarue A. Acne prevalence and associations with lifestyle: a cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Feb;32(2):298-306. doi: 10.1111/jdv.14475. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28707712.
21. Wolkenstein P, Misery L, Amici JM, Maghia R, Branchoux S, Cazeau C, Voisard JJ, Taïeb C. Smoking and dietary factors associated with moderate-to-severe acne in French adolescents and young adults: results of a survey using a representative sample. *Dermatology*. 2015;230(1):34-9. doi: 10.1159/000366195. Epub 2014 Nov 19. PMID: 25413494. DOI: 10.1159/000366195
22. Semedo D, Ladeiro F, Ruivo M, D'Oliveira C, De Sousa F, Gayo M, Lima C, Magalhães F, Brandão R, Branco M, Da Silva I, Batista J, Amado J, Massa A, Neves-Amado J. Adult Acne: Prevalence and Portrayal in Primary Healthcare Patients, in the Greater Porto Area, Portugal. *Acta Med Port*. 2016 Sep;29(9):507-513. doi: 10.20344/amp.6626. Epub 2016 Sep 30. PMID: 28060687.
23. George RM, Sridharan R. Factors Aggravating or Precipitating Acne in Indian Adults: A Hospital-Based Study of 110 Cases. *Indian J Dermatol*. 2018 Jul-Aug;63(4):328-331. doi: 10.4103/ijd.IJD_565_17. PMID: 30078878; PMCID: PMC6052742.
24. Rombouts S, Nijsten T, Lambert J. Cigarette smoking and acne in adolescents: results from a cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Mar;21(3):326-33. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01915.x. PMID: 17309453.
25. Ghodsi SZ, Orawa H, Zouboulis CC. Prevalence, severity, and severity risk factors of acne in high school pupils: a community-based study. *J Invest Dermatol*. 2009 Sep;129(9):2136-41. doi: 10.1038/jid.2009.47. Epub 2009 Mar 12. PMID: 19282841.
26. Trüeb RM. Association between smoking and hair loss: another opportunity for health education against smoking? *Dermatology*. 2003;206(3):189-91. doi: 10.1159/000068894. PMID: 12673073.
27. Syndicat national des dermatologues [En ligne]. Peau et Tabac [cité le 1 novembre 2019]. Disponible: <https://www.syndicatdermatos.org/peau-et-tabac/>
28. Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debais F, Meurice JC. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os [Effects of smoking on the thyroid gland, digestive system, kidney and bone]. *Rev Mal Respir*. 2008 Dec;25(10):1261-78. French. doi: 10.1016/s0761-8425(08)75091-5. PMID: 19107017.
29. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Dec;3(12):958-67. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00316-2. Epub 2015 Sep 18. PMID: 26388413; PMCID: PMC4656094.
30. Maddatu J, Anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Smoking and the risk of type 2 diabetes. *Transl Res*. 2017 Jun;184:101-107. doi: 10.1016/j.trsl.2017.02.004. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28336465; PMCID: PMC5429867.

31. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007 Dec 12;298(22):2654-64. doi: 10.1001/jama.298.22.2654. PMID: 18073361.
32. Fédération des diabétiques [En ligne]. Tabac et Diabète [cité le 1 novembre 2019]. Disponible: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/risques/tabac-et-diabete>
33. Lilette P. Consommation de tabac et échec implantaire : revue systématique et méta-analyse. avril 2015:51.
34. Société nationale françaises de gastro-entérologie [En ligne]. Reflux Gastro-Œsophagien [cité le 1 novembre 2019]. Disponible: <https://www.snfge.org/content/reflux-gastro-oesophagien-rgo>
35. Nelson TM, Borgogna JC, Michalek RD, Roberts DW, Rath JM, Glover ED, Ravel J, Shardell MD, Yeoman CJ, Brotman RM. Cigarette smoking is associated with an altered vaginal tract metabolomic profile. *Sci Rep*. 2018 Jan 16;8(1):852. doi: 10.1038/s41598-017-14943-3. PMID: 29339821; PMCID: PMC5770521.
36. Brotman RM, He X, Gajer P, Fadrosch D, Sharma E, Mongodin EF, Ravel J, Glover ED, Rath JM. Association between cigarette smoking and the vaginal microbiota: a pilot study. *BMC Infect Dis*. 2014 Aug 28;14:471. doi: 10.1186/1471-2334-14-471. PMID: 25169082; PMCID: PMC4161850.
37. Rosenberg MJ, Waugh MS, Stevens CM. Smoking and cycle control among oral contraceptive users. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Feb;174(2):628-32. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70440-4. PMID: 8623797.
38. Smith RL, Flaws JA, Gallicchio L. Does quitting smoking decrease the risk of midlife hot flashes? A longitudinal analysis. *Maturitas*. 2015 Sep;82(1):123-7. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.06.029. Epub 2015 Jun 22. PMID: 26149340; PMCID: PMC4546860.
39. Nita M, Grzybowski A. Smoking and Eye Pathologies. A Systemic Review. Part I. Anterior Eye Segment Pathologies. *Curr Pharm Des*. 2017;23(4):629-638. doi: 10.2174/1381612822666161129152041. PMID: 27897118.
40. Shiri R, Falah-Hassani K. The Effect of Smoking on the Risk of Sciatica: A Meta-analysis. *Am J Med*. 2016 Jan;129(1):64-73.e20. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.07.041. Epub 2015 Sep 25. PMID: 26403480.
41. Solmi M, Veronese N, Sergi G, Luchini C, Favaro A, Santonastaso P, Vancampfort D, Correll CU, Ussher M, Thapa-Chhetri N, Fornaro M, Stubbs B. The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016 Nov;111(11):1914-1922. doi: 10.1111/add.13457. Epub 2016 Jul 18. PMID: 27206671.
42. Paquereau, Underner, Meurice. Tabagisme et Trouble du sommeil. 2008; DOI: RMR-06-2006-23-SUP3-0761-8425-101019-20064022
43. Federman DG, Kravetz JD. Peripheral arterial disease: diagnosis, treatment, and systemic implications. *Clin Dermatol*. 2007 Jan-Feb;25(1):93-100. doi: 10.1016/j.clindermatol.2006.09.006. PMID: 17276206.
44. Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debais F, Meurice JC. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os [Effects of smoking on the thyroid gland, digestive system, kidney and bone]. *Rev Mal Respir*. 2008 Dec;25(10):1261-78. French. doi: 10.1016/s0761-8425(08)75091-5. PMID: 19107017.
45. Association France Psoriasis [En ligne]. Tabac le risque de l'engrenage [cité le 1 novembre 2019]. Disponible: <https://francepsoriasis.org/actualites/alcool-et-tabac-le-risque-de-lengrenage/>
46. Kantor R, Kim A, Thyssen JP, Silverberg JI. Association of atopic dermatitis with smoking: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Dec;75(6):1119-1125.e1. doi: 10.1016/j.jaad.2016.07.017. Epub 2016 Aug 16. PMID: 27542586; PMCID: PMC5216172.
47. Bonamonte D, Vestita M, Filoni A, Mastrodonato M, Angelini G, Foti C. Tobacco-induced contact dermatitis. *Eur J Dermatol*. 2016 Jun 1;26(3):223-31. doi: 10.1684/ejd.2016.2771. PMID: 27020490.

48. Marques C, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Focus. Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(14):291-4. http://beh.santepublique.fr/beh/2020/14/2020_14_3.html.
49. Haute Autorité de Santé [En ligne]. octobre 2014. Recommandation de bonne pratique [cité le 2 avril 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
50. La revue prescrire. Varénicline et troubles neuropsychiques : prudence, même après l’essai dit Eagles. 37(401):188-90.
51. Société Française d’Alcoologie [En ligne]. Sevrage alcoolique chez un patient fumeur de tabac [cité le 2 avril 2022]. Disponible: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg_tabac.pdf
52. Cheriaux L. Identification par une revue de la littérature des représentations des patients fumeurs sur le tabac et sur la prise en charge de cette addiction en médecine générale en France. Paris 13; 2021 [cité le 2 avril 2022]. Disponible: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1480/fichier_these_laura_cheriaux_5_janvier07cc2.pdf
53. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x. PMID: 1932883.

Table des figures

Figure 1: Répartition des patients en fonction du genre dans la population d'étude.....	36
Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur classe d'âge dans la population d'étude.....	37
Figure 3: Répartition des patients en fonction de leur prise en charge par leur médecin traitant ou non.....	37
Figure 4: Répartition des patients en fonction de leur statut « ancien patient » ou « nouveau patient ».....	38
Figure 5: Répartition des médecins de l'étude en fonction de leur genre.....	38
Figure 6: Répartition des médecins de l'étude en fonction de leur âge	39
Figure 7: Répartition des médecins de l'étude en fonction de leur mode d'exercice.....	39
Figure 8: Répartition des patients en fonction de leur nombre d'acte « tabagisme ».....	40
Figure 9: Répartition des patients en fonction de la présence ou non d'au moins un acte avec prescription de Varénicline ou Bupropion	41
Figure 10: Répartition des patients en fonction de la présence ou non d'au moins un acte avec prescription de substitut nicotinique	41
Figure 11: Répartition des patients en fonction du nombre d'acte avec prescription de médicament psychotropes	42
Figure 12: Répartition des patients en fonction de leur nombre de RC chronique différent	42
Figure 13: Répartition des patients en fonction de leur nombre de prises en charge aiguës	43
Figure 14: Répartition des patients en fonction de la présence de comorbidités psychiatriques	49
Figure 15: Répartition des patients en fonction de la présence de Co-addictions	49
Figure 16: Répartition des patients en fonction de la présence d'évènement de vie	49
Figure 17: Répartition des patients en fonction de la présence de complication cancéreuse.....	50
Figure 18: Répartition des patients en fonction de la présence de complications infectieuses	50
Figure 19: Répartition des patients en fonction de la présence de complications pulmonaires	50
Figure 20: Répartition des patients en fonction de la présence d'une comorbidité pulmonaire	50
Figure 21: Répartition des patients en fonction de leur nombre de complications cardio-vasculaires	51
Figure 22 : Répartition des patients en fonction de leur nombre de facteur de risque cardio-vasculaire	51
Figure 23: Répartition des patients en fonction de la présence de complications dermatologiques	51
Figure 24: Répartition des patients en fonction de la présence de complications digestives.....	51
Figure 25: Diagramme des 27 premiers axes factoriels et leurs variances	54
Figure 26: Représentation schématique du 1er axe factoriel	55
Figure 27: Représentation schématique du 2nd axe factoriel.....	57
Figure 28: Représentation schématique du 3ème axe factoriel.....	59
Figure 29: Représentation schématique du 4ème axe factoriel.....	61
Figure 30 : Représentation du dendrogramme correspondant à la classification hiérarchique ascendante	63

Sauf mention contraire, les figures sont de l'auteur.

Table des tableaux

Tableau 1 : Liste des Résultats de Consultation exclus	25
Tableau 2: Comorbidités psychiatriques	28
Tableau 3: Evènements de vie	28
Tableau 4 : Complications aiguës fréquentes	29
Tableau 5 : Complications non fréquentes du tabagisme.....	29
Tableau 6 : Comorbidités et Co-facteurs de risque cardio-vasculaires.....	30
Tableau 7: Regroupement des Résultats de Consultation choisis	33
Tableau 8: Prévalence des Résultats de Consultations sélectionnés dans la population d'étude et dans l'OMG..	47
Tableau 9: Paramètres de la méthode utilisée pour l'ACM	52
Tableau 10: Tableau des axes factoriels de l'ACM et leurs valeurs-propres	53
Tableau 11: Paramètres utilisés pour la classification hiérarchique ascendante	62
Tableau 12 : Répartition des individus dans la partition en 7 classes.....	63
Tableau 13 : Tableau statistique des variables actives dans la classe 1	65
Tableau 14 : Tableau statistique des variables illustratives dans la classe 1.....	66
Tableau 15 : Tableau statistique des variables actives de la classe 2	67
Tableau 16: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 2	68
Tableau 17: Tableau statistique des variables actives de la classe 3	69
Tableau 18 : Tableau statistique des variables illustratives de la classe 3	70
Tableau 19: Tableau statistique des variables actives de la classe 4	71
Tableau 20: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 4	72
Tableau 21: Tableau statistique des variables actives de la classe 5	73
Tableau 22: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 5	74
Tableau 23: Tableau statistique des variables actives de la classe 6	75
Tableau 24: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 6	76
Tableau 25: Tableau statistique des variables actives de la classe 7	77
Tableau 26: Tableau statistique des variables illustratives de la classe 7	78

Sauf mention contraire, les tableaux sont de l'auteur.

Annexes

Annexe 1 : Test de Fagerström (53)

Test de Fagerström (complet)

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 renonceriez-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

ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE)

La définition

- ++++ ROUGEUR DE L'OROPHARYNX
 - ++1 | diffuse du pharynx
 - ++1 | d'une (ou des) amygdale(s)
- ++++ ABSENCE D'ÉCOULEMENT NASAL CARACTÉRISTIQUE

- + - douleur
- + - fièvre ou sensation de fièvre
- + - hypertrophie
- + - enduit pultacé
- + - adénopathie sous angulo-maxillaire
- + - unilatérale

- + - vésicules
- + - ulcération
- + - fausses membranes

- + - toux
- + - vomissement
- + - douleur abdominale

- + - score de Mac Isaac > = 4
- + - TDR positif
- + - présence bactérienne

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^e risque : les Diagnostics critiques
ETAT FEBRILE	Diphthérie ***
ETAT MORBIDE AFEBRILE	Leucémie aigüe ***
HERPES	Agranulocytose ***
MAL DE GORGE	Hémopathie chronique **
PHLEGMON DE L'AMYGDALE	VIH, SIDA **
RHINOPHARYNGITE - RHUME	Cancer de l'amygdale **
DHL 01 - MONONUCLEOSE INFECTIEUSE	Gonocoque **
	Syphilis **
	Tuberculose *
	Maladie de Still *

Annexe 3 : Listes des Résultats de Consultation (Chronique, Aigu, Intermédiaire)

Création personnelle

N° de RC	Résultat de consultation	Type	N° de RC	Résultat de consultation	Type
1	ABCES SUPERFICIEL	Ai	722	COLIQUE (SYNDROME)	Ch
532	ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	Ai	534	COLIQUE NEPHRETIQUE	Ai
4	ACCES ET CRISE	Ai	528	COMPORTEMENT (TROUBLES)	Ch
148	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	Ch	72	CONJONCTIVITE	Ai
5	ACNE	Ch	723	CONSTIPATION	Ch
6	ACOUPHENE	Ch	724	CONTRACEPTION	In
8	ADENOPATHIE	Ai	725	CONTUSION	Ai
606	ALBUMINURIE	Ch	75	CONVULSION FEBRILE	Ai
709	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	Ch	315	COR - DURILLON	In
15	ALGODYSTROPHIE	Ch	615	CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE	Ai
17	AMAIGRISSEMENT	Ai	78	CORPS ETRANGER SOUS-CUTANE	Ai
616	AMENORRHEE-OLIGOMENORRHEE-HYPOMENORRHEE	In	80	CRAMPE MUSCULAIRE	Ai
337	ANEMIE (NON FERRIPRIVE)	In	726	CYSTITE - CYSTALGIE	Ai
19	ANEMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	Ch	839	DEMENCE	Ch
20	ANEVRYSMES ARTERIEL	In	84	DENT	Ai
835	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	Ai	727	DEPRESSION	Ch
711	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	Ch	728	DERMATOSE	In
605	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	In	87	DERMITE SEBORRHEIQUE	Ch
256	ANOMALIE POSTURALE	In	853	DHL 06 - Maladie du système nerveux	In
539	ANOREXIE - BOULIMIE	Ch	602	DIABETE DE TYPE 1	Ch
859	ANXIETE - ANGOISSE	Ch	818	DIABETE DE TYPE 2	Ch
25	APHTE	Ai	861	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	Ai
22	APPETIT (PERTE D')	Ai	91	DIARRHEE (ISOLEE)	Ai
713	ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	Ch	849	DORSALGIE	In
828	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	Ch	731	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	Ai
715	ARTHROSE	Ch	479	DOULEUR PELVIENNE	In
716	ASTHENIE - FATIGUE	In	531	DYSMENORRHEE	Ch
717	ASTHME	Ch	97	DYSPHAGIE	Ai
533	BACTERIURIE - PYURIE	Ai	99	DYSPNEE	Ai
35	BALANO-POSTHITE	Ai	447	DYSURIE	Ch
251	BLESSURES COMBINEES LEGERES	Ai	732	ECZEMA	Ch
335	BLESSURES COMBINEES SEVERES	Ai	102	ECZEMA FACE NOURRISSON	Ai
39	BOUFFEE DE CHALEUR	Ch	104	ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	In
718	BRONCHITE AIGUË	Ai	103	ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE	Ch
719	BRONCHITE CHRONIQUE	Ch	109	ENGELURE	Ai
43	BRULURE	Ai	110	ENROUEMENT	Ai
47	CANAL CARPIEN	Ch	841	ENTORSE	Ai
720	CANCER	Ch	421	ENURESIE	Ch
53	CATARACTE	In	830	EPAULE (TENOSYNOVITE)	Ch
721	CEPHALEE	Ch	112	EPICONDYLITE	Ch
58	CERUMEN	Ai	734	EPIGASTRALGIE	Ch
848	CERVICALGIE	Ch	114	EPILEPSIE	Ch
61	CHALAZION	Ai	117	EPISTAXIS	Ai
62	CHEVEUX (CHUTE)	Ch	118	ERYSIPELE	Ai
63	CHOLECYSTITE	Ai	120	ERYTHEME FESSIER NOURRISSON	Ai
65	CICATRICE	In	121	ESCARRE	In
838	CIRRHOSE DU FOIE	Ch	856	ETAT FEBRILE	Ai
67	COCCYDYNIE	In	736	ETAT MORBIDE AFEBRILE	Ai
831	COL UTERIN (ANOMALIE DU)	In	124	FECALOME	Ai

N° de RC	Résultat de consultation	Type	N° de RC	Résultat de consultation	Type
819	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	Ch	216	LYMPHANGITE	Ai
126	FISSURE ANALE	Ai	139	MAL DE GORGE	Ai
129	FOLLICULITE SUPERFICIELLE	Ai	821	MALAISE - EVANOUISSEMENT	Ai
131	FRACTURE	Ai	611	MELENA	Ai
132	FURONCLE - ANTHRAX	Ai	200	MEMOIRE (PERTE DE)	Ch
133	GALE	Ai	746	MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	Ch
600	GASTRITE CHRONIQUE	Ch	621	MENORRAGIE-METRORRAGIE	Ch
136	GINGIVITE	Ai	205	METEORISME	Ch
601	GLAUCOME	Ch	206	MIGRAINE	Ch
138	GOITRE	Ch	480	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	Ai
10	GOUT (ANOMALIE DU)	In	477	MOLLUSCUM PENDULUM	Ai
140	GOUTTE	Ch	208	MORSURE - GRIFFURE	Ai
143	HALLUX VALGUS	Ch	130	MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)	Ai
145	HEMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE	Ai	207	MYALGIE	Ai
146	HEMATURIE	Ai	412	MYCOSE UNGUEALE	Ch
71	HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE	Ai	837	NAEVUS	In
150	HEMORROIDE	Ch	862	NAUSEE OU VOMISSEMENT	Ai
607	HEPATITE VIRALE	Ch	747	NERVOSISME	Ch
154	HERNIE - EVENTRATION	In	219	NEURALGIE - NEVRITE	Ch
153	HERNIE HIATALE	Ch	221	OBESITE	Ch
155	HERPES	In	614	OEDEME DE QUINCKE	Ai
826	HTA	Ch	707	OEDEME LOCALISE	Ai
739	HUMEUR DEPRESSIVE	Ch	223	OEDEME MEMBRES INFERIEURS	Ch
44	HYGROMA	Ai	855	OEIL (ACUITE VISUELLE)	In
160	HYPERGLYCEMIE	Ch	482	OEIL (LARMOIEMENT)	Ch
740	HYPERLIPIDÉMIE	Ch	483	OEIL (TRAUMATISME)	Ai
705	HYPERSUDATION	Ch	224	ONGLE (PATHOLOGIE DE)	Ch
604	HYPERTHYROIDIE	Ch	226	ORCHI-EPIDIDYMITTE	Ai
162	HYPERURICEMIE	Ch	228	ORGELET	Ai
166	HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	Ai	748	OSTEOPOROSE	Ch
741	HYPOTHYROIDIE	Ch	231	OTALGIE	Ai
173	IMPETIGO	Ai	232	OTITE EXTERNE	Ai
175	INCONTINENCE URINAIRE	Ch	749	OTITE MOYENNE	Ai
176	INFARCTUS DU MYOCARDE	Ch	45	PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE	Ch
742	INSOMNIE	Ch	236	PANARIS	Ai
820	INSUFFISANCE CARDIAQUE	Ch	234	PARASITOSE DIGESTIVE	Ai
179	INSUFFISANCE RENALE	Ch	239	PARESTHESIE DES MEMBRES	Ch
270	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	Ch	240	PARKINSONNIEN (SYNDROME)	Ch
181	INTERTRIGO	Ai	246	PHLEGMON DE L'AMYGDALÉ	Ai
744	JAMBES LOURDES	Ch	530	PHOBIE	Ch
171	KYSTE SEBACE	In	248	PIED (ANOMALIE STATIQUE)	In
170	KYSTE SYNOVIAL	In	481	PIED D'ATHLETE	Ai
834	LANGAGE ORAL ET ECRIT (TROUBLE DU)	In	249	PIQURE D'ANIMAL	Ai
187	LEUCORRHEE	Ai	496	PITYRIASIS ROSE DE GIBERT	Ai
189	LIPOME	In	309	PITYRIASIS VERSICOLOR	Ai
191	LITHIASE BILIAIRE	In	842	PLAIE	Ai
213	LITHIASE URINAIRE	In	751	PLAINTÉ ABDOMINALE	Ai
850	LOMBALGIE	Ch	257	PLAINTES POLYMORPHES	Ch
16	LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE	Ai	252	PNEUMOPATHIE AIGUE	Ai

N° de RC	Résultat de consultation	Type	N° de RC	Résultat de consultation	Type
215	LUXATION	Ai	446	POLLAKIURIE	Ch
829	POLYARTHRITE RHUMATOIDE	Ch	54	TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)	Ai
618	POST- PARTUM (SUIVI)	Ai	300	ULCERE DE JAMBE	In
832	PPR - HORTON	Ch	612	ULCERE DUODENAL	Ai
258	PRECORDIALGIE	Ai	613	ULCERE GASTRIQUE	Ai
9	PREPUCE ADHERENCE-PHIMOSIS	Ai	301	URETRITE	Ai
259	PROLAPSUS GENITAL	In	302	URTICAIRE	Ai
845	PROSTATE (HYPERTROPHIE)	Ch	843	UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)	Ch
825	PROSTATITE	Ch	486	V.I.H.	Ch
262	PRURIT GENERALISE	Ch	305	VARICELLE	Ai
497	PRURIT LOCALISE	Ai	761	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	Ch
263	PSORIASIS	Ch	308	VERRUE	Ai
846	PSYCHIQUE (TROUBLE)	Ch	762	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	Ch
822	PYELONEPHRITE AIGUE	Ai	619	VULVITE-VAGINITE	Ai
752	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	Ai	313	ZONA	Ai
499	REACTION TUBERCULINIQUE	Ai			
610	RECTORRAGIES	Ai			
753	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	Ch			
754	RHINITE	Ch			
811	RHINOPHARYNGITE - RHUME	Ai			
827	SCIATIQUE	Ai			
840	SCLEROSE EN PLAQUES	Ch			
478	SEIN (AUTRE)	Ch			
280	SEIN (TUMEFACTION)	Ai			
26	SENILITE	Ch			
106	SEXUELLE (DYSFONCTION)	Ch			
282	SINUSITE	Ai			
303	SOUFFLE CARDIAQUE	In			
402	STENOSE ARTERIELLE	Ch			
283	STOMATITE - GLOSSITE	Ai			
182	SUICIDE (TENTATIVE)	Ai			
756	SUITE OPERATOIRE	Ai			
516	SURCHARGE PONDERALE	Ch			
164	SURDITE	In			
7	SYNDROME DE RAYNAUD	Ch			
529	SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	Ch			
202	SYNDROME PREMENSTRUEL	Ch			
757	TABAGISME	Ch			
504	TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	Ch			
290	TARSALGIE - METATARSALGIE	Ch			
502	TENDON (RUPTURE)	Ai			
291	TENOSYNOVITE	In			
245	THROMBOPHLEBITE	Ai			
317	TIC	Ch			
857	TOUX	Ai			
759	TOXICOMANIE	Ch			
522	TRAC	In			
503	TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	Ai			
296	TREMBLEMENT	Ch			
823	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	Ch			
506	TUMEFACTION	Ai			

Annexe 4 : Contributions des variables actives

Création personnelle

Variables	Poids relatif (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Genre pat	6,3	0,3	9,2	12,8	3,0
Age pat	6,3	11,3	14,1	10,3	14,1
acte tabac	6,3	12,4	2,3	9,8	14,9
RC chr	6,3	21,4	6,4	17,0	10,5
moy med/acte	6,3	7,7	5,5	15,3	14,0
INFECTIONS	6,3	2,3	6,3	7,0	0,2
COMPLICATIONS PULMONAIRES	6,3	4,6	1,2	1,4	0,2
COMORBIDITES PULMONAIRES	6,3	0,4	9,9	4,3	3,5
COMPLICATIONS CV	6,3	9,4	11,0	0,4	1,1
FDR CV	6,3	13,5	5,8	7,7	2,7
COMPLICATIONS DERMATOLOGIQUES	6,3	1,5	5,7	3,8	3,2
COMPLICATIONS DIGESTIVES	6,3	3,0	1,0	0,7	0,4
COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	6,3	6,2	10,7	0,3	6,6
CO ADDICTIONS	6,3	3,4	1,4	8,6	11,9
EVENEMENT DE VIE	6,3	1,0	6,5	0,7	12,8
CANCER	6,3	1,7	3,0	0,1	0,7

Annexe 5 : Contributions des modalités actives. Création personnelle

Genre pat						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Fp	2,7	2,121	0,2	5,3	7,3	1,7
Hp	3,6	1,582	0,1	3,9	5,5	1,3

Age pat						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
CA +60	0,5	3,426	4,0	10,5	0,3	4,1
CA 0-15	0,1	3,673	0,1	1,2	3,5	3,5
CA 16-25	1,0	3,103	2,6	0,3	4,3	2,8
CA 26-45	2,9	2,001	1,5	1,8	0,3	3,7
CA 46-60	1,8	2,611	3,1	0,4	2,0	0,0

acte tabac						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=4	1,3	2,950	8,7	0,1	0,0	2,3
1	3,3	1,744	3,7	1,0	3,1	1,9
2 ou 3	1,7	2,713	0,0	1,2	6,7	10,7

RC chr						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=5	1,8	2,618	12,3	0,0	2,4	0,6
1	1,4	2,897	6,6	4,1	6,0	5,1
2	1,3	2,958	2,5	0,0	1,5	3,2
3 ou 4	1,8	2,638	0,0	2,3	7,1	1,6

moy med/acte						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=5	1,1	3,047	4,7	0,9	5,5	0,2
0	0,9	3,187	2,5	3,0	2,7	8,1
1	1,1	3,039	0,4	0,3	2,6	5,0
2	1,2	2,979	0,1	0,6	4,5	0,4
3 ou 4	1,9	2,563	0,0	0,7	0,0	0,4

INFECTIONS						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,9	0,232	0,1	0,4	0,4	0,0
OUI	0,4	3,471	2,1	5,9	6,5	0,2

COMPLICATIONS PULMONAIRES						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,9	0,227	0,3	0,1	0,1	0,0
OUI	0,4	3,476	4,3	1,1	1,3	0,1

COMORBIDITES PULMONAIRES						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,8	0,246	0,0	0,7	0,3	0,2
OUI	0,4	3,457	0,4	9,2	4,0	3,3

COMPLICATIONS CV						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=2	0,2	3,602	3,2	7,9	0,4	0,5
0	5,5	0,446	1,1	0,9	0,0	0,1
1	0,6	3,360	5,1	2,1	0,0	0,5

FDR CV						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=2	0,8	3,258	7,4	5,0	1,0	0,0
0	4,4	1,123	3,7	0,4	0,7	0,5
1	1,1	3,027	2,4	0,4	6,0	2,2

COMPLICATIONS DERMATOLOGIQUES						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,7	0,351	0,1	0,5	0,4	0,3
OUI	0,6	3,352	1,3	5,2	3,4	2,9

COMPLICATIONS DIGESTIVES						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,8	0,262	0,2	0,1	0,0	0,0
OUI	0,4	3,442	2,8	1,0	0,6	0,4

COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,1	0,696	1,2	2,0	0,1	1,2
OUI	1,2	3,008	5,0	8,7	0,3	5,4

CO ADDICTIONS						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,2	0,599	0,5	0,2	1,4	1,9
OUI	1,0	3,105	2,8	1,2	7,2	10,0

EVENEMENT DE VIE						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	6,1	0,104	0,0	0,2	0,0	0,4
OUI	0,2	3,599	0,9	6,3	0,6	12,4

CANCER						
Libellé de la modalité	Poids relatif (%)	Contribution à la variance totale (%)	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	6,1	0,085	0,0	0,1	0,0	0,0
OUI	0,1	3,618	1,6	3,0	0,1	0,7

Annexe 6 : Coordonnées des modalités actives. Création personnelle.

Genre pat

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Fp	2,7	1,158	0,116	0,435	0,477	0,223
Hp	3,6	0,864	-0,087	-0,325	-0,356	-0,166

Age pat

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
CA +60	0,5	3,513	-1,293	-1,464	0,228	0,820
CA 0-15	0,1	10,995	0,611	1,473	2,380	2,292
CA 16-25	1,0	2,274	0,712	0,158	0,591	0,456
CA 26-45	2,9	1,084	0,318	0,247	-0,097	-0,316
CA 46-60	1,8	1,545	-0,575	-0,141	-0,298	-0,030

acte tabac

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=4	1,3	1,978	-1,155	0,098	0,030	-0,376
1	3,3	0,944	0,469	-0,169	0,279	-0,209
2 ou 3	1,7	1,655	-0,049	0,260	-0,575	0,700

RC chr

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=5	1,8	1,553	-1,147	0,045	0,329	-0,159
1	1,4	1,895	0,972	-0,535	0,607	-0,537
2	1,3	1,992	0,628	0,016	-0,319	0,438
3 ou 4	1,8	1,573	-0,007	0,347	-0,571	0,262

moy med/acte

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=5	1,1	2,153	-0,913	-0,280	0,643	0,118
0	0,9	2,484	0,745	-0,571	0,510	-0,844
1	1,1	2,137	0,259	0,149	-0,436	0,582
2	1,2	2,028	0,119	0,222	-0,553	0,153
3 ou 4	1,9	1,499	-0,038	0,191	0,004	-0,122

INFECTIONS

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,9	0,259	0,069	-0,080	-0,079	-0,014
OUI	0,4	3,865	-1,028	1,198	1,177	0,211

COMPLICATIONS PULMONAIRES

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,9	0,256	0,097	0,035	-0,034	-0,011
OUI	0,4	3,909	-1,480	-0,532	0,525	0,168

COMORBIDITES PULMONAIRES

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,8	0,267	0,029	-0,104	-0,064	-0,056
OUI	0,4	3,746	-0,411	1,458	0,893	0,781

COMPLICATIONS CV

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=2	0,2	5,947	-1,896	-2,104	0,413	0,450
0	5,5	0,370	0,198	0,128	-0,004	-0,042
1	0,6	3,125	-1,316	-0,590	-0,083	0,267

FDR CV

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=2	0,8	2,703	-1,390	-0,799	0,324	-0,016
0	4,4	0,659	0,408	0,089	0,117	-0,098
1	1,1	2,115	-0,639	0,189	-0,661	0,383

COMPLICATIONS DERMATOLOGIQUES

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,7	0,324	0,069	-0,096	-0,073	-0,064
OUI	0,6	3,088	-0,659	0,915	0,694	0,612

COMPLICATIONS DIGESTIVES

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,8	0,276	0,085	-0,035	-0,026	0,020
OUI	0,4	3,625	-1,119	0,455	0,340	-0,258

COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,1	0,481	0,211	-0,194	-0,032	0,137
OUI	1,2	2,080	-0,914	0,841	0,137	-0,591

CO ADDICTIONS

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	5,2	0,439	0,143	-0,065	0,148	0,168
OUI	1,0	2,277	-0,742	0,336	-0,770	-0,871

EVENEMENT DE VIE

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	6,1	0,170	0,029	-0,054	0,016	0,067
OUI	0,2	5,875	-1,017	1,860	-0,546	-2,326

CANCER

Libellé de la modalité	Poids relatif (en %)	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
NON	6,1	0,154	0,035	0,033	-0,005	-0,014
OUI	0,1	6,509	-1,481	-1,406	0,194	0,601

Annexe 7 : Coordonnées des modalités illustratives

Création personnelle

Age med

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
<50	Illustrative	1393,000	1,496	-0,069	0,042	0,041	0,012
>=50	Illustrative	3117,000	0,669	0,031	-0,019	-0,018	-0,005

Genre med

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Fm	Illustrative	322,000	3,606	0,090	-0,121	0,017	0,076
Hm	Illustrative	4188,000	0,277	-0,007	0,009	-0,001	-0,006

Localisation

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
R	Illustrative	665,000	2,405	-0,016	-0,181	0,092	0,146
SR	Illustrative	982,000	1,895	0,058	-0,112	-0,012	0,043
U	Illustrative	2863,000	0,758	-0,016	0,081	-0,017	-0,049

MT

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
non	Illustrative	1847,000	1,201	0,404	-0,170	-0,004	-0,070
oui	Illustrative	2663,000	0,833	-0,280	0,118	0,003	0,048

Ancienneté pat

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Ancien	Illustrative	2830,000	0,770	-0,164	0,052	-0,028	0,040
Nouveau	Illustrative	1680,000	1,298	0,277	-0,087	0,047	-0,068

PEC AI

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
<=3	Illustrative	1820,000	1,216	0,246	-0,145	-0,091	0,001
>=9	Illustrative	601,000	2,550	-0,845	0,610	0,437	-0,096
0	Illustrative	857,000	2,065	0,304	-0,371	-0,129	-0,054
4-9	Illustrative	1232,000	1,631	-0,163	0,175	0,010	0,083

moy psy/acte

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=2	Illustrative	280,000	3,887	-1,031	0,471	0,183	-0,494
0	Illustrative	3544,000	0,522	0,179	-0,103	0,017	0,060
1	Illustrative	686,000	2,361	-0,504	0,341	-0,162	-0,110

moy SN/acte

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=1	Illustrative	604,000	2,543	0,110	0,195	-0,053	0,185
0	Illustrative	3906,000	0,393	-0,017	-0,030	0,008	-0,029

moy NN/acte

Libellé de la modalité	Statut	Poids	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
>=1	Illustrative	86,000	7,172	0,223	0,031	-0,045	0,214
0	Illustrative	4424,000	0,139	-0,004	-0,001	0,001	-0,004

Typologie des patients suivis en médecine générale et pris en charge pour tabagisme

Résumé :

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur et concerne 1 français sur 4 en 2020. Les recommandations actuelles reposent sur une évaluation de la motivation à l'arrêt, de la dépendance puis la proposition d'une aide au sevrage. Ces recommandations concernent tous les patients fumeurs.

Objectif : Réaliser une typologie des patients pris en charge pour tabagisme en médecine générale.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective puis une typologie des patients pris en charge pour le tabagisme au sein de l'Observatoire de la médecine générale entre 2009 et 2011. Cette population représente 4510 patients.

Résultats : La partition en 7 classes a été retenue. La classe 1 (10,7%) représente les femmes jeunes prises en charge pour de l'asthme et des complications dermatologiques. La classe 2 (14,8%) est composée d'hommes d'âge moyen suivis pour des pathologies chroniques, des facteurs de risque cardio-vasculaires et peu de complications. La classe 3 (26,2%) représente les adultes jeunes pris en charge pour plusieurs pathologies chroniques mais aucune complication du tabagisme. La classe 4 (26,5%) propose une population de jeunes adultes sans antécédent. La classe 5 (5,3%) est constituée de femmes d'âge moyen prises en charge pour des comorbidités psychiatriques et de multiples pathologies chroniques ou complications du tabac. La classe 6 (8,3%) représente les jeunes adultes suivis pour des pathologies chroniques psychiatriques ou des Co-addictions. La classe 7 (8,3%) est composée d'hommes âgés multimorbides. Ils ont de multiples pathologies chroniques, facteurs de risque cardio-vasculaires et complications du tabagisme (cardio-vasculaires, pulmonaires ou cancéreuses).

Conclusion : Cette typologie prend en compte les caractéristiques, les comorbidités et les traitements des patients afin de les regrouper en 7 classes différentes. Elle évite une prise en charge isolée de multiples pathologies chroniques et permet de représenter la diversité des situations cliniques rencontrées en médecine générale. Cette classification pourrait permettre une prise en charge personnalisée pour chaque profil de patient fumeur.

Spécialité :

Médecine Générale

Mots clés français :

Médecine Générale ; fumer du tabac ; classification ; soins de santé primaires ; arrêter de fumer

Université de Paris
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris