

DISCUSSION

Cette épidémie de shigellose est liée initialement à une source commune et s'est ensuite prolongée pendant au moins 3 semaines par transmission de personne à personne. L'ingestion d'eau du lac contaminé est le mode de contamination initial le plus vraisemblable. Les enfants qui, souvent, « boivent la tasse », ont en effet été plus souvent atteints que les adultes. La négativité des analyses d'eau n'autorise pas à infirmer cette hypothèse, le germe en cause *Shigella* étant rarement retrouvé même dans une eau contaminée.

Le réservoir de germe pour *Shigella* est constitué par l'homme malade ou porteur sain. De ce fait la source initiale de germe est obligatoirement une contamination fécale humaine. La conformité des résultats des recherches des coliformes fécaux peut sembler de ce fait paradoxale. La contamination a pu être très limitée dans le temps; par ailleurs la dose infectante pour *Shigella* est faible. À partir de la distribution des cas en relation avec les dates des baignades, la période de contamination peut être estimée entre le 3 et 6 juillet, au minimum. La majorité des cas primitifs sont survenus suite à un bain le 3 juillet, jour où la fréquentation du lac, liée à une chaleur intense a été très importante.

La survenue de cet épisode épidémique soulève les questions et les éléments de réflexion suivants :

1. Les critères retenus pour juger de la qualité d'eau de baignade sont-ils pertinents ? L'analyse régulière des germes tests de contamination fécale, ici négative, ne donne-t-elle pas une fausse sécurité aux exploitants ?
2. La fréquentation massive du plan d'eau le 3 juillet a favorisé la diffusion de l'épidémie du fait de la densité de baigneurs dans l'appendice d'un lac où la vitesse de circulation de l'eau est faible, voire nulle. Faut-il dans ce cas limiter les entrées du plan d'eau en fonction d'un débit de recirculation estimé et éventuellement d'autres facteurs (conditions atmosphériques...) ? Faut-il considérer que de tels plans d'eau sont plutôt assimilables à des piscines et ne peuvent être autorisés à la baignade sans traitement de l'eau ?
3. Un réseau de surveillance constitué de médecins et de biologistes aurait permis une alerte plus précoce, un recensement plus aisé et surtout plus complet des malades, et enfin, une diffusion des mesures de prévention secondaire aux professionnels et aux usagers à la baignade ?

ENQUÊTE

ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN MATIÈRE DE TABAGISME DE 1992 À 1994

J. ARÈNES*, D. GRIZEAU*, F. BAUDIER*, C. CHAN-CHEE*, M. ROTILY**, C. DRESSEN* ET M.-P. JANVRIN*

INTRODUCTION

Le Comité français d'éducation pour la santé (C.F.E.S.), a mis en place depuis 1992 un nouveau dispositif d'enquêtes nationales : les « Baromètres Santé » (1).

L'objectif de cet article est de faire une présentation synthétique des questions relatives à l'évolution des comportements des médecins en matière de consommation tabagique au cours des 3 premières vagues du « Baromètre Médecins Généralistes », qui ont eu lieu en décembre 1992 [1], 1993 [2] et 1994.

MÉTHODE

Pour les 3 vagues, la population a été celle des médecins généralistes libéraux en exercice dont les coordonnées ont été tirées aléatoirement du fichier national C.E.G.E.D.I.M. (2). L'entretien s'est effectué à chaque fois par téléphone, et les effectifs finaux de répondants ont été constitués de 252 médecins en 1992, 494 en 1993, et 1013 en 1994.

Des questions sur le tabagisme ont été posées à chaque vague, et ont pu être étudiées en regard des données concernant la population générale pour 2 des 3 années correspondantes (« Baromètres Adultes » 1992 et 1993).

RÉSULTATS

Le taux de refus total de participation à l'enquête – immédiat ou différé – s'est élevé à 40,1 % en 1992, 26 % en 1993 et 27,7 % en 1994. Les 2 dernières vagues ont bénéficié d'un taux de refus de participation bien plus satisfaisant grâce à l'effet très positif au niveau des généralistes sollicités d'un courrier cosigné par le C.F.E.S. et l'Ordre des médecins pour annoncer l'enquête. La prévalence du tabagisme (« fumer ne serait-ce que de temps en temps ») des médecins est stable au cours des années avec une baisse non significative pour la dernière vague (tabl. 1). Le tabagisme des médecins est en fait comparable à celui de la population générale et à celui des cadres (différences non significatives quels que soient l'année et le sexe). Les femmes cadres sont les seules, en 1993, à avoir un taux de prévalence plus élevé que les hommes (31,5 % de femmes médecins fumeuses contre 46,7 % de femmes cadres, seuil « limite » $p < 0,06$).

La prévalence du tabagisme régulier (au moins une cigarette par jour) tend à diminuer chez les médecins de manière non significative. En population générale, il existe une diminution nette de cette prévalence pour les hommes et pour les femmes. La différence de comportement hommes/femmes est très nette en population générale ($p < 0,001$) avec un taux de tabagisme régulier chez les hommes excédant de 13 % environ celui des femmes pour chaque

année considérée. Le différentiel hommes/femmes est moins sensible chez les médecins (entre 9 et 10 % en 1993 et en 1994), et on ne peut le comparer non plus à l'évolution des comportements de la population des cadres pour laquelle la surconsommation des hommes n'est plus vraie en 1993.

Tableau 1. – Évolution de la prévalence du tabagisme chez les médecins, dans la population générale et dans la population des cadres (en %)

	1992	1993	1994	P (1)
Population médecins	n = 252 208 H, 45 F	n = 494 405 H, 89 F	n = 1 013 831 H, 182 F	
Total fumeurs	37,5	37,7	34,0	N.S.
dont fumeurs réguliers.....	32,8	29,4	28,9	N.S.
Hommes	39,6 (7)	40,4 (7)	36,0 (4)	N.S.
dont fumeurs réguliers.....	34,5 (7)	31,2 (7)	30,4 (6)	N.S.
Femmes	27,9	31,5	24,9	N.S.
dont fumeurs réguliers.....	24,8	21,4	21,9	N.S.
Population générale (3)	n = 2 099 1 024 H, 1 075 F	n = 1 950 950 H, 998 F	(2)	
Total fumeurs	36,4	33,6		N.S.
dont fumeurs réguliers.....	33,7	29,1		< 0,01
Hommes	43,9 (4)	40,3 (5)		N.S.
dont fumeurs réguliers.....	40,3 (4)	36,0 (4)		< 0,05
Femmes	29,2	27,3		N.S.
dont fumeurs réguliers.....	27,4	22,6		< 0,05
Population cadres (3)	n = 197 121 H, 76 F	n = 167 100 H, 67 F	(2)	
Total fumeurs	35,6	38,7		N.S.
dont fumeurs réguliers.....	33,2	27,6		N.S.
Hommes	40,4 (7)	33,3 (7)		N.S.
dont fumeurs réguliers.....	37,7 (7)	26,2 (7)		N.S.
Femmes	28,1	46,7		p < 0,05
dont fumeurs réguliers.....	26,1	29,6		N.S.

(1) Degré de significativité (Chi2).

(2) Données non disponibles.

(3) Référence : « Baromètres adultes » des années correspondantes.

(4) Différence hommes/femmes significative, $p < 0,001$.

(5) Différence hommes/femmes significative, $p < 0,01$.

(6) Différence hommes/femmes significative, $p < 0,05$.

(7) Différence hommes/femmes significative.

1. En partenariat avec le ministère du Travail et des Affaires sociales, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le Haut-Comité de la Santé publique, et la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

2. Fichier de l'industrie pharmaceutique, mis à jour en permanence par les visiteurs médicaux.

* Comité français d'éducation pour la santé, 2, rue Auguste-Comte, 92170 Vanves.

** O.R.S. P.A.C.A., 23, rue Stanislas-Torrents, 13006 Marseille.

L'évolution des taux d'anciens fumeurs a été étudiée en prenant comme base la population des non-fumeurs dont l'évolution de prévalence dans le temps (comme celle de la population des fumeurs) n'est pas significative dans toutes les catégories considérées sauf pour les femmes cadres (tabl. 2). Les ex-fumeurs sont devenus une minorité chez les médecins non fumeurs en 1994 (49,7 %). La tendance à la décroissance depuis 1992 est statistiquement significative (Chi2 de tendance : $p < 10^{-6}$). La diminution de ce taux est aussi très significative dans la population générale pour les 2 années comparables, mais les ex-fumeurs restent beaucoup plus nombreux chez les médecins ($p < 0,05$ en 1992, et $p < 0,01$ en 1993). Chez les cadres enfin, les taux d'ex-fumeurs sont très comparables à ceux des médecins (différences non significatives globalement et par sexe) avec, au contraire des médecins et de la population générale, une tendance à la croissance des ex-fumeurs réguliers (ayant fumé quotidiennement pendant au moins 6 mois). Les femmes cadres, au contraire des femmes médecins, ne diffèrent pas notablement en 1993 de leurs homologues masculins.

L'évolution du nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs réguliers a été étudiée. Chez les médecins, le comportement des fumeurs réguliers n'a guère changé et le nombre de cigarettes consommées en moyenne fluctue entre 10 et 11, mais le nombre de cigarettes fumées par les hommes est supérieur à celui des femmes et s'écarte avec les années de celui des femmes ($p < 0,05$ en 1994). Alors que le taux de médecins fumeurs réguliers est proche de celui de la population générale, les médecins fumeurs réguliers ont une consommation moindre ($p < 0,05$) que les fumeurs réguliers de la population générale et ce quel que soit leur sexe. Les cadres ont une position intermédiaire entre les médecins et la population générale, mais on note pour cette catégorie socio-professionnelle une tendance au nivellement des comportements masculins et féminins (consommation moyenne quasi identique en 1993).

DISCUSSION

Le généraliste jouerait un rôle d'exemple en ce qui concerne les comportements de santé et les comportements tabagiques en particulier [2, 3]. En Grande-Bretagne et aux États-Unis, la décroissance de la prévalence tabagique chez les médecins a précédé celle de la population générale. Mais la France se situe en Europe dans le groupe des pays ayant le plus fort taux de tabagisme chez les médecins [2] alors que les médecins britanniques ont un taux de tabagisme nettement inférieur à la population générale (moins de 15 % de médecins fumeurs), et que les pays scandinaves ont globalement moins de 20 % de médecins fumeurs. En France, le taux de fumeurs est stable chez les médecins comme dans le reste de la population. Dans la même perspective, une enquête récente (1995) en milieu hospitalier (3), a montré que le tabagisme est plus important encore chez les médecins hospitaliers (39,4 % de fumeurs) que chez les généralistes. S'il n'est pas valide d'évoquer un effet d'entraînement « négatif » du tabagisme du médecin, il semble que les médecins fumeurs « croient » moins en leur rôle d'exemple pour le tabagisme de leurs patients. Dans une enquête auprès de généralistes néerlandais, 64 % des fumeurs réguliers pensaient que leur comportement n'avait aucune valeur d'exemple sur leurs patients, alors que seulement 36 % des ex-fumeurs, et 29 % de ceux qui n'avaient jamais fumé avaient la même opinion [4].

(3) Enquête Comité français d'éducation pour la Santé/Mutuelle nationale des hospitaliers, en cours de publication.

Tableau 2. – Évolution du taux d'ex-fumeurs chez les médecins, dans la population générale et dans la population des cadres (en %)

	1992	1993	1994	P 92-93 (1)	P 93-94 (1)	P 92-94 (1)
Base : médecins non fumeurs.....	n = 158 125 H, 33 F	n = 302 241 H, 61 F	n = 668 531 H, 137 F			
Ex-fumeurs.....	68,3	60,4	49,7	N.S.	$p < 0,001$	$p < 0,00001$
Ex-fumeurs réguliers.....	49,3	37,9	(2)	$p < 0,05$		
Ex-fumeurs occasionnels.....	19,1	22,5	(2)	N.S.		
Hommes.....	72,1 (6)	22,5 (6)	52,3 (5)	N.S.	$p < 0,01$	$p < 0,0001$
Femmes.....	53,7	46,8	39,7	N.S.	N.S.	N.S.
Base : population générale non fumeurs (3).....	n = 1 336 575 H, 761 F	n = 1 294 568 H, 726 F				
Ex-fumeurs.....	59,5	51,9	(2)	$p < 0,001$	(2)	(2)
Ex-fumeurs réguliers.....	31,7	29,7		N.S.		
Ex-fumeurs occasionnels.....	27,8	22,2		$p < 0,001$		
Hommes.....	74,1 (4)	65,3 (4)		$p < 0,01$		
Femmes.....	48,6	41,4		$p < 0,01$		
Base : population cadres non fumeurs (3).....	n = 127 72 H, 55 F	n = 103 67 H, 36 F				
Ex-fumeurs.....	67,7	59,3	(2)	N.S.	(2)	(2)
Ex-fumeurs réguliers.....	33,9	43,7		N.S.		
Ex-fumeurs occasionnels.....	33,9	15,5		$p < 0,05$		
Hommes.....	75,8 (6)	60,1 (7)		$p < 0,05$		
Femmes.....	57,1	57,7		N.S.		

(1) Degré de significativité (Chi2). - (2) Données non disponibles ou comparaisons non pertinentes. - (3) Référence : « Baromètres adultes » des années correspondantes. - (4) Différence hommes/femmes significative, $p < 0,01$. - (5) Différence hommes/femmes significative, $p < 0,01$. - (6) Différence hommes/femmes significative, $p < 0,05$. - (7) Différence hommes/femmes significative.

L'attitude pédagogique du praticien est elle-même influencée par ses comportements de santé. Segnan et coll. [3] indiquent que 47 % des médecins turinois fumeurs affirment conseiller à leurs patients fumeurs d'arrêter, contre 74 % des non-fumeurs et 58 % des ex-fumeurs. De même, les généralistes non fumeurs interrogés au « Baromètre Médecins » 1992 étaient nettement plus nombreux à s'enquérir de la consommation tabagique de leurs patients (76,1 % vs 58,2 chez les fumeurs, $p < 0,01$) [1]. Par ailleurs, la baisse du taux d'anciens fumeurs parmi les non-fumeurs, quelle que soit la population, indique que les médecins, comme les autres, débutent moins souvent un tabagisme, mais que les campagnes paraissent peu inciter les fumeurs à un sevrage tabagique ou à diminuer leur consommation moyenne.

Les réflexions suscitées par cette étude nous suggèrent que les médecins généralistes devraient être convaincus d'abord pour eux-mêmes de l'intérêt d'une attitude préventive en matière de tabagisme, et que des actions plus spécifiques de formation et de sensibilisation seraient à mettre en place en direction de ce groupe d'acteurs clés en santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BAUDIER F., DRESSEN C., ALIAS F. (sous la direction de). – **Baromètre Santé 1992**. – C.F.E.S., 1994.
- [2] BAUDIER F., DRESSEN C., GRIZEAU D., JANVRIN M.P., WARSZAWSKI J. – **Baromètre Santé 1993/1994**. – C.F.E.S., 1995.
- [3] SEGNAV N., BATTISTA R., ROSSO S. – **Preventive practices of general practitioners in Torino, Italy**. – *Am. J. Prev. Med.* 1992; 8 (6) : 333-38.
- [4] DEKKER H., CASPAR W., ADRIAANSE H., VAN DER MAAS P. – **Prevalence of smoking in physicians and medical students, and the generation effect in the Netherlands**. – *Soc. Sci. Med.* 1993; 6 : 817-22.