



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2017**

N°

**DIFFICULTES DU MEDECIN GENERALISTE A LA REALISATION D'UNE CONSULTATION  
D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 07 juin 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Sébastien CLIQUENNOIS

Né(e) le 23 Juillet 1986

à Hyères





Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2017**

N°

**DIFFICULTES DU MEDECIN GENERALISTE A LA REALISATION D'UNE CONSULTATION  
D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 07 juin 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Sébastien CLIQUENNOIS

Né(e) le 23 Juillet 1986

à Hyères

Année Universitaire 2016-2017  
au 1<sup>er</sup> Janvier 2017

**Doyen :**

1<sup>er</sup> Assesseur :

Assesseurs :

**M. Frédéric HUET**

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Alain	<b>BERNARD</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	Médecine interne
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	ORL
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	<b>FUMOLEAU</b>	Cancérologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	<b>GREMEAUX</b>	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie

M.	Denis	<b>KRAUSÉ</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-François	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	Médecine et santé au travail
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	<b>MANGOLA</b>	Urgences
----	-------	----------------	----------

## PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	<b>BRENOT</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	<b>FAIVRE</b>	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	<b>GAMBERT</b>	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>POTHIER</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Gilles	<b>MOREL</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>WALDNER-COMBERNOUX</b>	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

### PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Pr BONNIAUD Philippe (service Pneumologie CHU Dijon)

Membres : Pr BONIN Bernard (service Psychiatrie d'adultes CHU Dijon)

Dr TROJAK Benoit (service Psychiatrie d'adultes et addictologie CHU Dijon)

Dr LEMOINE Thierry (médecin généraliste et tabacologue à Nevers; président du conseil de l'ordre des médecins de la Nièvre)

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bonniaud Philippe,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, permettez moi de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bonin Bernard et le Dr Trojak Benoit,

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de juger mon travail sans me connaître, pour cela je vous remercie et vous suis très reconnaissant.

Au Docteur Thierry Lemoine qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse. Je te remercie pour ta disponibilité, tes conseils et l'accueil bienveillant que j'ai pu trouver à tes côtés. Je tiens également à te remercier, tout comme le Dr Patin et Boyer pour vos enseignements au cours des six mois passés dans vos cabinets.

Aux Docteurs Olivier Verdier et Eric Vanhoutte,

Merci pour avoir guidé mes premiers pas dans la médecine générale et de la confiance que vous m'avez donnée pour l'exercer.

A l'équipe du service de Pneumologie de Nevers pour leur accueil, leur professionnalisme et leur soutien. Sans oublier le chef de service, le Dr Geoffroy De Faverges ainsi que le Dr Bénédicte Leterre pour leur disponibilité et leurs précieux enseignements.

A mes parents, mon frère et toute ma famille. Merci pour votre soutien sans faille, malgré la distance, tout au long de mes études. L'attente de ce moment a dû paraître si longue. Pour cela je vous dédie ce travail.

Aux amis rencontrés au cours de ces années d'études aussi bien à Marseille qu'à Nevers.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
I. INTRODUCTION	15
II. ETAT DES LIEUX	16
1. Le Tabagisme	16
1.1. Mortalité en France	16
1.2. Morbidité en France	17
1.3. Prévalence	18
1.4. Situation en Bourgogne	22
2. Le sevrage tabagique	25
2.1. La dépendance au tabac	25
2.2. Les bénéfices de l'arrêt du tabac	26
2.3. Prise en charge du sevrage tabagique	28
2.3.1. En pratique courante	28
2.3.2. Synthèse des traitements recommandés dans le sevrage tabagique	30
2.3.2.1. Traitement de première intention	30
2.3.2.1. Traitement de seconde intention	33
3. Les différents types de consultation de tabacologie en ville	35
3.1. Déroulement d'une consultation de tabacologie	35
3.2. De l'intervention brève à l'entretien motivationnel	36



2.2.1. Analyse des tournées sur la période 2012 - 2013	62
2.2.2. Analyse des tournées sur l'année 2014	64
V. DISCUSSION	67
CONCLUSIONS	74
BIBLIOGRAPHIES	76
ANNEXES	80

## **TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX**

## **FIGURES :**

<u>Figure 1</u> : Evolution du statut tabagique entre 2010 et 2014 (en pourcentage)	19
<u>Figure 2</u> : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans)	20
<u>Figure 3</u> : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans)	21
<u>Figure 4</u> : Polyconsommation régulière du tabac, alcool et cannabis chez les adolescents de 17 ans	22
<u>Figure 5</u> : Statut tabagique en Bourgogne et en France (%)	23
<u>Figure 6</u> : Estimations du nombre de décès attribuables au tabac (Moyenne annuelle pour les personnes de 35 ans et plus entre 2007 et 2009. Source ORS)	24

## **TABLEAUX :**

<u>Tableau 1</u> : Bilan des tournées 2012 - 2013 en Saône et Loire, Nord de la Côte d'Or et Auxois	63
<u>Tableau 2</u> : Bilan des tournées sur l'année 2014 en Côte d'Or, Yonne et Nièvre	65

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (nouvellement HAS)

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services  
Sociaux et Médico-sociaux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CMU : Couverture Maladie Universelle

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MG : Médecin Généraliste

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PESCE : General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe

RESPADD : Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

UE : Unité d'Enseignement

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## **I. INTRODUCTION :**

Le tabac est aujourd'hui la première cause évitable de décès dans le monde et il tue jusqu'à la moitié de ses consommateurs (1). D'après l'OMS, en 2008, on comptait déjà plus d'un milliard de fumeurs dans le monde avec plus de 6 millions de personnes qui meurent chaque année des méfaits du tabagisme (1),(2). Le nombre annuel de ces décès pourrait dépasser les 8 millions d'ici 2030 voire le milliard à la fin du siècle (1). C'est une véritable épidémie mondiale en termes de santé publique.

En diminution depuis une vingtaine d'années, la consommation de tabac en France s'est de nouveau accrue en 2010 (3) malgré plusieurs mesures coercitives mises en place depuis les lois VEIL en 1976 et EVIN en 1991. Avec plus de 73 000 décès liés aux conséquences du tabagisme en 2013 (4) cette addiction reste un véritable problème de santé publique dans notre pays, entraînant une dépense de plus de 122 milliards d'euro par an à la collectivité (5).

Or le médecin généraliste, spécialiste des soins primaires et bien souvent interlocuteur privilégié du patient a un rôle majeur à jouer dans la lutte contre le tabagisme. En effet, il connaît ses patients, leur statut social et économique, leur état psychique, leurs autres dépendances et leurs problèmes familiaux. Ceci favorise le succès d'un traitement et un accompagnement de qualité.

Grâce à sa connaissance scientifique, sa proximité des patients et l'aide d'un réseau de santé, le médecin généraliste a donc tous les outils en sa possession pour réaliser un sevrage tabagique optimal. Pourtant, bien que la majorité des praticiens prennent en charge ce sevrage, il est indéniable qu'il existe des freins à la réalisation d'une telle consultation liés en partie au manque de formation et à l'exercice libérale.

L'objectif principal de ce travail est donc de déterminer quelles sont les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour réaliser une consultation d'aide au sevrage tabagique.

## **II. ETAT DES LIEUX :**

### **1. Le Tabagisme :**

#### **1.1. Mortalité en France:**

Les méfaits engendrés par la fumée de tabac sont aujourd'hui bien connus mais insister sur quelques données fondamentales n'est pas inutile:

L'étude de R. Doll *et coll.*, avec suivi de plus de 34 000 médecins britanniques à partir de 1951 jusqu'en 2001, a montré que ceux nés entre 1900 et 1930 qui ont fumé des cigarettes, et cela pendant toute leur vie, meurent en moyenne 10 ans plus jeunes que ceux qui n'ont jamais fumé (6).

En 2014, la France comptait environ 16 millions de fumeurs soit presque 1 million de plus qu'en 2005 (7).

En 2013, dernière année de mortalité disponible, il a été estimé que plus de 73 000 décès étaient imputables au tabagisme (4) dont 2500 à 6 000 seraient liés au tabagisme passif (8), (9). Ce chiffre correspond à environ 13% des décès enregistrés en France métropolitaine la même année. Entre 2000 et 2013, si le nombre de décès attribuables au tabac a légèrement diminué pour les hommes, il a en revanche été multiplié par deux dans la population féminine, passant d'environ 8 000 décès en 2000 (3,1% de tous les décès confondus chez la femme) à plus de 17 000 décès en 2013 (6,3% tous décès confondus) (4).

Ce très fort accroissement des décès attribuables au tabac observé chez les femmes est inquiétant pour l'avenir et rend toujours indispensable de mener avec efficacité des actions de santé publique pour enrayer cette épidémie. On considère, de plus, qu'il existe un décalage de 30 ans entre le moment où une population se met à fumer régulièrement et celui où les conséquences sur la santé deviennent détectables. Ainsi, la mortalité liée au tabac dans la population féminine va malheureusement continuer à augmenter pendant les vingt prochaines années et la mortalité par cancer du poumon devrait dépasser d'ici 1 ou 2 ans la mortalité par cancer du sein (10) (11).

## 1.2. Morbidité en France :

Le tabac est la première cause de cancer du poumon.

En effet, plus de 80 % de ceux-ci sont attribuables au tabagisme (12). Son risque est fonction de la dose mais surtout de la durée d'exposition (13). D'après l'OFDT, doubler la dose multiplie par 2 le risque alors que doubler la durée du tabagisme le multiplie par 16 à 32. Ce risque peut être encore multiplié en cas d'expositions associées à des facteurs professionnels et environnementaux (amiante, arsenic, radon...).

Par ailleurs, il partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage. De plus il multiplie par 3 le risque de cancer de la vessie et représente aussi un facteur de risque dans d'autres cancers : pancréas, estomac, foie, rein et col utérin (7).

Autres pathologies chroniques graves, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont en grande partie provoquées par le tabagisme et évoluent vers l'insuffisance respiratoire. Elles seraient pour 80 % attribuables au tabagisme, même si les expositions professionnelles sont également en cause, ainsi que la pollution aérienne. Le ministère chargé de la santé estimait leur prévalence en 2005 entre 6 % et 8 % de la population adulte française. Il estimait de plus à 100 000 le nombre de personnes présentant des formes sévères nécessitant une assistance respiratoire à domicile (14). La BPCO est donc l'une des complications majeures liée à la fumée de cigarette et l'arrêt du tabac est la seule intervention thérapeutique dont l'efficacité soit réellement démontrée dans la prévention de son évolution.

Sans oublier par ailleurs que le tabagisme favorise les infections respiratoires comme la grippe, les pneumonies et les bronchites aiguës. Il contribue aussi à la survenue d'un pneumothorax spontané et est un facteur de non contrôle de l'asthme.

A noter également que le tabagisme est un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer (15).

Concernant le risque cardiovasculaire (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et artérite des membres inférieurs) celui-ci est multiplié par 2 à 3 chez les fumeurs. De plus, chez la femme, ce risque est accru par l'usage de contraceptifs oraux.

Selon le rapport 2012 de l'OMS sur la mortalité attribuable au tabac (16), chez l'homme 92 % des décès par cancers de la trachée, des bronches et des poumons sont directement liés au tabac ainsi que 18 % des décès par cardiopathies ischémiques et 78 % des décès par BPCO.

Chez la femme c'est 59 % des décès par cancers de la trachée, des bronches et des poumons, 5 % des décès par cardiopathies ischémiques et 53 % des décès par BPCO qui y sont directement attribuable.

Chez la femme enceinte, le tabagisme augmente les risques de grossesse extra-utérine, de fausse couche, d'anomalies du placenta, de mort subite du nourrisson et d'altération du développement intellectuel chez l'enfant à naître. Il est aussi responsable d'une hypotrophie fœtale et d'un accouchement prématuré plus fréquent. Il est ainsi la première cause de petit poids de naissance (17). Plus généralement, il diminue la fertilité masculine et féminine.

Bien que les fumeurs eux-mêmes sont de très loin les premières victimes du tabac, les données scientifiques récentes ne laissent plus de doute sur les effets néfastes du tabagisme passif. Ainsi l'exposition passive à la fumée du tabac provoque chez l'enfant une augmentation du risque d'infection respiratoire basse de 55 % avant 2 ans et de 18 % entre 3 et 6 ans. Il augmente aussi de 38 % le risque d'otites aiguës de l'oreille moyenne avant 8 ans et de 32 % le risque d'apparition d'asthme chez les enfants (0 à 14 ans).

Chez l'adulte, les risques sont aussi significatifs en augmentant de 27 % le risque de cancer du poumon ou de cardiopathie ischémique (9). Pour rappel, le nombre de décès en 2006 par tabagisme passif a été estimé entre 2 500 à 6 000, 1 million de personnes étant exposées.

Par contre, il est rassurant de constater que le taux de mortalité pour les 3 causes principales (cancers de la trachée, des bronches et des poumons, BPCO et cardiopathies ischémiques) liées au tabagisme continue de légèrement diminuer ces dernières années en France (- 129 décès entre 2000-02 et 2007-09) (7). Le fait le plus marquant est la constante augmentation de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes (+ 35%), celle-ci restant toutefois bien inférieure à celle des hommes.

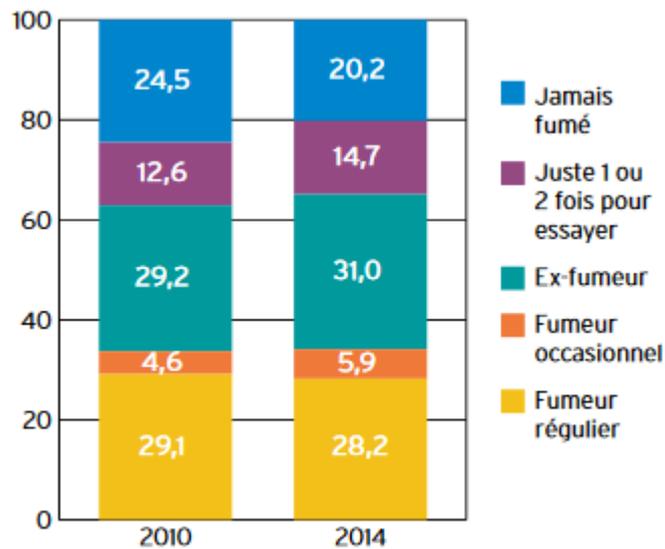
### **1.3. Prévalence:**

Le Baromètre santé, mené depuis plus de vingt ans par l'INPES en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, permet, à travers une série d'enquêtes auprès de la population, de faire le point sur l'évolution récente de la prévalence du tabagisme en France métropolitaine et sur les caractéristiques de la consommation de tabac.

Le Baromètre santé de 2010 avait montré une hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005, notamment chez les femmes. Celui de 2014 indique une diminution de la consommation de tabac et une prévalence stable avec 34% de fumeurs dans notre pays. La

proportion de fumeurs réguliers est tout de même en légère baisse entre 2010 (29,1 %) et 2014 (28,2 %), alors que la proportion d'ex-fumeurs est en hausse (de 29,2 % à 31,0 %) (18). En revanche, la proportion d'individus n'ayant jamais fumé est en baisse sur cette période (Figure 1).

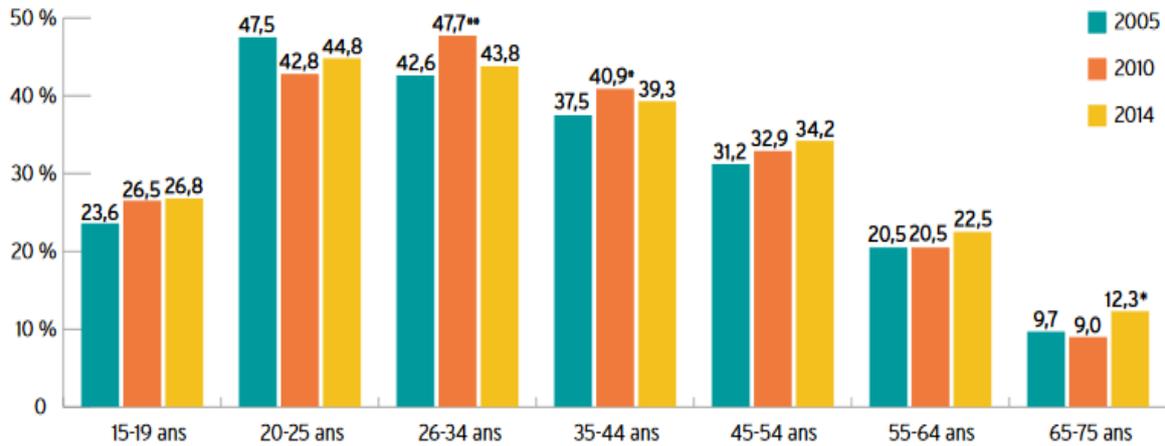
**Figure 1 : Evolution du statut tabagique entre 2010 et 2014 (en pourcentage) :**



Ces chiffres restant tout de même largement supérieurs à ceux de pays comme la Grande Bretagne, le Canada ou l'Australie (19).

Chez les hommes, le tabagisme reste élevé (38% sont fumeurs en 2014 et, de manière stable, depuis 2005, plus de 40% des 20-44 ans sont fumeurs) (18). L'analyse par tranche d'âge montre que, parmi les hommes, seuls les 65-75 ans présentent une évolution significative entre 2010 et 2014, dans le sens d'une augmentation de la prévalence du tabagisme régulier (Figure 2).

**Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans) :**

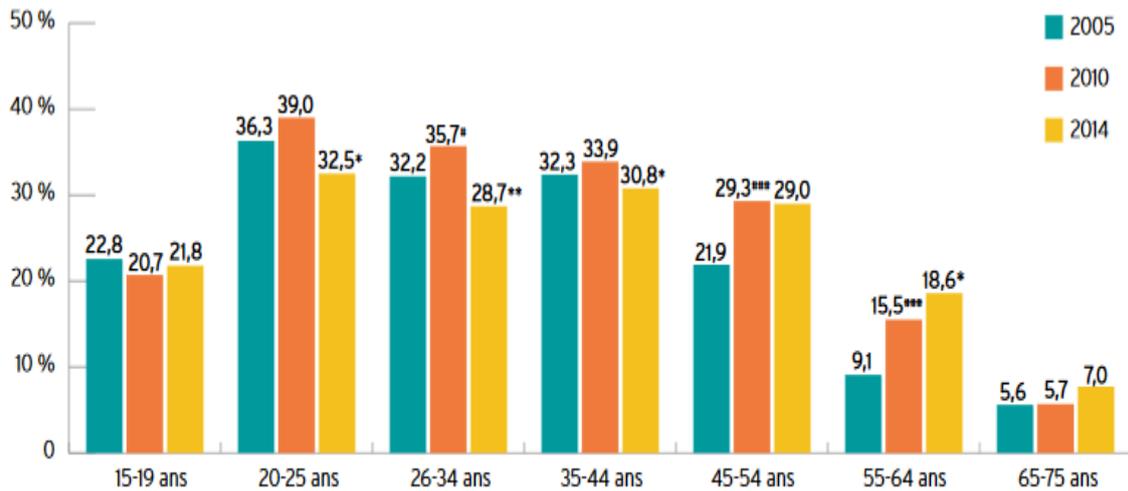


Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les \* indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (\* :  $p < 0,05$ ). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# :  $p < 0,05$  ; ## :  $p < 0,01$ ).

L'écart avec le tabagisme féminin (30% de fumeuses en 2014) se réduit avec le temps. Le tabagisme quotidien apparaît en légère baisse passant de 29% en 2010 à 28% en 2014. Cette baisse concerne uniquement les femmes qui sont 24% à fumer tous les jours en 2014 contre 26% en 2010. Cette tendance est surtout visible parmi les fumeuses régulières âgées de 20 à 44 ans où la baisse est significative alors qu'elle est en hausse chez celles âgées de 55 à 64 ans (Figure 3), prolongeant la tendance déjà observée en 2010 sur les femmes de 45 à 64 ans.

**Figure 3 : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans) :**



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

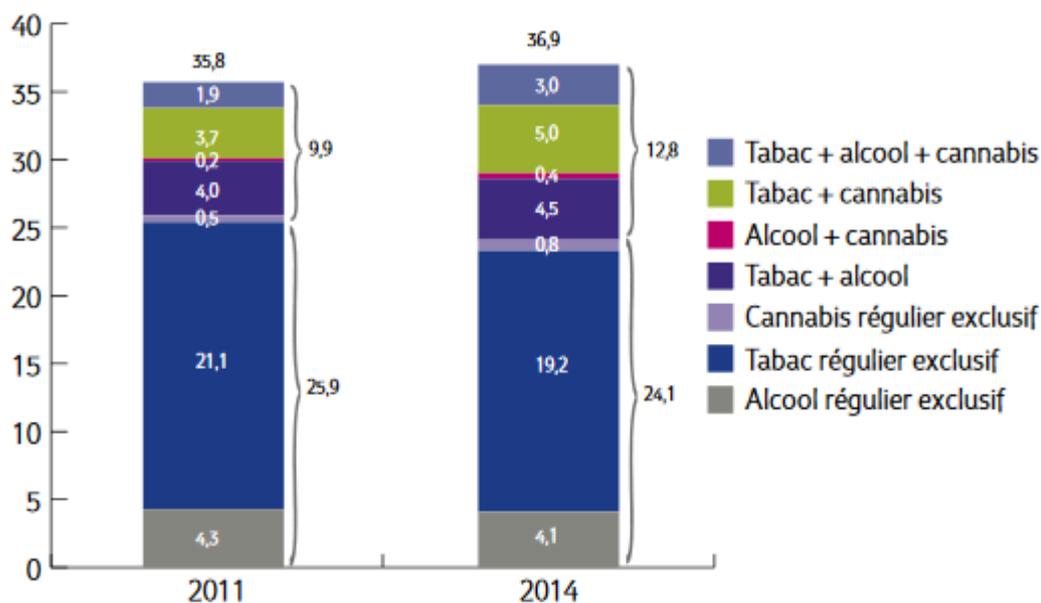
Note : Les \* indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (\* :  $p < 0,05$  ; \*\* :  $p < 0,01$ ). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$ ).

La proportion d'ex-fumeurs est en augmentation par rapport à 2010 : 31% en 2014 vs 29%. Par contre l'expérimentation du tabac est plus répandue puisqu'elle concerne 80 % des 15-75 ans en 2014 contre 75% en 2010.

La quantité de tabac fumée est également en légère baisse (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour), mais ce n'est pas le cas parmi les fumeurs quotidiens. La consommation quotidienne est comprise entre 5 et 15 cigarettes par jour (18).

D'après l'étude ESCAPAD 2014 (20), enquête nationale menée par l'OFDT auprès des adolescents de 17 ans lors de la journée d'appel à la préparation à la défense, l'âge moyen de la première cigarette est de 14 ans (versus 13.4 ans en 2008). En outre, on constate que, depuis 2011, le délai de passage au tabagisme quotidien s'est fortement réduit. Actuellement, moins d'un an s'écoule en moyenne entre la première cigarette et un éventuel comportement de tabagisme quotidien (14,9 vs 15,0 en 2011). En 2003, le délai moyen était de un an et demi. A 17 ans, 19.2 % fument quotidiennement. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2011 (21.1 %) et 2008 (28.9 %). Mais grâce à un recul désormais long de quinze ans, l'enquête ESCAPAD avec l'exercice 2014 a, par ailleurs, permis de dévoiler une polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis plus importante (entre 2011 et 2014, la polyconsommation régulière a progressé de 2,9 points) (Figure 4). Les usages réguliers de ces trois produits apparaissent dorénavant plus fréquemment associés chez les adolescents.

**Figure 4 : Polyconsommation régulière du tabac, alcool et cannabis chez les adolescents de 17 ans :**



Source : ESCAPAD 2011, 2014 - OFDT

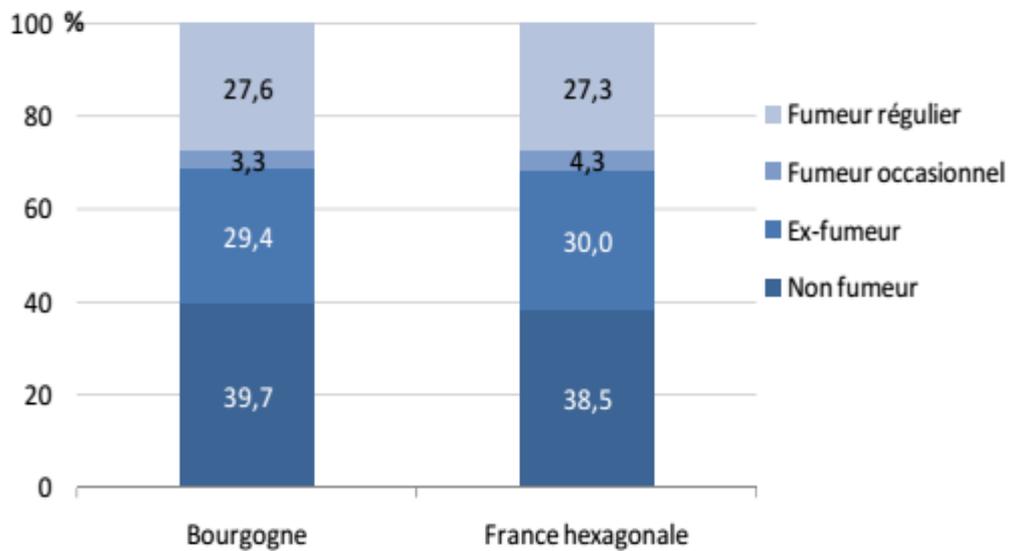
#### 1.4. Situation en Bourgogne:

D'après l'observatoire régional de la santé de Bourgogne / Franche-Comté (7), appuyé sur les résultats du baromètre santé 2010 de l'INPES, la prévalence du tabagisme en Bourgogne ne diffère pas de celle de la France (31 % en Bourgogne versus 32 % en France). On compte 28 % de fumeurs réguliers et 3 % de fumeurs occasionnels. Les anciens fumeurs représentent 29 % des personnes interrogées (Figure 5).

#### Définition :

Statut tabagique : Un fumeur régulier est une personne qui fume actuellement au moins une cigarette par jour. En deçà de ce niveau de consommation, les fumeurs actuels sont dits "occasionnels". Un ancien fumeur est un individu qui a déjà fumé occasionnellement ou quotidiennement pendant plus de 6 mois au cours de sa vie et qui ne fume plus actuellement. Les personnes ayant juste essayé de fumer sont inclus dans la catégorie non fumeur.

**Figure 5 : Statut tabagique en Bourgogne et en France (%) :**



Source : Baromètre santé 2010, Inpes – exploitation ORS Bourgogne

D'après une enquête ORS menée sur 4 Pays (Beaunois, Nevers-Sud Nivernais, Autunois-Morvan, Tonnerrois Avallonnais) en 2009 (7) (21), un tiers des femmes interrogées (33.9 %) déclaraient fumer avant leur grossesse. Parmi elles, 48.5% ont arrêté pendant la grossesse, 38.2% ont réduit leur consommation quotidienne et 13.4% ont maintenue leur niveau de consommation. Au total 17.5%, des femmes étant enceintes depuis plus de 6 mois, ont déclaré avoir fumé pendant leur grossesse.

Le nombre moyen de cigarettes par jour a diminué, la moyenne étant de 6 contre 11 avant la grossesse.

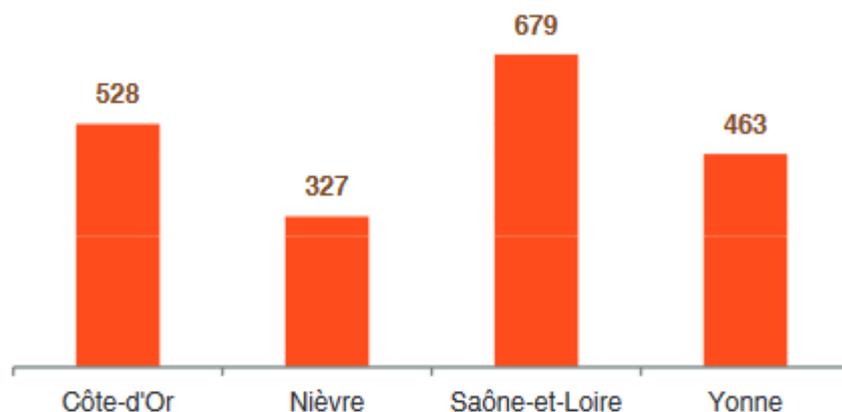
D'après les certificats de santé du 8e jour (données 2010 sauf pour la Saône-et-Loire données 2009) (7), on compte 74,9 % de non fumeuses pendant la grossesse en Côte-d'Or, 81 % dans la Nièvre, 85 % en Saône-et-Loire et 82,4 % dans l'Yonne.

À 17 ans, en 2011, près des deux tiers (65 %) des jeunes Bourguignons interrogés disent avoir expérimenté le tabac et 29 % déclarent un tabagisme quotidien, sans différence significative entre les sexes (31 % chez les garçons, 27 % chez les filles) (7). Le profil tabagique en Bourgogne est comparable à celui observé dans le reste du territoire métropolitain, tout comme le niveau d'expérimentation.

Parmi l'ensemble des régions françaises, le tabagisme quotidien à 17 ans a baissé depuis 2005, il atteint 31 % en 2011. La Bourgogne a aussi une consommation à la baisse, moins 11 points entre 2005 et 2011 (29 % en 2011).

Concernant la mortalité en Bourgogne, sur la période 2007-2009, environ 2000 décès sont imputables au tabac (7) (21), (Figure 6).

**Figure 6 : Estimations du nombre de décès attribuables au tabac (Moyenne annuelle pour les personnes de 35 ans et plus entre 2007 et 2009. Source ORS) :**



Plus de la moitié de ces décès sont des cancers avec principalement le cancer du poumon dont la fraction attribuable au tabac est de 90 % pour les hommes et 60 % pour les femmes. Les autres causes majeures sont aussi les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

L'ORS estime à plus de 1 000 le nombre annuel de nouveaux cas de cancers du poumon en Bourgogne (2008-2010) (21). Entre 1980 et 2005, les taux d'incidence ont été multipliés par 4 pour les femmes et ont augmenté de 6 % pour les hommes. La Bourgogne présente tout de même une mortalité par cancer du poumon comparable à la moyenne française.

Globalement, la région se distingue avec une surmortalité par cardiopathies ischémiques et une sous-mortalité par bronchites chroniques chez les femmes par rapport à la moyenne nationale (période 2007-2009).

## **2. Le sevrage tabagique :**

### **2.1. La dépendance au tabac :**

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne (22) (23).

La dépendance est définie par l'OMS (24) comme « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente.* »

La problématique de l'addiction au tabac s'intègre pleinement dans cette définition. En effet c'est la nicotine, alcaloïde faiblement psychoactif présent en quantité importante dans les feuilles de tabac qui semble être le déterminant pharmacologique principal de la dépendance et qui entraîne le besoin de tabac (25) (23). Cependant les mécanismes de cette dépendance n'impliquent pas seulement l'action de la nicotine. La persistance du tabagisme est aussi favorisée par une dépendance non pharmacologique d'ordre comportementale et psychologique qui entrainerait le désir de fumer. On parle de double dépendance (26).

Le pouvoir addictif de la nicotine résulte de plusieurs facteurs dont de nombreux effets positifs renforçant, variables d'un individu à l'autre : sensation de bien-être plus que plaisir, détente, relaxation, stimulation des fonctions cognitives (mémoire, attention, concentration intellectuelle), stimulation du tonus et de la vigilance, effets sédatifs, régulateurs de l'appétit, outil de gestion des stress (même si le tabac constitue un stresser biologique) et régulation de l'humeur (effets antidépresseur et thymorégulateur).

Le comportement est renouvelé pour retrouver les récompenses, autorisant la mise en place des stimuli déclencheurs (conditionnement pavlovien) : c'est le fondement de la dépendance comportementale (25). Ces stimuli sont évènementiels (rituels journaliers), sensoriels (odeurs, vue, sons, saveurs), et émotionnels. La dépendance psycho-comportementale est donc présente chez la plupart des fumeurs réguliers, avec des composantes différentes selon les récompenses trouvées par chacun à sa consommation, selon les personnalités sous-jacentes, les contextes de vie, l'entourage et les éventuelles psychopathologies pré-existantes.

La moitié des consommateurs réguliers de tabac verront s'installer un syndrome de sevrage lors de tentatives d'arrêt, dont l'allure et l'intensité varient selon les individus (25) : irritabilité, colère, anxiété, augmentation de l'appétit, prise de poids, troubles de l'humeur plutôt d'allure dépressive, troubles du sommeil, troubles cognitifs, digestifs, fatigue, hyper activité, pulsions irrésistibles à fumer, appétence pour les aliments sucrés, troubles de la vigilance. Ce syndrome de sevrage est de durée et d'intensité variable selon les individus mais peut persister jusqu'à plus de 6 mois (25). Fumer à nouveau pour soulager ce syndrome de sevrage constitue le renforcement négatif. Le temps va aussi amener le fumeur à faire le constat d'un estompement des bénéfices à fumer, essentiellement le plaisir. Le manque seul commande la prise de tabac : le fumeur n'est alors plus tout à fait satisfait de fumer. La dépendance physique s'est installée.

Le niveau de dépendance peut être mesuré par le test de Fagerström (Annexe 1) (27). Ce test permet en 6 questions d'évaluer la dépendance physique mais aussi comportementale en différenciant 4 grades: pas de dépendance/faible dépendance/dépendance moyenne/forte dépendance.

## **2.2. Les bénéfices de l'arrêt du tabac :**

Les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Il est bénéfique pour la santé de s'arrêter de fumer même après l'apparition de pathologie liée au tabac (28). Le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce. En revanche, l'impact de l'arrêt est variable selon la pathologie considérée. L'effet le plus spectaculaire est obtenu sur le risque de pathologie cardio-vasculaire. L'excès de risque disparaît presque totalement deux à trois ans après l'arrêt (28). Le risque de cancer diminue également après l'arrêt mais plus lentement. Dans le cas des BPCO, l'arrêt du tabagisme permet de stabiliser l'altération de la fonction respiratoire. L'arrêt du tabac est, par ailleurs, hautement souhaitable dans des pathologies aggravées par le tabagisme (hypertension artérielle, diabète de type I et II, insuffisance rénale chronique, asthme....) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolutivité de ces affections.

Evidemment, il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge : arrêter de fumer à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7

ans, arrêter à 50 ans améliore l'espérance de vie de 4 ans, arrêter à 60 ans améliore l'espérance de vie de 3 ans (23).

Si l'arrêt de la consommation du tabac est bénéfique pour l'individu lui-même, il l'est aussi, pour son entourage. En effet les études sur le tabagisme passif (26) montrent que :

- L'enfant exposé au tabagisme passif a une augmentation de près de 60 % du risque d'infection des voies aériennes supérieures et inférieures. Lorsque l'un ou l'autre des parents est fumeur, cette augmentation est d'environ 70 % lorsque c'est la mère et d'environ 30 % pour le père ;
- Le risque de cancers du poumon est augmenté de 26% et que ce risque est d'autant plus grand que l'exposition au tabagisme passif a été plus longue. Cette relation est également démontrée lorsque l'on s'intéresse à l'exposition au tabagisme passif sur le lieu du travail avec un accroissement du risque de plus de 20 % ;
- Le risque d'accident ischémique est augmenté de 30% chez les non-fumeurs vivant chez les fumeurs.

C'est pourquoi l'ANAES a recommandé entre autre en 1998 que l'arrêt de la consommation du tabac doit intervenir le plus tôt possible (26). C'est l'arrêt et l'abstinence durable qui doivent être recherchées. Cependant, quel que soit l'âge, encourager et inciter à l'arrêt permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

On rappelle que les conséquences du tabagisme en termes de santé s'accompagnent d'un coût social très élevé estimé, par l'OFDT en 2015, à plus de 122 milliards d'euro par an à la collectivité (5).

## 2.3. Prise en charge du sevrage tabagique :

### 2.3.1. En pratique courante :

L'aide à l'arrêt du tabac peut prendre diverses formes, de la plus basique, le conseil minimal, à la plus évoluée une « vraie » consultation de tabacologie couplée à de la thérapie cognitivo-comportementale.

Un certain nombre de fumeurs arrêtent de fumer sans aide, d'autres vont utiliser des traitements nicotiques de substitution (TNS) en accès libre chez le pharmacien sans recourir à une prise en charge médicale et certains usagers du tabac auront besoin d'une aide thérapeutique.

En premier lieu, il est recommandé que le médecin généraliste pratique le conseil minimal (26), (28), (23) en demandant au patient si il est fumeur et si oui, en le questionnant à nouveau sur le fait d'avoir envisagé d'arrêter.

Tous les individus qui viennent en consultation ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes et les interventions qui seront proposées devront être adaptées.

La motivation du patient et le stade où il se situe dans son processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente (Annexe 2) (29).

Ce modèle suppose que les fumeurs passent en général par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer :

- **Pré-intention** : Le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer, le tabac ne représente pas un problème pour lui ;
- **Intention** : Il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent ;
- **Décision** : Il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt ;
- **Action** : Il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer ;
- **Maintien/liberté** : Il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.

La HAS a mis en œuvre en 2014 une stratégie thérapeutique où la prise en charge doit être adaptée selon ces stades de changement (23) :

- **Au stade de pré-intention** : Il faut pratiquer le conseil d'arrêt et proposer au patient d'évaluer son niveau de dépendance (Grade A). Soumettre aussi une approche de réduction de la consommation avec les TNS (Grade B).

- **Au stade de l'intention** : Chaque patient désireux de faire une tentative d'arrêt doit être encouragé à utiliser les traitements recommandés et à être accompagné dans sa démarche (Grade B).

Il est aussi important d'aider le patient à explorer son ambivalence, ses craintes, les bénéfices d'un arrêt, ses motivations et sa confiance dans la réussite en pratiquant des entretiens motivationnels (cf. infra chapitre III 2.2 pour plus de détails) (AE) ;

- **Au stade de la décision** : Conseiller au patient de fixer une date d'arrêt (Grade B).

Élaborer un plan de changement en définissant les objectifs du patient. Informer le patient sur les différents traitements disponibles, le sevrage, etc. (AE).

- **Au stade de l'action** : Mettre en place une prise en charge adaptée, avec les traitements recommandés, dans le cadre d'une décision partagée (AE).

- **Au stade du maintien de la liberté** : Aider à maintenir l'abstinence, prévenir la rechute et gérer les symptômes de sevrage (AE).

## **2.3.2. Synthèse des traitements recommandés dans le sevrage tabagique :**

### **2.3.2.1. Traitements de première intention :**

Les traitements recommandés en première intention sont l'accompagnement par un professionnel de santé, les substituts nicotiques (Grade A) ainsi que le soutien téléphonique et l'autosupport y compris par internet (Grade B) (23).

#### **✓ L'accompagnement par un professionnel de santé :**

Différentes formes d'accompagnement par le professionnel de santé ont montré leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique, du simple soutien psychologique aux thérapies structurées comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Les TCC peuvent être utilisées seules ou en association avec un traitement pharmacologique. Elles ont pour objectif d'aider à modifier les pensées que les patients élaborent, lorsqu'ils sont dépendants, pour justifier les comportements d'addictions, dans les habitudes comme dans les rechutes. Ces pensées sont désignées comme pensées dysfonctionnelles (30).

Les changements cognitifs concernent les pensées et les croyances responsables des émotions ressenties par les patients. L'objectif est de modifier ces pensées et ces croyances pour les remplacer par des pensées adaptées.

Les changements comportementaux concernent les actes, les réactions, et les attitudes des patients.

L'abord des patients fumeurs devra donc tenir compte des trois versants cognitifs, comportementaux et émotionnels pour une prise en charge globale de l'addiction.

Il existe différentes techniques thérapeutiques selon la formation du médecin et les besoins du patient. La compréhension du problème dans sa globalité est importante. Les thérapies cognitives et comportementales exigent du temps et nécessitent plusieurs consultations approfondies auprès d'un thérapeute formé à ces méthodes.

#### **✓ Les traitements nicotiques de substitution :**

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo (23). Ils augmentent significativement l'abstinence à 6 mois.

La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS.

Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié. Pour ces raisons, les TNS sont donc recommandés en première intention chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique c'est à dire chez les patients dépendants (Grade A).

Leur objectif est de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes.

Les TNS existent sous différentes formes galéniques :

- **Timbres transdermiques ou patches** dont le mode d'administration a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement. De plus, le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation.

Il existe des timbres pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour et d'autres pouvant être portés 16 heures (à enlever la nuit pour éviter les troubles du sommeil pouvant être causés par la nicotine) qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour.

Les formes orales à action rapide :

- **Les gommes à mâcher** : Elles existent en deux dosages : 2 et 4 mg. La dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg. La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il faut donc préciser au patient de sucer lentement la gomme et non de la mâcher comme un chewing-gum. Si le patient mastique trop vite la gomme, il risque d'avoir des brûlures d'estomac, des maux de gorge, voire des hoquets.

- **Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux** : Ils existent aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine. Du fait de la déglutition de la salive contenant de la nicotine, une certaine proportion de celle-ci parvient à l'estomac et à l'intestin où elle est inactivée. Par conséquent, les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette.

- **Inhaleurs** : Il s'agit d'un dispositif médical. Une cartouche contient 10 mg de nicotine. La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient, sans dépasser 12 cartouches par jour. Par conséquent, la durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue, jusqu'à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinuée.

- **Sprays buccaux** : Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer contenant de la nicotine, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.

Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il est également recommandé de s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale. Enfin, au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.

La HAS recommande d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes :

- de sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit ; fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer voire prise persistante de cigarettes ;

- ou de surdosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

Pour ajuster le dosage, il est recommandé de combiner des formes orales aux patchs (Grade A) tout en associant plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire.

Les TNS doivent donc être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois (Grade B). De plus l'accompagnement par un professionnel de santé associé aux TNS augmente les chances d'arrêt de l'intoxication tabagique (Grade B).

### ✓ **Le soutien téléphonique :**

Le soutien téléphonique à l'arrêt du tabac consiste en une série d'entretiens structurés qui soutiennent toute personne souhaitant arrêter de fumer, ou ayant récemment arrêté.

L'utilisateur peut appeler le service et être ensuite rappelé par des tabacologues.

Le ministère chargé de la Santé et l'INPES ont développé une ligne téléphonique pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : la ligne Tabac Info Service (3989).

Il est important de reconnaître cette démarche du fumeur et de la valoriser.

Si un patient ne souhaite pas s'aider du contact direct d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers un soutien téléphonique tout en l'informant du fait que celui-ci est d'autant plus efficace que les rendez-vous téléphoniques sont nombreux et fréquents (Grade A).

### ✓ **Les outils d'autosupport :**

Un certain nombre de fumeurs arrêtent de fumer sans l'aide d'un professionnel. Les outils d'auto-support augmentent la probabilité d'arrêt en l'absence d'intervention d'un professionnel (23).

Les outils d'autosupport sont des outils structurés qui visent à aider le fumeur à faire une tentative d'arrêt ou à maintenir son abstinence sans le contact direct avec un professionnel ou le soutien d'un groupe. Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou vidéo, via des documents papiers, smartphones ou Internet.

Si un patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers des outils d'autosupport (Grade A).

#### **2.3.2.2. Traitements de seconde intention :**

- **La varénicline :** C'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine. Elle est supérieure au placebo pour l'arrêt de la consommation de tabac à 6 mois et au bupropion pour l'arrêt de la consommation de tabac à 12 semaines.

Cependant, la varénicline n'a pas montré de supériorité par rapport aux TNS et notamment aux patchs nicotiques, ni à une combinaison de TNS.

L'utilisation de la varénicline est associée à des effets indésirables graves, notamment des symptômes neuropsychiatriques : dépression et comportements suicidaires/auto-agressifs, changements comportementaux, hostilité et agitation. Les autres effets indésirables plus courant comprennent : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, flatulences) et maux de tête.

Compte tenu des effets indésirables, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, le rapport efficacité/effets indésirables de Champix® est moyen. Il ne doit être utilisé qu'en seconde intention, après échec des traitements nicotiques de substitution (TNS) (23).

**- Le bupropion :** Il agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline dans le système nerveux central. Il est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois, mais n'est pas supérieur aux TNS et est inférieur à la varénicline.

L'utilisation du bupropion est associée à un risque de dépression et de comportements suicidaires/auto-agressifs. Les autres effets indésirables rapportés sont principalement des réactions cutanées ou allergiques, bouche sèche, nausées, des troubles neuropsychiatriques (insomnie chez 30 à 40 % des patients, angoisse), des troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions en abaissant le seuil épileptogène) et quelques effets cardio-vasculaires notamment hypertension artérielle et angor.

Ces médicaments ne doivent être prescrits que dans le respect strict des précautions d'emploi et des contre-indications (notamment personnes de moins de 18 ans et femmes enceintes ou qui allaitent).

De même, avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.

### **3. Les différents types de consultation de tabacologie en ville :**

#### **3.1. Déroulement d'une consultation de tabacologie :**

Elle permet, avec celles qui constitueront le suivi, d'analyser l'histoire du tabagisme, propre à chaque fumeur (âge de la première cigarette, circonstances favorisant la consommation, degré de dépendance à la nicotine, tentatives d'arrêt antérieures, causes des reprises,...) afin de construire le futur arrêt sur des bases solides.

Le but étant de renforcer ou consolider la motivation à l'arrêt, d'aider à trouver les clés pour y parvenir, tout en respectant les choix et les désirs du patient.

La première consultation dure généralement 1 heure et consiste principalement à remplir un auto-questionnaire, standardisé au niveau national (Annexe 3) (31).

Ce dossier, élaboré par l'INPES en association avec un comité d'experts tabacologues, permet, entre autres, au fumeur de prendre conscience de certains aspects de son comportement tabagique.

Pour le tabacologue, il constitue un support technique à la base du suivi personnalisé au cours des consultations de tabacologie. Il permet :

- L'évaluation de la dépendance tabagique ;
- L'évaluation de l'état anxio-dépressif ;
- L'évaluation des antécédents et des traitements ;
- L'évaluation des motivations ;
- L'évaluation de l'état clinique ;
- L'évaluation du comportement alimentaire.

Les consultations suivantes, d'une durée d'environ 30 minutes, ont lieu à fréquence rapprochée au début du suivi (toutes les semaines), puis, s'espacent avec le temps. La fréquence des consultations ainsi que la durée du suivi est adaptée aux besoins du fumeur. Le suivi se fait généralement sur plusieurs mois. En effet celui-ci est important tout au long du sevrage tabagique mais aussi après pour éviter la rechute.

Le coût de la consultation dépend de la spécialité du médecin tabacologue :

- S'il est généraliste, le coût est de 23 euros ;

- S'il est spécialiste secteur 1 (cardiologue, pneumologue par exemple), le coût est celui d'une consultation. Ceci est le cas par exemple dans les hôpitaux et centres de santé.

A noter que la nouvelle convention médicale signée en 2016 devrait reconnaître les consultations de prévention.

### **3.2. De l'intervention brève à l'entretien motivationnel :**

#### **3.2.1. L'intervention brève :**

Les recommandations basées sur la conférence de consensus de l'ANAES en 1998 sur l'arrêt de la consommation du tabac (26) et celles issues de l'Afssaps en 2003 (28) sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, préconisent la généralisation de la pratique du conseil minimal par les médecins généralistes.

Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Cette méthode, rapide, mérite d'être largement utilisée. En effet le conseil minimal s'adresse à tous les patients : fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela, fumeurs heureux de l'être, fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt, fumeurs qui ne demandent pas d'aide. Il devrait être donné par tous les médecins quelque soit leur statut professionnel, leur spécialité et leurs conditions d'exercice.

Cette intervention brève est efficace : elle conduit à 2 à 5 % d'arrêts soutenus. Si tous les professionnels de santé la mettaient en œuvre, c'est au moins 200 000 fumeurs de plus qui arrêteraient de fumer chaque année en France (26).

C'est pourquoi la HAS recommande de repérer tout les patients au moins une fois par an si possible, et/ou en cas de risque situationnel : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.) (32).

Le conseil minimal peut être complété par la remise au patient d'un guide de sevrage tabagique.

En fonction de la réponse du patient, la consultation peut être approfondie :

- En informant sur les risques concernant la consommation de tabac ;
- En expliquant les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation ;
- En évaluant la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation du tabac ;
- En proposant des objectifs tout en laissant le choix au patient.

Cette prise en charge peut être faite lors d'une autre consultation dédiée spécialement au tabac si le patient l'accepte. Dans tout les cas, il est important de donner la possibilité de réévaluer le sujet dans une autre consultation (32).

Les patients apprécient dans cette situation l'empathie du médecin, son écoute, et son absence de jugement moral.

En cas d'indécision ou de reprise de la consommation, une consultation de type entretien motivationnel peut alors être proposées.

### **3.2.2. L'entretien motivationnel :**

#### **3.2.2.1. Présentation :**

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, un style relationnel particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer (33).

Ce style d'intervention est particulièrement adapté dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement donné, comportement dont le maintien a déjà, ou pourrait avoir des conséquences importantes sur sa santé ou sa situation sociale. Les exemples sont nombreux : addiction au tabac, à l'alcool ou à toute autre substance, nécessité de suivre un traitement contraignant, de faire de l'exercice physique, de reprendre une scolarité, de s'inscrire dans un parcours d'insertion professionnelle pour éviter une récidive en sortant de prison, etc.

L'ambivalence est naturelle devant toute perspective de changement, y compris dans les situations dont la persistance présente un danger pour la santé ou la situation de la personne. De leur côté, les professionnels de l'aide, poussés par le désir d'aider l'autre et influencés par leurs propres représentations, peuvent avoir tendance à formuler à la place de la personne des arguments en faveur du changement. On nomme cela le réflexe correcteur (34). Ce faisant, ils privent la personne d'une forme d'autonomie, et celle-ci a alors tendance à contre-argumenter en faveur d'un non-changement pour préserver son autonomie. Ce type d'intervention est contre-productif. Dans l'entretien motivationnel, l'intervenant cherchera notamment à éviter ce réflexe correcteur et à soutenir l'autonomie du client (34).

L'entretien est centré sur la personne et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante. Il est orienté vers un objectif déterminé, il est directionnel. La relation vise à augmenter la motivation au changement en respectant l'ambivalence et en explorant les valeurs propres et les perceptions du sujet. L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer.

Ainsi, les principes définissant l'esprit de l'entretien motivationnel sont (34) :

- **Le partenariat** : l'entretien motivationnel est à envisager comme la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine, et la personne experte de sa propre situation. C'est l'alliance thérapeutique ;
- **Le non-jugement** : c'est-à-dire accepter la personne tel qu'elle est, et croire en sa capacité à évoluer. Il faut la valoriser en recherchant et en reconnaissant les capacités et les efforts qu'elle fournit ;
- **L'altruisme** : l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée. L'approche motivationnelle est orientée vers la recherche du mieux-être de l'autre ;
- **L'évocation** : Elle s'oppose à l'approche déficitaire où l'on considère que la personne manque de compétences, de savoir, de motivation, et qu'il convient de combler ces lacunes. En effet l'entretien motivationnel s'appuie sur l'idée que la personne porte en elle les ressources pour résoudre son ambivalence et pour évoluer. Il revient à l'intervenant d'aider la personne à exprimer ces ressources.

### **3.2.2.2. Les 4 temps de l'entretien motivationnel :**

Lorsqu'une personne va vers un changement de comportement, elle passe par des étapes qui ont été décrites notamment par le modèle de Prochaska et Di Clemente (29). De même, dans la pratique, l'accompagnement est comme le changement avec des retours en arrière, des rechutes, des temps durant lesquels des acquis sont remis en cause.

Pour accompagner la personne dans ces étapes, on distingue donc différents temps dans l'approche motivationnelle, à la fois consécutifs et imbriqués les uns dans les autres (34) :

#### **1) L'engagement dans la relation :**

Cette phase se concentre sur l'établissement d'une relation fondée sur la confiance et sur une aide respectueuse. Il sera donc essentiel de savoir écouter pour comprendre ce qui crée l'ambivalence chez la personne et de savoir explorer avec elle ses propres valeurs et désirs, grâce à des compétences que l'intervenant doit développer comme les questions ouvertes, les reflets, la valorisation et les résumés notamment.

Pour nous guider dans l'établissement de cette relation, on pourra explorer plusieurs points avec la personne : La rencontre correspond-t-elle à ce qu'elle souhaite ? Est-ce important pour elle ? L'a-t-elle vécue positivement et y voit-elle un espoir de changement ?

#### **2) La focalisation :**

Le processus de focalisation doit permettre ensuite de s'accorder avec la personne sur la direction visée par l'accompagnement. L'entretien motivationnel préconise de guider la détermination du cap à viser, en prenant en compte les attentes de la personne, le contexte, et les perceptions de l'intervenant. Il s'agit alors, par l'échange et la discussion, de s'accorder sur ce qu'il est souhaitable et réaliste de viser en terme de changement pour la personne.

C'est un processus continu, qui pourra nécessiter qu'on y revienne régulièrement au long de l'accompagnement, pour réajuster ces objectifs.

#### **3) L'évocation :**

Une fois la ligne directrice déterminée, l'évocation est la phase durant laquelle l'intervenant amène la personne à verbaliser ses propres arguments et motivations à changer. Il s'agit de susciter le discours-changement. C'est le cœur de l'approche motivationnelle.

Par ailleurs, il ne faut pas totalement ignorer les arguments contre le changement (discours-maintien), qui forment l'ambivalence de la personne. Il s'agit bien d'explorer cette ambivalence et d'aider la personne à la résoudre. En étant attentif au discours et à sa nature, l'intervenant évaluera s'il est encore nécessaire d'aider la personne à résoudre son ambivalence et par quelles techniques (imaginer les conséquences extrêmes, évoquer le passé, le futur, réagir au discours-changement, etc.) ou si le temps est venu de planifier des changements.

#### **4) La planification :**

La planification est une phase qui peut débiter lorsque le discours-changement de la personne bascule dans un mode de mobilisation. Il s'agira alors de renforcer cet engagement vers le changement, et de formuler avec la personne un plan d'action. Il conviendra alors de faire émerger chez la personne, en plus de ses motivations propres, ses capacités et moyens pour évoluer, puis de la soutenir dans la mise en œuvre de ceux-ci.

#### **3.2.2.3. Les principaux outils pour pratiquer l'entretien motivationnel :**

##### **✓ Poser des questions ouvertes :**

Une question ouverte est une question à laquelle il est impossible de répondre par un chiffre ou par oui ou non.

Une question fermée implique un choix très restreint de réponse : « Voulez-vous arrêter de fumer ? À l'inverse, une question ouverte laisse une grande liberté d'élaboration à la personne, l'amène à réfléchir et à s'exprimer : « Comment ce problème affecte-t-il votre vie quotidienne ? Qu'envisagez-vous pour les mois à venir ? »

En entretien motivationnel, on privilégiera autant que possible les questions ouvertes, associées à des reflets, des échos ou de la reformulation, qui consistent à renvoyer à la personne ce qu'elle vient de dire pour l'aider à développer l'idée. De cette manière, c'est le discours de la personne qui est au centre de l'échange, et elle est libre d'exprimer ce qui la préoccupe vraiment, ses opinions propres.

✓ **Valoriser :**

La valorisation doit être sincère et authentique. Être empathique, c'est-à-dire chercher à comprendre au mieux le cadre de référence de la personne, c'est déjà témoigner de l'importance et du respect pour l'autre.

La valorisation favorise l'engagement dans la relation. Lorsqu'une personne se sent écoutée et soutenue dans ses capacités, elle est moins réticente à s'impliquer dans l'échange, plus confiante. Elle reçoit également plus aisément des informations plus difficiles à entendre. Et c'est enfin un moteur vers le changement.

Quand la personne fait un constat d'échec, on pourra également proposer un autre point de vue, plus positif sur la situation.

✓ **L'écoute réflexive :**

On cherchera à refléter verbalement ce qu'a dit la personne par des affirmations (et non des questions). Le praticien propose une reformulation qui ira éventuellement plus loin que le propos de la personne, pour l'aider à poursuivre son introspection. Dans ces reflets, on peut éventuellement exagérer ou minimiser certains propos de la personne pour donner une direction à l'exploration. L'entretien motivationnel visant particulièrement à faire émerger les motivations et capacités intrinsèques, les réponses du praticien doivent permettre l'introspection.

✓ **Résumer :**

Lorsqu'une personne a énoncé plusieurs idées, lui proposer un résumé de ce qu'elle a dit aura la même fonction que les reflets faits au fil du discours. Cela permet de valider que vous avez bien compris ce qu'elle a souhaité exprimer, et permet à la personne de porter un regard sur ce qu'elle a dit, dans son ensemble, regard qu'elle n'a pas forcément quand elle pense les choses les unes après les autres. Cette vue d'ensemble peut se révéler valorisante, éclairante, ou encore amener des perspectives pour continuer à élaborer, à rechercher des solutions.

### 3.2.2.4. Exemple de méthode d'entretien motivationnel :

Évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à son tabagisme et aux traitements (35):

- Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ?
- Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ?
- Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ?
- Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?

Évaluation du sentiment d'efficacité :

- Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?
- Si vous arrêtez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?
- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10. 0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »; 10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai ». Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.
- Si vous avez répondu moins de 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?

Selon la HAS (23), les données montrent que l'entretien motivationnel augmente la probabilité de l'arrêt de la consommation du tabac, plus encore que le conseil minimal. Les séances longues sont plus efficaces que des séances courtes.

Malheureusement les consultations longues ne sont pas toujours faciles à organiser en pratique de médecine générale. Il est intéressant dans ce cas de proposer plusieurs consultations dédiées d'environ 20 minutes, qui permettent au patient d'être accompagné dans la construction de sa motivation.

#### **4. Prise en charge avec le réseau Tab'agir :**

L'organisation en réseau de santé a pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et / ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ces réseaux assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le plan de la santé, de la prévention, de l'éducation et peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent aussi à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Concernant les réseaux anti-tabac, on peut citer:

- "Tabac et liberté": réseau à destination des professionnels de santé, des établissements scolaires et des entreprises (36);
- Le réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) dont l'objectif est de lutter contre le tabagisme à l'hôpital notamment avec la charte Hôpital sans tabac (37).
- Le réseau addiction 28 en Eure et Loir (38) ou encore le réseau Tab'agir en Bourgogne (39) qui sont des réseaux de professionnels de santé visant pour le premier à lutter contre toute forme d'addiction et le second à aider les fumeurs à stopper leur tabagisme. Ceci en proposant aux patients un accès facilité avec les différents acteurs pour la prise en charge du sevrage de leur addiction.

##### **4.1. Présentation de Tab'agir :**

Tab'agir est une association née en 1999 suite à la rencontre des Docteurs Tchérakian et Sanlaville avec les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux sensibilisés par une formation en tabacologie, afin d'organiser la lutte contre le tabagisme dans le département de l'Yonne.

C'est en 2004 que le réseau Icaunais d'aide à l'arrêt du tabac est créé avec, entre autres, le recrutement d'un médecin coordonnateur, le Dr Duros, tabacologue, et d'une secrétaire. Puis, en 2005, est recruté une coordinatrice administrative, Mme Amelot, pour développer le réseau dans le département Icaunais et coordonner la prévention.

Enfin en 2007, est lancée la régionalisation de Tab'agir pour couvrir toute la Bourgogne.

Le bureau de l'association est composé :

- D'un président : M. le Dr Serge Tchérakian
- D'un vice-président : M. Gérard Lannes
- D'un trésorier : M. Frédéric Monet
- Ainsi que d'une secrétaire : Mme Suzanne Nemoz

Actuellement, les différents acteurs du réseau sont représentés par les médecins généralistes, les sages femmes, les infirmières, les diététicien(ne)s et les psychologues. En aout 2016, le réseau comptait 181 professionnels de santé (70 médecins, 23 sages femmes, 8 infirmières, 44 diététiciennes et 36 psychologues) répartis dans toute la Bourgogne permettant d'orienter la plupart des demandeurs d'aide à l'arrêt du tabac au plus proche de chez eux.

Les principaux partenaires de Tab'agir sont:

- **Institutionnels** : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Yonne (CPAM), la Mutualité Sociale Agricole Bourgogne (MSA), la Mutualité Française Côte d'Or-Yonne et Bourgogne, l'Inspection Académique (IA), l'Association Icaunaise de Dépistage des Cancers (AIDEC), la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), la Mutualité de la Fonction Publique (MFP), le Conseil de l'Ordre des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des sages femmes, l'Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de l'Yonne (AIST), la Fédération Régionale des Maisons Familiales Rurales (FDMFR), Tabac Info Service, le Conseil départemental de l'Yonne (CDY).
- **Financiers** : l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et conduites addictives (MILDECA), la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), la Ligue Contre le Cancer comité de l'Yonne et de la Nièvre, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Yonne (CPAM).
- **Associatifs** : l'AIDEC, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Bourgogne, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux de Bourgogne, l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire Yonne (UFSBDY), l'Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie (ANPAA) de l'Yonne et de Bourgogne, Ligue Contre le Cancer comité

de l'Yonne, Missions Locales, la FDMFR, réseau périnatalité de l'Avallonnais et le réseau périnatalité de l'Autunois, le réseau de santé du Haut Nivernais, rétox 21, remed addictions (71), le Réseau de Santé Mentale de l'Yonne (RSMY).

- **Des établissements de santé :** Hôpital d'Auxerre, d'Avallon, de Joigny, de Sens, de Tonnerre, de Nevers et de Châtillon s/Seine. Le Centre Armançon de Migennes (89), le Centre Mardor à Couches (71) et les maisons médicales de St Amant en Puisaye (58), Guillon (89), Vezelay (89), Epinac (71), La Clayette (71), Gueugnon (71), de Viré (71), Lugny (71).

#### **4.2. Objectifs de l'association Tab'agir :**

L'association Tab'agir a pour but de proposer et de mettre en œuvre une politique de prévention dans le département de l'Yonne et d'aide à l'arrêt du tabac sur les quatre départements de Bourgogne.

Les différentes missions du réseau consistent :

- Définir les axes d'une politique de prévention, d'éducation et de soins dans le domaine du tabagisme;
- Permettre à chaque patient d'accéder à un accompagnement à l'arrêt du tabac auprès d'un généraliste formé et, selon ses besoins, auprès d'un diététicien et d'un psychologue formé aux techniques comportementales et cognitives;
- Améliorer et évaluer le service rendu en organisant un système d'information cohérent pour le suivi des patients, accessible aux professionnels de santé, dans le respect de la confidentialité et dans le cadre des systèmes existants;
- Promouvoir et/ou soutenir des formations et projets relatifs à l'objectif de l'association ainsi que des actions de communication et d'information destinées au grand public (journée mondiale de lutte contre le tabac, interventions auprès des jeunes dans les collèges bourguignons, interventions dans les entreprises de la région...).

### **4.3. Déroulement d'une consultation d'aide au sevrage tabagique avec le réseau :**

Le patient souhaitant stopper son tabagisme se met en contact avec le réseau Tab'agir soit en téléphonant au 03 86 52 33 12 ou soit en se présentant au secrétariat de l'association.

La secrétaire oriente alors la personne vers le ou les médecins adhérents (et donc formés) au plus proches de son domicile.

Le patient prend rendez-vous chez le médecin.

La première consultation dure au moins 45 minutes (examen du patient, mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré et livret de consultation de tabacologie remis au patient et complété par le médecin). Le médecin traitant du patient fumeur est également informé de sa prise en charge dans le réseau Tab'agir.

Les consultations de suivi sont ensuite planifiées selon les recommandations de 1998 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Elle conseille un suivi du patient sur 5 consultations s'étalant entre J0, J8, J30, J60, J90 ou J120. Les trois premières consultations qui nécessitent de prendre du temps sont indemnisées par l'association directement pour le médecin. C'est du temps relationnel qui gère l'addiction pharmacologique, psychologique, gestuelle et comportementale.

Le médecin consultant a la possibilité d'orienter, si besoin, le patient vers un diététicien et/ou un psychologue. Si un tel suivi est prescrit, le patient contacte alors le secrétariat du réseau qui lui communique les coordonnées du diététicien et/ou psychologue du réseau proches de son domicile.

Lors de la première consultation diététique, le diététicien évalue le patient, le conseille et lui remet des documents. Cette première consultation dure environ une heure. Si besoin, elle peut être suivie d'une à trois autres consultations prise en charge intégralement par l'association.

De même, le patient peut être suivi par un psychologue formé aux thérapies comportementales et cognitives. La première consultation dure 45 à 60 minutes et peut être suivie d'une à trois autres consultations également prise en charge par Tab'agir.

Enfin, entre deux consultations et dans le but de soutenir, conseiller et accompagner le patient, une équipe formée est disponible et à l'écoute des problèmes et questions diverses en

composant le numéro de l'association pendant les heures d'ouverture c'est à dire entre 09h-12h30 et 13h30-18h (vendredi 17h00).

### **III. OBJECTIF :**

L'objectif principal de ma thèse est d'identifier les difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique.

Pour cela, mon travail consistera dans un premier temps à l'analyse d'une étude européenne issue d'une revue de la littérature internationale dont les recherches ont permis d'élaborer 15 recommandations afin d'améliorer l'engagement des médecins généralistes dans les interventions du sevrage tabagique.

En seconde partie, j'étudierai les données issues de l'enquête d'un médecin du réseau Tab'agir ayant rencontré en tête à tête les médecins généralistes bourguignons entre 2012 et 2014 dans le but de connaître leurs pratiques dans l'aide à l'arrêt du tabac, définir leurs difficultés et leurs attentes, notamment en terme de formation, et faire découvrir le réseau.

### **IV. RESULTATS :**

#### **1. Comment améliorer l'engagement des médecins généralistes dans les interventions du sevrage tabagique ? Présentation et analyse des recommandations du projet PESCE :**

Le projet PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe) (40) est un programme européen réunissant 31 partenaires de 27 pays différents et s'étant déroulé de septembre 2006 à mai 2008. Tabac & Liberté (importante association en Europe de médecins généralistes engagés dans la lutte contre le tabagisme) (36) est l'instigatrice et la coordinatrice de ce projet. Celui-ci ayant été subventionné par la Commission Européenne.

Le projet avait pour principaux objectifs de formuler des recommandations (basées sur des données scientifiques) et des stratégies pratiques de mise en œuvre à travers un processus de consultation à grande échelle en Europe, et ce, tout en tenant compte des spécificités nationales et culturelles :

- Promouvoir l'intervention des médecins généralistes (MG) dans le sevrage tabagique en Europe en prenant en compte l'environnement socio-économique de leurs conditions d'exercice,

- Souligner les bénéfices économiques de ces interventions sur les budgets de santé en Europe,
- Inciter les décideurs politiques et économiques à modifier l'environnement professionnel des MG.

Les résultats attendus de ce projet étaient :

- D'évaluer les coûts et bénéfices attendus des mesures susceptibles de promouvoir l'action des MG dans le sevrage tabagique,
- De réaliser le bilan des facteurs qui facilitent ou freinent les interventions des généralistes ou de celles susceptibles d'induire un changement de comportement des MG,
- D'avoir un consensus européen sur des recommandations (basées sur des données scientifiques) et des stratégies de mise en œuvre pour améliorer les interventions des généralistes européens dans le sevrage tabagique,
- L'amélioration de l'intégration de la prévention dans les systèmes de santé en Europe et la détermination du rôle des MG dans ce domaine.

Le projet PESCE est basé sur le fait que les médecins généralistes n'aident pas leurs patients fumeurs autant qu'ils le devraient. Or, il est établi depuis longtemps que l'intervention du médecin généraliste est un moyen efficace d'aider les fumeurs à arrêter. En effet il a été demandé aux chercheurs locaux des 27 pays participants au projet de fournir des données sur le tabagisme dans leur pays selon un ensemble commun de données. Ainsi, l'utilisation d'un modèle économique a permis de prévoir les effets de la réduction du tabagisme pour chaque pays fournissant suffisamment de données. Le modèle n'ayant pu s'appliquer qu'à 10 pays européens dont la France, il montre dans tous les cas, que d'importants bénéfices économiques et pour la santé ont pu être enregistrés quand les médecins généralistes s'impliquent dans le sevrage tabagique. Ce bénéfice serait accru avec l'aide des politiques sanitaires.

En somme, cette étude du projet PESCE conclut au fait que si 10 pays parmi les membres de l'union européenne peuvent déjà atteindre une réduction de 3% du nombre de leurs fumeurs on pourrait éviter, d'ici 2030, plus de 4000 décès par an soit d'une maladie coronarienne, d'une BPCO, d'un cancer du poumon ou d'un AVC (rien que pour ces maladies). Ceci

permettrait une économie de plus de 160 millions d'euros pour les systèmes de santé en Europe.

De plus, ces chiffres ne sont qu'une estimation minimale étant donné qu'ils ne prennent en compte aucun des autres avantages connus à la réduction du tabagisme. Cependant, ces bénéfices ne seront réalisés que si les généralistes aident davantage leurs patients à arrêter de fumer d'autant plus avec l'aide de politique de santé efficace.

A travers les recherches menées sur la littérature internationale, publié dans 24 pays, les partenaires du projet PESCE ont permis d'identifier plusieurs facteurs facilitant ou freinant l'intervention des généralistes dans le sevrage tabagique. Ces éléments sont :

- **La position du MG vis-à-vis du tabac:** En règle générale, les MG qui fument donnent moins de conseils sur le sevrage tabagique que leurs confrères non fumeurs.
- **Intérêts et attitudes des MG vis à vis du sevrage tabagique :** Certains MG pensent encore que cela ne fait pas partie de leur travail, certains sont mal à l'aise à l'idée de donner des conseils sur le sevrage tabagique, certains trouvent cela peu gratifiant et inefficace.
- **La relation médecin-patient :** Certains médecins craignent que les questions sur le tabagisme ne nuisent à la relation médecin-patient et être associées à une baisse des consultations.
- **Facteurs liés aux patients :** Les généralistes donneront plus facilement des conseils si les symptômes présentés sont liés au tabagisme. De plus, ils sont plus enclins à intervenir auprès des gros fumeurs. Bien que les « *guidelines* » recommandent aux MG d'intervenir dans le sevrage tabagique des femmes enceintes et des parents d'enfants en bas âge. Pourtant, dans la pratique, ces interventions sont rares.
- **Facteurs structurels :** Point important où les généralistes pensent que le sevrage tabagique prend trop de temps. D'autre part, le manque de formation est souvent avancé par les MG et va de pair avec une baisse de l'activité des consultations pour le sevrage.

Le rapport PESCE fait aussi état que plusieurs études montrent que l'absence de remboursement est considérée comme un frein aux interventions de sevrage. Or en

France depuis le 1er novembre 2016 les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) sont remboursés, sur prescription, à hauteur de 150 euros par an (41).

- **Connaissance/perception des méthodes et traitement de sevrage :** Les généralistes manquent souvent d'information sur les techniques de conseils et les traitements. C'est la connaissance et la perception de l'efficacité des différents traitements qui les incitent à les utiliser.

L'étude s'est aussi intéressée aux interventions mises en œuvre pour améliorer l'engagement des généralistes dans le sevrage tabagique. Il en ressort essentiellement 3 qui se sont avérés efficaces :

- ✓ **Formation et sensibilisation :** Un stage de formation augmente de manière significative la fréquence et la qualité du conseil du MG et améliore le résultat du sevrage du patient. De même, le MG sera plus enclin à donner des conseils s'il s'appuie sur de la documentation.
- ✓ **Interventions financières :** Proposer un « paiement spécifique de qualité », au MG s'il enregistre le statut tabagique des patients et s'il propose des conseils de sevrage. Cela pousse le MG à faire les deux.  
Rendre gratuit les traitements nicotiques substitutifs pour les patients à faibles revenus a augmenté la fréquence des prescriptions médicales. Proposer de simples primes incitatives au sevrage s'est révélé inefficace.
- ✓ **Archivage de données et gestion de l'information :** Bien qu'elles ne soient pas liées à l'engagement des généralistes dans le sevrage, une bonne collecte de données s'est révélée être une condition préalable ou un élément déclencheur de l'engagement dans le sevrage tabagique.

Les conclusions des recherches issues de cette revue de la littérature internationale (88 études de la littérature académique et 100 publications de la littérature grise prisent en compte) ont permis, en 2008, l'élaboration (par les partenaires du projet PESCE, les chercheurs, les

experts et les décisionnaires des 27 pays) de 15 recommandations basées sur des données scientifiques et des stratégies pratiques de mise en œuvre afin d'augmenter l'engagement des médecins généralistes dans les interventions du sevrage tabagique. Ces recommandations sont réparties en quatre secteurs: Amélioration des compétences, Ressources, Cadre politique et Communication.

### **1.1. Amélioration des compétences :**

- **Recommandation n°1 : Afin d'améliorer leurs compétences dans les interventions, les généralistes doivent suivre une formation pendant et après leurs études de médecine en plus de la Formation Médicale Continue (FMC). Les compétences de communication spécifique sur le sevrage doivent être intégrées à la formation des généralistes.**

Le rapport PESCE complète cette recommandation en ajoutant notamment :

- Que les ministères de l'Education, de la Santé et les Associations de professionnels de santé doivent promouvoir et financer le développement de programme dans la prévention et le sevrage tabagique.
- Qu'une chaire universitaire sur l'addiction doit être créée dans chaque état membre afin d'étudier tous les aspects de l'addiction pour une politique de contrôle du tabagisme dont la prévention, le sevrage tabagique et la formation ainsi que la politique étatique de contrôle du tabac.
- Que des programmes de sevrage tabagique doivent être disponibles sur Internet afin que les médecins généralistes puissent accéder facilement aux informations actualisées pour faire librement leur choix. Cela ferait gagner du temps et permettrait aux infirmières et autre personnel médical d'être intégrés dans l'effort de sevrage tabagique.
- Qu'un forum pour les médecins devrait être établi afin de leur permettre d'échanger leur expérience dans les interventions. Cela peut prendre la forme d'un forum sur le Web ou être organisé à l'occasion d'une conférence/rencontre locale, régionale ou nationale.

En effet, d'après les résultats du rapport PESCE, le manque de formation des médecins généralistes en tabacologie (notamment concernant la prise en charge de la rechute, l'entretien

motivationnel et le suivi du sevrage) et plus largement en addictologie apparaît clairement comme un obstacle à la prise en charge du sevrage tabagique.

En France, jusqu'en 1988, les addictions dont la dépendance au tabac n'était pas enseignée aux étudiants en médecine. C'est l'arrêté du 14 mars 1988 modifiant celui du 24 juillet 1970 relatif à l'organisation du deuxième cycle des études médicales qui a permis leur intégration dans les matières enseignées à tous les étudiants de ce cycle (42). Par la suite, plusieurs arrêtés ont été pris afin de modifier l'organisation des études médicales. Dernièrement, celui du 08 avril 2013 (43) les classent en unité d'enseignement (UE) comprenant plusieurs items. C'est dans l'UE n°3 intitulé " Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives " qu'on retrouve l'item n°73 concernant l'addiction au tabac.

Les objectifs de cet enseignement sont :

- Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac.
- Indications et principes du sevrage thérapeutique. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

La plupart des universités françaises proposent ensuite des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires de tabacologie conférant le diplôme de tabacologue. Par exemple, la faculté de Dijon propose un DU d'addictologie générale à travers une formation de 2 ans qui permet à des professionnels issus de formations et de pratiques diverses, une meilleure perception des comportements humains en rapport avec la consommation d'alcool, de tabac, et d'autres produits licites ou illicites.

- **Recommandation n°2 : Il faut promouvoir la participation des médecins généralistes aux projets de recherche (essais cliniques et études d'observation) sur le sevrage tabagique.**

Il est en effet nécessaire d'améliorer les données scientifiques et les méthodologies disponibles sur le sevrage. La spécificité du patient ambulatoire est bien différente du patient hospitalisé inclus dans une étude clinique souvent parce qu'il est déjà victime de son tabagisme. Les essais cliniques et études observationnelles en médecine ambulatoire permettraient de prendre en compte les patients à tous les stades de leur intoxication tabagique et en particulier en amont de la pathologie.

- Recommandation n°3 : **Il faut aider tous les professionnels de santé qui fument à arrêter.**

Pour les auteurs du projet PESCE les médecins généralistes doivent être non fumeurs pour être crédibles dans leur relation avec les patients. Ils ont un rôle de modèle important envers toute la population.

Des programmes spécifiques de sevrage tabagique doivent donc être élaborés pour les professionnels de santé et s'adapter aux besoins et à l'environnement professionnel des médecins généralistes.

TABAGISME...  
LA VERTU de L'EXEMPLE...



De plus les auteurs complètent cette recommandation en proposant que les généralistes et les professionnels de santé doivent avoir accès gratuitement aux thérapies de sevrage tabagique (conseils et traitement) ou être remboursés par l'assurance maladie.

## **1.2. Ressources :**

- **Recommandation n°4 : Il faut fournir aux généralistes des informations claires sur les services d'aide à l'arrêt disponibles (type de service, emplacement, procédures de référence, coût et contacts pour y avoir accès).**

Les associations de médecins, les groupes scientifiques, les organisations non gouvernementales sur une maladie spécifique, les caisses d'assurance maladie, les compagnies d'assurance santé et les ministères de la Santé doivent régulièrement fournir à tous les professionnels de santé des packs d'informations sur les services de sevrage tabagique et les cliniques spécialisées, un service téléphonique d'aide au sevrage, etc. qui correspondent aux critères de qualité imposés.

Une base de données comprenant des informations détaillées sur tous ces services doit être accessible sur Internet. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins et l'URPS travaillent actuellement au développement du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) qui est une forme d'annuaire réservé aux professionnels uniquement (une première version dédiée aux services d'urgence et SAMU est déjà active).

Des campagnes de marketing direct doivent ou devront être organisées régulièrement pour rappeler aux généralistes que ces services sont disponibles.

- **Recommandation n°5 : Les services externes de sevrage doivent faire un compte rendu régulier des succès de sevrage des patients aux généralistes.**

Un retour d'informations aux généralistes devrait être obligatoire pour tous les services de sevrage tabagiques (qu'ils soient physiques, téléphoniques ou en ligne).

Un système d'enregistrement électronique devrait également être utilisé pour le suivi des patients.

Ensuite, il faudra établir des systèmes de "chaînes de soins" ou de "suivi des soins".

Enfin, il est nécessaire d'établir une communication entre les services externes de sevrage et les généralistes ainsi que de favoriser la création de réseaux lors des conférences et des réunions. Ce système existe dans le cadre de notre réseau Bourguignon Tab'agir.

- **Recommandation n°6 : Les médecins généralistes doivent enregistrer le statut tabagique de tous leurs patients et leurs actions ultérieures dans un système d'enregistrement quotidien intégré.**

Les associations de médecins, les groupes scientifiques, les caisses maladies, les compagnies d'assurance maladie et les ministères de la Santé doivent rendre obligatoire l'inclusion des données sur le tabac et les interventions de sevrage dans leurs rapports de prescription et dans les dossiers médicaux de leurs patients.

Le simple fait de poser la question du tabagisme à un patient et de lui demander s'il a déjà pensé à l'arrêter constitue ce qu'on appelle le conseil minimal et représente 3 à 5% d'arrêt spontané suivant les études (26). Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du patient.

- **Recommandation n°7 : Un simple système d'archivage sur les interventions de sevrage doit être intégré aux systèmes d'informations déjà existants. Cela inclut le statut tabagique, le sevrage et le retour d'informations.**

L'évolution des logiciels métiers en médecine générale devraient aller dans ce sens afin de faciliter la vie au praticien et de rendre ces indications « reflexes ».

- **Recommandation n°8 : Le cadre des obligations administratives du MG doit être élargi pour accorder plus de temps aux activités de prévention.**

Les associations et les syndicats de médecins doivent résoudre ce problème en accord avec les ministères de la Santé, les caisses d'assurance maladie ainsi que toutes les parties prenantes mais ils doivent également revoir le système administratif actuel dans le but de réduire le poids administratif des MG par des procédés innovants.

### **1.3. Cadre politique :**

- **Recommandation n°9 : Il faut inclure dans le système de paiement des généralistes des ressources supplémentaires pour rembourser les interventions de sevrage.**

Les interventions de prévention (en général) et le sevrage tabagique (en particulier) doivent obligatoirement figurer dans le contrat du généraliste et être associés aux systèmes spécifiques de paiement.

De plus, il faut développer des outils afin de comparer les coûts-bénéfices des différentes méthodes de traitement mais également promouvoir l'utilisation de ces outils dans la prise de décision au niveau régional, national et européen, en ce qui concerne plus précisément le remboursement des traitements du sevrage tabagique.

➤ **Recommandation n°10 : Les généralistes doivent jouer un rôle primordial dans l'élaboration des directives cliniques sur le sevrage tabagique.**

Tout d'abord, il doit être indiqué dans les directives cliniques que le généraliste doit jouer un rôle primordial dans l'identification, le conseil et l'intervention auprès des patients fumeurs. Il doit être leur point de référence.

Ensuite, les ministères de la Santé, les associations de médecins et des professionnels de santé qui souhaitent élaborer des directives cliniques doivent impliquer les MG dès le début du processus, en créant des groupes spécifiques au niveau régional, national et européen.

Un inventaire des directives existantes sur le sevrage tabagique doit également être fait.

Enfin, afin de faciliter l'utilisation quotidienne des directives cliniques, ces dernières doivent être traduites dans des normes claires et compréhensibles qui conviennent à la pratique quotidienne des médecins généralistes. Des informations sur les directives doivent être accessibles sur Internet et un exemplaire papier doit être systématiquement diffusé à tous les médecins.

➤ **Recommandation n°11 : Des politiques anti-tabac doivent être établies et mises en œuvre dans l'environnement professionnel du généraliste.**

Des politiques anti-tabac doivent être mises en place en accord avec la convention cadre de l'OMS sur le contrôle du tabac.

Au niveau régional, national et européen, le tabagisme dans les lieux publics devrait être juridiquement interdit, y compris dans les centres de soins (cabinets médicaux inclus).

L'interdiction de fumer dans les centres de soins devrait inclure la totalité des bâtiments.

Enfin, les MG et les professionnels de santé devraient obligatoirement être non-fumeurs, lorsqu'ils représentent les institutions.

On peut noter que certaines de ces mesures ont déjà été prises en France, les recommandations du rapport PESCE datant de 2008.

#### **1.4 Communication :**

- **Recommandation n°12 : Les habitudes tabagiques des MG et des professionnels de santé doivent être régulièrement suivies.**
  
- **Recommandation n°13 : Pour réduire le nombre de refus de conseils au sevrage, il faut sensibiliser la population au fait que le MG est le lien entre les différents services de sevrage.**

L'union européenne, les ministères de la Santé, les associations de professionnels de santé et l'industrie pharmaceutique doivent financer les campagnes de sensibilisation pour le grand public.

Afin de promouvoir le rôle du médecin dans le sevrage, il est également indispensable que les campagnes scolaires informent les élèves et les parents sur le rôle de contact du généraliste dans le sevrage.

En outre, les messages d'avertissement sur le tabac doivent signaler que le médecin généraliste est un point de départ pour le sevrage tabagique.

Le patient comme le thérapeute doivent prendre conscience que le tabagisme est une addiction et donc une maladie chronique. L'arrêt du tabac en est le traitement. Cette notion commence à être prise en compte pour l'addiction à l'alcool, il devrait en être de même pour le tabac, ce dernier faisant encore plus de dégâts.

Enfin, un prix européen pourrait être créé pour les institutions qui jouent un rôle majeur dans la promotion de l'engagement des médecins dans le sevrage.

- **Recommandation n°14 : Le généraliste doit garder en tête l'importance de la prévention et du sevrage tabagique pour la santé.**

Il est nécessaire d'inclure la notion de coût-bénéfice des traitements de sevrage tabagique dans les rencontres et les conférences professionnelles au niveau régional, national, européen et international.

De plus, il faut publier dans la presse professionnelle des articles sur les thérapies de sevrage et leur efficacité.

Il est également indispensable de promouvoir un réseau d'associations et d'entreprises médicales et non médicales.

Les leaders d'opinion des professionnels de santé doivent mettre l'accent sur la nécessité de l'engagement des médecins généralistes dans le sevrage tabagique. Enfin, il faut inclure les associations de médecins dans le mouvement global de contrôle du tabac.

- **Recommandation n°15 : Les généralistes et les associations de médecins ne doivent en aucun cas collaborer avec l'industrie du tabac.**

#### **En conclusion sur le projet PESCE :**

Bien que datant de 2008, le rapport PESCE a permis de mettre en évidence, à travers une importante revue de la littérature internationale, les difficultés que rencontrent les médecins généralistes européens à être plus efficace dans le sevrage tabagique. Des solutions ont alors été trouvées pour conduire à une meilleure intégration des généralistes dans l'effort global pour réduire la consommation de tabac en Europe. Il faut donc, pour les partenaires de ce projet, réussir à mettre en place ces activités et établir un calendrier au niveau national. Le but étant d'intégrer durablement la prévention dans nos systèmes de santé.

## **2. Enquête et résultats issus de Tab'agir :**

Pour compléter ce travail de recherche sur les difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique j'ai souhaité m'appuyer sur une enquête réalisée par le Dr Daniel Philippe, médecin en charge du développement régional du réseau Tab'agir.

En effet, dans le cadre du travail de recherche de ma thèse, je me suis rendu à Auxerre au siège de Tab'agir pour y rencontrer le Dr Duros tabacologue et médecin coordinateur de l'association.

Je lui ai présenté mon projet de thèse, alors balbutiant, sur le tabac et fait part de mon intérêt sur le travail de prévention que doit exercer le médecin généraliste notamment dans les pathologies chroniques et leur suivi ainsi qu'en addictologie (mon mémoire de DES de médecine générale portait sur l'alcool).

Fort de son expérience, le Dr Duros m'a parlé du problème que rencontrent les médecins généralistes de la région à réaliser aussi bien des actions de prévention que dans l'aide à l'arrêt du tabac. J'ai donc trouvé intéressant le fait d'identifier ces difficultés et d'en faire mon sujet de thèse pour établir un état des lieux et amener des solutions permettant aux généralistes d'apporter une meilleure prise en charge afin d'être plus efficace dans cette lutte contre le tabagisme.

Dans ce but, Le Dr Duros a mis à ma disposition les données de l'enquête du Dr Philippe que je trouve moins désuète et plus révélatrice car plus proche du terrain, un questionnaire aussi bien réalisé soit-il, ne peut faire aussi bien qu'un entretien en tête à tête. Découvrant l'extraordinaire travail réalisé par le Docteur Philippe, j'ai donc renoncé aux questionnaires, méthode que j'avais pourtant l'intention de réaliser initialement.

## 2.1. Méthodologie :

Après avoir repéré, grâce aux contacts et références du réseau, les zones dites désertes pour Tab'agir, c'est à dire une forme de désertification libérale pour les consultations de tabacologie, plusieurs tournées cohérentes ont été réalisées par le Dr Philippe afin de rencontrer les médecins généralistes bourguignons dans et autour des villes des 4 départements de Bourgogne entre 2012 et 2014. Ceci était destinée à promouvoir Tab'agir dans le cadre de la régionalisation demandée par l'ARS depuis 2008.

Après une réunion avec les médecins tabacologues et membres fondateurs de l'association, il a été défini les missions de cette enquête :

- ✓ Connaître la pratique des médecins généralistes bourguignons dans l'aide à l'arrêt du tabac,
- ✓ Avoir une idée de la connaissance ou non de Tab'agir par les confrères visités,
- ✓ Leur rappeler l'intérêt et le fonctionnement du réseau,
- ✓ Connaître leur intérêt pour des formations proposées par Tab'agir ou définir leurs attentes,
- ✓ Participation éventuelle au réseau.

C'est le Dr Philippe lui-même qui prenait les rendez-vous, sous forme d'une visite d'environ quinze minutes, auprès des confrères généralistes à l'aide de la liste établie par l'assistante administrative du réseau. Une brochure avait été composée et adaptée aux acteurs de premier recours. Elle comprenait:

- Une cartographie sur la couverture géographique de l'offre d'aide à l'arrêt du tabac en Bourgogne (Annexe 4),
- Une fiche sur les dégâts causés par le tabagisme,
- Une fiche sur la probabilité de rencontrer à travers le conseil minimal un fumeur susceptible de changer d'orientation,
- La conduite à tenir du médecin généraliste en matière d'aide à l'arrêt du tabac selon les recommandations nationales (ANESM, ANSM) avec uniformité des techniques de prise en charge,
- Comment utiliser Tab'agir.

Le but était de réaliser un état des lieux sur le tabagisme, questionner les médecins pour connaître les habitudes de chacun, faire connaître le réseau et son mode de fonctionnement ainsi que d'enquêter auprès du médecin sur l'intérêt d'une formation à l'entretien motivationnel ou d'une formation plus complète favorisant alors l'entrée dans Tab'agir.

Chaque visite faisait l'objet d'un compte rendu permettant l'analyse des points utiles ainsi que le suivi des échanges.

## **2.2. Résultats :**

### **2.2.1. Analyse des tournées sur la période 2012 - 2013 :**

Le médecin tabacologue a réalisé 13 tournées sur 2 départements correspondant à une période de 18 mois :

Tournées organisées sur la Saône et Loire entre mars et juillet 2012 :

- Autunois / Creusot / Montceau les mines / Chalon et environs
- Toulon sur Arroux / Charolles / Paray le Monial / La Clayette
- Macon et Cluny

Tournée sur le Nord de la Côte d'Or et l'Auxois en 2013 :

- Chatillonnais
- Montbard / Semur en Auxois
- Beaune

Il a contacté par téléphone 148 médecins pour pouvoir en rencontrer 125 (Tableau 1).

**Tableau 1 : Bilan des tournées 2012 - 2013 en Saône et Loire, Nord de la Côte d'Or et**

**Auxois :**

Nombre de MG contactés	Nombre de MG visités	Connait Tab'agir	Sensibilité au Pb du tabac	Déclarant "pratiquer Cs aide à l'arrêt"	Relation d'aide	Intérêt pour formation en EM	Attrait pour Tab'agir	Travail avec centre d'aide à proximité
148	125	74	85	30	60	50	2	10
		59.2 %	68 %	24 %	48 %	40 %	1.6 %	8 %

- a) On s'aperçoit, d'après l'étude des résultats que 68% des médecins rencontraient s'estiment sensibilisés par les problèmes du tabagisme de leur patient.

D'après le Dr Philippe, ceux qui sont moins répondants parlent de découragement, du peu de réussite, du «on ne peut pas faire grand-chose».

- b) On observe que 24% déclarent pratiquer des consultations d'aide à l'arrêt. Pourtant il faut apporter des nuances. En effet, toujours d'après notre confrère, ces déclarations sont fiables à 100% quand les médecins déclarent ne pas faire de consultations dédiées au tabac. On tombe à 60% d'indice de fiabilité quand la réponse est positive.

En décortiquant les réponses, les médecins utilisant le dossier de l'INPES sont les médecins de Tab'agir uniquement.

En fait 48% des médecins pratiquent des aides sous la forme d'un accompagnement de type relation d'aide ou entretien motivationnel sous une forme approchée et spontanée.

- c) 59,20% connaissaient Tab'agir, mais une petite minorité en connaissait son réel fonctionnement (acteurs du réseau).
- d) 40% des médecins visités sont plutôt favorables à une formation qui leur serait proposée sur l'entretien motivationnel.
- e) Par contre, très peu de médecins acceptent l'idée de rentrer d'emblée comme adhérent au réseau. Il faut reconnaître qu'un passage d'un quart d'heure ne permet que de sensibiliser.

Tab'agir précise tout de même qu'un certain nombre de ces médecins généralistes ont effectivement participé aux formations d'inclusion.

- f) On note que seulement 8 % des médecins déclarent travailler avec un réseau local de type centre d'addiction avec des consultations de tabacologie dépendant d'un centre hospitalier (Semur, Chatillon, Chalon et Macon).

A l'issu de ces tournées, le Dr Philippe rapporte des éléments en lien avec les problèmes démographiques. En effet, là où les médecins sont peu nombreux, les rendez-vous sont difficiles à prendre et ils donnent pour arguments :

- Le report à plus tard,
- La difficulté à imaginer réaliser des consultations dans l'organisation du cabinet,
- La difficulté à se rendre à une formation, avec parfois une exigence quant au lieu où cette formation se ferait.

### **2.2.2. Analyse des tournées sur l'année 2014 :**

En 2014, le Dr Philippe a de nouveau réalisé plusieurs tournées sur 3 départements pour rencontrer 78 médecins généralistes sur 129 contactés (Tableau 2) :

- 24 en Côte d'Or;
- 31 dans l'Yonne;
- 23 dans la Nièvre.

**Tableau 2 : Bilan des tournées sur l'année 2014 en Côte d'Or, Yonne et Nièvre :**

Nombre de MG contactés	Nombre de MG visités	Connait Tab'agir	Sensibilité au Pb du tabac	Déclarant "pratiquer Cs aide à l'arrêt"	Relation d'aide	Intérêt pour formation en EM	Attrait pour Tab'agir	Travail avec centre d'aide à proximité
129	78	67	69	14	49	19	10	8
		85.8 %	88.4 %	17.9 %	62.8 %	24.3 %	12.8 %	10.2 %

- a) D'après ces résultats, on observe que la grande majorité des médecins rencontrés sont sensibles aux problèmes liés au tabac.
- b) Pourtant seulement 18 % d'entre eux déclarent pratiquer de véritables consultations d'aide à l'arrêt du tabac (suivi d'un mode opératoire type dossier INPES). On note tout de même que plus de la moitié des médecins généralistes visités effectuent une aide au sevrage tabagique (réponses très ouvertes allant du conseil minimal, repérage précoce, discussion ouverte ou aide à l'arrêt à minima).  
La majorité des commentaires recueillis par le Dr Philippe parlent du débordement au travail et / ou de l'arrivée proche de la retraite comme raisons principales de ne pas aller plus loin.
- c) Par contre on s'aperçoit lors de ces tournées que très peu de médecins sont intéressés par des formations à l'entretien motivationnel. Simplement 19 confrères sur les 78 ont répondu positivement (1 seul sur les 23 dans la Nièvre, 8 en Côte d'Or et 10 dans l'Yonne). D'après les comptes rendus du Dr Philippe, il faut, de plus, nuancer certaines réponses positives car la principale prérogative avancée pour réaliser ces formations est qu'elles se déroulent proche de leur domicile.
- d) On remarque que le réseau Tab'agir est connu chez la plupart des médecins visités.
- e) Tout comme l'année précédente, une minorité accepte l'idée d'adhérer au réseau.

De nouveau, le Dr Philippe fait état des grandes difficultés rencontrées par les médecins généralistes en lien avec la faible démographie médicale notamment dans le nord de l'Yonne (Sens et alentours) et dans la Nièvre. Ces médecins sont désireux de formations faites surtout localement. Le Dr Philippe souligne aussi l'importance de mieux communiquer afin d'expliquer les avantages du conseil minimal et de l'entretien motivationnel.

## **V. DISCUSSION :**

Force est de constater qu'au travers des résultats et des données recueillis par le Dr Philippe lors de ses tournées, les médecins généralistes bourguignons éprouvent des difficultés criantes à réaliser des consultations d'aide au sevrage tabagique. En effet, de nombreuses recommandations issues des travaux du projet PESCE, datant de 2008, tardent encore à se mettre en place. Pourtant les recommandations HAS concernant la prise en charge du sevrage tabagique semblent assez bien connues par la plupart des médecins généralistes qui utilisent en premier lieu le conseil minimal puis les dérivés nicotiniques et en seconde intention la varénicline ou le bupropion.

Par contre les entretiens motivationnels et les thérapies cognitivo-comportementales sont peu utilisés, malgré leur efficacité reconnue, très probablement en rapport avec un manque de formation des médecins et peut être aussi de communication pour savoir vers qui orienter le patient tabagique pour une prise en charge avec ces méthodes.

Les principaux problèmes évoqués par les médecins généralistes pour réaliser des consultations d'aide au sevrage tabagique sont :

### **1. Le manque de temps :**

Les 2 travaux de recherche nous donnent plusieurs causes à cette difficulté principalement évoquée par les médecins :

- Les tournées du Dr Philippe mettent en évidence la très faible démographie médicale dans notre région surtout dans le département de l'Yonne et de la Nièvre comme le confirme les données 2016 du conseil de l'ordre (44) (Annexe 5). De plus, toujours d'après les chiffres de l'atlas de la démographie médicale, la moyenne d'âge des médecins généralistes de la région est de 52 ans ce qui signifie que près de la moitié d'entre eux sont proches d'un départ à la retraite dans les 10 ans. D'après les projections du conseil de l'ordre, il n'y aura plus que 3322 MG dans la région en 2025 contre 3652 en 2016 et 4015 en 2007. Il paraît donc urgent d'augmenter le nombre de médecins dans notre région et en particulier dans les zones rurales.

- La baisse des effectifs de médecins généralistes a aussi d'autres répercussions comme la difficulté à obtenir un planning de garde notamment dans les zones rurales et donc permettre la continuité des soins. Ceci s'ajoute à l'évolution des mentalités où les jeunes médecins aspirent à une meilleure adéquation entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

- De plus, les recommandations issues du projet PESCE (recommandation n°8) font état de la nécessité de réduire le poids administratif des médecins généralistes afin de libérer du temps pour effectuer, entre autre, les actes de prévention.
- Travailler sur les addictions est chronophage et travailler en réseau fait certes gagner en qualité de prise en charge mais augmente également la charge administrative que beaucoup de médecins trouvent déjà trop lourde.

## **2. Le manque de formation :**

C'est aussi une des difficultés souvent évoquée par les médecins comme obstacle à leur prise en charge du sevrage tabagique. Ils estiment que les principaux points de formation à traiter seraient en premier lieu l'entretien motivationnel, c'est à dire comment évaluer et renforcer la motivation à l'arrêt du tabac par le patient, le préparer au changement, mais aussi gérer le suivi du sevrage que ce soit dans le cadre du maintien de l'arrêt ou de la rechute.

Il apparait donc primordial que la lutte contre le tabagisme devienne un thème permanent de formation, dans le cadre actuel de la formation conventionnelle des professions de santé comme le souligne les deux premières recommandations du projet PESCE. Il est intéressant et encourageant de voir que l'ensemble des candidats à l'élection Présidentielle parle de prévention dans leur projet pour la santé.

Développer la participation des médecins et autres professionnels de santé à des actions de promotion de la santé semble être une modalité assez intéressante. Par exemple des "formations-action" via des campagnes sur "le conseil minimal" menées à l'échelon régional ou départemental auraient l'avantage de sensibiliser et de mobiliser un grand nombre de professionnels de santé.

Tab'agir en est un bon exemple avec des actions telles que "le mois sans tabac", la mise en place en mai 2015, en partenariat avec l'ARS et l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens, d'une action expérimentale sur le département de la Saône et Loire en proposant pendant 3 mois la gratuité de traitement substitutif nicotinique pour un public visé (Femmes enceintes ou ayant l'intention de l'être; CMU ou CMU Complémentaire; jeunes de 20 à 30 ans; malades du cancer et maladies déclarées ayant un lien avec le tabac (BPCO, cardio vasculaire et ischémie...)). Sans oublier entre autre les interventions dans les entreprises et en milieu scolaire. De plus Tab'agir est agréée prestataire de formation auprès de la Préfecture de notre région et propose donc aux acteurs médico-sociaux et paramédicaux

une formation sur 2 jours réalisée par des professionnels experts dans leur domaine (médecins tabacologues, professionnels de la prévention, diététiciennes) et sur la base de connaissances actualisées. Des réunions semestrielles de formation continue sont aussi disponibles.

### **3. Le manque de rémunération :**

Aujourd'hui la rémunération des médecins généralistes est fondée sur le paiement à l'acte avec un prix fixe de la consultation à 23 euros (passera à 25 euros le 1er mai 2017 (45)) quel que soit le motif ou la durée de celle-ci.

Or il est évident qu'une consultation d'aide au sevrage tabagique demande du temps (environ 45 minutes) donc pour qu'elle soit réalisée dans les meilleures conditions et au vu des difficultés déjà citées, il semble essentiel qu'une cotation spécifique pour la prise en charge du sevrage tabagique et plus largement des addictions soit mise en place. La nouvelle convention de juillet 2016 (45) fait état de consultations qui nécessitent des actes complexes revalorisés dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017 à 46 euros. Cela concerne « *la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ou à des situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention...)* ». Par exemple, une première consultation de contraception, une consultation de suivi de l'obésité chez les enfants de 3 à 12 ans ou encore pour les trois consultations obligatoires du nourrisson. Il n'est pas clairement spécifié si la prise en charge du sevrage tabagique entre dans ce cadre des consultations complexes mais le terme prévention nous pousse à le croire.

Une piste pour l'avenir de la prévention en général pourrait aussi être celle d'un compteur temps (par exemple avec la carte vitale) qui pourrait déterminer le prix de la consultation en fonction du temps passé en face du patient. En effet, dans le paiement à l'acte, la rémunération de la médecine préventive et de la médecine curative se font directement concurrence : afin d'inciter le médecin à pratiquer une activité préventive, cette dernière doit être relativement aussi bien rémunérée que la médecine curative.

### **4. Renforcer la volonté politique :**

Les politiques de santé et les moyens mis en œuvre jouent un rôle primordial dans la lutte contre le tabagisme. Il est nécessaire et urgent de les intensifier dans notre pays comme le préconise plusieurs recommandations du rapport PESCE (recommandations n° 4, 8, 9, 10 et 11). En effet, comme le soulignait déjà la cour des comptes en décembre 2012 (46), les

dispositifs déployés pour le sevrage et l'aide à la sortie du tabac ont été largement insuffisants ces dernières années.

La cour des comptes a émis plusieurs constats :

- L'insuffisance de l'action des services de l'Etat (douanes, santé, police notamment) pour que la loi et les règles d'interdiction soient respectées tant pour la vente aux mineurs de moins de 18 ans que sur les lieux publics ;
- L'absence de plans de prévention à l'école. Les informations recueillies au cours de l'évaluation ont montré qu'une implication des médecins et des infirmières scolaires sur toute la durée des cycles (primaire/collège/lycée) aurait des effets particulièrement positifs pour décourager l'entrée qui se fait de plus en plus jeune dans le tabagisme, rendant la dépendance malheureusement durable et difficile à soigner une fois installée ;
- La timidité des moyens mis en œuvre pour le sevrage et l'aide à l'arrêt du tabac qui limite grandement la possibilité pour les fumeurs qui le désirent (plus d'un fumeur sur deux) de sortir de la dépendance ;
- L'exigence de continuité dans la politique poursuivie en matière de prix et de fiscalité. S'il ne saurait constituer à lui seul l'instrument d'une politique publique, les expériences des pays les plus engagés dans la lutte contre le tabagisme attestent de l'efficacité de l'outil fiscal s'il est employé dans la durée. Encore faut-il qu'il soit traité de manière coordonnée avec les autres volets de la politique de lutte contre le tabagisme et peut-être faut-il aussi une politique Européenne des prix du tabac qui soit harmonisée ;
- La très grande faiblesse des dispositifs de collecte des données et de suivi des effets des mesures prises. La publication de travaux de nature à mieux sensibiliser l'opinion aux ressorts de l'addiction comme à l'efficacité des mesures employées pour la réduire participerait efficacement sur le temps à l'action publique.

A travers ces constats le rapport de la cour des comptes a alors dégagé trois grandes orientations pour relancer l'action contre les méfaits du tabac :

- ✓ La première est de penser et mettre en œuvre une politique dans la durée afin de changer les mentalités et les comportements que la lutte contre le tabagisme a déjà engagée au cours des dernières décennies, au moins dans les pays développés ;

- ✓ La deuxième est de mettre en place, comme l'exige la convention-cadre de l'OMS, un dispositif de pilotage, d'action et de suivi des résultats de la lutte contre le tabagisme, efficace et politiquement identifiable. Une coordination interministérielle forte et constante est absolument indispensable pour assurer la validation des mesures, la préparation des arbitrages politiques et le suivi des plans et actions engagés en y faisant prévaloir l'exigence de santé publique.
- ✓ La troisième et dernière grande orientation est que la lutte contre le tabagisme s'inscrit désormais dans un cadre international avec la ratification de la convention-cadre de l'OMS. Notre pays a désormais des obligations qui lui imposent de mener une politique globale et continue de lutte contre le tabagisme qui s'inscrirait dans un mouvement de long terme vers une société libérée du tabac.

On constate néanmoins que certaines de ces directives ont déjà été prises en début d'année 2017 avec la mise en place du paquet neutre et la réduction de l'écart de charge fiscale et de prix existant au bénéfice du tabac à rouler, à tuber ou des cigares et cigarillos.

De même depuis le 1er novembre 2016, le remboursement des traitements par substituts nicotiques à hauteur de 150 euros par an, sur prescription, est conforme aux exigences de l'OMS en facilitant l'accès à ces traitements.

### **5. Améliorer la prise en charge des patients fumeurs grâce à un réseau d'aide au sevrage tabagique?**

Les résultats des visites du Dr Philippe auprès des médecins généralistes bourguignons montrent que Tab'agir est connu par une grande majorité d'entre eux. Le réseau étant maintenant implanté depuis 16 ans dans la région, ses actions et publicités ont porté leurs fruits.

Une enquête menée en 2011 avait pour but d'analyser la prise en charge du tabagisme par les médecins généralistes icaunais et de déterminer le rôle de Tab'agir dans cette prise en charge (47). Il apparaissait que 90 % des médecins ayant répondu (162 sur 260 envois) avaient des attentes par rapport à un réseau de tabacologie notamment sur la prise en charge pluridisciplinaire (médecins tabacologues, diététiciens, psychologues formés aux techniques cognitives et comportementales en tabacologie) des patients fumeurs. Ces médecins plébiscitaient également des formations pour actualiser leurs connaissances et la diffusion

d'information délivrée par l'association vers le public et les personnes à risque comme les adolescents et les femmes enceintes.

De plus, la présence d'un médecin référent qui permet d'avoir des conseils en temps réel lors de difficultés ou de prise en charge d'un patient présentant une polytoxicomanie était tout autant apprécié que la mise à disposition par le réseau de matériel (en particulier le testeur de monoxyde de carbone) et de documentation.

Enfin, l'indemnisation par le réseau des consultations longues de tabacologie permettant une prise en charge personnalisée du patient constituait aussi un point fort.

Cette enquête met aussi en évidence certaines difficultés déjà évoquées dont le manque de temps, les médecins généralistes avouent ne pas pratiquer des consultations d'aide à l'arrêt mais se reconnaissent plutôt dans une relation d'aide et de conseils, voire des encouragements. Pour autant 97 % des médecins de l'étude ne prenaient pas l'initiative d'envoyer leur patient à une consultation de tabacologie. On pourrait donc parler d'une sous utilisation des médecins formés, qui peut déboucher sur l'absence de besoin de voir un autre confrère.

Au regard de ces résultats, il paraît nécessaire de travailler ensemble. Les relations entre les médecins généralistes et le réseau Tab'agir doivent être complémentaires et pourraient s'organiser de la manière suivante :

### **Que serait une prise en charge d'aide au sevrage tabagique idéale?**

Les médecins généralistes repèrent les patients avec un statut de fumeur et pratiquent un conseil minimal ou une intervention brève motivationnelle.

Ils entretiennent ensuite la démarche de changement de comportement et renforcent la motivation de leurs patients tabagiques pour le sevrage.

Ils prennent alors en charge les sevrages non compliqués et adressent leurs patients à un réseau de tabacologie en cas de besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire ou de complications comme les échecs répétés de sevrage ou de polyaddictions.

Cette démarche permettrait que :

- Le repérage précoce soit assuré ;

- Le médecin ne soit pas découragé mais accompagné ;
- La position du patient dans sa maturation soit renforcée en lui permettant un accès facilité au réseau et en graduant l'accompagnement.

Encore une fois il est évident que les médecins généralistes, partenaires de terrain efficaces, ne peuvent s'inscrire dans ces actions que s'il existe une volonté politique forte et une mobilisation sociale, appuyée par des campagnes de sensibilisation.

En somme, les actions de santé publique, et particulièrement du sevrage tabagique, réalisées par le médecin généraliste doivent être affirmées par :

- Une formation initiale et continue ;
- Une mise à disposition de moyens adaptés notamment politiques ;
- Une disponibilité et une rémunération spécifique ;
- La participation de nouvelles formes de collaboration notamment au sein de réseaux.

THESE SOUTENUE PAR MONSIEUR CLIQUENNOIS SEBASTIEN

CONCLUSIONS

L'objectif principal de ce travail était d'identifier les difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Pour cela l'étude a été réalisée en deux parties :

- L'analyse du rapport General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe, revue de la littérature internationale et des littératures grises nationales ayant permis en 2008 l'élaboration de 15 recommandations afin d'augmenter l'engagement des médecins généralistes dans les interventions du sevrage tabagique ;
- L'analyse des données de l'enquête du Dr Philippe, médecin du réseau Tab'agir ayant rencontré en tête à tête les médecins généralistes bourguignons entre 2012 et 2014 afin de connaître leurs pratiques dans l'aide à l'arrêt du tabac, définir leurs difficultés et leurs attentes, notamment en terme de formation, et faire connaître le réseau.

L'étude de ces données met en avant quatre difficultés majeures, intriquées entre elles, qui limitent la participation des médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme :

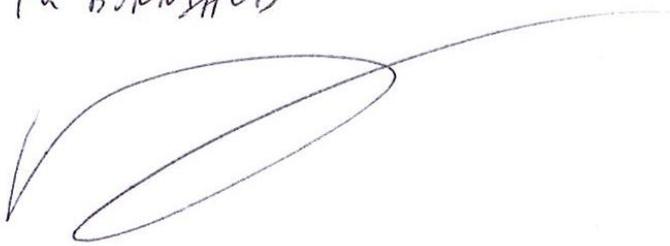
- Le manque de temps lié en partie à un sous-effectif des médecins dans les départements ruraux et à une charge administrative trop lourde. La réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique pouvant être complexe et chronophage ;
- L'absence de reconnaissance avec une rémunération trop faible pour ces actes de prévention pourtant indispensables et qui permettraient d'énormes bénéfices économiques et sur la santé ;
- La formation insuffisante en tabacologie des médecins généralistes notamment concernant la prise en charge de la rechute, l'entretien motivationnel et le suivi du sevrage est un obstacle à la prise en charge de l'arrêt du tabac ;
- La nécessité d'être encadré par une politique de lutte contre le tabagisme efficace sur la durée mais aussi celle de sensibiliser la population sur les dangers du tabac tout en informant que le médecin généraliste est l'interlocuteur principal dans le sevrage tabagique.

Le travail en réseau améliore la qualité de prise en charge des patients fumeurs mais alourdit malheureusement la charge administrative, déjà conséquente, pour le médecin généraliste.

Il apparait donc nécessaire de revoir le système administratif, le financement et l'organisation de la médecine libérale pour inciter la pratique d'une activité préventive qui dans le cadre de la lutte contre le tabagisme permettrait des bénéfices conséquents en termes de santé et d'économie.

Le Président du jury,

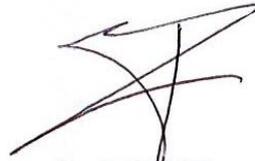
PR BONNIAUD



Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 5 Mai 2017

Le Doyen



Pr. F. HUET

## **BIBLIOGRAPHIES :**

1. OMS | MPOWER un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme [Internet]. WHO. 2008 [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/fr/>
2. OMS | Tabagisme [Internet]. WHO. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
3. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé. 2010;BEH 31 mai 2011(20, 21):230, 232.
4. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. [Internet]. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):528-40. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016\\_30-31\\_7.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_7.html)
5. Kopp P. Le coût social des drogues en France - OFDT [Internet]. 2015 [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 26 juin 2004;328(7455):1519.
7. Les addictions en Bourgogne| Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté [Internet]. ORS Bourgogne Franche-Comté| Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté. 2014 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.orsbfc.org/publication/les-addictions-en-bourgogne-2/>
8. Dautzenberg B, Abdennbi K, Audureau G, De Blay F, Dubois G, Duroux P., et al. Le tabagisme passif [Internet]. 2001 [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000432.pdf#page=5&zoom=auto,-169,73>
9. Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. BEH Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac. 31 mai 2011;(20, 21):233, 235.
10. Projections d'incidence et de mortalité par cancer en France métropolitaine. Santé publique France. [Internet]. 2015 [cité 24 déc 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Actualites/Actualites/Projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-France>
11. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer [Internet]. 2016 [cité 24 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
12. Cancer du poumon | Institut National Du Cancer. L'importance de lutter contre le tabagisme dans la prévention des cancers. [Internet]. [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Acces-thematique/Cancer-du-poumon>

13. Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *J Epidemiol Community Health*. déc 1978;32(4):303,313.
14. Ministère de la Santé et des Solidarités. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010. « Connaitre, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». [Internet]. [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bpco.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpco.pdf)
15. Cataldo JK, Prochaska JJ, Glantz SA. Cigarette smoking is a risk factor for Alzheimer's disease: An analysis controlling for tobacco industry affiliation. *J Alzheimers Dis*. 2010;19(2):465- 80.
16. =World Health Organization. (W.H.O.). Genève. INT, =Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT. WHO global report : mortality attributable to tobacco. [Internet]. Genève: OMS; 2012 p. 392p. Report No.: 978-92-4-156443- 4. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44815/1/9789241564434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44815/1/9789241564434_eng.pdf)
17. Conférence de consensus « Grossesse et tabac » 7 et 8 octobre 2004 à Lille. Texte des recommandations. [Internet]. [cité 21 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse\\_tabac\\_court.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf)
18. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes - Évolutions n°31 [Internet]. 2015 [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1623.pdf>
19. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Islami F, Drop J. Tobacco Atlas. 5th ed. Atlanta: American Cancer Society. [Internet]. The Tobacco Atlas. 2015 [cité 22 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.tobaccoatlas.org/>
20. OFDT. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. mai 2015 [cité 21 déc 2016];Tendances(100). Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssv5.pdf>
21. Observatoire régional de la santé Bourgogne. Tabac, situation en Bourgogne [Internet]. 2014 [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2015/01/4.2-Tabac-2014.pdf>
22. Aubin H, Luquiens A, Bonnet N, et al. De la tabacologie à l'addictologie. *Revue du praticien*. mars 2012;(3):356,359.
23. HAS - Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [Internet]. 2014 [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_octobre\\_2014\\_2014-11-17\\_14-13-23\\_985.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf)
24. Kramer J, Cameron D. La pharmaco-dépendance. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. [Internet]. 1975 [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40465/1/9242540455.pdf>

25. Errard - Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. déc 2005;22(6):15,26.
26. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris 8 - 9 octobre 1998. [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur:  
<http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf>
27. Test de dépendance à la nicotine de Fagerström. [Internet]. [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1\\_Fagerstrom.pdf](https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf)
28. AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. [Internet]. 2003 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/IMG/pdf/6.pdf>
29. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf)
30. Soutien psychologique du patient fumeur [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_fiche\\_soutien\\_psychologique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_fiche_soutien_psychologique.pdf)
31. Dossier de consultation de tabacologie [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/575.pdf>
32. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)
33. Mémo entretien motivationnel [Internet]. [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo\\_entretien\\_motivationnel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf)
34. L'entretien motivationnel [Internet]. AFDEM. 2015 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/>
35. Outil Methode entretien motivationnel [Internet]. [cité 19 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_methode\\_entretien\\_motivationnel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_methode_entretien_motivationnel.pdf)
36. Tabac & Liberté. Réseau de professionnels de santé. [Internet]. Tabac et Liberté : aide au sevrage tabagique. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.tabac-liberte.com/>
37. RESPADD. Réseau de prévention des addictions. [Internet]. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/>
38. Réseau Addictions 28 : vous êtes confrontés à une addiction ? Des professionnels peuvent vous aider. [Internet]. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: [www.reseau-addictions28.fr](http://www.reseau-addictions28.fr)

39. Association Tab'Agir - Prévention et aide à l'arrêt du tabac en Bourgogne. [Internet]. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.tabagir.fr/>
40. PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe). Rapport de synthèse [Internet]. 2008 [cité 2 févr 2017]. Disponible sur: [http://old.ensp.org/files/exec\\_summary\\_-rapport\\_de\\_synthese\\_fr.pdf](http://old.ensp.org/files/exec_summary_-rapport_de_synthese_fr.pdf)
41. L'arrêt du tabac [Internet]. [cité 12 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac/la-prise-en-charge-des-substituts-nicotiniques.php>
42. Arrêté du 14 mars 1988 modifiant l'arrêté du 24 juillet 1970 relatif à l'organisation du deuxième cycle des études médicales. Journal Officiel de la République Française. 27 avr 1988;5599.
43. Études médicales - Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle. ARRÊTÉ du 08/04/2013. [Internet]. 2013 [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
44. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. [Internet]. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
45. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. 2016 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/convention\\_2016.pdf](http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/convention_2016.pdf)
46. Rapport d'évaluation : Les politiques de lutte contre le tabagisme [Internet]. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/content/download/51429/1392273/version/1/file/rapport\\_evaluation\\_lutte\\_contre\\_tabagisme.pdf](https://www.ccomptes.fr/content/download/51429/1392273/version/1/file/rapport_evaluation_lutte_contre_tabagisme.pdf)
47. Neuquelman L. Sevrage tabagique: implication des médecins généralistes et du réseau Tab'agir en Bourgogne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne;

## ANNEXES :

### Annexe 1 : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström (27):

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
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
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
<b>Total</b>		

SCORE DE 0 À 2 : Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

SCORE DE 3 À 4 : Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) il peut lui être éventuellement conseillé de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...).

SCORE DE 5 À 6 : Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Les conseils du médecin ou du pharmacien seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 : Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée. Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

## Annexe 2 : Le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (29) :

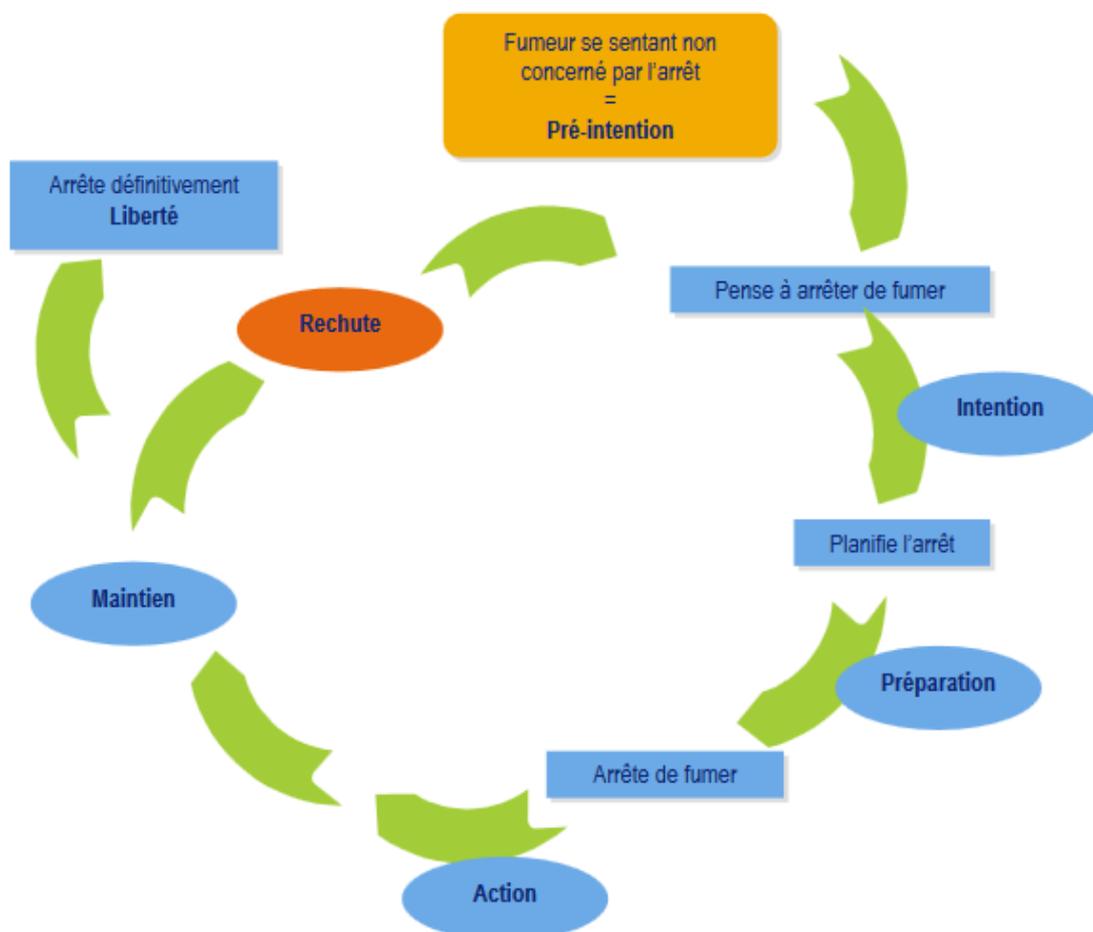
Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente<sup>1</sup> est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer.

Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- la pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;
- intention : il pense à arrêter de fumer ;
- préparation : prise de décision : il planifie l'arrêt de fumer ;
- action : il est activement engagé dans le changement ;
- maintien / liberté : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.

D'après cette théorie très connue, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape de préparation au sevrage où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (le cycle de Prochaska décrit ces étapes d'un changement de comportement). À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.



## Annexe 3 : Dossier de consultation de tabacologie de l'INPES (31):

Dossier validé par la Société française de tabacologie

# Consultation de tabacologie

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ (où vous êtes facilement joignable)

Téléphone portable \_\_\_\_\_

### **Vous voulez essayer d'arrêter de fumer**

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions des pages suivantes: elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur l'efficacité des consultations de tabacologie en allant sur le site internet de l'équipe de recherche CDInet <https://cdinet.spim.jussieu.fr>

Les informations contenues dans ces questions pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" et à son décret d'application n°78-774 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour exercer, adressez-vous à votre centre de consultation de tabacologie.





13 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes ?

Infarctus du myocarde  
 Angine de poitrine (angor)  
 Accident vasculaire cérébral  
 Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (artérite)

14 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?

Bronchite chronique (toux le matin au moins 3 mois par an depuis 2 ans)  
 Bronchopathie chronique obstructive  
 Asthme

15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour un ou plusieurs des cancers suivants ?

Poumon  Vessie  
 Gorge (ORL)  Un autre cancer (précisez) \_\_\_\_\_

16 - Prenez-vous assez régulièrement un ou plusieurs des médicaments suivants ?

Tranquillisants  Somnifères  Antidépresseurs  
 Neuroleptiques  Régulateurs de l'humeur  
 Traitements de substitution (subutex / méthadone)

17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt partiel ou total de l'activité ? Oui  - Non

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bilan tabagique

18 - Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédant cette consultation d'aide à l'arrêt ? Oui  - Non

19 - Vous ne fumez pas actuellement  
 Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? en jours \_\_\_\_\_ en mois \_\_\_\_\_

20 - Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant cet arrêt ? \_\_\_\_\_

21 - Vous fumez encore actuellement  
 Fumez-vous tous les jours ? Oui  - Non

22 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :  
 Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? \_\_\_\_ Cigarettes roulées ? \_\_\_\_ Cigarillos ? \_\_\_\_

23 - Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (cochez les cases correspondantes) :  
 Cigare  Pipe  Tabac à mâcher  Snus  Narguilé / Chicha  Ploom  
 Autres produits, précisez \_\_\_\_\_

24 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui  - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

25 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? \_\_\_\_\_

26 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui  - Non

27 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

Nous vous invitons à partager votre expérience de "vapotage" sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

Degré de dépendance au tabac (Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse)

28 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

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

29 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (1 cigareto = 2 cigarettes)

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

30 - Faites le total de vos réponses :

Total :

### Histoire avec le tabac

31 - À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à  ans

Pour les personnes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins 7 jours dans le passé

32 - Combien de fois avez-vous déjà arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? \_\_\_\_\_

De quelle manière avez-vous arrêté de fumer pendant cette semaine d'arrêt ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33 - Lorsque vous avez arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours, avez-vous pris du poids ? Oui  - Non

34 - Si oui, combien de kilos ? \_\_\_\_\_

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? \_\_\_\_\_

Quelle est la date de votre dernière tentative ? \_\_\_\_\_

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun                | <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration |
| <input type="checkbox"/> Pulsions à fumer     | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil          |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, colère | <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit    |
| <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité | <input type="checkbox"/> Autres                       |
| <input type="checkbox"/> Anxiété              | Lesquels ? _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Tendance dépressive  | _____   |

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

1 - \_\_\_\_\_ 3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

35 - Je fume... :	Jamais	Toujours
- parce que c'est un geste automatique	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- par convivialité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- pour le plaisir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- pour combattre le stress	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- pour mieux me concentrer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- pour me soutenir le moral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- pour ne pas grossir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

### Quel est votre degré de motivation ?

36 - Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

- 1 « je ne veux pas arrêter de fumer »
- 2 « je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »
- 3 « je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »
- 4 « je veux réellement arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »
- 5 « je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »
- 6 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »
- 7 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

(0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

aucune confiance	totale confiance
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

38 - Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

« J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais... » \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

39 - Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

« En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de... » \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

### Vos habitudes de vie

40 - Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

pas du tout extrêmement  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41 - Indiquez à quel point vous avez confiance en vous pour ne pas prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

je n'ai aucune confiance en moi j'ai totalement confiance en moi  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Votre consommation d'alcool

Ce questionnaire concerne votre consommation d'alcool de l'année écoulée et pas seulement celle des dernières semaines. Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais \_\_\_\_\_ 0
- 1 fois par mois \_\_\_\_\_ 1
- 2 à 4 fois par mois \_\_\_\_\_ 2
- 2 à 3 fois par semaine \_\_\_\_\_ 3
- 4 fois ou plus par semaine \_\_\_\_\_ 4

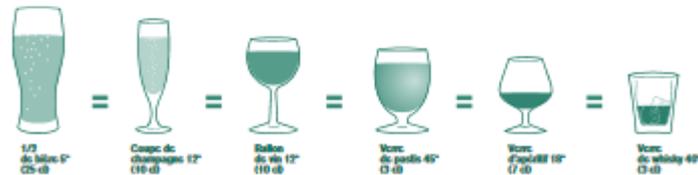
Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 \_\_\_\_\_ 0
- 3 ou 4 \_\_\_\_\_ 1
- 5 ou 6 \_\_\_\_\_ 2
- 7 à 9 \_\_\_\_\_ 3
- 10 ou plus \_\_\_\_\_ 4

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?

- jamais \_\_\_\_\_ 0
- moins de 1 fois par mois \_\_\_\_\_ 1
- 1 fois par mois \_\_\_\_\_ 2
- 1 fois par semaine \_\_\_\_\_ 3
- chaque jour ou presque \_\_\_\_\_ 4

42 - Faites le total de vos réponses \_\_\_\_\_



### Consommation de cannabis

43 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui  - Non

44 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des 30 derniers jours ?

- aucune fois     1 ou 2 fois     entre 3 et 5 fois     entre 6 et 9 fois  
 entre 10 et 19 fois     entre 20 et 29 fois     tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? \_\_\_\_\_

*Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.*

## Comment vous sentez-vous ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez.  
Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours.  
Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

<p><b>1</b> Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La plupart du temps 3</li> <li>- Souvent 2</li> <li>- De temps en temps 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul> <p><b>2.</b> Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, tout autant 0</li> <li>- Pas autant 1</li> <li>- Un peu seulement 2</li> <li>- Presque plus 3</li> </ul> <p><b>3</b> J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, très nettement 3</li> <li>- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2</li> <li>- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1</li> <li>- Pas du tout 0</li> </ul> <p><b>4.</b> Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant que par le passé 0</li> <li>- Plus autant qu'avant 1</li> <li>- Vraiment moins qu'avant 2</li> <li>- Plus du tout 3</li> </ul> <p><b>5</b> Je me fais du souci :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Très souvent 3</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Occasionnellement 1</li> <li>- Très occasionnellement 0</li> </ul> <p><b>6.</b> Je suis de bonne humeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais 3</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Assez souvent 1</li> <li>- La plupart du temps 0</li> </ul> <p><b>7</b> Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, quoi qu'il arrive 0</li> <li>- Oui, en général 1</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Jamais 3</li> </ul> <p><b>8.</b> J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presque toujours 3</li> <li>- Très souvent 2</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>	<p><b>9</b> J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais 0</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Très souvent 3</li> </ul> <p><b>10.</b> Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus du tout 3</li> <li>- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2</li> <li>- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1</li> <li>- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</li> </ul> <p><b>11</b> J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, c'est tout à fait le cas 3</li> <li>- Un peu 2</li> <li>- Pas tellement 1</li> <li>- Pas du tout 0</li> </ul> <p><b>12.</b> Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant qu'avant 0</li> <li>- Un peu moins qu'avant 1</li> <li>- Bien moins qu'avant 2</li> <li>- Presque jamais 3</li> </ul> <p><b>13</b> J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vraiment très souvent 3</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Pas très souvent 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul> <p><b>14.</b> Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent 0</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Très rarement 3</li> </ul>
---	---

45 - Additionnez les points des réponses **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13** : Total A =

46 - Additionnez les points des réponses **2, 4, 6, 8, 10, 12, 14** : Total D =

### La place du tabac dans votre budget

La dépendance tabagique conduit à accorder une place importante au tabac dans votre budget. Les questions suivantes ont pour objectifs de vous aider à faire le point sur ce que vous dépensez pour le tabac et d'envisager les économies réalisées en arrêtant de fumer.

Les questions 49 à 59 vous permettent d'examiner votre situation actuelle et d'imaginer comment elle pourrait s'améliorer avec l'arrêt du tabac.

47 - Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine ? \_\_\_\_\_

48 - Dans quelle tranche se situe la somme totale de vos revenus mensuels nets (y compris les aides sociales) ?

- Moins de 1000 €    Entre 1001 et 2000 €    Entre 2001 et 3000 €  
 entre 3001 et 4000 €    plus de 4000 €

**Pensez-y** L'Assurance Maladie vous accompagne dans l'arrêt du tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiniques à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est de 150 €.

49 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui  - Non

50 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? Oui  - Non

51 - Vivez-vous en couple ? Oui  - Non

52 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui  - Non

53 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui  - Non

54 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui  - Non

55 - Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui  - Non

56 - Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui  - Non

57 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui  - Non

En cas de difficultés, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter

58 - pour vous héberger quelques jours ? Oui  - Non

59 - pour vous apporter une aide matérielle ? Oui  - Non

Les questions 49 à 59 font partie du questionnaire EPICES, mis au point dans les centres d'exams de santé afin d'évaluer votre situation sociale.

Les renseignements recueillis dans ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par l'équipe CDTnet, dans le cadre d'un recueil national. L'équipe CDTnet a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.  
<https://cdtnet.splm.jussieu.fr>

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre, un mail ou un appel téléphonique afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non. Ces informations sont importantes car il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée.

Merci d'avance de répondre à cette lettre ou cet appel téléphonique.

Si vous préférez être contacté à ce sujet par mail, merci de nous indiquer votre adresse e-mail :

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Si vous ne souhaitez pas être recontacté à ce sujet, cochez la case suivante

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

### Bilan lors de la consultation initiale

Date :     
                  jour    mois    année

60 - Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

61 - CO expiré :  ppm

62 - Nombre de cigarettes depuis le lever :

63 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

64 - **Observations :**

#### Conclusions :

65 - Une date d'arrêt a-t-elle été fixée avec le fumeur ? Oui  - Non

66 - Démarche de réduction de consommation

- Sans traitement dans un premier temps
- Avec un traitement prescrit (détail ci-dessous)

67 - Traitement prescrit

- Traitement de substitution nicotinique : Oui  - Non   
  lequel :  Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h \_\_\_\_\_  
           Gommes 2 mg 4 mg    Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg  
           Spray buccal    Inhalateurs    Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)
- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :  
   Bupropion (Zyban®)                    Varenicline (Champix®)
- Techniques comportementales : Oui  - Non
- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui  - Non
- Prise en charge diététique : Oui  - Non
- Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :         
          jour      mois      année

### Consultation de suivi N° 1

- 68 - Patient en arrêt : Oui  - Non   
Si oui : nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_  
Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui  - Non
- 69 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : \_\_\_\_\_
- 70 - CO expiré :  ppm
- 71 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours
- 72 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui  - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

- 73 - Quel est le volume de liquide "vapote" par semaine ? \_\_\_\_\_
- 74 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui  - Non
- 75 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?
- 76 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui  - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

### 77 - Observations :

### 78 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui  - Non   
lequel :  Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h \_\_\_\_\_  
 Gomme 2 mg 4 mg  Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg  
 Spray buccal  Inhalateurs  Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)
- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :  
 Bupropion (Zyban®)  Varenicline (Champix®)
- Techniques comportementales : Oui  - Non
- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui  - Non
- Prise en charge diététique : Oui  - Non
- Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :    /    /     
                  jour      mois      année

### Consultation de suivi N° 2

79 - Patient en arrêt : Oui  - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui  - Non

80 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : \_\_\_\_\_

81 - CO expiré :   ppm

82 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

83 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui  - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

84 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? \_\_\_\_\_

85 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui  - Non

86 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

87 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui  - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

88 - **Observations :**

89 - **Traitement prescrit :**

- Traitement de substitution nicotinique : Oui  - Non

lequel :  Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h \_\_\_\_\_

Gomme 2 mg 4 mg     Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal     Inhalateurs     Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®)     Varencline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui  - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui  - Non

- Prise en charge diététique : Oui  - Non

- Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :         
                  jour      mois      année

### Consultation de suivi N° 3

90 - Patient en arrêt : Oui  - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui  - Non

91 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : \_\_\_\_\_

92 - CO expiré :   ppm

93 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

94 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui  - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

95 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? \_\_\_\_\_

96 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui  - Non

97 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

98 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui  - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

### 99 - Observations :

### 100 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui  - Non

lequel :  Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h \_\_\_\_\_

Gommes 2 mg 4 mg     Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal     Inhaleurs     Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®)                       Varenicline (Champix®)

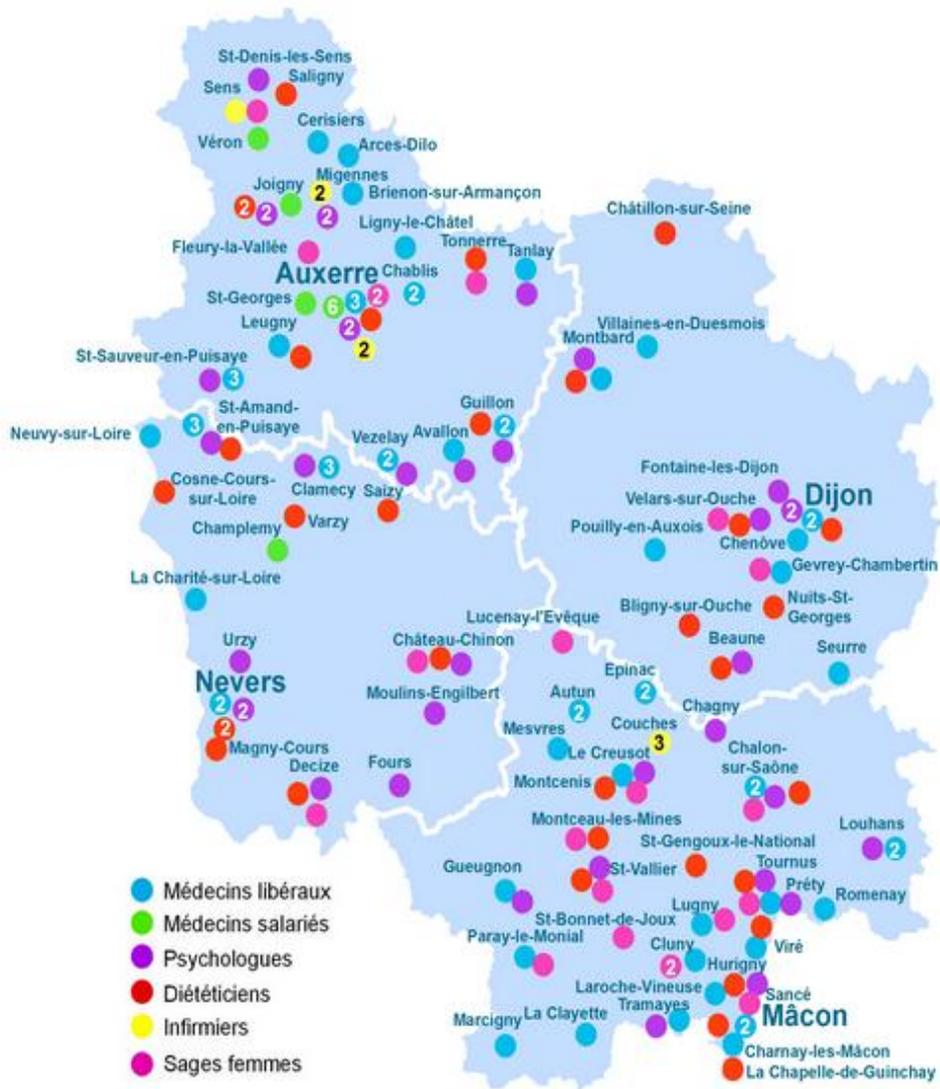
- Techniques comportementales : Oui  - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui  - Non

- Prise en charge diététique : Oui  - Non

- Autre : \_\_\_\_\_

**Annexe 4 : Couverture géographique par Tab'agir de l'offre d'aide à l'arrêt du tabac en Bourgogne en 2016 (39):**



## **Annexe 5 : Aperçu de la démographie médicale en France et en Bourgogne :**

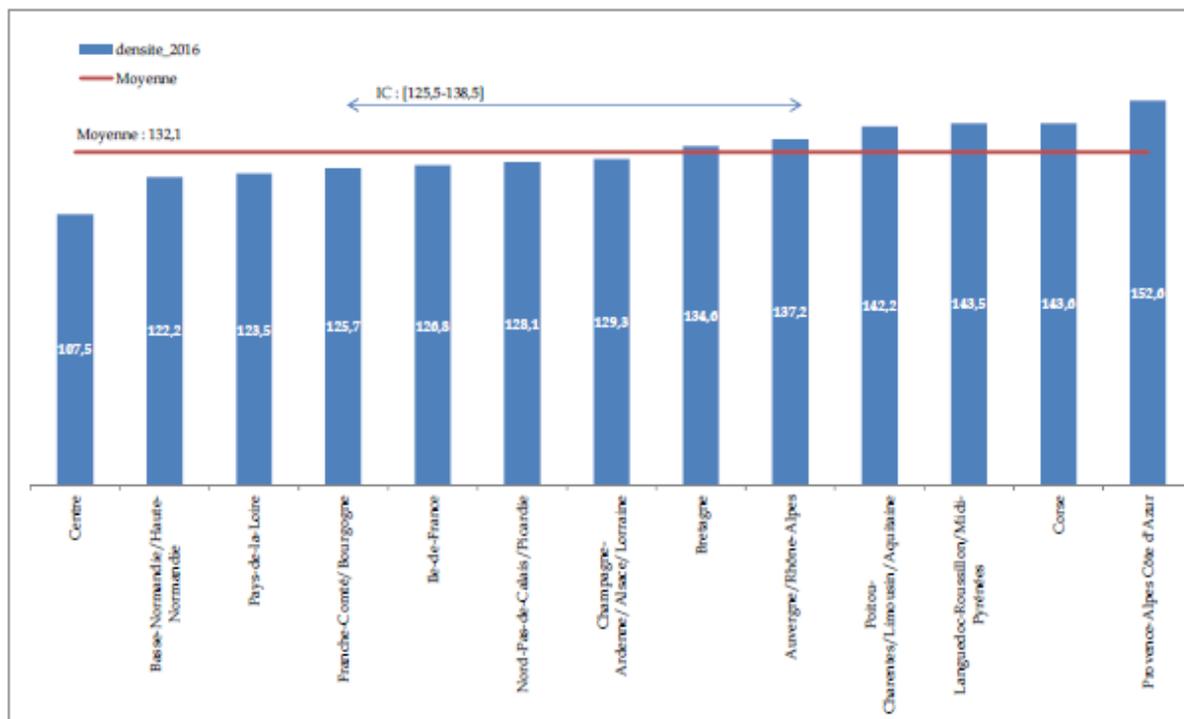
L'atlas national de la démographie médicale 2016 du conseil de l'ordre (44) révèle, en prenant en compte toutes les spécialités et tous les modes d'exercice, que 86 départements enregistrent une baisse de la densité médicale sur la période 2007/2016. Le département du Gers comptabilise la plus forte baisse nationale (-20,2%) puis le département de l'Yonne arrive en seconde position de la plus forte diminution départementale (-19,8%) tandis que l'Ariège occupe le 3eme rang (-18,8%).

A l'opposé, dix départements enregistrent une hausse de la densité médicale sur cette période 2007/2016. C'est le département de la Loire-Atlantique qui enregistre la plus forte augmentation de la densité médicale (+44%) suivi du Calvados (+33%) et du Doubs (+3%).

Au 1er janvier 2016, la densité médicale métropolitaine est de 284,4 médecins pour 100 000 habitants. La région Centre recense la plus faible densité avec 232,7 médecins pour 100 000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 350 médecins pour 100 000 habitants. Notre région Bourgogne / Franche-Comté se place en 4e position des plus faibles densités médicales avec 258.7 médecins pour 100 000 habitants.

Concernant la spécialité de médecine générale, la moyenne nationale est de 132,1 médecins pour 100 000 habitants. La région Centre recense aussi la plus faible densité avec 107,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 152,6 médecins pour 100 000 habitants. La région Bourgogne / Franche-Comté compte 125.7 médecins pour 100 000 habitants (Figure 7).

**Figure 7 : Densité régionale de la spécialité médecine générale en activité régulière :**



Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 88886 spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercice confondus. Sur la période 2007/2016 les effectifs ont diminué de 8,4% au niveau national. Les départements de la ville de Paris et de la Nièvre enregistrent une baisse identique du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur cette période (-25%).

Les départements de l'Yonne et des Yvelines recensent également la même diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière (-21%).

Toujours au 1er janvier 2016, la densité des spécialités médicales (hors médecine générale) est de 118 médecins pour 100 000 habitants. La région Centre recense encore une fois la plus faible densité avec 96,7 médecins spécialistes médicaux pour 100 000 habitants alors que la région Ile-de-France enregistre la plus forte densité avec 172,9 médecins pour 100 000 habitants. Notre région Bourgogne / Franche-Comté fait partie des moins bien dotée avec 103 médecins pour 100 000 habitants.

Pour les spécialités chirurgicales, la densité moyenne au niveau national est de 34 chirurgiens pour 100 000 habitants. Sans surprise, la région Centre recense la plus faible densité avec 28,6

médecins spécialistes chirurgicaux pour 100 000 habitants puis malheureusement suit notre région avec 30 spécialistes chirurgicaux pour 100 000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 46,2 chirurgiens pour 100 000 habitants.

**TITRE DE LA THESE : DIFFICULTES DU MEDECIN GENERALISTE A LA REALISATION  
D'UNE CONSULTATION D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE**

**Auteur :** CLIQUENNOIS Sébastien

**RESUME :**

Le tabagisme est la première cause de décès évitable au monde, responsable de plus de 73 000 décès par an en France et entraînant une dépense annuelle astronomique de plus de 122 milliards d'euros à notre collectivité. En 2014, la France comptait environ 16 millions de fumeurs soit presque un million de plus qu'en 2005. A cela s'ajoute un très fort accroissement des décès attribuables au tabac dans la population féminine entre 2000 et 2013. La lutte contre le tabagisme doit rester une priorité de santé publique.

Le médecin généraliste, dont l'intervention est efficace pour aider les fumeurs à arrêter, doit faire face à des difficultés qui limitent leurs actions. Nous avons voulu les identifier et les comprendre.

Pour cela, nous avons repris les conclusions d'une étude européenne issue d'une revue de la littérature internationale dont l'objectif était de définir les moyens permettant à la communauté de mieux impliquer les généralistes dans ce combat. En seconde partie, nous avons utilisé et analysé les données de l'enquête d'un médecin du réseau Tab'agir ayant rencontré en tête à tête les médecins généralistes bourguignons entre 2012 et 2014.

Les résultats révèlent que les principales difficultés du médecin généraliste dans la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique sont le manque de temps, l'absence d'une rémunération correcte et une formation trop faible en tabacologie.

Une meilleure prise en charge des 16 millions de fumeurs français par les médecins généralistes demande donc une réorganisation des structures de soin et une reconsidération du système de santé associées à une politique de lutte contre le tabagisme efficace sur la durée.

**MOTS-CLES :** Tabagisme / Sevrage tabagique / Médecins généralistes / Intervention médicale précoce / Tab'agir / Entretien motivationnel