

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS  
Faculté de Médecine de NICE  
Année 2016

## **THESE**

pour le  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

### **Expériences et opinions des médecins généralistes sur la prise en charge au cabinet d'un fumeur de tabac.**

Présentée et soutenue publiquement le 8 novembre 2016  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Elena VAVILINA née le 4 mars 1975 à Arkhangelsk, Russie

#### **Président du Jury**

Monsieur le Professeur Charles – Hugo MARQUETTE

#### **Membres du Jury**

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Maurice SCHNEIDER

Monsieur le Professeur Jean-Christophe THALABARD

#### **Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur Jean NOUCHI

# UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2016** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Vice-Doyen</b>	M. BOILEAU Pascal
<b>Assesseurs</b>	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	Mme DE LEMOS Annelise
<b>Directrice administrative des services</b>	Mme CALLEA Isabelle
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
<b>Professeurs Honoraires</b>	
M. ALBERTINI Marc	M. GRIMAUD Dominique
M. BALAS Daniel	M. HARTER Michel
M. BATT Michel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. JOURDAN Jacques
M. BOQUET Patrice	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOURGEON André	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE BAS Pierre
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GILLET Jean-Yves	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
 M. BASTERIS Bernard  
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
 Mme DONZEAU Michèle  
 M. EMILIOZZI Roméo  
 M. FRANKEN Philippe  
 M. GASTAUD Marcel  
 M. GIRARD-PIPAU Fernand  
 M. GIUDICELLI Jean  
 M. MAGNÉ Jacques  
 Mme MEMRAN Nadine  
 M. MENGUAL Raymond  
 M. PHILIP Patrick  
 M. POIRÉE Jean-Claude  
 Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47 .04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

## PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

## PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

## PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	D A RMON David	Médecine Générale
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

## **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale  
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie ( 50.02)  
M. PAPA Michel Médecine Générale  
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie ( 42.03)

## **MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M. BALDIN Jean-Luc Médecine Générale  
Mme CASTA Céline Médecine Générale  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale

## **PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M. BERTRAND François Médecine Interne  
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie  
M. CHEVALLIER Daniel Urologie  
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation  
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes  
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale  
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie  
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie  
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Charles – Hugo MARQUETTE, président de jury**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER**

Vous avez accepté de siéger dans ce jury. Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

### **A Monsieur le Professeur Maurice SCHNEIDER**

C'est sans hésitation que vous avez accepté de juger ce travail. C'est pour moi l'occasion ici de vous témoigner mon respect.

### **A Monsieur le Professeur Jean-Christophe THALABARD**

Je vous remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi. Pour votre gentillesse, votre disponibilité, vos conseils depuis toujours veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

### **A Monsieur le Docteur Jean NOUCHI**

Vous avez accepté de diriger cette thèse sans hésitations. Merci pour votre disponibilité, pour tous vos précieux conseils et votre patience tout au long de la réalisation de cette thèse. Je témoigne ici l'expression de mon estime et de mon admiration les plus sincères.

Aux médecins généralistes ayant accepté de répondre à nos entretiens.

Aux médecins qui m'ont guidé tout au long de mon parcours, ainsi qu'aux patients rencontrés.

A ma mère, à ma sœur, à ma tante.

A Philippe et Alexandre, à ma petite famille. Philippe, merci pour ton amour et ta patience. Tu as toujours su m'encourager et me soutenir.

A mes amis : Antoine, Ginette, Charlie, Dominique, Olga.....

## TABLE DES MATIERES

<b>Abréviations</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>10</b>
<b>Généralités</b> .....	<b>11</b>
1. Epidémiologie et consommation .....	<b>11</b>
2. Facteurs sociodémographiques .....	<b>14</b>
3. Age d'initiation au tabagisme .....	<b>15</b>
4. Epidémiologie et sevrage tabagique .....	<b>16</b>
5. Epidémiologie des dommages liés au tabac .....	<b>16</b>
6. Dangérosité perçue par les patients .....	<b>18</b>
7. Place des MG et autres dispositifs .....	<b>19</b>
8. Prise en charge .....	<b>21</b>
9. Cigarette électronique .....	<b>22</b>
10. Dépendance .....	<b>25</b>
<b>Méthode et population</b> .....	<b>28</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>30</b>
1. Caractéristiques de la population .....	<b>30</b>
2. Perception générale des médecins généralistes.....	<b>33</b>
3. Facteurs empêchant le sevrage .....	<b>39</b>
4. Facteurs favorisant le sevrage .....	<b>41</b>
5. Evaluation de la consommation tabagique .....	<b>43</b>
6. Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse .....	<b>47</b>
7. Propositions d'amélioration de la prise en charge .....	<b>50</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>53</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>67</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>72</b>

## ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ATCD	Antécédents
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
HAS	Haute Autorité de Santé
ITC	International Tobacco Control
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de Santé
PACA	La région Provence-Alpes-Côte d'Azur
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TNS	Traitement nicotinique de substitution

## **INTRODUCTION**

Le tabagisme a longtemps été considéré comme une simple habitude, principalement parce que ses effets ne modifient pas fondamentalement le comportement du fumeur et qu'ils n'aboutissent pas à sa marginalisation au sein de la société, mais aussi parce que le syndrome de sevrage tabagique apparaît comme moins bruyant que celui du sevrage à l'alcool ou aux opiacés.

Cependant, le constat des difficultés rencontrées par certains fumeurs lors du sevrage tabagique, les taux de rechute élevés ainsi que l'amélioration des connaissances des effets neurobiologiques du tabac, notamment de la nicotine, ont conduit à un changement de regard vis-à-vis du tabagisme.

La dépendance tabagique est désormais considérée comme un phénomène complexe faisant intervenir à la fois des facteurs constitutionnels et environnementaux.

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

La dépendance au tabac et surtout à la nicotine et l'apparition des symptômes de sevrage qui en découle lors d'une tentative d'arrêt sont responsables d'un maintien du tabagisme et représentent des obstacles majeurs pour cesser de fumer (15).

Ce travail vise précisément à explorer les expériences et les opinions des médecins généralistes sur la prise en charge au cabinet d'un patient fumeur. L'objectif principal est de rechercher les obstacles et des motivations des généralistes pour organiser le sevrage tabagique en ville. L'objectif secondaire est d'explorer les suggestions des médecins généralistes pour améliorer la compliances de patients au sevrage tabagiques.

## GENERALITES

Dès 1976, l'État français a mis en place une série des mesures de lutte contre le tabagisme : la réglementation de la publicité des produits du tabac, un message sanitaire sur les paquets, des restrictions de la consommation dans les lieux publics, l'augmentation régulière des prix, l'interdiction de vente à l'ensemble des mineurs, les règles d'étiquetage des produits du tabac, et enfin, l'accès au dispositif Tabac Info Service (26).( par internet et téléphoniquement. Le dispositif de remboursement forfaitaire des substituants nicotiniques à hauteur de 50 euros par an et par personne et 150 euros pour les femmes enceintes a été mis en place. Approchant les 500 000 bénéficiaires en 2008, cette mesure n'a concerné que 212 491 personnes en 2013. Depuis janvier 2016 les critères de remboursement sont élargis : le remboursement forfaitaire est de 150 euros pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer (50).

### *Epidémiologie et Consommation*

Le tabac demeure une préoccupation majeure de santé publique au niveau international mais aussi au niveau national. Les données épidémiologiques issues de 187 pays montrent qu'entre 1980 et 2012, la prévalence mondiale du tabagisme a diminué :

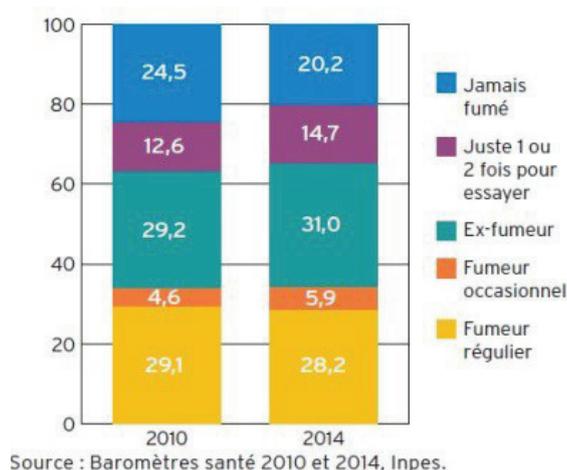
- chez les hommes : de 41% à 31% ;
- chez les femmes : de 11% à 6%.

Malgré le constat d'une diminution globale de l'usage du tabac, le nombre de fumeurs a fortement augmenté : le chiffre est passé de 721 millions en 1980 à 967 millions en 2012 du fait de l'explosion de la population mondiale (2).

En 2015, les ventes de tabac en France métropolitaine s'établissent à 56 323 tonnes3,

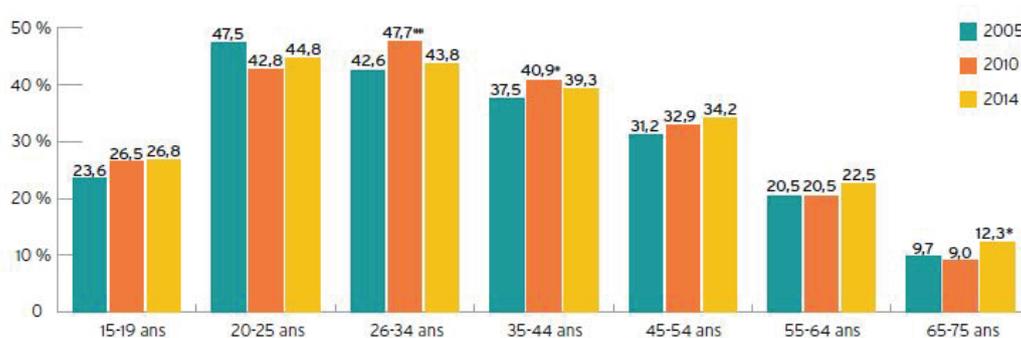
soit une hausse de 1,6 % par rapport à 2014. C'est la première année d'augmentation des ventes de tabac depuis 2010. Les ventes de cigarettes, qui représentent environ 80 % du marché, augmentent sensiblement (+ 1 %), pour la première fois depuis 2009, et alors que le recul était très marqué depuis trois ans. Avec 8 975 tonnes, les ventes de tabac à rouler, financièrement plus intéressant que les cigarettes, en 2015 connaissent aussi un rebond (+ 6,3 %), après une année 2014 en baisse. Ces ventes de 2015 constituent le plus gros volume de tabac à rouler écoulé par les buralistes français depuis au moins 10 ans. La part de marché de ce type de tabac continue de progresser : 15,9 % contre 15,2 % en 2014. L'augmentation des ventes de tabac en 2015 intervient en l'absence de revalorisation des prix depuis janvier 2014 (29).

En France la prévalence du tabagisme est de 34% des 15-75 ans. Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux d'autres pays comme la Grande Bretagne, le Canada ou l'Australie.



La proportion d'ex-fumeurs est en hausse (de 29,2 % à 31,0 % ;  $p < 0,01$ ). Quant à la proportion d'individus n'ayant jamais fumé, elle est en baisse sur cette période ( $p < 0,001$ ) (32).

Le tabagisme reste plus fréquent chez les hommes (38%) que chez les femmes (30%) ; cependant, l'écart entre sexes se réduit avec le temps. Depuis 2005, la prévalence tabagique quotidienne chez l'homme est restée stable, dépassant la barre des 40% entre 20 et 44 ans.

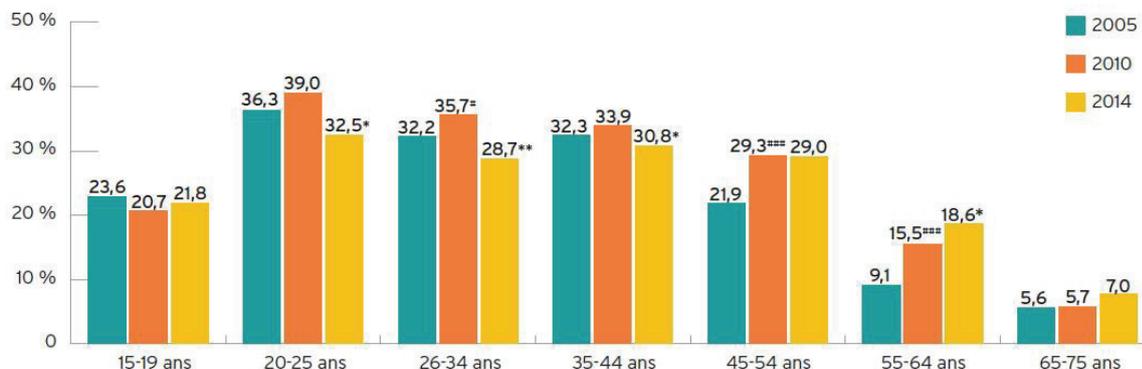


Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

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

La proportion **de fumeuses quotidiennes est en baisse passant de 26% en 2010 à 24% en 2014**. Cette baisse s'avère significative chez les 20-44 ans. Par ailleurs, l'effet de génération, c'est-à-dire la reprise du tabagisme sur la génération de femmes qui avaient commencé à fumer dans le cadre d'une volonté d'émancipation accompagnée par un puissant marketing dédié, déjà observé en 2010 chez les 45-64 ans, se prolonge en 2014 : la proportion de fumeuses chez les femmes âgées de 55 à 64 ans continue d'augmenter. D'autre part, la **proportion d'ex-fumeuses est en hausse passant de 26% en 2010 à 29% en 2014**. Par

ailleurs, le nombre de fumeuses quotidiennes déclarant avoir envie d'arrêter est en hausse passant de 54% en 2010 à 59,5% en 2014 (30).



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 (# :  $p < 0,05$  ; ### :  $p < 0,001$ ).

Parmi l'ensemble des fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées (ou équivalent(5)) a légèrement diminué entre 2010 et 2014 (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour ;  $p < 0,05$ ), alors qu'il est resté stable parmi les seuls fumeurs quotidiens, à 13,5 cigarettes par jour (14,6 chez les hommes et 12,0 chez les femmes). La part de ceux fumant moins de 5 cigarettes est cependant en baisse (de 19,2 % à 17,4 % ;  $p < 0,05$ ), tout comme tend à l'être celle des fumeurs de plus de 15 cigarettes par jour (de 31,7 % à 30,5 % ;  $p = 0,05$ ) (32).

### ***Facteurs sociodémographiques***

Selon de l'analyse de Baromètre Santé 2014 (32) des évolutions de la prévalence du tabagisme régulier depuis 2000 selon le niveau de diplôme, la situation professionnelle (parmi les 15-64 ans : travail, chômage, études) ou le niveau de revenu par UC (unité de consommation) montre que les inégalités en matière de tabagisme, qui se sont renforcées entre 2000 et 2010, se maintiennent en 2014. Cependant, au regard de ces variables socio-

économiques, aucune catégorie n'est concernée par une hausse statistiquement significative du tabagisme entre 2010 et 2014. En termes de PCS (catégorie socioprofessionnelle), les ouvriers restent les plus nombreux à fumer quotidiennement (37,8 %), à un niveau équivalent à celui observé en 2010. La prévalence du tabagisme régulier est en baisse chez les employés (de 31,1 % à 29,2 % ;  $p < 0,05$ ), catégorie majoritairement féminine. Elle est stable chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (27,9 % en 2014), chez les professions intermédiaires (23,1 %) et chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (18,9 %). Les agriculteurs exploitants sont la seule catégorie pour laquelle la proportion de fumeurs réguliers a augmenté entre 2010 (12,2 %) et 2014 (20,6 % ;  $p < 0,05$ ).

L'analyse de Baromètre santé de 2010 a découvert que plus de la moitié des chômeurs fument régulièrement (tous les jours) : 56,4% des hommes et 45,4% des femmes ( $p < 0,001$ ).

### ***Age d'initiation au tabagisme et début de l'usage régulier***

Parmi l'ensemble des 15-75 ayant déjà expérimenté le tabac, en moyen, l'âge d'initiation au tabagisme est 16,4 ans sur la période 2005-2010, alors qu'il est de 16,0 ans sur la période 2000-2005 et de 15,6 ans sur la période 1995-2000. Ainsi, la part d'expérimentation précoce (avant 14 ans) est en baisse, passant de 21,4% entre 1995 et 2000 à 12,5% entre 2005 et 2010. Parmi les individus de 15-75 ans fumant quotidiennement ou ayant fumé quotidiennement, l'âge auquel ils ont commencé à fumer régulièrement est de 18,9 ans (18,6 pour les hommes et 19,3 pour les femmes). Baromètre santé 2010 (19). Enfin, le délai moyen entre la première cigarette et le passage à un tabagisme quotidien est passé de 1,8 an en 2008 à 1,4 an en 2011, HAS (15).

Le tabagisme en début d'adolescence est prédicteur du tabagisme à l'âge adulte. De plus, les personnes qui commencent à fumer à l'adolescence présentent un risque supérieur de devenir dépendant par rapport à celles qui commencent à l'âge adulte. Le tabagisme à

l'adolescence est également associé au développement ultérieur d'autres dépendances (alcool, cannabis et autres) (15).

### ***Epidémiologie et Sevrage Tabagique***

La proportion de fumeurs quotidiens ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année est en hausse : ils sont 29% parmi les 15-75 ans en 2014 vs 25% en 2010. Cette hausse est particulièrement importante chez les 15- 24 ans : 54% en 2014 contre 41% en 2010. L'envie d'arrêter chez les fumeurs quotidiens est stable et concerne 59,5% d'entre eux. Au cours de l'année, 14% des personnes ayant envie d'arrêter de fumer ont cherché des conseils ou de l'aide sur Internet, ce qui représente 8% des fumeurs quotidiens. L'internet devient ainsi une importante source d'information et de conseils pour les fumeurs, ce qui conforte d'Inpes dans une stratégie d'investissement forte dans ce média, avec du dispositif Tabac Info Service (30). L'âge moyen d'arrêt du tabac parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans est 36,7 an en 2010 (38,2 pour les hommes et 34,3 pour les femmes) (19).

### ***Epidémiologie des Dommages liés au Tabac***

Le tabagisme reste la principale cause de décès évitables dans le monde. Il tue près de 6 millions de personnes chaque année. Les dommages économiques engendrés par le tabac sont estimés à environ 500 milliards de dollars par an. (42). En France, le nombre de décès attribuables au tabac, toutes maladies confondues, serait de 73 000 par an. (7)(15).

Le tabac constitue également la principale cause de décès liés au cancer du poumon dans le monde et en France. Il est responsable de 81% des décès par cancer du poumon en

France. Les autres facteurs de risque, à un degré nettement moindre, sont les expositions professionnelles (l'amiante, les hydrocarbures polycycliques et le chrome), le radon et la pollution (RR=1,09 (IC95% : 1,04-1,14)) (20, 24). Mais le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavité nasale, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde, côlon, rectum, ovaire et sein dans une moindre mesure. (7, 20, 53). Par exemple, les résultats d'EPIC cohorte (*European Prospective Investigation into Cancer and nutrition*) montrent que le tabagisme actif chez une femme ou l'exposition régulière d'une femme au tabagisme passif présente un risque élevé de cancer du sein (HR) [95% (CI)] 1.16 [1.05-1.28], et 1.10 [1.01-1.20], respectivement), en particulier, si elle a commencé à fumer entre la ménarche et sa première grossesse (53).

Environ 85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs (15). Le tabagisme représente la première cause de mortalité cardio-vasculaire évitable. Responsable d'un décès cardio-vasculaire sur 10 dans le monde, présent dans plus de 80 % des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans, c'est le facteur essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus des sujets jeunes. Le tabagisme est le premier facteur de risque cardio-vasculaire de la femme non ménopausée. L'utilisation simultanée d'une contraception œstroprogestative augmente notablement ce risque. L'étude internationale réalisée dans 52 pays *Interheart* a confirmé que, de façon universelle, le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, très près derrière les dyslipidémies.

L'analyse spécifique des données sur le tabagisme issues de cette étude montre que :

- fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde ;
- le risque est proportionnel à la consommation mais sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque, même pour quelques cigarettes (risque multiplié par 1,6 pour une consommation de 1 à 9 cigarettes/jour. (15).

Le risque d'infertilité est multiplié par 2 chez les femmes fumeuses et par 2 chez les hommes fumeurs. L'âge de la ménopause est avancé d'environ 2 ans chez les fumeuses. Il est bien établi que le tabagisme pendant la grossesse peut affecter de manière importante le déroulement de la grossesse et le développement fœtal, avec des conséquences pour l'enfant, y compris à long terme. Les mères fumant plus de 10 cigarettes par jour accouchent d'un enfant dont le poids est en moyenne de 200 grammes inférieur à celui des enfants de mères non-fumeuses. Cette exposition constitue également un risque pour la descendance, puisque les études montrent chez les filles une fertilité réduite et, chez les garçons, une diminution de la quantité de cellules germinales et somatiques avec une concentration spermatique réduite. Enfin, des données récentes suggèrent que le tabagisme pendant la grossesse augmenterait le risque de troubles du comportement chez l'enfant à naître et de troubles psychiatriques à l'âge adulte (15).

La consommation de tabac augmente la sévérité de l'acné, accélère le vieillissement cutané et retarde la cicatrisation, entre autres dommages.

### ***Dangerosité perçue par les patients***

Selon Baromètre cancer (20) et Baromètre santé (19), la quasi-totalité des personnes enquêtées considèrent que fumer du tabac peut favoriser l'apparition d'un cancer : 74,7% « certainement » et 23,3% « probablement ». Les hommes sont plus nombreux à juger le risque « certain » (77,9% vs 71,5% des femmes,  $p < 0,001$ ). La part d'individus jugeant le risque « certain » est maximale chez les 35-44 ans (81,3%), puis diminue avec l'âge pour atteindre 61,7% parmi les 65-85 ans ( $p < 0,001$ ). Les fumeurs réguliers fumant moins de dix cigarettes par jour et les fumeurs occasionnels sont les moins nombreux à juger le risque « certain » (66,3% et 69,4%), tandis que les fumeurs intensifs sont les plus nombreux à le

penser certain (79,7%). Les chômeurs sont moins nombreux à juger le risque de cancer « certain » que les individus qui travaillent (68,4% vs 78,2%). Le risque perçu augmente dans le groupe des cadres et des professions intellectuels supérieures à 82,8%.

Le seuil moyen à partir duquel les fumeurs jugent qu'il existe un risque de cancer lié au tabac s'élève à 11,9 cigarettes par jour. Les individus moins diplômés considèrent que le risque de cancer intervient à partir de 20 cigarettes par jour, 36,3%, et 13,1% de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac,  $p < 0,001$ .

Parmi les fumeurs quotidiens, 60% ont déclaré au moins un des seuils de risque perçu d'avoir un cancer (nombre de cigarette ou durée) supérieur à leur durée de tabagisme ou à leur consommation en terme de cigarettes fumées par jour (20).

### *Place du MG et autres dispositifs*

Selon l'étude Baromètre santé (28) 99,3% des médecins généralistes déclarent que la prévention dans le domaine du tabagisme fait partie de leur rôle. Le second Plan cancer souligne que les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont les plus à même de réaliser efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires. Ce sont eux qui ont la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage, et qui peuvent proposer ces démarches aux moments opportuns de son parcours de vie ou de soins (1, 19). L'HAS s'adresse également en priorité aux médecins généralistes, naturellement concernés par la prévention (15). Ils ont raison si l'on compare le nombre des consultations faites par les généralistes et par les réseaux spécialisés.

En effet, **les médecins généralistes** accueillent environ 90 000 personnes chaque semaine dans le cadre d'un sevrage tabagique (26). En 2014 selon l'Assurance Maladie en

France métropolitaine 52 261 médecins généralistes en activité ont effectué 225 677 528 consultations et 24 830 551 visites. Sur la même période les 1 147 pneumologues libéraux ont fait 1 099 706 consultations et 4508 cardiologues libéraux (sans chirurgie cardio-vasculaire) ont eu 5 696 808 consultations. Le taux annuel de recours aux omnipraticiens de 2005 à 2009 était environ 77% pour la population âgée de 17 à 59 ans (55). Au cours de l'année 2015, l'analyse de l'activité d'une centaine de **consultations de tabacologie** qui disposent du dossier informatisé de tabacologie met en lumière les points suivants :

- Le nombre moyen de nouveaux patients par mois dans ces consultations est égal à 13,6, en augmentation après deux ans de baisse (12,8 en 2014 et 13,3 en 2013).
- Pour ces nouveaux patients, l'initiative de la consultation revient à un professionnel de santé dans 59 % des cas et au fumeur lui-même dans 36 % des cas, contre respectivement 58 % et 37 % en 2014. Pour les 5 % restants, il s'agit d'une demande de l'entourage du fumeur.
- En plus de ces nouveaux patients, chaque consultation de tabacologie suit en moyenne 23,2 patients pour un sevrage tabagique. On comptait 22,8 patients en 2014.

Le dispositif **Tabac Info Service** comprend un site Internet ([www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)) et une ligne téléphonique (3989), organisée en deux niveaux. En 2015, 32 557 appels concernant l'arrêt du tabac ont été traités au premier niveau par la ligne téléphonique Tabac info service (TIS) et le nombre d'appels traités par les tabacologues du dispositif dépasse celui du 1er niveau, avec 40 346 appels. Les fumeurs se tournent maintenant plus volontiers vers leur téléphone mobile. C'est pour cette raison que l'INPES a lancé en janvier 2015 l'application mobile Tabac info service : le coaching proposé a permis de recruter au total 248 800 fumeurs souhaitant arrêter leur consommation, soit 13 fois plus qu'en 2014, où ce service était disponible uniquement via le site Internet. Le premier pic d'inscriptions (31

996) apparaît en juin lorsqu'une campagne diffusée à la radio fait la promotion du dispositif, le second en septembre est 3,5 fois plus important (109 600 inscrits, soit 44 % du total de l'année), suite à la campagne télévisée, relayée en radio et sur Internet, où l'un des spots évoque en particulier l'aide apportée via l'application pour arrêter de fumer (29).

### ***Prise en charge***

Selon l'HAS (15), la prise en charge comporte un accompagnement (clinique et motivationnel) par un professionnel de santé, un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire (grade A). Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Les TNS sont le traitement médicamenteux de première intention. Les TNS augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. Selon les résultats d'OFDT de 2015 (29) les ventes des substituts nicotiques sous forme orale représentent 63% contre 65% en 2014, la forme transdermique représente 32% des traitements en 2015 (41% en 2013).

La varénicline (Champix®) (16) et du bupropion (Zyban®) sont recommandés en seconde intention. Le Champix® connaît une stabilité de ses ventes, mais la part de ce médicament dans le marché des traitements recule un peu, passant de 2,6 % à 2,3 %, un niveau très éloigné des 20 % atteints en 2007-2008, juste après sa commercialisation. Un nouvel article récemment publié, en juillet 2016, Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis (56) présente une efficacité significative de la varénicline en cas de traitement versus TNS ou versus le bupropion. En particuliers, cette efficacité est plus évidente dans le groupe des femmes traitées par la varénicline versus TNS ( $RR = 1.41$ ; 95% CI = 1.12,1.76) et versus le bupropion ( $RR = 1.38$ ; 95% CI = 1.08,1.77) par rapport au groupe des hommes.

Après onze années de recul, parfois très important, les ventes de Zyban® repartent à la hausse en 2015 : + 7 % en « équivalents patients traités », même si la part de marché (déjà très faible) de ce produit s'établit à seulement 0,4 %. (29).

L'entretien motivationnel est une approche relationnelle centrée sur le patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement, pour aider le patient à changer son comportement. Il est fondé sur l'idée qu'une personne n'arrivera à des changements que si la motivation vient de la personne elle-même.

En l'absence de tout aide pharmacologique et non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5% à 6 – 12 mois (17).

### ***Cigarette électronique***

Actuellement, en France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Selon les résultats de l'étude l'Eurobaromètre 2014 sur le tabagisme et l'utilisation de la cigarette électronique, 48,5 millions d'Européens ont déjà essayé la cigarette électronique, et 7,5 millions sont des utilisateurs actuels. Parmi les utilisateurs actuels, 35,1% ont arrêté de fumer et 32,2% ont réduit leur consommation tabagique (45).

Un essai randomisé (Bullen et coll. Electronic cigarettes for smoking cessation : a randomised controlled trial, New Zelande) chez des fumeurs motivés pour arrêter de fumer a comparé l'effet sur le sevrage tabagique de dispositifs transdermiques de nicotine à 21 mg/24h versus cigarettes électroniques utilisées à volonté contenant soit 16 mg/ml de nicotine, soit une solution sans nicotine. Sans différence entre les groupes, au bout de 6 mois, environ 5% des personnes ne fument plus et 57% ont diminué leur consommation de cigarettes. Un autre essai randomisé en double aveugle, dit ECLAT (Caponnetto P et coll), a été mené chez les fumeurs sans critère de motivation pour arrêter de fumer. A 3 mois, un arrêt total du tabac a

été rapporté chez 14% des personnes des groupes cigarettes électroniques avec nicotine versus 4% parmi celles du groupe e-cigarettes sans nicotine ( $p=0,04$ ) (6).

Les premiers résultats concernant l'e-cigarette, Baromètre Santé 2014, montre qu'un quart des personnes âgées de 15 à 75 ans (25,7%) déclare avoir déjà essayé la cigarette électronique, et presque six fumeurs sur dix (57,8%). Parmi les usagers actuels d'e-cigarette, 57,3% l'utilisent tous les jours, 30% de manière hebdomadaire et 12,7% moins souvent. Sur l'ensemble des 15-75 ans, la proportion de vapoteurs quotidiens est de 2,9% (32).

La cigarette électronique séduit moins les femmes que les hommes : 23% d'entre elles l'ont essayée contre 29% des hommes. L'expérimentation d'e-cigarette dépend de l'âge. Les plus jeunes sont plus souvent expérimentateurs (garçons et filles) : 45% des 15-24 ans l'ont essayée vs 5% des 65-75 ans (30).

Parmi les vapoteurs depuis plus d'un mois :

- 57% l'utilisent quotidiennement
- 30% au moins une fois par semaine
- 10% au moins une fois par mois
- 3% moins d'une fois par mois

La moyenne d'ancienneté d'utilisation de la cigarette électronique est de 4 mois. Cependant, en 2014, 47% des vapoteurs le font depuis moins de 3 mois et seulement 9% depuis plus d'un an. Les fumeurs (réguliers et occasionnels) présentent ainsi des taux d'expérimentation de vapotage très élevés (60% et 48% respectivement). En comparaison, on constate chez les non-fumeurs (ex-fumeurs et ceux n'ayant jamais fumé) des pourcentages nettement inférieurs (12% et 6% respectivement).

Les trois raisons citées le plus fréquemment pour justifier du choix de l'e-cigarette sont :

- **La dépendance** : au sein de la population des fumeurs et des ex-fumeurs, les trois

quarts des vapoteurs sont d'accord avec le fait que l'une des raisons de leur utilisation de la cigarette électronique est leur dépendance à la nicotine,

- **Le prix** : 71% des fumeurs vapoteurs ainsi que 66% des ex-fumeurs vapoteurs sont d'accord avec le fait que leur usage de la cigarette électronique est lié au coût inférieur à celui la cigarette ordinaire,
- **La santé** : 66% des fumeurs vapoteurs et 80% des ex-fumeurs vapoteurs sont d'accord avec le fait qu'ils utilisent la cigarette électronique car elle est moins mauvaise pour la santé,

La cigarette électronique est vue comme une aide à l'arrêt par les fumeurs vapoteurs.

Un fumeur vapoteur diminue en moyenne sa consommation de tabac de 8,9 cigarettes par jour. Les vapoteurs quotidiens se répartissent en trois quarts de fumeurs (réguliers ou pas) et un quart d'anciens fumeurs. Il est donc possible d'estimer le nombre d'ex-fumeurs ayant arrêté le tabac, au moins temporairement, avec la e-cigarette à 0,9% des 15-75 ans (15% d'ex-fumeurs parmi les 6% de vapoteurs) soit environ 400 000 personnes (30).

L'avis relatif de HCSP (58) recommande de poursuivre et d'intensifier les politiques de lutte contre la consommation de tabac. En même temps HCSP considère la cigarette électronique comme un outil d'aide à l'arrêt du tabac chez les populations désireuses de sortir du tabagisme et comme un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif. Les avantages et les inconvénients doivent être soulignés. L'usage de nicotine n'est pas sans effets sur la santé. La nicotine est addictogène chez l'humain. Ainsi, au contraire des substituts nicotiques, les cigarettes électroniques délivrent des niveaux de nicotine comparables voire supérieurs à la cigarette traditionnelle, et ce avec une rétention systémique similaire. Le potentiel addictif des cigarettes électroniques est ainsi élevé (St Helen et al., 2015) (58). D'après les résultats de trois études longitudinales auprès d'adolescents ou de jeunes adultes, l'expérimentation de la cigarette électronique favorise l'expérimentation de la cigarette

conventionnelle dans l'année. Ces trois études mettaient en évidence chez des non-fumeurs une association significative entre déclarer avoir essayé la cigarette électronique et déclarer, à un an, avoir essayé au moins un produit combustible issu du tabac. La force de cette association allait de 2,73 [2,00-3,73] à 8,3 [1,2-58,6] (Leventhal et al., 2015 ; Primack et al., 2015 ; Gmel et al., 2016) (58).

Dans son avis d'avril 2014, le HCSP convenait que le e-liquide présentait un faible niveau de toxicité que cela soit par inhalation active ou passive mais soulignait dans le même temps que « la toxicité sur le long terme du propylène glycol, de la glycérine végétale et des arômes synthétiques, etc. n'est pas ou peu documentée. » (HCSP, 2014).

### ***Dépendance***

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne (15).

Baromètre santé 2010 (19), d'après le mini Fagerström (annexe 3), 17,7% des fumeurs réguliers âgés de 15 à 85 ans présentent des signes de dépendance physiologique forte à la nicotine (34,2% des signes de dépendance moyenne). Les hommes présentent plus souvent des signes de dépendance forte (19,1%) que les femmes (16,1%,  $p < 0,01$ ). Les adolescents de 17-18 ans présentent une proportion similaire : 30 % des jeunes fumeurs quotidiens présentent des signes de forte dépendance au tabac (15).

Ainsi, les fumeurs réguliers non diplômés (23,2%) ou ayant un diplôme inférieur au bac (21,1%), ceux dont le revenu est situé dans le premier tercile de revenu par UC (22,3%), les ouvriers (23,2%) et les chômeurs (23,1%), présentent plus souvent des signes de dépendance plus forts que les fumeurs des catégories plus favorisées, ceci restant vrai après ajustement sur le sexe, l'âge et chacune de ces variables. (19).

L'OMS individualise trois grands types de comportement dans la consommation de

substances psychoactives – et ce quelle que soit la substance concernée : l’usage simple, l’usage nocif et la dépendance :

- L’usage simple est défini comme un mode d’usage qui n’est pas préjudiciable à la santé. Il s’agit d’un mode de consommation modulable en fonction de l’environnement, des besoins ou envie, des effets négatifs, de la disponibilité, etc.
- L’usage nocif pour la santé est défini comme un mode de consommation préjudiciable pour la santé entraînant des complications physiques ou psychiques.
- La dépendance (ou addiction) est définie comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation (15).

Aujourd’hui on parle plutôt d’un « trouble d’usage » de consommation : léger, moyen ou sévère (DSM V) (Annexe 4).

Les tests pour évaluer la dépendance tabagique.

- Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström (*Fagerström test for cigarette dependence*) en 6 questions
- Le test de Fagerström simplifié (*Short Tabac Test ou Heaviness of smoking index*) en 2 questions (annexe 3).
- Le questionnaire de dépendance tabagique pour les adolescents (*Hooked on nicotine checklist : HONC*) (Annexe 6), (60).
- La *Nicotine Dependence Syndrome Scale* (NDSS) en 19 questions (Annexe 8).
- L’échelle de dépendance à la cigarette en 12 ou 5 questions (*Cigarette dependence scale*) (Annexe 7).

Le plus connu des questionnaires pour évaluer la dépendance est le test de dépendance à la cigarette de Fagerström, le *Fagerström test for cigarette dependence*, en 6 questions, basé sur le Test de tolérance de Fagerström (FTQ) datant de 1978. Ce test, en 8 questions, avait

pour vocation de mesurer la dépendance physique. Le *Heaviness of Smoking Index* (HSI) est une version simplifiée du test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux questions. Plusieurs études ont montré que le risque de rechute à l'arrêt du tabac est plus important si les scores aux tests sont élevés. Le problème de ces tests est qu'ils ne semblent mesurer qu'un seul aspect de la dépendance : la tolérance. En effet, les scores à ces tests sont très corrélés à la simple consommation de cigarettes ; les mesures d'intoxication, comme le CO expiré et la cotinine, expliquent une part importante de la variance de ces tests. Autre limite, de nombreux éléments du test de dépendance à la cigarette de Fagerström sont difficilement applicables aux fumeurs occasionnels.

Et surtout, ces échelles de mesure ne reprennent pas les définitions de la dépendance de la CIM-10 (Annexe 5) et du DSM-IV, définitions qui adoptent une conception multidimensionnelle de la dépendance. Certains aspects importants de la dépendance ne sont pas pris en compte : le syndrome de sevrage, la perte de contrôle, le désir persistant ou l'incapacité de réduire ou d'arrêter sa consommation. Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström et le test de Fagerström simplifié ont de faibles qualités psychométriques, mais sont universellement utilisés.

## **METHODE ET POPULATION**

L'objectif de cette étude était d'explorer les expériences et les opinions des médecins généralistes vis-à-vis du sevrage tabagique afin de mieux appréhender les obstacles à cette pratique médicale. Le choix de la méthode s'est porté sur une enquête qualitative qui explore les perceptions des médecins et permet d'étudier leurs opinions sur ce sujet particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage (18). En général, ce type de recherches a des limites. Par exemple, l'échantillon de la recherche qualitative n'est pas représentatif. C'est pour cette raison que les données qualitatives sont relativement peu concluantes au plan statistique (9, 12, 18).

Nous avons réalisé notre étude qualitative grâce aux entretiens semi-structurés en utilisant le guide d'entretien (annexe 1). Il s'agit d'une liste écrite de questions ouvertes concernant les représentations sur le tabac, l'abord de la consommation tabagique en consultation et l'organisation du sevrage, les facteurs favorisant et empêchant le sevrage tabagique, et enfin les propositions d'amélioration de prise en charge. Parallèlement, nous avons mené une enquête quantitative pour évaluer les données socio-démographiques de la population médicale interrogée (annexe 2). Le guide d'entretien n'a pas été modifié en cours de l'étude mais l'ordre des questions ouvertes a varié en fonction du déroulement de l'entretien.

Nous avons décidé de mener notre enquête auprès de médecins généralistes de ville des Alpes-Maritimes. Le choix de la population cible selon les critères, comme la géographie et le sexe, a été effectué sur le site AMELI (54). Tous les médecins ont été contactés par téléphone afin de leur demander de participer à notre enquête.

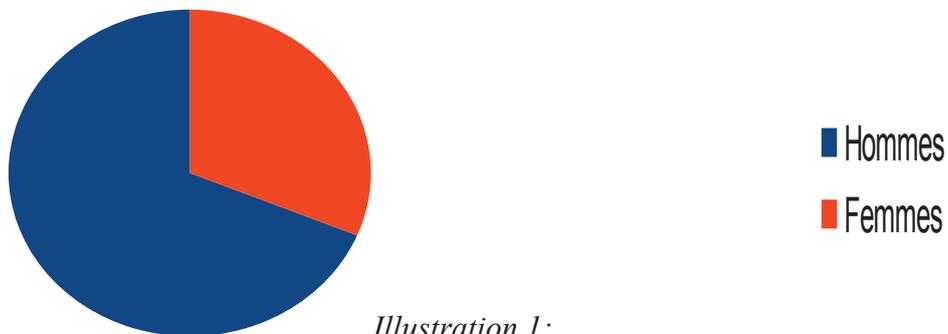
Tous les entretiens menés par l'enquêtrice se sont déroulés de juillet à septembre 2015 inclus au cabinet des généralistes qui ont accepté de participer à cette thèse. L'enquêtrice a effectué les 16 interviews qui ont permis d'atteindre le critère de saturation des idées. En début de chaque interview l'enquêtrice a précisé l'objectif de cette thèse et a présenté le guide d'entretien. Toutes les conversations étaient confidentielles et anonymes, et enregistrées à l'aide d'un téléphone portable. Elles ont ensuite été retranscrites de manière manuelle, sans modifications les propos de généralistes. L'analyse a été effectuée par l'enquêtrice.

## RESULTATS

La durée totale des interviews était de 4 heures 13 minutes et 03 secondes. Un accident technique s'est reproduit au cours du 11e entretien qui a été retranscrit directement.

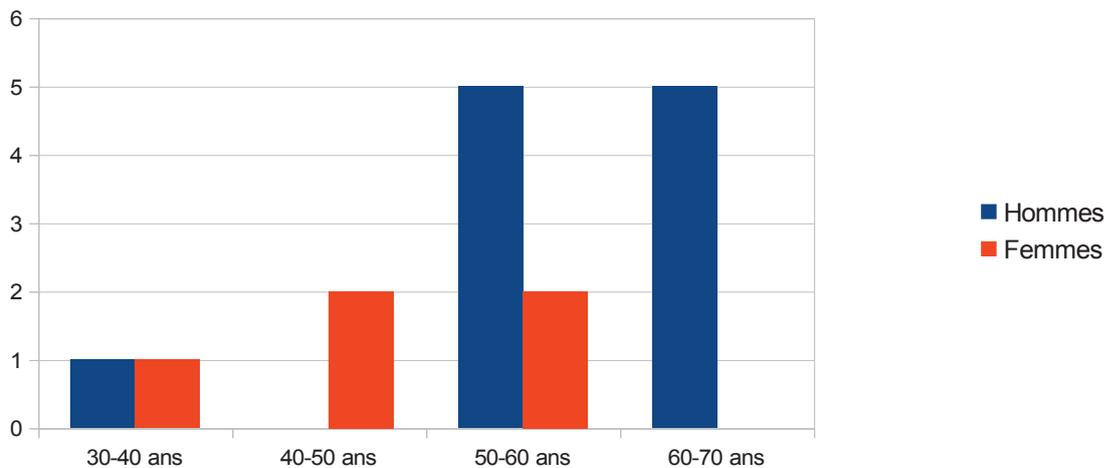
### **1. Caractéristiques de la population**

16 médecins interrogés dans cette étude, parmi eux 11 hommes (68,75%) et 5 femmes (31,25%).



*Répartition des sexes*

L'âge. La majorité des généralistes sont âgés de plus de 50 ans (75%). L'âge moyen des médecins est de 53,6 ans.

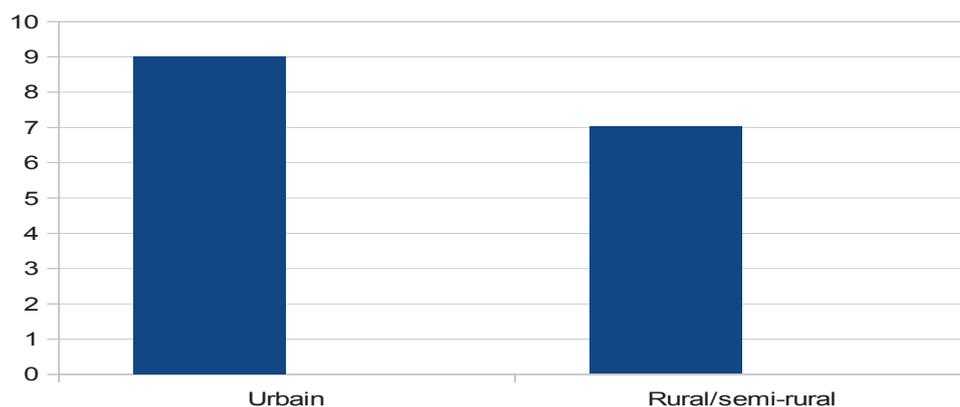


### Le lieu d'exercice

9 (56,25%) médecins exercent en ville comme Nice, Villefranche-sur-Mer, Cagnes-sur-Mer.

7 (43,75%) médecins exercent en dehors de ville: L'escarene, La Gaude, Saint-Jeannet,

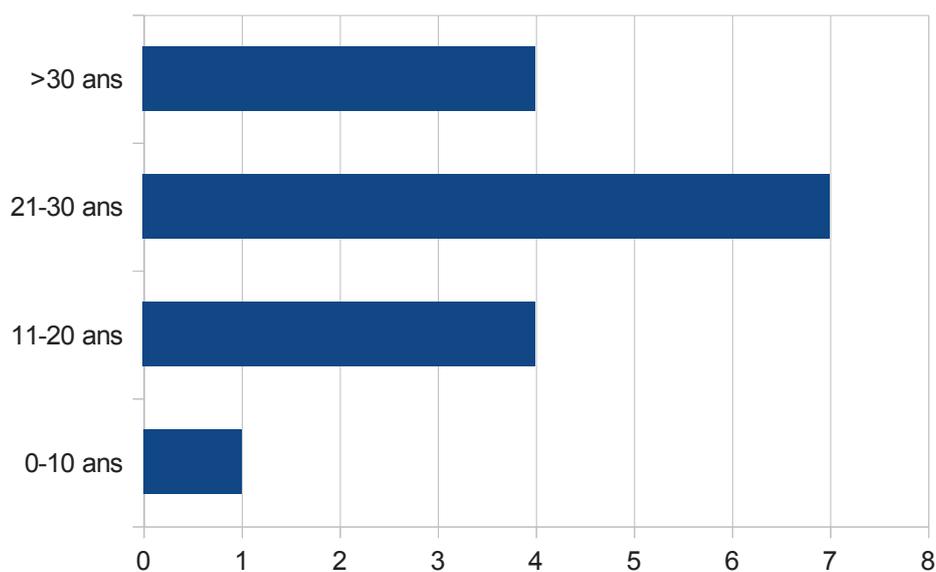
Tourrettes-sur-Loup. 1 médecin généraliste provient d'Ambon (département Morbihan).



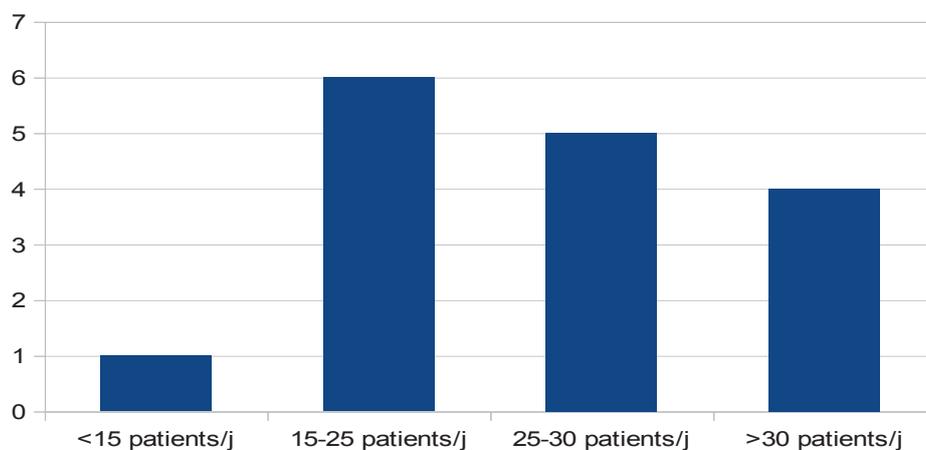
*Illustration 2: Lieu d'exercice*

### La durée d'exercice

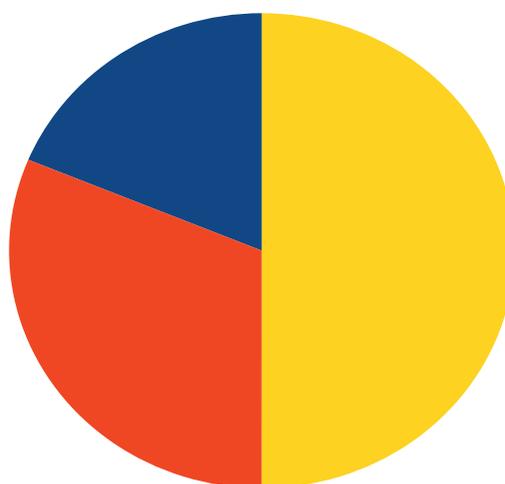
La durée moyenne d'exercice est de 24 ans.



L'activité professionnelle (nombre de patients par jour)

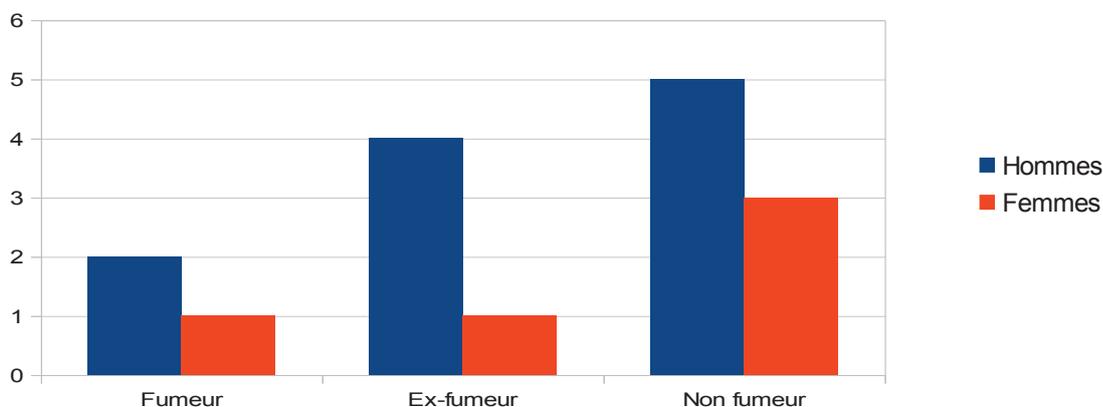


Formation initiale et post-universitaire. En total, la moitié de médecins ont reçu la formation (formation initiale - 3 personnes, formation post-universitaire – 5 personnes).



- Formation initiale
- Formation post-universitaire
- Sans formation

Statut tabagique des médecins La moitié des généralistes n'ont jamais fumé, soit 8 personnes.



## 2. Perceptions des médecins généralistes.

### *Démographie des patients tabagiques*

Le tabagisme est un problème de Santé Publique très répandu dans la société. Tous les médecins notent la présence des patients tabagiques parmi leur patientèle. **M2** : *tous les milieux sociaux : pauvres, riches, classe moyenne.* **M7** : *pas de statut social particulier chez les patients tabagiques.* **M12** : *On a des avocats, des infirmiers, des étudiants, des enseignants.*

Les inégalités sociales en matière de tabagisme sont bien présentes. Un certain nombre de médecins, en particulier, exerçant dans un quartier sensible, évoquent plutôt la classe défavorisée. **M13**: *Ici le quartier est populaire. Pas très fortuné. Plutôt classe moyenne et basse, beaucoup de gens sans emplois.* **M6** : *Ici plutôt socio-économique pauvres et patients ne sont pas fortunés, des paysans....socio-économique bas.* **M3** : *...plutôt défavorisés.* **M9** : *Je dirait c'est plutôt plus la classe défavorisée qui fume d'avantage.* Et les autres médecins remarquent la diminution du tabagisme chez certaine catégorie de la population. **M1** : *Les gens de milieux aisé arrêtent plus facilement de fumer, ils raisonnent plus, ils ont plus de*

conscience, je pense. Tous mes copains médecins ne fument plus. Ils ont arrêté de fumer. Mais les gens en difficulté, ils fument beaucoup. **M2** : Plutôt les intellectuels élevés qui arrêtent du tabac plus facilement. **M7** : Parmi les riches est en moins, pas beaucoup, mais moins.

Plusieurs médecins attirent l'attention sur la consommation du tabac chez les jeunes qui est toujours en progression. **M2** : On ne cherche pas se sevrer quand on est jeune. Tout le monde, tous les jeunes fument. Jeune, on est immortel. On ne pense pas à sa mort. Donc je fume dix, une ou vingts, je bois trois, dix whisky dans la soirée, je m'en fiche. J'ai que 18 ans. Je suis immortel. **M2** : ..surtout pour les jeunes, il faut éduquer en premier les jeunes. **M16** : Ceux qui fument, je dirais plutôt la population jeune. Des étudiants, des lycéens et des jeunes travailleurs. **M12** : On a surtout la population très jeune, très active, qui travaille avec les enfants de bas âge, beaucoup de jeunes. **M12** : On a beaucoup de fumeurs âgés de 15 à 20 ans, ce serait bien si on a plus grand effort de l'aide d'Etat. **M'8** : A mon avis il faut orienter la prévention envers la jeunesse. Actuellement un nombre énorme de jeunes qui fument et ils fument pas que le tabac. J'ai fait la prévention sur le tabac à l'école primaire. On a amené des photos, on a expliqué des certaines maladies en CMI ET CM2. En CMI la moitié de gamins qui fument et 10% cannabis. Je pense qu'il faut s'en occuper. C'est toujours le problème de la cigarette de grand frère qui traîne. Tabac chez les jeunes devient de plus en plus tôt.

Une autre alarme, c'est la féminisation progressive du tabagisme. **M1** : Je m'étonne, je trouve que les jeunes femmes et qui n'ont pas beaucoup d'argent fument. **M1** : Quand ce sont des gamines je les engueule, les jeunes filles, je les engueule. Parce que j'estime que la gamine de 20 ans qui fume peut arrêter de fumer. Elle peut décider à l'âge de 50 ans d'arrêter de fumer. Si on fume à partir de l'âge de 16 ans, c'est difficile. Mais les gamines il faut les motiver un petit peu. **M5** : Et les femmes, je leur dis que elles vont vieillir plus rapidement, surtout sur le visage. Chez les femmes je parle de vieillissement, vous allez vieillir plus vite. Le cancer a limite, ça fait peur, mais ce n'est pas ça qui.... mais la beauté, la jeunesse.

Certains médecins pensent que la cigarette participe à la socialisation de la personne.

**M4** : *Souvent la première cigarette est vraiment pour faire comme l'autre ou appartenir à un clan.* **M16** : *..le côté festif, alcoolisme mondain et tabagisme mondain. Un adulte actif fume souvent avec un point de départ comme la fête et par la suite ça se chronicise.*

### **Sevrage tabagique observé par généralistes**

Selon les généralistes le sevrage tabagique vécu par les patients est une épreuve, et passe par une souffrance. **M14** : *Pour les patients ça évoque des difficultés, des contraintes, parfois la nécessité. C'est jamais positif au départ. Mais par la suite – oui. Après quand ils y arrivent, ils sont contents. Mais au début, pas de joie.* **M13** : *Grosse épreuve. C'est une montagne, épreuve de vie. On entend souvent que c'est vraiment quelque chose difficile. ... Beaucoup qui sont en démarche que je dois arrêter mais je ne suis pas prêt, j'ai déjà essayé, j'en ai marre. Oui , une épreuve.* **M5** : *Ça va être dur. C'est une épreuve pour eux. Le sevrage dépend de patient, s'il a décidé, c'est une libération ou alors ce sera compliqué et il a peur.* **M6** : *Une épreuve, donc il faut qu'il soit prêt, qu'il soit bien.*

Si les résultats de sevrage sont plutôt décevant **M6** : *pas mal d'échecs, c'est prise en charge qui n'est pas facile.* **M3** : *pas de résultats faramineux.* **M2** : *En général, ça ne marche pas, une petite minorité de généralistes reste satisfaite malgré tout* **M4** : *En totalité, l'expérience positive, 50% réussissent.* **M10** : *Si ça ne marche pas, ça va marcher la fois suivante. Chaque échec n'est pas définitif.* **M11** : *taux de réussite est de 10-15%, c'est déjà pas mal. Mais quand même les résultats de sevrage décevant.*

Concernant le non observance médicamenteuse, les patients semblent être bien conscients des risques sanitaires attribuables au tabac « en général », mais ne semblent pas prêts, pour une bonne part, à modifier leur comportement. **M8** *On peut être très bon médecin, bien diagnostiquer, très bon thérapeute et donner très bon médicament. Mais si le patient ne*

le prend pas, le résultats sera mauvais. **M12** : on suivit le patient s'il y a des changements par rapport à ses habitudes, l'alcool, le tabac, les médicaments, pathologie. De fois les patients exigent les résultats rapides sans efforts. **M13** : « Je veux que ça marche vite ».

Les médecins, qui essaient d'imposer ou de débiter le sevrage tabagique en faisant peur, ont les résultats d'observance encore plus pires. **M2** : Je donne le traitement pour 3 mois. En général, je ne le revois plus. .... tu ne fume jamais, jamais, tu as compris, tu promets et après je ne sais pas. **M5** : On peut les pousser un peu. Ce groupe des médecins incite plus souvent au sevrage par peur. **M9** : en faisant peur à eux. **M7** : j'essaie de les faire peur... on ne laisse pas le choix au patient, il faut imposer. **M1** : Il faut les motiver. Les gens qui toussent, il faut les faire peur, parler du cancer de vessie, du poumon. **M13** : s'il se plaint de quelque chose je place toujours en rapport avec le tabac. J'essaie un peu détourner. **M5** : pour vaincre les gens « Vous allez avoir le cancer ». Chez les femmes je dis que le cancer de poumon est passé avant le cancer du sein... que elle vont vieillir plus rapidement, surtout sur le visage... les jeunes que les troubles d'érection, ça marque.

De manière générale, les généralistes présentent l'arrêt du tabac comme un évitement des maladies, un des objectifs de santé publique. Mais en même temps les médecins fumeurs, eux-mêmes, ne se considèrent pas comme dépendants au tabac, **M9** « je ne suis pas du tout dépendant », « ça reste un plaisir ». « je peux fumer 3 cigarettes et après je peux rester 3 semaines sans fumer. » **M8** : « je fume 2 cigarettes par jour, je ne tousse pas le matin. J'étais en Australie, je n'ai pas eu le manque en avion. Je peux rester sans fumer sans aucun problème, tout le monde n'est pas dans ce cas là. » La faible consommation tabagique personnelle ou par le patient jusqu'à 3-5 cigarettes par jour est parfois considérée comme peu dangereuse. **M12** : si quelqu'un fume 3 cigarettes par jour on n'a pas la même façon à aborder le sevrage tabagique. **M16** : « comment une cigarette pourrait être délétère... Qu'on dit à personne qui fume 3 cigarettes par jour ? » Ce dernier médecin se pose des questions

encore plus poussées **M16** » *j'ai lu récemment que le tabac est protecteur pour la maladie de Parkinson (les recherches de M. André GERNEZ). Pour la maladie de Parkinson, il explique que la petite hypoxie va ralentir le processus et c'est vrai pour l'Alzheimer. Ça m'a interpellé. Pour lui, la petite quantité de tabac, d'alcool est un protecteur* ».

L'expérience des médecins ex-fumeurs n'est pas appliquée de manière générale. **M3** : « *Ça ne m'aide pas forcément* ». **M16** : « *Alors, c'est quoi la meilleur solution?* » (il parle du sevrage brutal et progressif). **M7** : « *Ça dépend de la personne en face* ».

Les généralistes regrettent l'absence d'une véritable consultation dédiée au sevrage tabagique en médecine générale. Peu de patients viennent spécifiquement pour une seule demande d'aide à l'arrêt du tabac. Et comme conséquence les généralistes regrettent la manque de temps pour faire le sevrage tabagique en sérénité. **M7** : « *en général, la consultation n'est jamais dédiée au tabac. Comme il y a d'autres motifs de consultation, ça va aller vite.* » **M15** : « *c'est souvent au milieu d'une consultation, ils viennent rarement que pour ça. Le problème en médecine générale est le temps. Et quand ils viennent pour pleines choses et à la fin « je voudrais bien arrêter de fumer* ». **M6** « *Qui vient en disant « je veux arrêter » je les vois 2 par an, peut-être. Donc, la consultation qui dure déjà 20 minutes on règle 2-3 trucs plus aigus, plus importants, rajouter encore le sevrage tabagique... Deux options : en fait en deux minutes et c'est mal fait. Ou on prend 10 minutes, ça fait une consultations de 30-35 minutes. La limite est le temps.* »

Depuis peu de temps la cigarette électronique devient de plus en plus répandue dans le milieu fumeur et fait modifier la prise en charge le sevrage du tabagisme classique avec la diminution des demandes d'aide au sevrage. **M9** : « *Depuis l'arrivée de la cigarette électronique il y a un passage directement, ils essaient directement sans passage par médecin généraliste* ».

### ***Place du médecin généraliste et du spécialiste***

Tous les médecins généralistes note leur importance comme primordiale dans le sevrage malgré les difficultés comme la formation insuffisante, le manque de temps et des aides, la consultation du sevrage mal payée. **M13** : « *quand on voit le pneumologue, on a déjà des dégâts. Nous, on est en avant, en prévention* ». **M12** : « *en première ligne, c'est à généraliste on vient en parler; les fumeurs ne sont pas suivis par les spécialistes, fumeur avant 50 ans.* » **M3** : « *Comme toujours sans aucune moyenne allégée à ce sujet* ». **M15** : « *On un rôle central mais pas trop aidé, ni informé, ni formé.* »

Plusieurs médecins généralistes considèrent que leur patients fumeurs sont bien informés des effets du tabac. **M4** : « *Les patients sont hyper conscients* ». **M5** : « *Les gens savent que le tabac est mauvais pour la santé* ». **M8** : « *La plupart des gens sont informés. C'est rare que les gens ne connaissent pas des problèmes du tabac* ». **M16** : *Aujourd'hui aucun patient ne dirait que le tabac n'a pas un effet délétère...Ils ont conscience. Le médecin généraliste est un acteur de sensibilisation supplémentaire* ».

L'initiation de sevrage habituellement est organisée par les généralistes. Et même il y a certains médecins qui ne travaillent pas avec des spécialistes, ni avec les réseaux. **M7** : « *Je prends en charge à 100% pour tous ce qu'ils veulent bien.* » En suite en cas de difficultés le sevrage pourrait être suivi par un spécialiste comme cardiologue ou/et pneumologue mais qui sont aussi mal formés selon les généralistes. **M9** : « *Le spécialiste est vraiment en cas d'échec.* » **M11** : « *Sauf que les cardiologues ne savent pas faire le sevrage. Ils conseillent et pas plus* ». **M15** : « *Les spécialistes ne disent pas aux patients comment il faut le faire. Pour avoir un suivi est rare. Ils disent il faut faire mais comment ?....* » Un paradoxe entre les attentes et les faits réels. **M6** : « *Le spécialiste est tout le contraire. Il voit le patient que pour ça. La consultation est mieux rémunérée. Et forcément dans un cadre de formation spécifique. Il fait ça toute la journée par rapport à nous.* »

Un autre paradoxe, les réseaux présentés par les tabacologues sont très peu contactés par les généralistes. **M14** : « Je ne suis pas un fan des réseaux. » **M1** : « Je ne contacte pas les réseaux spécialisés, je ne les connais pas. » **M2** : « Personne ne me demande l'adresse de centre de tabacologie. J'ai mis une affiche dans la salles d'attente et personne ne m'a demandé. » **M10** : « ..ça me fait sourire quelques fois. Car je ne connais pas leur formation... quand je vois un docteur ..tabacologue ça me fait sourire. »

### 3. Facteurs empêchant le sevrage

Plusieurs facteurs sont cités par les médecins généralistes, on les présente en forme du tableau (de plus fréquents vers moins fréquents).

Dépendance psychologique	<b>M15</b> : ..soit vraiment une forte dépendance à combattre quand il y a des problèmes médicaux associés. <b>M7</b> : Tout ce que je ne comprends pas que le mec a des pathologies mais il continue à fumer.
Problème économique	<b>M6</b> : Le prix de substituants nicotiniques et des autres méthodes car c'est mal remboursé, 50 euros/an. <b>M13</b> : Quand on leur dit qu'il y a une participation de 50 euros/an et ça ne couvre pas forcément les prescriptions. <b>M8</b> : ...psychologue dit qu'il faut tous les jours, ça coûte 40 euros, résultats attendus dans 6 mois, c'est un impact réel
Pathologie psychique, dépression	<b>M7</b> : ... la dépression... <b>M6</b> : il vient pour la dépression je ne vais pas lui dire « arrêter le tabac » <b>M13</b> : quand les gens dépressifs, qui n'ont pas du moral de surmonter une épreuve en plus et ajouter le sevrage tabagique, ce sera difficile de gérer.
Présence d'autres addictions	<b>M1</b> : Quelqu'un alcool-tabagique, on va s'occuper d'abord d'alcool et après du tabac... Des psychotique qui prennent des neuroleptiques, ça sert à rien de leur discuter. Il faut les laisser fumer. <b>M3</b> : J'ai évoqué la consommation alcoolique mais le phénomène de drogue existe, toutes ces choses sont limitantes.

Absence de consultation dédiée au sevrage en MG	<p><b>M1</b> : Les gens ne viennent pas que pour ça et pour d'autres problèmes. Si d'un coup on s'occupe de tabac, il faut attendre un peu.</p> <p><b>M6</b> : Qui vient en disant « Je veux arrêter », je les vois 2 par an, peut-être.</p> <p><b>M6</b> : C'est difficilement de marquer les substituants nicotiques ou autre chose pour quelqu'un qui est venu pour un autre motif.</p>
Environnement fumeur	<p><b>M1</b> : Il est très difficile d'arrêter quand tout le monde fume et quand on boit du rosé.</p> <p><b>M9</b> : C'est vrai, dans un environnement fumeur les gens ont moins d'envie de s'arrêter</p>
Problèmes familiaux, professionnels	<p><b>M14</b> : On a déjà des difficultés du côté professionnel, familial, sentimental. C'est difficile d'ajouter une contrainte comme sevrage tabagique.</p> <p><b>M9</b> : C'est vrai que le contexte professionnel joue aussi.</p>
Peur des effets secondaires	<p><b>M5</b>: parce qu'il a peur des effets secondaires parce qu'il a déjà essayé.</p>
Prise de poids	<p><b>M1</b> : La prise du poids. Il y a des femmes qui prennent beaucoup de kilos en arrêtant de fumer et puis elles se remettent à fumer.</p> <p><b>M13</b> : Première inquiétude est la prise du poids. J'entends ce message de plus en plus.... C'est l'histoire du comportement, des compensations et pas d'effet d'arrêter de fumer. Mais ça aussi ça ne passe pas toujours très bien. Il y a pas mal de femmes qui fument pour ça.</p>

Une grande majorité de médecins remarquent des situations où le niveau de dépendance est vraiment très important et leur impuissance devant ce problème. **M13** : « Les gens qui des difficultés de payer la nourriture, le logement mais ils vont quand même acheter les cigarettes. Ils ont certaines priorités qui jouent peu sur le plan économique ». **M10** : « Je ne pense pas que le problème financier joue un rôle. Quelque soit le revenu on trouve l'argent pour acheter un paquet des cigarettes ». **M6** : « J'ai des patients qui ont déjà expérimenté deux complications du tabac et qui fument toujours ». **M14** : « Je suis vraiment surpris qu'il

y a des gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, qui ont des difficultés de payer leurs loyers et qui fument 2 paquets par jour ».

#### 4. Facteurs favorisant le sevrage tabagique

Ces facteurs sont présentés également sous forme d'un tableau (de plus fréquent au moins fréquent).

Motivation	<p>Une grande majorité de médecins note ce facteur</p> <p><i>M9 : Le sevrage avant tout est une motivation.</i>  <i>M5 : S'il vient et moi, je lui propose, il faut qu'il soit motivé..... Ça ne marche pas s'il n'est pas motivé.</i>  <i>M1 : Seul problème dans tout ça est la motivation. Si quelqu'un n'est pas motivé il n'arrête jamais. Il faut vraiment qu'il décide d'arrêter.</i>  <i>M8 : Si les gens ont envie d'arrêter, ils arrêtent, quelque soit la condition.</i></p>
Présence d'une maladie	<p><i>M16 : Donc, une alerte qui amène au sevrage négligeable. Les gens, ils s'arrêtent immédiatement suite à un problème aigu, en particulier, cardiologique ou un cancer dans la famille</i>  <i>M2 : S'il se ressentent malades, ressent la maladie comme une bronchite, essoufflement, fatigue, les facteurs qui aident. C'est être malade.</i></p>
Problèmes économique versus bénéfices économiques	<p><i>M15: Certains voient aussi le côté économique "J'arrête, je fais les économies".</i>  <i>M12: Beaucoup qui s'arrêtent car financièrement ils ne tiennent pas le coût. C'est le quartier est très populaire ici, on n'a pas des personnes très aisées ou très peu, pas comme en quartier du Cimiez. Oui, ça favorise beaucoup.</i></p>
Grossesse, enfants de bas âge	<p><i>M15 : Un événement familial, une grossesse. Dans un couple, un qui arrête, autre sera plus motivé.</i>  <i>M13 : Et pour favoriser c'est avoir les enfants de bas âge ou une femme enceinte, grossesse.</i>  <i>M8 : Favoriser le sevrage : la grossesse qui marche</i></p>

	<p><i>mieux. Mais ça dépend combien de temps ça tient après. J'ai une patiente..... une heure après son accouchement elle a fumé sa cigarette.</i></p> <p><i>M12 : On essaie de persuader les parents sur la recrudescence de l'asthme et des maladies ORL chez enfants des parents fumeurs, pour qu'ils ne fument pas directement devant les enfants. C'est motivant.</i></p>
Sensibilisation par l'Etat, par les médias	<p><i>M16 : Les campagnes de sensibilisation, elles ont une certaine efficacité.</i></p>

Le facteur « Motivation » se place largement en tête du classement, il a été cité par presque tous les médecins. Un médecin, qui pratique l'hypnose et a beaucoup de réussite dans le sevrage tabagique, remarque ouvertement « *j'ai évolué et je suis capable de dire à quelqu'un en face : « Pourquoi vous venez ? Ma femme, mon mari.. Je réponds que je n'ai rien à faire, vous pouvez repartir, voyez votre femme, votre mari. Je peux faire quelque chose à faire pour eux, mais par vous. J'ai compris ça. Avant ça était, il faut arrêter, il faut arrêter. J'ai compris que maintenant on ne peut pas faire tout ce qu'on veut avec quelqu'un qui ne veut pas ».*

Par contre dès l'apparition d'une maladie cardio-vasculaire, ORL ou pulmonaire les médecins généralistes change la tactique, ils abordent plus souvent la consommation tabagique et proposent plus activement le sevrage, même si le patient se trouve toujours dans le déni. *M8 : « Par exemple, hypertension, diabète, pulmonaire et etc., on entame le problème des cigarettes et du tabac ».* *M2 : Je fais comprendre qu'il est malade, il tousse, il fait une poussée de bronchite, « Vous voulez qu'on essaie » et on essaie ».* *M9 : Une autre application en cas de pathologie. Déjà sans pathologie on en parle systématiquement. Et suite s'il y a une pathologie à insister sur la nécessité d'arrêter de fumer ».*

Le facteur économique intervient de deux façons. D'une part, c'est un obstacle au sevrage à cause des dépenses importantes lié à la prise en charge médicamenteuse et non

médicamenteuse. D'autre part, à l'arrêt du tabac les patients voient un bénéfice financier. Une bonne majorité de médecins essaient d'utiliser ce paramètre pour convaincre les patients hésitants. **M11** : « *Je dis si on ne fume pas on peut acheter la nouvelle voiture tous les 3 – 4 ans, en voyant le prix de paquet des cigarettes* ». **M14** : « *Je fais la comparaison, le coût des cigarettes, j'utilise souvent cet argument. Je leur dis quelle somme ils pourraient avoir à la fin d'année s'ils ne fument pas. Par exemple, les gens fument 1 paquet/jour, ils travaillent 2 mois/année uniquement pour payer leur tabac et pas d'autre chose, ni loyer, ni achats, ni nourriture*».

Et parfois cette méthode se réalise. **M8** : « *Exemple de mon expérience, un couple me dit « Mais vous êtes docteur, vous avez les moyens pour voyager, nous, on gagne pas beaucoup ». « Regardez, vous prenez un pot de verre et mettez tous les jours 5 euros chacun, égale un paquet de cigarettes. Et vous allez voir tout ce que ça donne. Au bout de 6 mois ils ont 1800 euros, ils sont partis pêcher aux Antilles. Ils continuent comme ça et ça continue 5-6 ans. Et ils se motivent, si un de deux qui commence à fumer, l'autre sort le kalachnikov. Tu ne touches pas mes vacances. Ils sont partis en Nouvelle Calédonie pour 1 mois ».*

## **5. Evaluation de la consommation tabagique**

### ***Repérage du patient fumeur***

Tous les médecins généralistes déclarent évaluer la consommation tabagique « *à chaque consultation avec le nouveau patient* » (**M16**). **M6** : *Dans le logiciel il y a la question sur le nombre des cigarettes fumées par jour. Donc, quand je remplis la taille, le poids, je pose des questions sur la consommation aussi* ».

Une autre occasion pour évaluer la consommation tabagique par les généralistes est la

pathologie liée au tabac, comme exacerbation de BPCO, maladies cardio-vasculaires, maladies ORL et etc. **M6** : « *Alors en occasion d'une bronchite en hiver ou une infection pulmonaire, décompensation BPCO.* »

En cas de consultation de jeune patient certains généralistes abordent la question de consommation ou de la prévention presque systématiquement. **M2** : « *Mais aux jeunes je demande systématiquement. Je le fais parce qu'il faut faire* ».

Les femmes médecins ont une autre méthode de repérage des patient tabagique **M12** : « *Si on sent le tabac, on lui posé les questions tout de suite* ». **M4** : « *Moi, dès que je sens le tabac, j'en parle. Comme je ne fume pas, je sens* ». **M13** : « *Je leur remarque même s'ils n'ont pas dit. Mais si je sent ça, je leur dit* ».

### ***Conseil minimal***

Le conseil minimal est appliqué par tous les médecins mais pas de manière systématique. **M5** : « *Je conseille toujours d'arrêter de fumer. C'est très rapide* ». **M16** : « *Bon, je ne peux pas à chaque consultation car il vient pour une autre chose* ». **M10** : « *Non, pas à chaque consultation, pas systématique, je n'ai pas le temps* ».

Aucun médecin n'évoque l'utilisation du guide pratique « J'arrête de fumer ». **M2** : « *J'ai mis une affiche dans la salle d'attente et personne ne m'a demandé* ».

### ***Test de Fagerström***

Le test de Fagerström est peu utilisé en consultation. Quelques médecins disent **M7** : « *J'évolue rapidement l'addiction. Je ne vais pas faire le stress de Stragestrom, je n'ai pas beaucoup le temps. C'est facile de rendre compte qu'il y a une addiction* ». **M6** : « *Le temps remplir de Fagerström, le patient répond à coté, il ne sait pas trop, il revient sur la question, ça fait déjà dix minutes* ». Les autres n'ont même pas évoqué ce test.

## **Cycle de Prochaska**

Sans forcément parlé du cycle les médecins distinguent leurs patients en groupes. Le groupe de déni **M7** : *Il y a qui sont irréductible, on ne peut rien faire* ». **M12** : « *Jusqu'à certain point si le patient dit « Docteur, ça suffit, je ne suis pas prêt », je m'arrête* ». **M16** : « *Ou les autres qui répondent directement « n verra ça plus tard* ».

Le groupe suivant est le groupe des hésitants, où les médecins utilisent plusieurs arguments médicaux, financiers pour convaincre le patient. **M5** : « *Ceux qui ne sont pas dans le déni, ceux qui sont dans le cercle, cycle, ils ont envie mais ça sera dur, on peut les pousser* ».

Et le troisième groupe des patients motivés. **M1** : « *S'ils veulent arrêter, s'ils décident d'arrêter, je les aide. C'est une demande*. **M3** : « *S'ils ont émis le désir d'arrêter, on en parle* ».

## **Situations où sevrage est tabou**

Il existe des plusieurs situations où les généralistes (plus que de la moitié) évitent d'aborder le sujet du sevrage tabagique et passent sous silence la question de consommation. On les présente en forme du tableau (de plus fréquent vers moins fréquent).

Phase terminale d'une maladie	<i>M10: Un patient qui a une saloperie au colon, il a commencé une chimio. Franchement, je n'ai pas osé de parler du sevrage tabagique.</i> <i>M14: Chez le patient on vient de découvrir le cancer du colon, on abordera le sujet plus tard.</i>
Problèmes psychiques, dépression	<i>M13: "Quand les gens dépressifs, qui n'ont pas du moral de surmonter une épreuve en plus et ajouter le sevrage tabagique, ce sera difficile de gérer.</i> <i>M1: "Une dame vient de prendre son mari et qui déprime, on ne va pas l'obliger d'arrêter de fumer".</i>

Addiction alcoolique ajoutée	<p><b>M1:</b> <i>Quelqu'un alcool-tabagique, on va s'occuper d'abord d'alcool et après du tabac. C'est difficile de demander d'arrêter de fumer et de boire en même temps.</i></p> <p><b>M7:</b> <i>Je pense la priorité est l'alcool. Quand vous avez réussi de le sevrer de l'alcool, la cigarette, vous la laissez tomber, sinon il risque de rechuter dans l'alcool".</i></p>
Age avancé	<p><b>M11:</b> <i>Par exemple, le cancer en stade terminal ou l'âge très avancé, il y a d'autres priorités dans ces situations.</i></p>

Par contre, un tiers de médecins préfèrent en parler malgré la situation. **M5 :** *Non, je n'évite pas. Non, je les propose. Chaque fois je les propose. Rien me freine.*

### ***Décision du sevrage***

Un seul médecin qui impose le sevrage à patient **M7 :** « *On n'a pas droit de laisser le choix au patient. On doit imposer* ».

Les autres médecins proposent plutôt le sevrage avec les tactiques plus ou moins actives, et la décision du sevrage revient au patient. **M10 :** « *J'essaie de les préparer, de les alerter, de les diriger. Mais la décision appartient à chaque individu* ». **M11 :** « *Ça ne vient pas spontanément, sauf si le patient parle. Je propose, je conseille aux patients. Sans imposer. Pas de négociation car je conseille* ». **M8 :** *Bien sur je pousse les patients* ». **M5 :** *Effectivement, j'ai les arguments pour les inciter de ne plus fumer* ». En particulier, si on a un jeune patient, les généralistes trouvent plus de motifs d'incitations au sevrage (libido, contraception orale et etc.) **M7 :** « *Quand je prescris la pilule j'écris au-dessus « Formellement déconseillé de fumer avec ce médicament* ». *J'écris sur l'ordonnance* ». **M5 :** *Les jeunes, que les troubles érectiles après 50 ans, ça marque tout de suite* ».

De temps en temps plusieurs médecins proposent un sevrage progressif pour inciter le

patient. **M16** : « Si le patient décide de diminuer, je dis que c'est un bon pas en avant. Je ne pense pas qu'il y a une seule solution unique pour se sevrer ». **M14** : Je sais quelqu'un va avoir mal de s'arrêter, je vais le demander de réduire plus possible. Quelqu'un passe de 20 à 10 cigarettes, je suis déjà content dans le premier temps. J'ai un discours très adaptatif par rapport aux possibilités de patient ».

## 6. Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse

Substituants nicotiques	<p><b>M14</b>: "Je travaille avec les substituants nicotiques et pourquoi pas l'hypnose, l'acupuncture et etc., si ça donne les résultats, je ne suis pas contre".</p> <p><b>M2</b> : Je travaille avec des patchs, ni la gomme, ni le spray. Pas de sédatifs, pas d'anxiolytiques ».</p>
Champix ®	<p>La moitié de médecins utilisent ce médicament Champix ®.</p> <p><b>M16</b> : « Je travaille avec Champix ®, des patchs ».</p> <p><b>M1</b> : « Je trouve Champix ® est pas mal si on sait le prescrire ... j'ai appris auprès de mes confrères pneumologues ».</p>
Cigarettes électroniques	<p>Près d'un tiers de médecins déclare accompagner l'utilisation des e-cigarettes.</p> <p><b>M14</b>: "Je suis très favorable à la cigarette électronique. Pour moi c'est un outil très précieux parmi les autres"... "Si les gens veulent se faire mal, avec la cigarette électronique ça sera moins".</p> <p><b>M12</b> : » Je pense, la cigarette électronique est moins nocive que le tabac. Mais ce serait bien de passer à la vapote ponctuellement et après arrêter ».</p> <p><b>M16</b> : La cigarette électronique pour l'instant dans notre est considérée nocive. Pour l'Angleterre par contre, semblerait que les médecins sont encouragés de proposer l'e-cigarette qui est moins délétère que tabac. Voila, les deux décisions sont complètement différentes.</p>
Acupuncture	<p><b>M12</b> : « Beaucoup de gens qui souhaitent l'acupuncture ».</p> <p><b>M13</b> : « Je remarque beaucoup de demandes d'acupuncture. Si on</p>

	<i>demande, je réponds « ok », même si ça fait l'effet du placebo,... Quand on me demande je ne suis pas contre ».</i>
Psychologue	<i><b>M8</b> : S'ils ont besoin d'aide psychologique, par tel ou tel moyen (croyant, anesthésie par là et par ci), je m'en fou, il faut qu'il arrête ».</i>
Sevrage sans PEC médicamenteuse	<i><b>M7</b> : Mais il y a pas mal qui arrêtent sans rien. Beaucoup qui arrêtent sans aucune PEC médicale ».</i>  <i><b>M9</b> : Par contre, paradoxalement, il y a des gens avec qu'on peut insister des années sans succès...et puis du jour au lendemain ils arrêtent de fumer, alors qu'ils avaient 60PA, très gros fumeurs... ».</i>
Hypnose	<i><b>M4</b> : " Oui ma formation d'hypnose se date de 2006... Les séances d'hypnose quand je fais le jeu de rôle "la copine cigarette", de fois ...".</i> <i><b>M12</b>: On voit les gens qui veulent faire l'hypnothérapie. Les deux hypnothérapeutes avec qui on travaille, pour quelqu'un ça marche. J'ai envoyé 5-6 patients, 4 sur 5 étaient 1-2 paquets par jour, ils ont arrêté".</i>
Zyban®	<i><b>M4</b> : "Je ne prescris pas trop de médicaments pour le sevrage comme Zyban®".</i> <i><b>M8</b> : Aucun médicament de style Champix ®, Zyban®, jamais. Peu de résultats et beaucoup de risques.</i> <i><b>M7</b> : Je ne l'utilise plus. Je ne sais pas s'il est encore en vente mais fortement déconseillé ».</i>
Antidépresseurs, anxiolytiques	<i>Peu de médecins prescripteurs des antidépresseurs et anxiolytiques.</i>  <i><b>M4</b>: De fois s'il y a une dépression sous-jacente je peux mettre n'importe quel antidépresseur, anxiolytique".</i>  <i><b>M7</b> : J'utilise pas mal des psychotropes quand-même : antidépresseurs, anxiolytiques.</i>

Presque tous les médecins déclarent d'utiliser les substituts nicotiques sous formes différentes comme des patchs, des gommes et etc. Un médecin a une opinion **M1** : « *Patients avec pathologie cardio-vasculaire n'ont pas le droit à la nicotine et nicotine est dans le patch. Ce n'est pas bon de prendre la nicotine si on est cardiaque ».*

Concernant la deuxième ligne de traitement, la varénicline est utilisée par moitié de médecins interrogés. Par contre, un seul médecin prescrit le bupropione en cas de sevrage

tabagique. En général, l'opinion concernant de le bupropione **M7** : *fortement déconseillée, pratiquement non utilisée comme Zyban®* » ou **M14** : *Je n'aime pas trop par contre des médicaments Champix ® et j'ai oublié l'autre. Je les ai utilisés au départ et je n'étais pas convaincu* ». Une petite minorité de médecins prescrit des antidépresseurs et des anxiolytiques.

L'hypnose et l'acupuncture prennent de plus en plus de place dans le sevrage tabagique mais de manière générale ces méthodes sont demandées plutôt par les patients, car les médecins les estiment comme des méthodes peu efficaces, « *placebo* », mais répondent favorablement à la demande des patients **M14** : *tous les moyens son bon, quand il y a des résultats, tout me parait adapté* ».

La nécessité des aides psychologiques en cas de dépendance psychique est bien réelle mais la mise en place est plutôt difficile à cause coût financier. **M8** : « *Mais le psychologue dit qu'il faut tous les jours, ça coûte 40 euros, résultats sont attendus dans 6 mois, c'est un impact réel* ».

Les opinions des généralistes sur la cigarette électronique vont de plutôt favorable à même négative. **M5** : « *Maintenant je travaille avec les cigarettes électroniques pour certains* ». **M15** : « *La cigarette électronique est inconnue. C'est bien ou non, inconnu* ». **M16** : *La cigarette électronique pour l'instant dans notre est considérée nocive. Pour l'Angleterre par contre, semblerait que les médecins sont encouragés de proposer l'e-cigarette qui est moins délétère que tabac. Voila, les deux décisions sont complètement différentes.* **M7** : « *Cigarette électronique n'est pas bonne solution car les gens remplacent et fument plus.* Un tiers de généralistes utilise l'e-cigarette qui **M7** : « *pourrait être comme étape de sevrage* ». Egalement, une inquiétude prononcée par certains médecins qui voient la diminution des demandes de sevrage dès l'arrivée de la cigarette électronique sur le marché **M9** : « *ils essaient directement sans passage par MG* ».

## 7. Propositions d'amélioration de la prise en charge

On peut distinguer deux types des propositions, la première concerne le sevrage lui-même et la deuxième la prévention.

### *Sevrage*

La moitié de généralistes souhaitent l'augmentation du remboursement, du soutien psychologique sera inclus également. **M12** : « *Quand on a 50 euros pour traitement qui pourrait être long, c'est difficile. Si on aurait l'aide en plus, les gens pourraient s'arrêter facilement* ». **M6** : *A limite quand on commence en novembre, décembre faire 50 euros, après 50 euros en janvier, ça fait 100 euros. De fois ça marche* ». **M15** : « *Les problèmes psychologiques ne sont pris en charge* ». Certains sont « révolutionnaires » en proposant la prise en charge gratuite **M4** : « *La prise en charge, suivi psychologique dans les centres d'addictologie. Si c'est gratuit c'est mieux* ». **M5** : « *On pourrait améliorer le remboursement jusqu'à la gratuité totale* ».

Avoir la possibilité de proposer plus d'aide psychologique par les équipes spécialisées car **M10** : « *tout versant psychologique qui prend beaucoup plus de place par rapport aux généralités techniques* ». **M3** : « *Qu'on puisse développer les équipes multidisciplinaires de PEC de sevrage, pour proposer un accompagnement plus serré* ». **M15** : « *les trucs dédiés, comme les centres d'addictologie, c'est rare de prendre en charge que des cigarettes* ».

Egalement, certains notent la nécessité de réorganiser les liens entre les médecins de ville et des spécialistes. En général, les échanges se passent bien entre les généralistes et pneumologue, les cardiologues. Les généralistes contactent très peu les addictologues et les tabacologues, qui sont formés dans ce domaine. **M13** : « *Améliorer mes rapports avec addictologues. J'ai déjà des contacts avec des pneumologues. Mais je n'ai pas de référent. Je prescris mais je propose de chercher par les patients eux-mêmes* ».

Quelques-uns espèrent améliorer la prise en charge par l'élargissement de l'arsenal thérapeutique. **M7** : « *Beaucoup de médicaments qui ont été supprimés plus moins* ». **M1** : « *Un médicament efficace. Encore plus efficace que Champix ®* ».

Plusieurs médecins souhaiteraient avoir plus de temps pour discuter, évaluer la consommation et la dépendance, expliquer les méthodes de sevrage, une vraie consultation dédiée au sevrage tabagique car les patients viennent chez le médecin pour plusieurs motifs. Un autre point lié à la durée de consultations est la rémunération de médecin, également, plusieurs médecins souhaiteraient également l'augmentation de la rémunération. **M10** : « *Le temps est l'argent* ». **M6** : « *Plus de temps en consultation avec le patient. Donc, on les voit moins. Comme dans le cadre de spécialiste, la consultation est plus longue, plus rémunérée pour avoir le temps faire le meilleur travail* ».

Un autre point faible à améliorer est la formation des médecins généralistes. Plusieurs parmi eux le souhaitent **M10** : « *Moi, je ne me sens pas bien formé* ». **M13** : « *Actualiser autres méthodes que les patchs, peut-être je suis pas au dernier cri* ». **M15** : « *pour nous, la formation, des docs sur le danger du tabac, pour qu'on puisse la diffuser, cette information. Les conseils pour arrêter, motiver les patients* ». Une bonne maîtrise des techniques du sevrage et une connaissance de base de l'Entretien Motivationnel pourraient améliorer l'observance.

### **Prévention**

Dans le domaine de prévention l'Etat français a déjà effectué certaines démarches (la hausse de prix en 2004 est la plus importante) **M11** : « *pas de publicité* ». **M2** : « *On fume plus en milieu public, on fume plus en voiture, c'est la répression et ça marche. On pourrait ne plus fumer sur les terrasses* ». L'augmentation modérée de prix du tabac ne fait pas modifier le comportement des fumeurs. **M10** : « *Si on passe un paquet de 7 à 15 euros, une bonne*

*partie de gens vont diminuer. Quand on augmente de 20-30 centimes, c'est drôle ».* Certains médecins préféreraient même **M11** : *« interdiction du tabac, mais c'est impossible ».* Car **M10** : *le système économique tourne...on dit il ne faut pas fumer mais ça importe combien d'argent? ».* **M15** : *« Je ne vois pas réelle volonté des politiques pour que ça s'arrête ».* La déception de plusieurs généralistes est belle et bien présente.

Un autre axe de prévention est la diffusion d'information pour sensibiliser les gens, et en particuliers, les jeunes. **M5** : *« Les campagne anti-tabac pourraient nous aider, antibiotique n'est pas automatique, fameux slogan d'il y a 20 ans et ça a marché. Je pense on ne sert pas assez de télé qui a le pouvoir énorme ».* **M8** : *« Plus d'information positive au niveau de média...on est toujours orienté dans le sens répressif...les gens rejettent en bloc ».* **M2** : *« Montrer les images n'est pas possible, tumeur; tabac tue, on nous a tout montré. Mais on aperçoit que le vente de tabac augmente ».*

Une grande partie de médecins exprime son inquiétude envers la jeunesse **M12** : *« Beaucoup qui commence très, très tôt »* **M2** : *« éduquer les jeunes en premier...pour qu'ils ne rentrent pas dans le tabac »* ou parce que **M9** : *« il s'arrête relativement vite ».* **M15** : *« Plus d'encadrement pour les mineurs et la cigarette électronique incluse ».*

Quelques médecins exigent **M16** : *« transparence »* sur le tabac. **M16** : *« On a besoin de transparence. C'est vrai on a des exemples de dictât des autorités supérieurs « fait ça, fait ci ».* **M16** : *« La cigarette électronique.....Voilà, deux décisions qui sont complètement différentes ».* **M8** : *« Il y a beaucoup de mensonges sur le tabac. Pourquoi on ne donne pas le nombre de cigarettes que le quel on devient dépendant. Sur l'alcool on a tout chiffré ».*

## **DISCUSSION**

### ***Discussion sur la méthode***

Notre étude qualitative par les entretiens semi-structurés a la taille d' un échantillon assez modeste. Il ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population.

Le recrutement a duré du juillet au septembre 2015 inclus, pendant la période de grandes vacances. Pour cette raison l'enquêtrice a rencontré des difficultés pour recruter les médecins. Plusieurs n'ont pas répondu aux appels, soit parce qu'ils étaient remplacés, soit par un refus de participer en se déclarant surchargés, en particulier à Nice.

La durée des interviews ne correspond pas aux attentes d'un entretien classique. Ici la durée maximale est de 34 min et 35 sec et la durée minimale - 8 min 35 sec, avec une durée moyenne est de 15 min 48 sec. L'interview était plus court si le médecin accueillait les patients sans RDV. Par contre, l'entretien était plus serein dans le cadre d'un RDV fixé et respecté.

L'utilisation assez rigoureuse de la grille d'entretien lors des premières rencontres a pu limiter l'expression des quelques médecins.

### ***Population médicale étudiée***

La population étudiée dans cette étude était des médecins généralistes. La majorité des généralistes sont âgés de plus de 50 ans (75%). La moyenne d'âge des médecins est de 53,6 ans. Elle correspond à la moyenne d'âge observée chez les généralistes du département (54 ans). Les hommes représentent 68% des 5 670 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région PACA. 29% des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus et 9,3% sont âgés de moins de 40 ans. A partir de l'âge de 50 ans il y a une nette prédominance

des hommes dans la population médicale. Dans notre étude 83% des hommes étaient âgés de plus de 50ans.

Les femmes étaient légèrement sous représentées dans notre étude (31,25%). Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 54% des effectifs. Dans notre observation les femmes âgées moins de 50 ans présentaient 75%. Ces écarts retrouvés peuvent être attribués au faible échantillonnage.

Parmi les critères de recrutement celui concernant la spécificité libérale des médecins était totalement rempli. Pour mémoire, la répartition des activités des généralistes dans les Alpes-Maritimes : libérale 63,5%, mixte 8,6%, et salarié 27,9%.

### ***Motifs d'arrêt***

Dans notre étude on a retrouvé les motifs principaux à l'arrêt du tabac : la présence d'une maladie personnelle ou familiale, le coût du tabac, la grossesse et/ou l'enfant de bas âge. Cette analyse est concordante avec les résultats de Baromètre santé de 2010 (19). Dans notre étude les médecins généralistes notaient le rôle important des campagnes de prévention contre du tabac. Notre analyse rejoint aussi les résultats de Baromètre santé. Dans notre étude les médecins généralistes insistent sur la motivation du patient comme élément déterminant pour promouvoir et accompagner le sevrage tabagique.

Selon nos généralistes interrogés, il y a une prédominance d'ex-fumeurs et non fumeurs dans le groupe des cadres et des « intellectuels ». Le Baromètre santé confirme ces déclarations.

Huit études longitudinales en population générale, sans intervention tabacologique (Henrikus et coll., 1995 ; Tillgren et coll., 1995 ; Dalack et coll., 1996 ; Tillgren et coll., 1996 ; Hymowitz et coll., 1997 ; Osler et coll., 1998 et 1999 ; Godtfredsen et coll., 2001 ; West et coll., 2001) ont retrouvé les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac : un haut

niveau d'éducation ou socio-économique, une faible consommation de cigarettes, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt (59).

### ***Rôle de généralistes***

Les hautes autorités comme l'Etat (1), OMS, HAS (15) notent le rôle des généralistes et d'autres personnels de premier recours comme primordial dans le sevrage tabagique (15). Les généralistes de notre étude confirment cette fonction. Les mêmes résultats sont présentés dans l'étude Baromètre santé 2009 (28), où 99,3% des médecins déclarent que la prévention dans le domaine du tabagisme fait partie de leur rôle. Par contre, la pratique préventive, la prise en charge du sevrage tabagique dans les meilleures conditions nécessite plus de temps. Beaucoup de médecins de notre étude déclarent la manque de temps. Ce problème se retrouve dans les résultats de Baromètre de 2009. Plus de neuf médecins sur dix (91,4%) souhaiteraient disposer de plus de temps. Ce résultat est proche de ceux d'autres enquêtes, selon lesquelles le manque de temps et le fait que les pratiques de prévention sont inadaptées aux conditions d'exercice sont des difficultés relevées par de nombreux médecins. (28).

C'est pour le sevrage tabagique que les généralistes font le moins souvent appel à une structure extérieure pour la prise en charge de leurs patients (21,9%) (28). Notre étude confirme cette tendance. En pratique, les généralistes prennent en charge tous seuls leurs patients. L'avis du spécialiste comme pneumologues ou cardiologues est sollicité en cas d'échec de sevrage ou de pathologie bien développée. Par contre peu de contacts avec les réseaux ou avec les tabacologues.

Parler du tabagisme est déclaré facile par près de neuf médecins sur dix et une majorité de médecins (63,2%) abordent cette question au moins une fois avec chaque patient (Baromètre santé) (28). Dans notre étude également la consommation tabagique est abordée de la première consultation et par la suite en fonction de la nécessité jugée utile ou non par le médecin. Le conseil minimal est proposé à tous les patients mais pas de manière systématique. Dans une étude randomisée menée dans la région PACA auprès de 28 000 patients (Hirsch, 1996) (3) le nombre de personnes ayant cessé de fumer sans rechute était presque 4 fois plus élevé dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle. Selon HAS le conseil minimal est déjà utile si on le propose une fois par an. Tous les médecins devraient fournir un conseil bref pour arrêter de fumer au moins une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = A) (15).

Plan vu des fumeurs, 31,8% d'entre eux déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de 12 mois : 19,3% l'ont fait de leur propre initiative et 12,5% à l'initiative du médecin. Selon l'étude ITC (14) seulement 27% des fumeurs en France disent avoir reçu des conseils pour arrêter. Lors d'une enquête menée entre le 12 juin et le 5 octobre 2015 auprès de 352 malades respiratoires âgés de 18 ans et plus par la Fédération Française des Associations et Amicales de malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires (FFAAIR), 38% des fumeurs atteints de maladies respiratoires disent s'être sentis mal informés lors de leur dernière tentative ; 48%, ont reçu un accompagnement (consultation, médicament...) à cette occasion et seulement 36% ont été accompagnés par un professionnel de santé.

Notre étude n'a pas pu donner d'explication à ces écarts entre les déclarations des généralistes et celles des patients. Le sujet pourrait être évalué dans une autre étude.

Ainsi, dans l'étude Baromètre cancer (20) on trouve que 92,2% des fumeurs occasionnels et 70,8% des fumeurs fumant moins de 10 cigarettes déclarent jamais avoir

abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois. Dans notre étude on note la même tendance dans la pratique des généralistes qui prenaient moins activement en charge les personnes fumeurs moins de 10 cigarettes par jours. Et même il y a des médecins qui exprimaient des doutes sur la dangerosité de la petite consommation à 1-3 cigarettes. La publication en 1986 « Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates » du M. PETO R. a indiqué le rôle prépondérant de la durée d'exposition au tabac par rapport à la quantité fumée quotidiennement. Un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de cancer du poumon, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie ce risque par 100 (20). Une autre publication (Senelart H., Naudin F ;, Bedel A-L., Bennouna J. Cancer bronchique primitif) a conclu qu'il n'existe cependant pas de consommation minimale en dessous de laquelle le risque est nul (20). Pour toutes ces raisons l'HAS insiste (15) sur la réduction de consommation du tabac. Elle n'est pas l'objectif de la prise en charge, mais elle peut être envisagée comme une première étape vers l'abstinence chez un patient qui n'est pas prêt à arrêter d'un coup. Il est important de valoriser la démarche personnelle du patient dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac. Les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (2013) incluent que « il n'est pas certain que la réduction de consommation apporte un bénéfice de santé à long-terme (mis à part que ceux qui réduisent leur consommation peuvent finalement arrêter de fumer) » (page 31) (NICE, 2013). Cependant, des bénéfices à court-terme ont été notés tels que un bien-être physique et mental supérieur et une diminution de l'exposition à la fumée pour les non-fumeurs. De plus, pour les fumeurs malades, arrêter ou réduire sa consommation peut impliquer qu'ils aient plus de temps pour s'investir dans des activités thérapeutiques. Le Haut Conseil de la Santé Publique dans son avis relatif de 2016 note la nécessité de favoriser les études rigoureuses de suivi permettant d'obtenir des données plus solides et clarifier la question du bénéfice pour la santé de la diminution des quantités de tabac fumé (58).

## Évaluation de la dépendance (15)

La reconnaissance de la dépendance tabagique et de son intensité apparaît comme un temps essentiel afin d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage et de choisir les moyens à proposer dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique (15). L'HAS recommande d'utiliser le test d'évaluation de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions, même s'ils ont des limites (grade de recommandation A). Egalement, l'HAS recommande de considérer que le patient est dépendant s'il présente un des critères suivants (grade de recommandation AE):

- patient ayant rechuté après une tentative d'arrêt ;
- patient continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (ex. : BPCO, artérite, cancer, etc.), ou les risques encourus dans certaines situations spécifiques (ex. : intervention chirurgicale, grossesse, etc.) ;
- patient en souci constant d'approvisionnement de tabac (ex. : craint d'être à court de tabac).

Selon Baromètre santé les recours à des outils de repérage de la dépendance tabagique participe à un niveau élevé de repérage systématique par les médecins généralistes (28). Par contre dans notre étude les généralistes utilisent peu d'outils de repérage de la dépendance tabagique. Ils considèrent que les tests sont peu adaptés à la consultation en médecine générale, car ils sont longs et par fois mal compris par les patients. A ce propos un des médecins utilise le terme *le stress de Stragestrom*.

### ***Formation des médecins***

La formation des professionnels de santé vis à vis du sevrage tabagique est un élément déterminant et devrait faire partie de la formation initiale. Comme cela est bien montré dans la littérature, un patient a plus de chances de succès lorsque le thérapeute est formé, quels que soient les outils qu'il utilise. En France, on peut recommander le logiciel Nicomède ([www.nicomede.fr](http://www.nicomede.fr)). Il s'agit d'un logiciel d'autoformation national développé par la Ligue à

l'initiative du ministère de la Santé. Nicomède est destiné à approfondir les connaissances sur le tabac des différents acteurs de la lutte contre le tabagisme. Cet outil a été mis à jour en 2013 (15).

Si on se réfère à notre étude la moitié de médecins n'ont pas eu la formation. Certains médecins déjà formés remarquaient que leurs connaissances avant la formation n'étaient pas d'un niveau suffisant pour effectuer le sevrage. Selon le Baromètre santé 78,5% des médecins aimeraient disposer de supports d'information écrits et adaptés et 78,0% mentionnent la formation en prévention et en éducation. Parmi les médecins n'ayant pas bénéficié de formation, 31,5% ne l'envisagent pas, évoquant en priorité le manque de temps (28). Le manque de connaissances pourrait expliquer la non prescription du TNS chez les patients cardio-vasculaire (Médecin 1). L'HAS suggère que les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo (niveau de preuve 2). Enfin, l'utilisation à long terme des TNS n'est pas associée à un risque de cancer, contrairement au tabagisme. (15). Chez les patients ayant des ATCD de maladie cardiaque, les essais comparatifs versus placebo chez certaines de patients n'ont pas détecté d'augmentation des troubles graves (15, 27).

La formation permettrait d'éviter de donner des fausses informations aux patients. Par exemple, l'information donnée aux femmes par un médecin généraliste interrogé selon laquelle le cancer de poumon chez la femme a dépassé le cancer du sein. En 2011 on a compté 53 000 cas de cancer de sein et 39 500 de cancer de poumon dont 12 000 chez les femmes. Au total, on peut retenir les points suivants : l'augmentation significative de cancer du sein chez fumeuses (étude EPIC) (53), et deuxième point, l'augmentation rapide du cancer du poumon chez les femmes sans pour autant dépasser le cancer du sein.

Il est impératif que les discours des médecins soient basés sur les résultats

scientifiques validés, c'est à dire Evidence-based Medicine. La médecine fondée sur les (niveaux de) preuves ou médecine factuelle (Evidence-Based Medicine) est un concept apparu dans les années 1980. La médecine fondée sur les preuves est une démarche qui consiste à intégrer lors de la prise de décision médicale :

- les données les plus actuelles de la science, issues de la recherche ;
- l'expérience du praticien ;
- les besoins et la demande du patient.

L'EBM est enfin pour le praticien un processus d'auto apprentissage tout au long de sa carrière, et un moyen d'harmoniser les pratiques autour du meilleur niveau de preuve démontré.

### *Cigarettes électroniques*

La meilleure connaissance de la cigarette électronique pourrait valoriser le sevrage. Les généralistes sont freinés par la non autorisation de mise sur le marché de la cigarette électronique en tant que médicament en France. Ils sont également freinés par le faible recul de son utilisation pour évaluer l'innocuité. En France aujourd'hui la cigarette électronique est considérée comme un produit de consommation courante. Mais paradoxalement, les cigarettes électroniques et leurs recharges sont, susceptibles d'être qualifiées de médicaments, lorsqu'elles présentent l'un des critères suivants :

- elles revendiquent l'aide au sevrage tabagique. Ainsi, en application de l'article L. 5121-2 du Code de la santé publique, le seul fait de présenter la cigarette électronique comme supprimant l'envie de fumer ou comme réduisant l'accoutumance au tabac suffit à qualifier les cigarettes électroniques et leurs recharges de médicament (ou produit de santé) et donc à les soumettre à la réglementation stricte du médicament ;
- la quantité de nicotine contenue dans la cartouche est supérieure ou égale à 10 mg ;

- la solution de recharge « e-liquide » a une concentration de nicotine supérieure ou égale à 20 mg/ml (58).

Le rapport de l'OMS de 2014 (46) indique que 59 pays (couvrant 49% de la population mondiale) ont réglementé la l'e-cigarette tandis que 135 pays sont – sans réglementation ou sans l'information inconnue (51% de la population mondiale). Cependant cette réglementation reste assez large allant de l'interdiction de la cigarette électronique par 13 pays parmi 59, passant comme des produits de consommation et/ou des produits de tabac, jusqu'à l'adoption du vapotage comme le produit thérapeutique par 12 pays. que 29 pays (8 % de la population mondiale) ont une politique en matière de vente d'inhalateurs électroniques de nicotine aux mineurs.

Les généralistes dans notre étude restent prudents dans ce domaine. Une thèse effectuée par Pierre COLOMBO « Pratiques, représentations et attentes des médecins généralistes des Alpes-Maritimes vis-à-vis de la cigarette électronique comme outil de sevrage tabagique: étude qualitative par focus groupe » retrouve la même prudence chez les généralistes. Dans cette même étude du Dr. COLOMBO les généralistes réclament plus d'information et de formation concernant les cigarettes électroniques.

Souvent l'internet devient une source de formation et même par fois les patients eux-mêmes. Sur les sites dédiés à la vape on peut trouver également des protocoles d'utilisation de la cigarette électronique (p.e., la diminution progressive du dosage de la nicotine). D'après le HCSP (58) « la cigarette électronique comme outil de sevrage doit être laissée à l'initiative des professionnels accompagnant les fumeurs désirant sortir du tabagisme et après une évaluation clinique au cas par cas ». Il est indispensable que des études de type essais randomisés ciblés sur des fumeurs souhaitant s'arrêter de fumer soient réalisées pour établir des protocoles de sevrage tabagique. Car l'absence des protocoles de la prise en charge par les cigarettes électroniques est un autre obstacle dans la pratique des médecins généralistes.

La prudence sur la cigarette électronique apparaît aussi dans les conclusions de l'HAS. Les cigarettes électroniques sont supposées moins dangereuses que le tabac, leur utilisation ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement. (15). Même si la cigarette électronique se présente déjà comme un outil du sevrage tabagique, les généralistes exigent la clarification du cadre réglementaire régissant son utilisation, sa délivrance.

La directive sur les produits du tabac (2014/40/UE) (56) est entrée en vigueur le 19 mai 2014, est applicable dans les États membres de l'UE depuis le 20 mai 2016. Elle établit des règles concernant la fabrication, la présentation et la vente du tabac et de ses produits dérivés. En particulier, la Directive impose aux entreprises de déclarer précisément aux États membres les ingrédients utilisés dans les produits du tabac, les cigarettes électroniques incluses, exige l'apposition d'avertissements relatifs à la santé sur l'emballage des produits du tabac, qui doivent couvrir au total (image et texte) 65 % de la face avant et arrière des paquets de cigarettes et de tabac à rouler.

L'année 2016 est riche par la mise en place des mesures législatives prévues par le programme national de réduction du tabagisme. Depuis janvier 2016 La loi santé (article 28) (50) interdit l'usage de la cigarette électronique :

- à l'intérieur des établissements scolaires (école, collège, lycée...) et des établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
- dans les moyens de transport collectif fermés (bus, train, métro, tramway, avion...) ;
- à l'intérieur des lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

En France la publicité pour les cigarettes électroniques est interdites depuis l'ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016. Ce texte interdit la "propagande ou la publicité, directe ou indirecte" pour les e-cigarettes. Des affiches publicitaires peuvent toutefois toujours

être installées dans les établissements de vente de cigarettes électroniques, mais à condition de ne pas être visibles de l'extérieur.

En 2014 [l'article 36](#) de la loi sur la consommation interdit la vente des cigarettes électroniques, ainsi que leurs dérivés (comme les liquides avec ou sans parfum), aux mineurs.

Des événements comme le projet de taxation européenne sur la cigarette électronique (les ventes de l'e-cigarette devraient atteindre 46 milliards d'euros en 2025 ou 2030) et la prochaine réunion de l'OMS en Inde en novembre 2017 pourraient modifier le marché.

A l'heure actuelle où la réglementation en vigueur se renouvelle assez régulièrement l'accès des médecins généralistes aux nouveaux documents par mails-alertes des sites spéciaux pourrait améliorer les connaissances des médecins et la prise en charge des patients.

### ***Entretien motivationnel***

Il serait souhaitable que les professionnels soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel, l'HAS (15). Fondée en 1983 par William R MILLER les entretiens Motivationnels sont une approche, semi directive, centrée sur la personne, ayant pour objectif de susciter une motivation intrinsèque en explorant et en dépassant l'ambivalence au changement . La méta-analyse de Lai et al., 2010 montre que l'entretien motivationnel augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes (niveau de preuve 2). En fonction de la durée des séances : moins de 20 minutes (5 études, n=1809) : RR=1,14 IC95 % [0,80-1,63] ; plus de 20 minutes (5 études, n=7381) : RR=1,31 IC95 % [1,16-1,49]. Effet significatif des séances de plus de 20 minutes, mais pas pour les séances plus courtes (15). La connaissance des techniques d'entretien motivationnel pourrait stimuler la motivation des patients et les faire passer d'un stade à un autre du cycle de Prochaska Di Clemente.

Notre étude montre que les médecins souhaitent des conseils pour susciter la motivation des fumeurs. En attendant les généralistes essaient de motiver leur patients par leur propres manières : en montrant le bénéfice économique post-sevrage, en jouant sur la peur et etc. Par exemple, le constat que malgré les problèmes économiques les patients fument toujours ; ce type de situations justifierait l'utilisation d'entretien motivationnel permettant au patient de trouver ses propres ressources et de l'aider ainsi à mieux affronter le sevrage. A ce titre, l'INPES fournit aux médecins généralistes une fiche d'information et de repères sur l'entretien motivationnel depuis mai 2012:

<http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1205-tabac.pdf>).

### *Attentes des généralistes*

Les médecins généralistes souhaiteraient avoir une consultation dédiée au sevrage tabagique et qui soit bien valorisée. Dans l'enquête de FFAAIR, 52% des patients souhaitent la mise en place de consultations spécifiques à l'arrêt du tabac chez le médecin traitant.

Les résultats de Baromètre santé (28) montrent que 60% médecins généralistes interrogés ont demandé une rémunération spécifique pour mieux remplir les missions de prévention. A partir du mois de mai 2017 la consultation générale sera à 25 euros.

Dans notre étude les médecins voudraient l'augmentation de remboursement en cas de sevrage tabagique., allant, peut-être jusqu'à la gratuité. Depuis janvier 2016 les catégories de population remboursées à la hauteur de 150 euros par an et par personne sont élargies, aux femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer (50).

Un autre souhait est exprimé, l'augmentation des actions préventives avec une aide des médias, en particulier, envers la jeune population car le tabagisme en début d'adolescence est

prédicteur du tabagisme à l'âge adulte. Toujours dans le Baromètre santé (19) on trouve que 85,0% des médecins citent les campagnes grand public comme utiles qui pourraient faciliter les missions et 19,3% d'ex-fumeurs considèrent que les campagnes contre le tabac ont eu une influence sur leur décision. Les perceptions des généralistes et des patients sont validées par les chiffres donnés dans le premier chapitre, en l'occurrence que les campagnes augmentent le nombre des personnes souhaitant d'arrêter de fumer. En 2015 l'application mobile Tabac info service a permis de recruter au total 248 800 fumeurs souhaitant arrêter leur consommation, soit 13 fois plus qu'en 2014, en particuliers, avec des pics d'inscription suite aux campagnes télévisées et à la radio. Pour un site internet l'augmentation est importante. Mais si on répartit ce nombre des personnes inscrites sur le nombre des généralistes et le nombre des consultations sur année l'augmentation devient peu évidente. Il est possible que l'augmentation du nombre de personnes souhaitant d'arrêter de fumer suite aux campagnes préventives est peu perceptible par les généralistes. Et pour cette raison les campagnes de prévention sont considérées comme insuffisantes.

Un autre point concernant les campagnes de prévention qui pourrait être considéré comme un obstacle au sevrage tabagique. C'est la compréhension des messages des campagnes préventives par les fumeurs. L'étude d'INPES en 2009 (23) a mis en évidence des différences de perception et de compréhension liées au groupe professionnel et au territoire de résidence des individus, et la nécessité des outils adaptés à ces différentes populations. Dans notre étude le discordance entre les perceptions des médecins et les perceptions des fumeurs pourrait être perçu comme un obstacle. C'est à dire que les médecins considèrent que leurs patients sont bien informés sur les risques liés au tabac. En même temps selon le Baromètre santé les patients se déclarent comme informés mais la perception de la dangerosité du tabac était toujours supérieure à leur consommation. Cette conclusion confirme la nécessité de l'information adaptée et compréhensible à chaque patient.

Le Programme national de réduction du tabagisme annoncé en septembre 2014 (48) a défini les objectifs suivants : protéger les jeunes et d'éviter l'entrée dans le tabagisme, renforcer l'aide au sevrage tabagique et agir sur l'économie du tabac. Ce programme propose certaines mesures: imposer le paquet neutre (fait depuis du mois de mai 2016), améliorer le remboursement (élargissement des conditions au remboursement à la hauteur de 150 euros depuis janvier 2016), encadrer de la publicité de l'e-cigarette (en vigueur depuis mai 2016), interdiction du vapotage dans les espaces collectifs. Mais par contre, la notion d'augmentation du prix du tabac ne figure pas dans ce document.

L'objectif principal de notre étude était la recherche des obstacles au sevrage tabagique exprimés par les médecins généralistes. Les interviews menés ont pu mettre en évidence certains freins comme : dépendance psychologique, absence de la motivation des patients, difficultés financières de patient et faible remboursement des TSN, problème psychique et autres addictions sous-jacentes, absence en médecine générale de la consultation dédiée au sevrage tabagique et faible valorisation des missions des généralistes par les hautes autorités, environnement du fumeur, peur des effets secondaires, problèmes familiaux et professionnels.

L'analyse des nos interviews ainsi que les études déjà citées révèlent également d'autres types d'obstacles : absence de clarification par rapport à la cigarette électronique et par voie de conséquence absence de protocole d'utilisation, formation insuffisante des médecins, discordance entre les perception des médecins et les perception des patients (conseil minimal, campagnes préventives), échanges d'information insuffisantes entre les médecins et les hautes autorités.

## **CONCLUSION**

Malgré le nombre important des consultations annuelle dédiées à la prise en charge de l'addiction tabagique l'expérience des généralistes fait ressortir beaucoup de contraintes et de déception au vue des résultats. Les obstacles principaux les plus cités par les médecins sont la dépendance et le problème économique. Le facteur le plus favorisant reste bien sur la motivation de patient. C'est une condition principale pour initier le sevrage tabagique par le médecin généraliste.

Même si les difficultés de la prise en charge de l'addiction au tabac existent les médecins acceptent de continuer d'assumer leur rôle central dans ce domaine.

Cette étude relève une relative méconnaissance des médecins généralistes pour évaluer la dépendance tabagique d'un patient et l'adaptation des TSN à chaque cas. Tous ces manques de savoir et de savoir-faire sont les conséquences de la formation insuffisante des médecins en addictologie ou même de son absence. Dans notre étude la moitié de personne n'ont jamais reçu de formation, ni initiale, ni postuniversitaire.

Depuis quelques années l'e-cigarette, autre outil de sevrage tabagique a fait son apparition sur le marché. L'originalité de ce produit réside dans le fait qu'il est auto prescrit par les patients-eux-mêmes. De l'autre côté les généralistes restent prudents dans sa « prescription » car la cigarette électronique toujours n'a pas reçu d'AMM. En même temps la cigarette électronique est vue par les généralistes comme une étape provisoire en attendant un arrêt du tabac définitif.

Les médecins souhaiteraient voir un jour une vraie consultation de médecine générale dédiée au sevrage tabagique. Ils attendent l'apparition d'un nouveau médicament encore plus efficace, une réglementation claire envers les cigarettes électroniques et enfin une implication plus active des médias dans la prévention contre la tabac car cette addiction chez les jeunes devient de plus en plus banale.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Mildt.* Adopté le 19 septembre 2013 lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre Jean-Marc Ayrault.
2. Marie NG et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. *JAMA*.2014; 311(2): 183-192.doi: 10.1001/jama.2013.28469C2
3. HIRSCH A. Les médecins, les fumeurs et arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention minimale. *Le concours Médical* 17/02/1996: 477-481
4. Femmes enceintes: choisir un moyen de sevrage du tabac. *La Revue Prescrire* 2015 ; 35 (377): 204-210
5. MOREL Alain. L'addiction est bien qu'une maladie du cerveau. *Le Flyer*. Août 2012, p. 11-13.
6. Cigarette électronique et arrêt du tabac. *revue Prescrire* 2015; 35 (380): 433-439.
7. Les cancers en France. Edition 2014. Disponible sur <http://www.unicancer.fr>.
8. <https://www.ligue-cancer.net>
9. Paillé, P. Mucchielli A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
10. Pierre Paillé, «Les conditions de l'analyse qualitative», *SociologieS*, La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain, <http://sociologies.revues.org/3557>
11. Lefebvre François. Evaluation de l'influence du status tabagique présumé du médecin traitant aux yeux de son patient sur la mobilisation de ce dernier à l'arrêt du tabac. Th : Méd. : Université de Picardie. 2008.
12. SARA, Recherche qualitative pour les programmes de santé. Manuel de formation pour la recherche qualitative, OMS, s.d. <http://www.npi-connect.net/documents/592341/749044/Recherche+Qualitative+Pour+Des+Programmes+de+Sante+Ame+liores+Guide+aux+manu>
13. PAILLE Pierre. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante: douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches Qualitatives – Vol. 27(2)*. 2007. pp. 133-151.
14. Rapport national ITC France Résultats de la deuxième vague Octobre 2011
15. HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandations. Octobre 2013 et octobre 2014.
16. HAS, Commission de la transparence concernant la varénicline. Avis. juin 2009. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
17. Gautier A., Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES ; 2009. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
18. Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education (ROCARE). Guide pour la recherche

qualitative. Bamako, 2006.

19. Guignard R., Beck F., Richard J-B. Baromètre santé médecin généraliste 2010. INPES.
20. Guignard R., Beck F., Deutsch A. Tabac et cancer. Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques. Baromètre Cancer 2010. pp 101-124.
21. MAAREK Maxime, HGUYEN Phuc. Arrêt du tabac: l'e-révolution? Le Flyer. Septembre 2014, N° 56, p. 4-13.
22. Franco L. Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. INSERM 2009, pp 157-162.
23. Michelot F., Tron I., Guilbert P., Trugeon A. Apport d'une approche territoriale dans l'évaluation d'une campagne de prévention. Evolution, N° 19, Janvier 2010.
24. Pollution atmosphérique: une autre cause possible de cancer du poumon. La Revue Prescrire, Décembre 2015/Tome 35, N° 386, p. 946.
25. Le tabac: et si vous arrêtiez cet été? Escale Santé, été 2015, pp. 6-9.
26. Lermenier-Jaennet A. Le tabac en France: un bilan des années 2004 – 2014. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Mai 2014, N° 92.
27. Effets indésirables cardiaques des substituts nicotiques. La Revue Prescrire, Juillet 2015/Tom 35, N° 381, pp. 513-514.
28. Gautier A., Fournier C., Beck F. Pratique et opinion des médecins généralistes en matière de prévention. ADSP, decembre 2011, N° 77.
29. Lermenier-Jaennet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. OFDT, Fevrier 2016.
30. Premiers résultats tabac et e-cigarette. Caractéristiques et évolutions récentes. Résultats du Baromètre Santé. INPES, 2015. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/15/dp150224-def.pdf>
31. Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité. Outil méthodologique pour l'épidémiologie. Institut de Veille Sanitaire.
32. 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 evolution récente. Evolution, N° 31-Janvier 2015.
33. Tabagisme. Prise en charge chez étudiants. Expertise collective INSERM.
34. Arrêt brusque ou progressif de tabac: au choix. La Revue Prescrire Mai 2011/Tome 31 N° 331, p. 369.
35. Sevrage tabagique: l'effet des mots. La Revue Prescrire Mars 1998/ Tome 18 N° 182 p. 223.
36. Arrêt de tabac et substituts nicotiques. La Revue Prescrire Octobre 2001/Tom. 21 N° 221, p. 655.
37. Arrêt de tabac. La Revue Prescrire Decembre 2009/Tom. 29 N° 314; pp. 928-929.
38. Bénéfice de l'arrêt du tabac. La Revue Prescrire Juillet 2015. Info-Patient Prescrire.
39. Quelles aides pour arrêter de fumer. Info-Patient Prescrire Juillet 2015.
40. Femmes enceintes: choisir un moyen de sevrage du tabac. La Revue Prescrire Mars 2015/Tom. 35 N°

377, pp. 204-210.

41. Se décider à arrêter de fumer. Info-Patient Prescrire, Juillet 2015.
42. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2013.
43. Wilquin J-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes: synthèse de la littérature. Santé publique, N°1 supplément, 2013 – p. 65-74. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS1-page-65.htm>
44. Sciolla Myriam. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille: vecus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Université de Grenoble, 2012. Thèse.
45. Journée mondiale sans tabac: l'enquête Eurobaromètre révèle que la consommation de tabac dans l'UE a reculé de 2 points de pourcentage depuis 2012, mais 26 % des Européens continuent de fumer. Commission européenne - Communiqué de presse. Bruxelles, 29 mai 2015.
46. Inhalateurs électroniques de nicotine. Rapport de l'OMS. Juillet 2014.
47. Actions gouvernementales de lutte contre le tabagisme au Canada. Disponible sur: <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/lutte-contre-le-tabagisme/>
48. Ministère des Affaires sociale, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014 – 2019. 25 septembre 2014.
49. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION PROVENCE-ALPES CÔTE-D'AZUR Situation en 2013. Ordre National des Médecins. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf)
50. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
51. RABIER Emmanuelle. IMPACT DU TABAGISME DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DANS L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : étude qualitative à partir d'un examen clinique objectif structuré. Thèse de médecine, 2014, Paris -7. [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4747\\_These\\_-\\_Emmanuelle\\_Rabier\\_-\\_.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4747_These_-_Emmanuelle_Rabier_-_.pdf)
52. Dinet B. Etude qualitative sur le tabagisme des médecins généralistes. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Franche-Comté; 2010.
53. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: results from the EPIC cohort. [Int J Cancer](#). 2014 Apr 15;134(8):1871-88.
54. Assurance Maladie en ligne <http://www.ameli.fr/#>
55. [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011\\_plfss\\_pqe\\_maladie\\_9.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_9.pdf)
56. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis. Oxford Journals, juillet 2016.
57. DIRECTIVE 2014/40/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 3 avril 2014. Disponible sur [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir\\_201440\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_fr.pdf)

58. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 22 février 2016.
59. Diagnostic et traitement de la dépendance. INSERM.  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/?sequence=18>
60. Jacques Le Houezec . Evaluer la dépendance au tabac chez les adolescents . Disponible sur :  
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/csft2013-LeHouezec.pdf>
61. Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation. Auteur: Jacques Le Houezec. Revue bibliographique réalisée à la demande de la Société Française de Tabacologie 2010. Disponible sur : [http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010\\_Echelles\\_DGS.pdf](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf)
- 62.

## **ANNEXE 1: Guide d'entretien**

1. Sur le plan général comment décrivez-vous votre patientèle tabagique au niveau socio-économique ?
2. Quels facteurs liés à patient pourraient intervenir à sevrage tabagique? Favorisants? Empechants le sevrage?
3. Qu'est-ce que évoque pour vous le sevrage tabagique? A votre avis qu'est-ce que évoque le sevrage tabagique pour le patient? (*Evaluer la différence dans cette expression pour le médecin et pour le patient?*)
4. Quelle place de MG dedans? Quelle place de spécialiste?
5. Comment vous faites pour aborder la consommation tabagique et le sevrage avec le patient? Systématiquement, dès 1ere consultation?
6. Y a-t-il des situations où vous évitez en parler?
7. De quelle façon la décision du sevrage tabagique est prise?
8. Que souhaiteriez-vous pour améliorer la prise en charge?
9. Quels sont des obstacles à proposer un sevrage tabagique.

## ANNEXE 2: Questionnaire quantitatif

Caractéristiques des participants (médecins généralistes)

1. Vous êtes un homme  une femme

2. Vous avez entre

20-30 ans

30-40 ans

40-50 ans

50-60 ans

60-70 ans

3. Depuis combien d'années exercez-vous ? Ou votre date d'installation?

4. Vous exercez

en milieu urbain

en milieu semi-rural/rural

5. Vous recevez en consultations

< 15 patients/jour

15-25 patients/jour

25-30 patients/jour

> 30 patients/jour

Enseignement initial anti-tabac suivi à la faculté

7. Formation post-universitaire en tabacologie (formation continue, séminaire..:)

8. Votre statut tabagique:

-fumeur,

-non-fumeur

-ex-fumeur (combien d'essais)

### **ANNEXE 3 : Test de Fagerström simplifié en 2 questions**

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Après plus d'1 heure 0

Interprétation selon les auteurs :

- •0-1 : pas de dépendance
- •2-3 : dépendance modérée
- •4-5-6 : dépendance forte

## **ANNEXE 4 : Critères diagnostiques du "trouble d'utilisation du tabac" du DSM-5**

au moins 2 des éléments suivants, survenant dans une période de 12 mois:  
survenant dans une période de 12 mois:

1. Le tabac est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Désir persistant de diminuer ou de contrôler l'usage du tabac ou efforts infructueux.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac.
4. Envie, ou fort désir ou besoin de consommer du tabac.
5. L'usage récurrent du tabac résulte en un manquement à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, interférence avec le travail).
6. Poursuite de l'utilisation du tabac malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac (par exemple, conflits avec d'autres sur l'usage du tabac).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du tabac.
8. Usage récurrent du tabac dans les situations dans lesquelles il est physiquement dangereux (par exemple, fumer au lit).
9. L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac.
10. Une tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants:
  - Un besoin de quantités notablement plus grandes de tabac pour atteindre l'effet désiré.
  - Un effet notablement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité de tabac.
11. Un sevrage, tel que manifesté par un des éléments suivants:
  - Un syndrome de sevrage du tabac.
  - Le tabac (ou une substance très proche, comme la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

### **Sévérité**

**Trouble léger** : présence de 2 ou 3 de ces symptômes.

**Trouble modéré** : 4 ou 5 symptômes.

**Trouble sévère** : 6 symptômes ou plus.

## **ANNEXE 5 : Critères de dépendance de la CIM-10**

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

## **Critères de dépendance au tabac de la CIM-10**

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

1. forte envie / désir impérieux de consommer du tabac ;
2. perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique ;
3. symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac ;
4. développement d'une tolérance ;
5. abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac ;
6. maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.

## **ANNEXE 6 : L'échelle HONC pour les adolescents**

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ? Oui - Non
- Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ? Oui - Non
- Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?  
Oui - Non
- Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? Oui - Non
- Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ? Oui - Non
- Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ? Oui - Non
- Quand vous essayez d'arrêter - ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps... - Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui - Non
- Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui - Non
- Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ? Oui - Non
- Vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui - Non
- Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?  
Oui - Non

[http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/tabac\\_dossier\\_tabacologie.asp](http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/tabac_dossier_tabacologie.asp)

La Hooked on nicotine checklist (HONC; O'Loughlin et al. 2002a, 2002b) comporte des questions dont les réponses par oui ou non donnent un score de 0 à 10. Répondre au moins 1 fois « oui » est considéré comme un indice de dépendance, celle-ci est d'autant plus sévère que le score est élevé. Elle a été traduite en français (Expertise collective sur le tabac de l'INSERM : Tabac : comprendre la dépendance pour agir. 2004; elle est utilisée dans le dossier de tabacologie) mais n'a jamais été validée dans notre langue (61).

## **ANNEXE 7 : Cigarette Dependence Scale (CDS) - Echelle de dépendance à la cigarette**

Disponible sur <http://www.stop-dependance.ch/tabac/Docs/TestDependance.pdf>

1. Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes:
  - 0-20 = 1
  - 21-40 = 2
  - 41-60 = 3
  - 61-80 = 4
  - 81-100 = 5
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?
  - 0-5 cig./jour = 1
  - 6-10 = 2
  - 11-20 = 3
  - 21-29 = 4
  - 30 et + = 5
3. D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?
  - 0-5 min = 5
  - 6-15 = 4
  - 16-30 = 3
  - 31-60 = 2
  - 61 et + = 1
4. Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :
  - Impossible 5
  - Très difficile 4
  - Plutôt difficile 3
  - Plutôt facile 2
  - Très facile 1
5. Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5
6. Je suis stressé/e à l'idée de manquer de cigarettes
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5
7. Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5
8. Je suis prisonnier/ère des cigarettes
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5

9. Je fume trop
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5
10. Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5
11. Je fume tout le temps
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5
12. Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé
  - Pas du tout d'accord 1
  - Plutôt pas d'accord 2
  - Plus ou moins d'accord 3
  - Plutôt d'accord 4
  - Tout à fait d'accord 5

#### Résultats:

- jusqu'à 24 points dépendance modérée
- entre 25 et 44 points dépendance moyenne
- 45 points et plus dépendance forte

L'échelle de dépendance à la cigarette (CDS) a été développée et validée originellement en français (Suisse) et est présentée en français dans l'article en anglais (Etter et al. 2003). (61). La CDS prend en compte non seulement les éléments du FTND mais aussi les critères de dépendance des DSM-IV et CIM-10. Ce questionnaire d'auto-évaluation existe en deux versions : une longue avec 12 questions et une courte avec 5 questions. Il fournit une mesure quantitative, continue et unidimensionnelle de la dépendance.

La Cigarette Dependence Scale (CDS) a montré au cours de différentes études de comparaison avec d'autres échelles, qu'elle est plus sensible au changement que le FTND (elle détecte les variations avec le temps) - ce qui est bien pour mesurer l'efficacité d'un nouveau traitement - qu'elle a une meilleure validité de contenu et une meilleure capacité à prédire l'arrêt du tabac et les symptômes de sevrage.

## **ANNEXE 8 : Nicotine dependence syndrome scale**

1. My smoking pattern is very irregular throughout the day. It is not unusual for me to smoke many cigarettes in an hour, then not have another one until hours later.
2. My smoking is not much affected by other things. I smoke about the same amount whether I'm relaxed or working, happy or sad, alone or with others, etc.
3. Even if traveling a long distance, I'd rather not travel by airplane because I wouldn't be allowed to smoke.
4. Sometimes I decline offers to visit with my non-smoking friends because I know I'll feel uncomfortable if I smoke.
5. I tend to avoid restaurants that don't allow smoking, even if I would otherwise enjoy the food.
6. I smoke consistently and regularly throughout the day.
7. I smoke at different rates in different situations.
8. Compared to when I first started smoking, I need to smoke a lot more now in order to get what I really want out of it.
9. Compared to when I first started smoking, I can smoke much, much more now before I start to feel nauseated or ill.
10. After not smoking for a while, I need to smoke in order to keep myself from experiencing any discomfort.
11. It's hard to estimate how many cigarettes I smoke per day because the number often change.
12. I feel a sense of control over my smoking. I can "take it or leave it" at any time.
13. The number of cigarettes I smoke per day is often influenced by other factors - how I'm feeling, what I'm doing, etc.
14. When I'm really craving a cigarette, it feels like I'm in the grip of some unknown force that I cannot control.
15. Since the time when I became a regular smoker, the amount I smoke has either stayed the same or has decreased somewhat.
16. Whenever I go without a smoke for a few hours, I experience craving.
17. My cigarette smoking is fairly regular throughout the day.
18. After not smoking for a while, I need to smoke to relieve feelings of restlessness and irritability.
- 19.** I smoke about the same amount on weekends as on weekdays.

Source : Spanish Adaptation of the NDSS (Nicotine Dependence Syndrome Scale) and Assessment of Nicotine-Dependent Individuals at Primary Care Health Centers in Spain. Elisardo Becoña<sup>1</sup> , Ana López<sup>1</sup> , Elena Fernández del Río<sup>1</sup> , M<sup>a</sup> Carmen Míguez , and Josefina Castro. The Spanish Journal of Psychology 2010, Vol. 13 No. 2, 951-960. Disponible sur: <http://www.redalyc.org/pdf/172/17217376039.pdf>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admise 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.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront  
confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## RESUME

Faculté de Médecine de Nice

Elena VAVILINA

Thèse N°

Introduction Le tabagisme est une addiction mondiale. Chaque année, le tabac tue environ 6 millions de personnes pour le dommages économique se montant à plus de 500 milliards de dollars. La première cause de mortalité évitable en France, la consommation de tabac est considérée comme responsable de 73000 décès prématurés chaque années en France. La prévalence du tabagisme est de 34% des 15 – 75 ans, reste largement supérieur à celle d'autres pays européens. Les médecins généralistes se trouvent au centre de la prise en charge global et du suivi des fumeurs.

Méthode: Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

Résultats Les grand obstacle noté par les généralistes est l'absence de motivation des patients, confirmé par d'autres études. L'analyse a fait ressortir une vrai manque des connaissances d'utilisation des substituant nicotiques. Les cigarettes électroniques, qui prennent de plus en plus de place dans le sevrage tabagique, reste pour le moment un sujet mal connu dans la pratique médicale

Conclusion Les médecins généralistes reconnaissent les manques de leur formation sur les possibilités de sevrage. Les autres attentes des généralistes sont telles que les autorités sanitaires se prononcent clairement sur le statut des cigarettes électroniques et augmentent les actions préventives auprès de la jeunesse en utilisant plus largement les médias.

Mots clés:

Sevrage tabagique, médecin généraliste, étude qualitative, prise en charge tabagisme