



HAL
open science

Étude de l'impact du remboursement des substituts nicotiques sur l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le cadre du sevrage tabagique

Laura Dumousseau

► To cite this version:

Laura Dumousseau. Étude de l'impact du remboursement des substituts nicotiques sur l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le cadre du sevrage tabagique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02879145

HAL Id: dumas-02879145

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879145>

Submitted on 23 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

en vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue par

DUMOUSSEAU Laura

Le 08 Octobre 2019

**Étude de l'impact du remboursement des substituts nicotiques sur
l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le
cadre du sevrage tabagique**

Directeur de thèse : Docteur CUKIER Patrice

JURY

| | |
|----------------------------|--|
| Président | Professeur AMOUYAL Michel - Professeur des universités, Médecine générale |
| Premier Assesseur | Professeur PERNEY Pascal - Professeur des universités, Praticien hospitalier |
| Deuxième Assesseur | Professeur GARCIA Marc - Maître de conférences associés, Médecine générale |
| Troisième Assesseur | Docteur CUKIER Patrice - Docteur en Médecine générale |

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

en vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue par

DUMOUSSEAU Laura

Le 08 Octobre 2019

**Étude de l'impact du remboursement des substituts nicotiques sur
l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le
cadre du sevrage tabagique**

Directeur de thèse : Docteur CUKIER Patrice

JURY

| | |
|----------------------------|--|
| Président | Professeur AMOUYAL Michel - Professeur des universités, Médecine générale |
| Premier Assesseur | Professeur PERNEY Pascal - Professeur des universités, Praticien hospitalier |
| Deuxième Assesseur | Professeur GARCIA Marc - Maître de conférences associés, Médecine générale |
| Troisième Assesseur | Docteur CUKIER Patrice - Docteur en Médecine générale |



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy

SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A mon jury :

Au Professeur Michel AMOUYAL, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.

Au Professeur Pierre PERNEY, je vous remercie profondément d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

Au Professeur Marc GARCIA, je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci également de m'avoir autorisée à vous remplacer dans votre récente maison médicale, il est très agréable d'y travailler.

Au Docteur Patrice CUKIER, merci de m'avoir permis de participer à tes consultations au CSAPA lors de mon SASPAS, toujours dans la bonne humeur. Je te remercie également d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de l'aide précieuse que tu m'as apportée pour ce travail.

Aux médecins :

Aux services de Pédiatrie et de Gynécologie Obstétrique de Perpignan pour m'avoir appris les bases. C'était un premier semestre d'internat très intéressant.

Au service de médecine polyvalente. Merci aux docteurs REY Catherine, MNIF Dora, BAUMES Thierry, ROUGET Marion et ZANI Marie-Laure de m'avoir encadrée durant ce stage qui m'a été très bénéfique. Merci également à toute l'équipe paramédicale avec les infirmières, les aides soignantes et les kinés. L'ambiance était particulièrement sympathique.

Aux Docteurs TRIOULEYRE Pascal et MODRIN Catherine. Votre pédagogie m'a permis de progresser à mon rythme, dans la bonne ambiance. Merci à Pascal et sa femme pour les bon petits plats que vous prépariez le midi.

Aux Docteurs STRUBEL Michèle, MILLA Yvan, DE WAZIERES Françoise, LAFAGE François, BOMPARD Frédéric et LEVY Sabrina. Merci pour les connaissances apportées durant mon SASPAS.

Merci aux médecins que j'ai pu remplacer dans le Gard. Notamment aux Docteurs LECAMP Thierry, MARMILLOT François, DEMEY Marie et HADJOU DJ Kamel.

A ma famille et aux amis :

A mes parents, je vous remercie d'avoir toujours été là pour moi, vous êtes géniaux ! Merci d'avoir accepté Seed dans la famille, petit clin d'œil à Maman pour sa promesse lancée à tout hasard.

Merci pour les agréables souvenirs que j'ai de mon enfance, que ce soit les piques niques sur la plage à Valeyrac, les canyonings à Saint-Lary, les séjours en Espagne et ceux en Corse.

Merci également de l'aide que vous m'avez apportée pour la réalisation de cette thèse.

Merci Maman d'être présente quand je doute, tes conseils me sont précieux pour ma pratique.

Femme au grand cœur, tu fais toujours passer les autres avant toi.

A Papa qui ne se met jamais en colère (ou rarement). Merci d'avoir eu la patience de m'apprendre à skier, à jouer du tennis et aussi d'avoir été notre supporter pour les concours d'équitation.

A ma sœur, Marine, pour nos bêtises enfantines, à nos bagarres douloureuses et à nos spectacles de théâtre improvisés. Merci de m'avoir embrigadée dans ta passion pour les chevaux.

Merci également de m'avoir accueillie à Nice où j'ai pu rencontrer le fameux Telem, ainsi qu'en Angleterre où on a pu déguster leur gigantesque fish and chips. Grâce à toi j'ai fini par apprécier un pays où je ne serais pas forcément allée de mon plein grès...

A ta belle famille qui s'agrandit de plus en plus, merci à Telem qui s'occupe bien de toi avec Armelle la coquine et Clémence la petite nouvelle, n'oublions pas Maëlys la léchouilleuse, Bilbo et Nina les poilus.

Frédéric mon frère, le Pavarotti et le cascadeur de la famille. Merci d'avoir été la petite surprise ! Tu as su garder ton enthousiasme malgré les moments difficiles qu'il y a pu avoir entre ma première année et la prépa de Marine...

Adorateur des animaux, tu as le cœur sur la main. Merci pour les échanges qu'on a pu avoir au tennis, même si je passais plus mon temps à regarder la balle fuser par ton coup droit ravageur. Je te souhaite la réussite dans tes études et une montagne de bonheur. J'espère qu'on aura plus d'occasion de partager des moments ensemble.

A Mamie-chette, merci pour tout ces bons souvenirs que je garderai à tout jamais. Merci pour la collection de Schtroumpfs, je les ai encore rassure toi ! A ta générosité, à ta passion pour les churros ainsi qu'à nos chasses à la cagouille.

A Papy, merci pour tes petites folies : à la fois où l'Orangina a fini sur le mur, à tes pâtes de fruit que

tu prenais en cachette. Tu me manques énormément.

A Papi Guy, merci pour tes cours particuliers en math, ça m'a bien aidée. A nos parties de cache cache à Gradignan et à notre séjour à Cognac. A tes parties de bridge avec mamie, tu as toujours été quelqu'un de très actif, je t'admire pour ça.

A Mamie Line, merci pour ta cuisine délicieuse et à ta voix enchanteresse. Tu me manques énormément.

Alain, mon oncle, merci pour tes gambas à la plancha, quel régal !!! A ton caractère révolté et tes idées bien arrêtées, aux cueillettes aux champignons avec Philippe et aux parties de pétanque également. A ton amour pour le vin, merci de nous avoir fait découvrir la cave Ulysse à Margaux, elle est vraiment très sympa.

Tu es toujours prêt pour faire des bêtises, reste comme tu es !

A Philippe, merci pour les balades à cheval et les virées dans les vagues de l'océan Atlantique ! Tu es parti trop tôt, tu me manques énormément.

A Nicole ma tante, merci pour ton accueil à Paris, souvent en vadrouille dans les 4 coins de la terre, tu as raison, profite !

A Dominique, merci pour le séjour en Bretagne et pour ta cuisine des fruits de mer que tu pratiques à la perfection ! A ton humour et à ta joie de vivre.

A mes cousins et aux réunions de famille pour Noël à Gradignan, où les cadeaux envahissaient le salon !

Merci Manu pour tes histoires effrayantes de fantôme à la Grange et tes aventures racontées façon Marseillais. A ta famille avec Delphine, Lenon et Ben.

A Anaïs, toujours rayonnante, merci pour tes conseils de beauté.

A Titouan, excellent chef cuistot et à ton humour.

A Guillaume, pour ta gentillesse.

A ma tante Anne-Marie et à mes cousins germains Eric et Virginie.

Thomas, mon doudou, mon chéri, mon métalleux, tu es l'amour de ma vie. Merci de m'avoir supportée durant tout ce temps et de m'avoir tant aidée dans la rédaction de cette thèse.

A nos retrouvailles inattendues dans le Sud, aux nombreux concerts fait ensemble, aux voyages inoubliables aux quatre coins de la Terre et à notre magnifique maison où il est si agréable de vivre.

Merci d'avoir accepté de prendre des cours de salsa avec moi, tu en épaterais plus d'un !
Merci également de m'avoir immergée dans ton monde qu'est le HELLFEST, c'était génial.
A ta passion pour la bonne gastronomie et le bon vin et à nos explorations du monde sous marins.
Véritable encyclopédie, je t'admire pour ta culture sans fin. Tu es tellement intègre, drôle et patient, je ne sais pas ce que je ferai sans toi.

A Marie-Jo et Régis, je vous remercie pour votre accueil à Paris et à Sète. Merci également pour ce voyage mystérieux en Russie explorant le bunker de Staline et les appartements de Raspoutine, avec cette chanson « Moscow » qui nous revenait sans cesse en tête ! A notre périple en Hongrie, toujours dans la joie et la bonne humeur.

Merci infiniment Marie-Jo pour ta correction assidue de cette thèse.

Jérôme, merci de m'avoir fait connaître Birushanah, ils sont complètement fous ces japonais ! Merci aussi de t'être occupé du petit diable pendant 3 mois.

A Marie-Gabrielle pour le partage de cette si belle amitié. Merci d'être encore là malgré l'éloignement. A notre bain de minuit audacieux lors de notre séjour sur Nice et aux voyages exaltants au Portugal. Merci de m'avoir incitée à commencer le chemin de Saint Jacques de Compostelle avec toi, ce fut une expérience unique. Il faudra d'ailleurs reprendre notre marche !

Mathilde, c'est grâce à toi si je suis descendue dans le Sud et je t'en remercie. A cet été de folie en post ECN avec nos sorties sur Bordeaux à vélo et à nos danses endiablées sur le dancefloor. Aux Francofolies où nous avons dégusté du champagne sur le port de la Rochelle. A tout nos voyages incroyables allant des randonnées à la Réunion, aux magnifiques églises de Siciles, à la via Ferrata vertigineuse du Canada et j'en passe... Et bien sûr aux prochains !

A Marthe, merci pour les rigolades en conf, ça a permis de les rendre plus intéressantes. A nos retrouvailles sur Toulouse et à la course de Pédalo, ça mouille ! A Nicolas et au petit Benoit avec ses cailloux.

Aux amis Nîmois et alentours, qui sont très chers à mes yeux. A nos virées chez Bebert et aux férias de Nîmes complètement déjantées. Merci d'être là.

A Barbu pour les soirées au Big Ben dont je ne me souviens pas la fin, à Monsieur tomate ça t'allait terriblement bien et au biskit qui nous met bien joyeux.

Cécile, toujours souriante, merci pour ta volonté de faire rire les gens.

A papa Tanguy pour ton dab sur le croco de Nîmes, à ton sens de la répartie et à ton accent

Marseillais.

Agate, tu es quelqu'un sur qui on peut toujours compter. A tes goûts de marquise et à tes gâteaux colorés.

Laure, à tes cœurs de canards flambés au cointreau, aux licornes magiques et à ta passion pour les thermes.

Sébastien, merci pour ton accueil à Bagnols avec Raymond, c'était super !

A Keat, pour ta joie de vivre. Tu seras toujours le bienvenu pour rendre visite au cap'taine Jack et à son ami Coco pops.

Merci Bastien et Anais pour tout ces bons repas chez vous. Aux Mojitos et aux Champagnes dans la piscine ; aux Escapes Games terminés brillamment, on fait une fine équipe ! Bienvenu à Léandre, la petite crevette.

A Romain et Vivi pour votre bienveillance. Vous avez tout les deux un si grand cœur et aussi un caractère bien trempé !

A Paul, tellement loufoque. On s'ennuie jamais avec toi !

A la team de l'Oktoberfest avec Thomas, Barbu, Vivi, Romain, Pong et Taz. C'était un séjour incroyable ! Entre les tentes multicolores avec leurs musiciens passionnés, les attractions effrayantes et les chopes immenses qui ne sont pas si incassables que ça. Ein prosit les amis !

Aux personnes tellement sympahiques rencontrées au Wei de Montpellier : Rokhya, Laurène et Floriane. A la Bachata sur Perpignan et à cet appart Hotel ridicule mais plutôt bien placé au centre ville. Rokhya je suis sûre que ton mariage sera magnifique.

Je regrette que l'on ne se voit guère plus souvent.

A la reine de l'olive, Marion et à ta folie. Je suis contente que l'on se revoit régulièrement avec le groupe de faluchards. Merci à Guigui de prendre soin d'elle.

Merci Ben de m'avoir fait découvrir Dark tranquility j'ai adoré !

Merci Gab, pour ta visite personnalisée de la grotte Chauvet, c'était une belle évasion dans l'Ardèche.

Merci à l'équipe de médecine polyvalente avec Sophie, Fabien le directeur, Julie et Irène pour cette ambiance détendue. J'ai passé un super semestre malgré les horaires difficiles que ce stage imposait.

Merci à la famille DERIS de s'occuper si bien de Seed.

SOMMAIRE

LISTES DES ABREVIATIONS

1. INTRODUCTION

- 1.1. Définitions
- 1.2. Épidémiologie
- 1.3. Physiopathologie
- 1.4. Conséquences du tabagisme
- 1.5. Bénéfices de l'arrêt
- 1.6. Dépistage individuel
- 1.7. Évaluation initiale
- 1.8. Prise en charge de l'arrêt du tabac
 - 1.8.1. Traitements non médicamenteux recommandés
 - 1.8.2. Traitements nicotiques de substitution
 - 1.8.3. Autres traitements médicamenteux
 - 1.8.4. Autres mesures non validées
 - 1.8.5. Le suivi
- 1.9. Historique du remboursement des substituts nicotiques
- 1.10. Problématique de l'étude
- 1.11. Objectif de l'étude

2. METHODE

- 2.1. Type d'étude
- 2.2. Sélection et recrutement des médecins interrogés
 - 2.2.1. Population cible
 - 2.2.1.1. Critères d'inclusion
 - 2.2.1.2. Critères de non inclusion
 - 2.2.2. Recrutement
- 2.3. Recueil de données
 - 2.3.1. Le guide d'entretien

2.3.2. Déroulement des entretiens

2.3.3. Saturation des données

2.4. Analyse des données

2.4.1. Le verbatim

2.4.2. Analyse du discours

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population

3.2. Impacts positifs sur l'attitude du médecin généraliste

3.2.1. Argument supplémentaire dans le discours aux patients

3.2.1.1. Démarches administratives facilitées

3.2.1.2. Reconnaissance du traitement

3.2.1.3. Atout motivationnel

3.2.2. Aide dans la prise en charge

3.2.2.1. Meilleure marge de manœuvre

3.2.2.2. Amélioration de la qualité du suivi

3.2.2.3. Influence indirecte par le patient

3.2.3. Augmentation du nombre de prescriptions

3.2.3.1. Demande spontanée des patients

3.2.3.2. Augmentation des conseils d'arrêt et de la proposition de TNS

3.2.3.3. Prescriptions plus précoces

3.3. Freins à l'impact du remboursement

3.3.1. Consultation chronophage

3.3.1.1. Mesures d'accompagnement du sevrage

3.3.1.2. Motif de consultation secondaire

3.3.1.3. Manque de temps des médecins

3.3.2. Prescription des TNS insuffisante seule

3.3.3. Manque d'information sur le remboursement

3.3.4. Motivation du patient jugée insuffisante par le médecin

3.3.5. Risque de chronicité de l'utilisation des TNS

3.3.6. Perte de suivi des patients

3.3.7. Formation insuffisante des médecins en addictologie

4. DISCUSSION

4.1. Réponse à la question posée

4.2. Forces et faiblesses du travail

4.2.1. Validité interne

4.2.1.1. Introduction

4.2.1.2. Méthode

Étude qualitative

Population étudiée

Recueil des données

Analyse des données

4.2.1.3. Résultats

Impact principalement sur le comportement des patients

Importance de la sollicitation du médecin pour l'initiation du sevrage

Prévention tabagique chez les jeunes

Optimisation des TNS

Plus de tentatives de sevrage voir de réussites

Prise de poids amoindrie

Utilisation de la cigarette électronique

4.2.2. Validité externe

4.3. Perspectives

5. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

VERBATIMS

RESUME ET MOTS CLES

LISTE DES ABREVIATIONS

GABA : acide gamma-aminobutyrique

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

HAS : Haute Autorité de santé

HAD : Hospital anxiety and depression scale

CAGE-DETA : Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers - Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

TNS : traitement nicotinique substitutif

1. INTRODUCTION

1.1. Définitions

Selon le DSM-V, le terme de dépendance tabagique est remplacé par celui de trouble d'utilisation du tabac défini comme un « Mode problématique d'utilisation du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants (cf annexe 1), survenant dans une période de 12 mois ».

La tolérance à la nicotine se traduit par la diminution des effets désirés alors que la quantité consommée est équivalente. Le sujet est alors obligé de consommer plus pour obtenir l'effet recherché.

Le syndrome de sevrage se manifeste, lors de la diminution ou de l'arrêt brutal du tabagisme, par plusieurs symptômes tels que : insomnie, irritabilité, humeur dépressive, fièvre, anxiété, difficulté de concentration, augmentation de l'appétit. (1)

Le tabagisme passif correspond à l'inhalation involontaire de fumée de tabac dégagée par la cigarette d'un fumeur environnant. (2)

1.2. Épidémiologie

D'après les données du baromètre santé 2017, le pourcentage de consommateurs de tabac entre 18 et 75 ans en France est de 31,9 %, avec 26,9 % de fumeurs quotidiens et 4,9 % d'occasionnels.

La prévalence du tabagisme parmi les 18-75 ans est en baisse depuis 2016 de façon significative ; en effet il y a 1,4 million de fumeurs en moins entre 2016 et 2017.

On relève des inégalités socio-démographiques : il y a plus de fumeurs notamment chez les hommes, les jeunes adultes, ainsi que chez les personnes ayant un niveau socio-économique bas (chômeurs, ouvriers). La précarité est un facteur important à prendre en compte dans le tabagisme car elle est prédictive d'une plus grande consommation ainsi que d'un sevrage plus difficile. (3,4)

1.3. Physiopathologie

Plusieurs composants de la fumée sont mis en cause dans la toxicité du tabagisme chronique :

→ le monoxyde de carbone est le principal composant toxique sur le système cardiovasculaire. Il peut entraîner des spasmes artériels et favorise l'athérosclérose et les lésions endothéliales. Son affinité pour l'hémoglobine, supérieure à celle de l'oxygène, va provoquer un manque d'oxygène dans les tissus, responsable secondairement d'une dyspnée et d'un trouble de la coagulation. (5)

→ certains composants chimiques ainsi que la chaleur de la fumée sont irritants pour les voies aérodigestives supérieures.

→ certains produits cancérigènes sont formés lors de la combustion incomplète de la cigarette. (annexe 2)

La dépendance physique au tabac est due en majorité à la nicotine et à son métabolisme. En effet, la nicotine, quand elle est inhalée, est administrée directement dans le réseau veineux pulmonaire et atteint le cerveau en moins de 20 secondes ; avant d'être diffusée dans le reste du corps. Elle a une demi-vie courte, de 2h environ, ce qui nécessite de fumer fréquemment afin d'obtenir la dose recherchée. La nicotémie va dépendre de la durée, de la profondeur de l'inhalation et du nombre de bouffées. (2)

La nicotine agit comme un neurotransmetteur en activant les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine. Elle permet d'augmenter la libération d'autres neurotransmetteurs tels que le GABA, la noradrénaline, le glutamate, l'acétylcholine et la dopamine. Cette dernière a un rôle particulièrement important dans la dépendance car elle active le système de récompense cérébrale qui va provoquer une sensation de satisfaction. (6)

Il est difficile de connaître la toxicité exacte de la nicotine du fait des multiples composants nocifs contenus dans la cigarette et les données chez l'homme sont très limitées. Il se peut qu'une exposition chronique à la nicotine ait un effet sur le système cardiovasculaire. En effet, la nicotine augmente la pression artérielle, la fréquence cardiaque ainsi que la contractilité myocardique et le risque de provoquer des spasmes coronariens par son action sur la libération des différents neurotransmetteurs. Il est possible qu'elle favorise l'athérosclérose en jouant sur le métabolisme des lipides, cependant son rôle sur les lésions endothéliales et sur la thrombogénèse n'est pas certain. Elle est suspectée d'agir en tant que perturbateur endocrinien, mais les études sont insuffisantes à ce jour. (7)

1.4. Conséquences du tabagisme

Le tabac cause la mort de plus de 7 millions de personnes par an dans le monde, que ce soit des fumeurs actifs ou passifs. Plus de la moitié des consommateurs finissent par en mourir. (8)

En France, il représente la première cause de mortalité évitable avec 73 000 décès annuel.

Il est le facteur favorisant des cancers, notamment des cancers de la vessie et 90% des cancers pulmonaires ; des maladies cardiovasculaires telles que l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, l'AOMI, les maladies thrombo-emboliques veineuses, le diabète de type 2 ; ainsi que des BPCO. Enfin, il amoindrit la capacité de cicatrisation ainsi que la fertilité. (2, 9)

1.5. Bénéfices de l'arrêt

Il est important de spécifier aux patients les bénéfices obtenus lors de l'arrêt du tabac afin de renforcer leur motivation. En effet, à partir d'un mois, les différents sens, tels que le goût ou l'odorat, sont rétablis ainsi que la qualité des phanères.

Au bout de six mois, les patients retrouvent peu à peu leur souffle, la dyspnée d'effort disparaissant progressivement.

Le système cardiovasculaire, quant à lui, se normalise après quelques mois de sevrage avec baisse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Les lésions organiques telles que l'athérosclérose ne sont pas supprimées, cependant leur développement est ralenti et le risque de complications thrombo-emboliques est diminué.

A partir de cinq ans de sevrage, les accidents cardiovasculaires aigus ne sont plus liés au tabac ; et il faut dix ans pour que le facteur tabac ne joue plus dans l'apparition d'un cancer. Quant à l'espérance de vie, il faut 15 à 20 ans d'arrêt pour qu'elle soit semblable à celle des non fumeurs. (10)

1.6. Dépistage individuel

Il s'agit de recommandations de bonne pratique selon l'HAS, concernant en priorité les médecins généralistes, afin de dépister la consommation tabagique, de façon individuelle et systématique, des patients.

Ce dépistage s'effectue lors de la première consultation avec tout patient, au stade de l'interrogatoire, par la simple question : « Fumez-vous ? ». Il est important d'évaluer sa consommation avec le nombre de cigarettes par jour, le nombre d'années de tabagisme actif, l'âge de début, les tentatives d'arrêt, la date du sevrage s'il y a lieu. (annexe 3)

Le médecin généraliste doit se montrer disponible et donner un conseil d'arrêt à chaque patient fumeur en l'informant sur les risques du tabac et les bénéfices d'arrêt. (2)

1.7. Évaluation initiale

Après avoir dépisté le patient fumeur qui souhaite se sevrer, il est recommandé d'utiliser le test de Fagerström pour évaluer la dépendance afin d'adapter la thérapeutique. (annexe 4)

Il est nécessaire de repérer un éventuel trouble anxieux ou dépressif en utilisant le test HAD et de le prendre en charge car il rend le sevrage plus difficile. (annexe 5)

Les co-consommations doivent également être recherchées ; plusieurs questionnaires sont disponibles comme le CAGE-DETA pour l'alcool (annexe 6) ou le CAST pour le cannabis. (annexe 7)

Enfin, il est important d'évaluer la motivation du patient pour arrêter de fumer car selon Prochaska et Di Clemente, il existe une théorie du changement comportemental en passant par des étapes de motivation. (annexe 8) (2, 9)

1.8. Prise en charge de l'arrêt du tabac

1.8.1. Traitements non médicamenteux recommandés

Pour une meilleure réussite lors du sevrage tabagique, les patients ont besoin d'un accompagnement psychologique par le professionnel de santé, que ce soit une thérapie de soutien simple ou une thérapie cognitivo-comportementale.

Un soutien téléphonique est également possible grâce à la ligne Tabac-info-service (3989).

Des outils d'autosupport sont disponibles sur le site internet tabac-info-service.fr si le patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé.

L'entretien motivationnel est une étape importante dans le sevrage afin d'inciter le patient au changement et de renforcer sa motivation ; il peut se faire grâce à l'échelle visuelle analogique. (annexe 9) (2)

1.8.2. Traitements nicotiniques de substitution

Le TNS est le traitement médicamenteux de première intention ; il existe sous formes multiples. Il est recommandé d'associer une forme transdermique à une forme orale afin de renforcer leur efficacité tout en s'adaptant aux préférences du patient, pour une durée minimale de 3 mois.

La posologie sera réévaluée rapidement, en fonction de la présence de symptômes de sous ou surdosage.

Il est possible d'instaurer un TNS pour un patient qui ne souhaite pas s'arrêter immédiatement ou n'y arrive pas, afin de diminuer progressivement sa consommation.

Les dispositifs transdermiques libèrent la nicotine de façon constante et lente sur 16 ou 24 heures selon les timbres. Les formes orales ont, quant à elles, une action plus rapide ; il existe les gommes à mâcher lentement, les comprimés à sucer ou sublinguaux, les inhalateurs et sprays buccaux. (2)

En pratique, la posologie initiale du traitement devra être adaptée, de façon individuelle, à chaque patient selon son degré de dépendance. (9)

1.8.3. Autres traitements médicamenteux

Il existe d'autres thérapeutiques médicamenteuses, mais qui sont prescrites en seconde intention, du fait de leurs effets secondaires importants ; il s'agit de la Varénicline (Champix®) et du Bupropion (Zyban®). (2)

1.8.4. Autres mesures non validées

Plusieurs approches peuvent être demandées par le patient lors du sevrage, mais leur bénéfice n'a pas été établi. Il s'agit de l'hypnothérapie, de l'acupuncture, de l'activité physique ou de la cigarette électronique. (2)

1.8.5. Le suivi

Le suivi apparaît crucial dans la réussite du sevrage ainsi que dans le maintien de l'abstinence. Il doit s'adapter à chaque patient, et permet l'ajustement des posologies du traitement, le dépistage des complications du sevrage, le renforcement de la motivation du patient et la prévention des rechutes.

Il s'effectue de façon hebdomadaire le premier mois, avec si besoin des consultations téléphoniques, puis de façon mensuelle pendant trois à six mois. (2, 9)

1.9. Historique du remboursement des substituts nicotiniques

Dans le cadre du plan « priorité prévention » et du programme national de lutte contre le tabagisme, les TNS ont commencé à être remboursés par l'assurance maladie en Février 2007 à travers un forfait de 50 euros par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale.

Afin de renforcer le plan, le forfait est passé à 150 euros par an pour les femmes enceintes, et les jeunes de 20 à 25 ans en 2011 ; puis, en 2015, pour les personnes de 25 à 30 ans, celles qui ont un cancer et sont en ALD et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ; pour finalement se généraliser à toute la population en Novembre 2016. (2)

Mais l'évolution du remboursement des TNS ne s'arrête pas là, car depuis le printemps 2018, l'assurance maladie remplace progressivement le forfait de 150 euros par le remboursement à 65%, sur prescription médicale. Cela a commencé avec le remboursement de certaines gommes à mâcher le 22 mars 2018, puis de certains timbres transdermiques le 16 mai 2018, pour s'étendre progressivement à d'autres TNS, en janvier 2019, supprimant définitivement le plafonnement annuel. (11)

1.10. Problématique de l'étude

Compte-tenu de l'ensemble de ces éléments, la lutte contre le tabagisme apparaît comme un enjeu important sur le plan sanitaire et sociétal dans le monde.

Plusieurs mesures ont été prises afin de faire diminuer sa prévalence, telles que : le paquet neutre, le mois sans tabac, l'application tabac info service, l'augmentation du prix des paquets et enfin le remboursement à 65 % des TNS par l'assurance maladie.

Si l'on s'intéresse aux chiffres en France, l'année 2018 est marquée par une baisse importante de la vente de tabac de 8,8 %, ainsi que par une augmentation de la vente des patchs transdermiques de 49,8 % par rapport à 2017. (12)

Cette tendance se poursuit en 2019, puisque la vente de cigarettes entre janvier et juin 2019 a diminué de 7,4 % par rapport à la même période en 2018, et le tabac à rouler de 6,7 %. La vente de TNS continue sur sa lancée avec 50,6 % d'augmentation pour les timbres transdermiques et 16,4 %

pour les formes orales. Le nombre de bénéficiaires d'un remboursement à 65 % par l'assurance maladie pour un traitement d'aide à l'arrêt a également explosé, passant à 160 910, soit plus de 190,7 % par rapport à juin 2018. (Annexe 10)

Ces chiffres portent à croire qu'il y a donc plus d'essais d'arrêts, ainsi que plus de prescriptions des TNS depuis cette nouvelle mesure.

Il est intéressant de savoir si les médecins généralistes exploitent au mieux ce remboursement : en quoi ce dernier a modifié leur attitude dans la prise en charge des patients tabagiques ; quels freins éventuels ils ont rencontrés dans cette prise en charge.

1.11. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude était d'explorer l'impact de ce remboursement sur l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le sevrage tabagique.

2. METHODE

2.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés.

2.2. Sélection et recrutement des médecins interrogés

2.2.1. Population cible

2.2.1.1. Critères d'inclusion

Les médecins généralistes installés depuis plus de trois ans et ayant accepté de participer aux entretiens ont été inclus dans cette étude.

2.2.1.2. Critères de non inclusion

Il s'agit des médecins spécialistes, des médecins généralistes installés depuis moins de trois ans ou des médecins généralistes remplaçants ou collaborateurs.

2.2.2. Recrutement

Les médecins généralistes ont été recrutés initialement par mail ou par contact téléphonique afin de leur exposer le projet, ainsi que pour la prise de rendez-vous s'ils étaient intéressés. Ils ont eu le

choix de réaliser l'entretien soit de manière téléphonique soit en personne.

2.3. Recueil de données

2.3.1. Le guide d'entretien (annexe 11)

Un guide d'entretien a été élaboré afin de nous orienter lors des interviews. Il a été créé avant le début des entretiens, à partir des hypothèses émises en début de travail et des données de la littérature sur ce sujet.

Ce guide comprenait des questions ouvertes afin que les médecins interrogés puissent exprimer librement leur pensée. Pour approfondir leurs réponses, certaines questions comportaient des relances et des sous-questions. Au fur et à mesure des entretiens, ce guide a évolué en fonction des données recueillies.

2.3.2. Déroulement des entretiens

13 entretiens individuels ont été réalisés entre Mai et Juin 2019 par l'investigatrice.

Au début de chaque entretien, il était demandé aux médecins généralistes des informations les concernant, afin de caractériser la population, telles que : le sexe, le lieu d'exercice (rural, urbain, semi-rural), la date d'installation, la présence ou non d'une secrétaire, l'existence ou non d'un cabinet de groupe, l'âge, le statut tabagique et l'exercice ou non d'une activité universitaire (maître de stage universitaire, GEPT, groupe de pairs...).

Les interviews ont été enregistrées, après l'accord oral des participants, en suivant le guide d'entretien, à l'aide soit d'un magnétophone soit d'un smartphone en mode enregistrement. Des notes ont pu être prises durant l'entretien afin de pouvoir revenir sur les points importants et de les approfondir.

La durée des entretiens variait de 11 à 27 minutes.

2.3.3. Saturation de données

Les entretiens se sont déroulés jusqu'à saturation des données. Cette saturation a été évoquée lorsque les échanges n'apportaient plus rien de nouveau par rapport aux précédentes interviews. Un entretien supplémentaire a été effectué, afin de s'assurer que le niveau de saturation était bien atteint.

2.4. Analyse des données

2.4.1. Le verbatim

L'intégralité des entretiens a été retranscrite mot pour mot par l'investigatrice, tout en gardant l'anonymat des médecins interrogés. La spontanéité du langage a bien été conservée.

Les réactions des médecins ou interactions extérieures pouvant influencer l'entretien ont été marquées entre parenthèses.

2.4.2. Analyse du discours

Nous avons procédé à une analyse du discours de type thématique. Les verbatims ont donc été lus de façon approfondie et de multiples fois dans le but d'extraire les thématiques évoquées durant les entretiens.

L'investigatrice s'est donnée le droit de recontacter un médecin afin d'approfondir l'entretien si un point jugé important avait été évoqué de façon trop superficielle. Les données ainsi obtenues ont été rajoutées aux verbatims.

Après avoir dégagé les thèmes et sous-thèmes, nous les avons étudiés et comparés afin de les classer et de les hiérarchiser. Chaque thème ou sous-thème a été illustré par des extraits de verbatim. La classification obtenue a ensuite été retravaillée avec l'aide du directeur de thèse, puis illustrée à travers deux cartes heuristiques afin d'obtenir une meilleure clarté des résultats.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population

Au total, 13 médecins ont été interviewés. Cette population était relativement variée en ce qui concerne l'âge, le mode d'exercice, la date d'installation et le sexe.

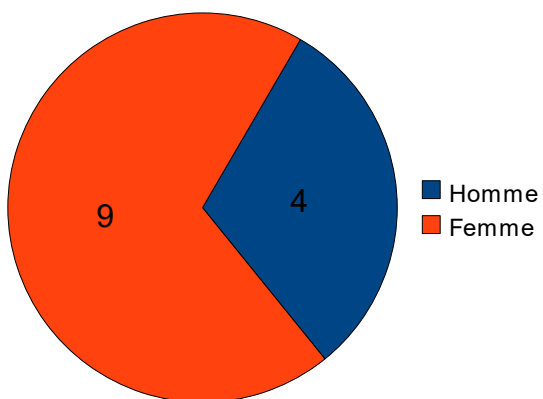
Quatre entretiens ont été effectués par téléphone, un au domicile du médecin, et huit dans le cabinet médical.

2 médecins étaient installés en région Bordelaise, les 11 autres dans le Gard.

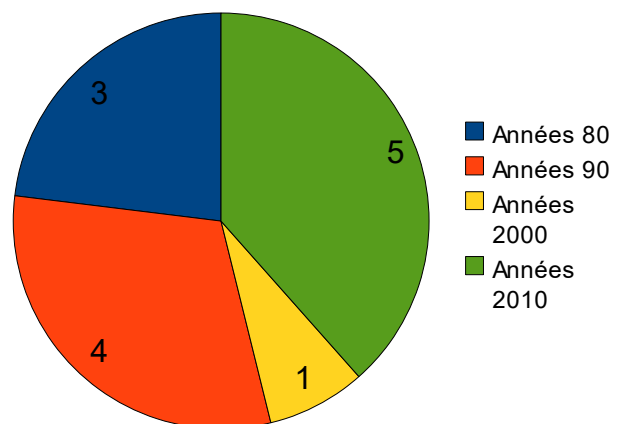
L'investigatrice avait remplacé, par le passé, cinq des médecins interrogés et avait, au cours de son internat, réalisé un stage chez un des participants.

Les graphiques ci-dessous illustrent les caractéristiques de la population étudiée.

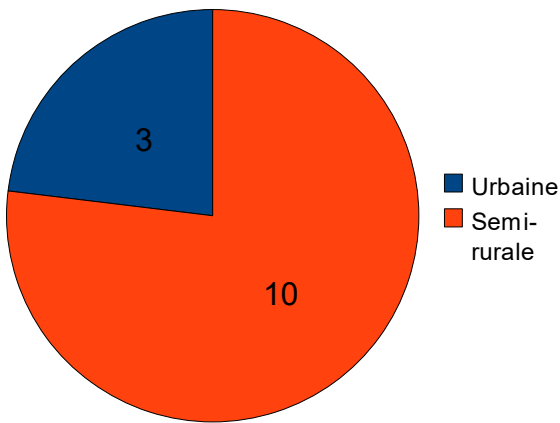
Graphique 1. Sexe de la population étudiée



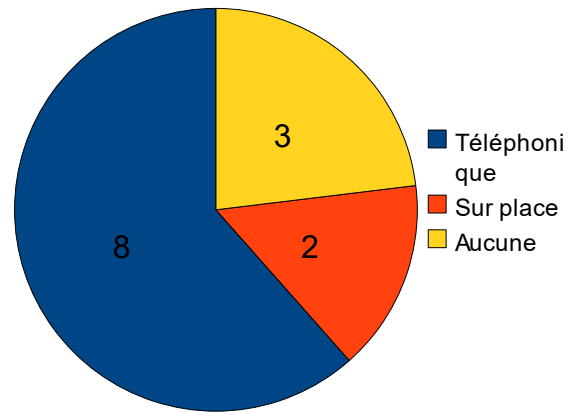
Graphique 2. Date d'installation



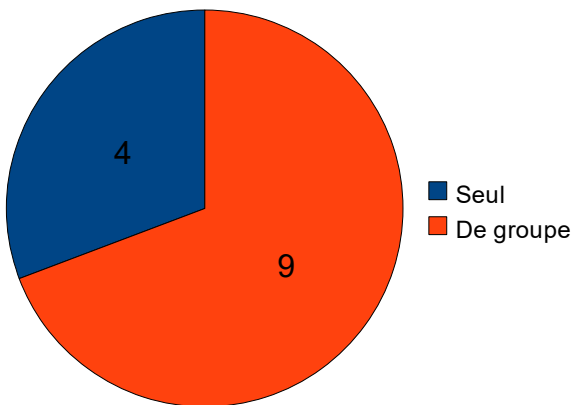
Graphique 3. Région démographique



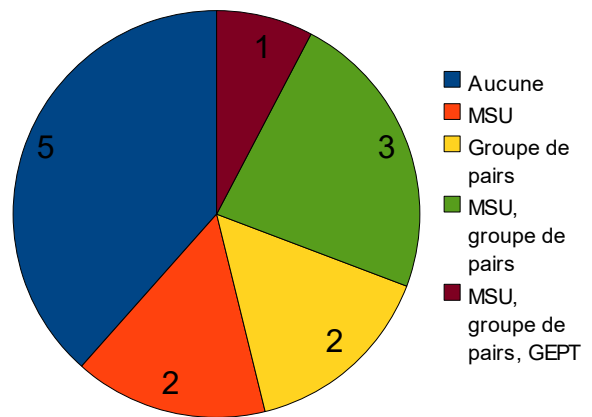
Graphique 4. Présence d'une secrétaire



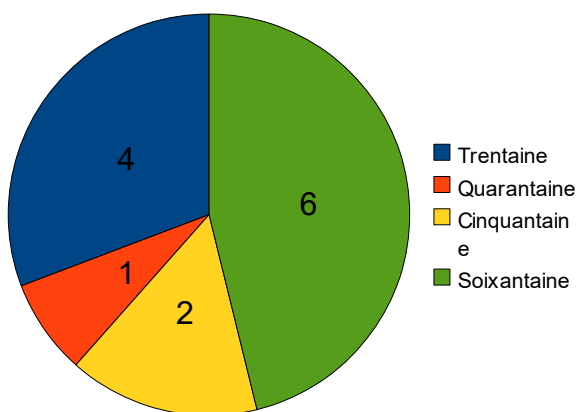
Graphique 5. Type de cabinet



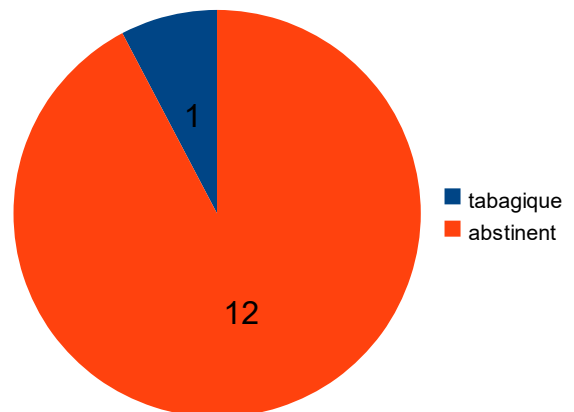
Graphique 6. Activité universitaire



Graphique 7. Âge de la population étudiée



Graphique 8. Statut tabagique



3.2. Impacts positifs sur l'attitude du médecin généraliste

Plusieurs effets positifs sur l'attitude du médecin dans sa prise en charge pour le sevrage ont été exprimés lors de ces entretiens, depuis le remboursement. Ils sont présentés dans la carte heuristique numéro 1.

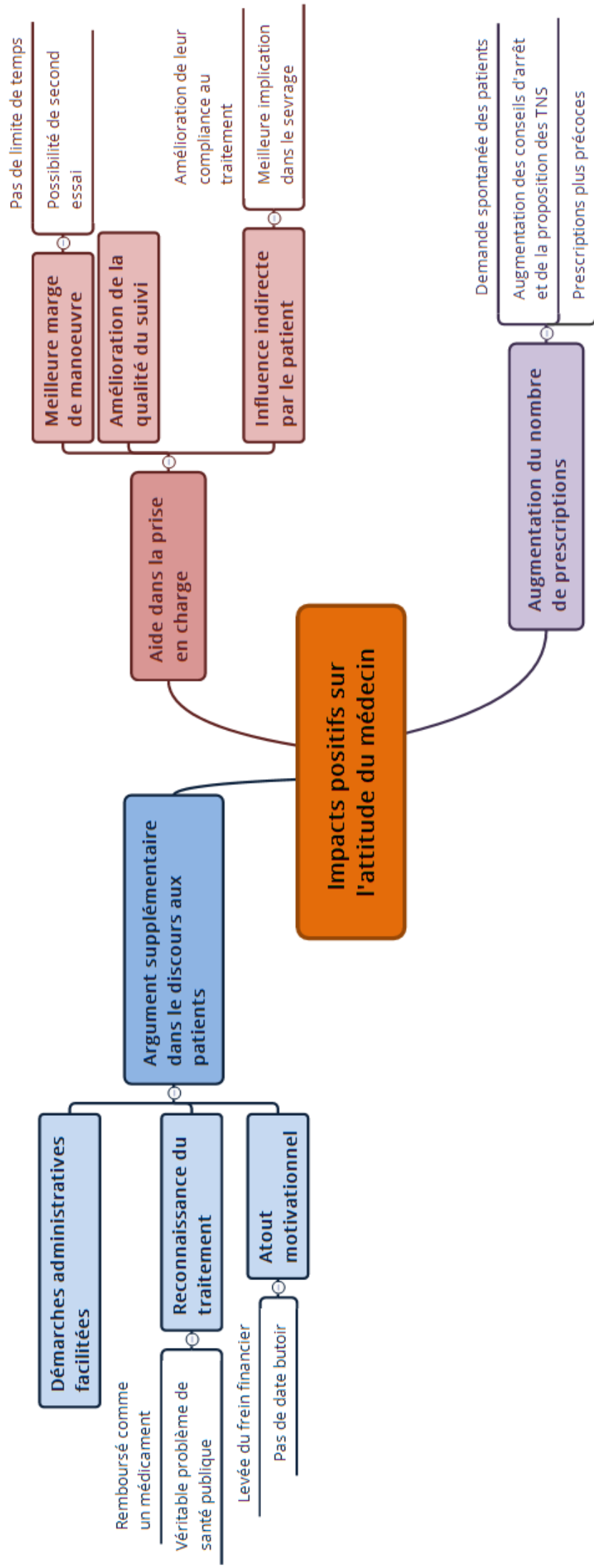
3.2.1. Argument supplémentaire dans le discours aux patients

Plusieurs médecins ont rapporté le fait que le remboursement des TNS était un **argument supplémentaire dans le discours aux patients**, pour plusieurs raisons détaillées ci-dessous.

3.2.1.1. Démarches administratives facilitées

Pour M3, le remboursement des TNS permettait d'appuyer le discours du médecin généraliste dans le sens où cela **facilitait les démarches administratives** par rapport à l'ancien système où il fallait suivre une démarche particulière afin de se faire rembourser, ce qui pouvait démotiver le patient : « [...] *d'enlever une contrainte, euh... La contrainte, tu sais, d'avant de leur dire bon beh écoutez c'est remboursé il suffit d'envoyer à la caisse pour se faire rembourser c'était ça hein la démarche avant. C'était vous savez c'est remboursé vous avez droit à 150 euros je crois que c'était pour la femme enceinte et vous avez 100 euros de remboursement ou 50 euros de remboursement sur les substituts, euh, si vous envoyez l'ordonnance moi je vais mettre dessus, euh voilà, sevrage tabagique et puis vous renvoyez ça à la caisse. On vous alloue 50 euros par an je crois pour l'aide au sevrage.*

Déjà on a moins la démarche de dire voilà il faut faire une démarche pour pouvoir être remboursé, c'est déjà remboursé. D'accord ? Donc ça nous facilite aussi un petit peu le discours et puis la prise en charge hein forcément, des aides. »



Carte heuristique 1

3.2.1.2. Reconnaissance du traitement

De nombreux médecins ont mis en valeur l'importance pour les patients de la **reconnaissance des TNS** par la société en tant que traitement médical. Le remboursement des TNS leur a permis d'être considérés comme des médicaments ayant pour but de **traiter une maladie** et ainsi d'être mieux acceptés par les patients.

M6 parlait de son accord pour le remboursement des TNS : « *C'est voilà, pour moi c'est un traitement d'arrêter de fumer donc oui, 100 % pour.* »

M10 : « *Quand ils veulent arrêter ils ont besoin d'une prise en charge, qu'on les prenne en charge en fait. [...] Ils ont l'impression d'être pris en charge si c'est pris en charge par la sécurité sociale donc leur sevrage est pris en charge, psychologiquement, il peut y avoir quelque chose là dessous.* »

M13 : « *[...] Je pense qu'il y a l'effet ordonnance, médicaments remboursés enfin parce que c'est... Je pense que ce soit comme un médicament et considéré par la société que ce soit comme un médicament qui traite, je pense que ça a une bonne influence sur les patients.* »

Pour M9, le traitement étant remboursé, le tabagisme était considéré comme un **vrai problème de santé publique** par les patients, ce qui permettait aux médecins de renforcer leur discours en faveur du sevrage tabagique : « *Enfin les gens considéraient que si c'était pas pris en charge c'était pas si important que ça pour la santé euh voilà.* »

« *[...] c'est un appui, un argument presque politique c'est-à-dire que si l'assurance maladie le prend en charge c'est que c'est un vrai problème de santé donc je trouve que ça pèse dans la balance pour convaincre les gens.* »

3.2.1.3. Atout motivationnel

La majorité des praticiens interrogés évoquait la **levée du frein financier** et l'**absence de date butoir** comme un **atout dans leur discours** pour motiver les patients en faveur du sevrage tabagique, depuis le remboursement.

Selon M4, les patients étaient **rassurés de ne pas avoir de limite de temps** et adhéraient mieux aux TNS : « *[...] c'est un atout de plus pour les motiver à arrêter. Ça c'est sûr, et ils le savent pas tous que c'est remboursé donc quand tu leur dis que c'est remboursé et qu'il n'y a pas de délai euh là ils*

acceptent plus facilement. »

« Et ils sont rassurés de savoir qu'ils ont pas cette date butoir. »

D'après M7, le fait d'annoncer dans son discours que les TNS étaient remboursés intégralement suffisait à motiver les patients du fait de la **levée du frein du forfait**. Le patient pouvait prendre son temps sans souci financier : *« [...] là où mon discours a changé c'est qu'avant je disais vous avez un forfait de tant par an alors que maintenant je leur dis c'est comme n'importe quel médicament [...] Et peut-être que rien que le fait de dire ça, derrière le patient ça va l'aider entre guillemets dans le sens où il va dire ah ben si j'ai plus un forfait j'ai moins l'impression voilà j'ai un budget de tant pour arrêter et une fois que j'aurai dépassé le budget je pourrai plus. Là il dit bon ben au moins j'ai plus cette réflexion là, parce que voilà ça met 6 mois ça met 6 mois, ça met 1 an, ça met 1 an, mais euh voilà. »*

Pour M9, il s'agissait d'un **argument de motivation** parce que les fumeurs n'avaient plus besoin de faire, en plus de leurs efforts pour le sevrage, un effort financier : *« [...] il y avait un vrai obstacle financier parce que c'est déjà un effort d'essayer d'arrêter même si ça coûte cher de payer le tabac c'est déjà un effort pour les gens d'essayer de se passer de ça donc si en plus il faut qu'ils dépensent de l'argent pour le faire c'était compliqué. [...] Donc euh ça rajoutait un obstacle financier ben c'est quand même un frein supplémentaire pour motiver les gens [...] »*

« [...] c'est un argument supplémentaire forcément dans ma prise en charge je le mets aussi en avant [...] »

M10 : *« Mais après je pense que c'est un atout, ça donne un argument supplémentaire pour leur dire ben en plus c'est remboursé. Donc je pense que ça peut-être... Ça peut être un atout nous, de notre part d'informer les gens et de les motiver encore plus [...] »*

M12 : *« Ah mais disons que tu proposes l'éventail des solutions pour les aider ça fait partie de la solution qui leur coûte rien alors que la cigarette électronique leur coûte, alors que la sophrologie leur coûte, que le centre laser leur coûte voilà ça c'est un argument quand même. Ça c'est un argument. »*

3.2.2. Aide dans la prise en charge

Les médecins considéraient le remboursement des TNS comme une aide dans la prise en charge du sevrage tabagique pour diverses raisons.

3.2.2.1. Meilleure marge de manœuvre

Les médecins ont évoqué le fait que le remboursement des TNS permettait une **meilleure marge de manœuvre** lors de l'accompagnement du sevrage, car il n'y avait **plus de limite de temps**. Le sevrage pouvait alors être mieux adapté à chaque patient en fonction de ses besoins.

Selon M4, le patient pouvait alors se sevrer plus progressivement si cela s'avérait nécessaire, avec une **meilleure chance de réussite** par la suite : « *Ben le long terme, moi je trouve que c'est, c'est plus encourageant parce que 3 mois un gars qui fume 2 paquets par jour, tu te dis c'est quand même compliqué quoi. Alors que si tu sais que t'as du long terme, tu es...tu es plus sûr d'y arriver à un moment donné. On a pas, on a plus la date butoir des 3 mois et je trouve que ça ça donne une ouverture, on a le temps quoi.* »

Pour M5, cela autorisait le patient à effectuer un **second essai** après un échec : « *[...] dans le cadre justement où nos patients ont besoin d'une utilisation prolongée des substituts nicotiques ou que sur un premier échec de sevrage, on va retenter dans la même année un autre sevrage quelques mois plus tard et qu'on a besoin d'une quantité importante de substituts, on a une possibilité de remboursement qui est toujours présente et ça c'est un point positif quoi qu'il en soit.* »

M6 parlait du frein de l'ancien système de forfait : « *Oui mais il est vite dépassé. Parce que si je me rappelle bien c'était à peu près une vingtaine d'euros le coût pour une semaine donc sur 5 ça fait... Au bout de 5 semaines le forfait il est épuisé dans l'ancien système et tout le monde n'est pas sevré en un mois. Il y a des personnes qui ont besoin de 2 ou 3 mois pour être sevrées ou qui font une rechute et qui veulent recommencer donc c'est pareil le forfait on pouvait le faire qu'une fois par an.* »

Ainsi que du bénéfice du remboursement : « *Donc je pense que ça va être plus maniable et plus à la carte.* »

3.2.2.2. Amélioration de la qualité du suivi

M10 parlait du risque de rupture du suivi des patients au cours du sevrage, du fait qu'ils géraient eux-mêmes leurs traitements avant le remboursement. Elle émettait l'hypothèse que celui-ci pourrait **améliorer la qualité du suivi** en servant d'atout motivationnel. Le retour régulier des patients pour le renouvellement d'ordonnance conduirait à un meilleur suivi et une **meilleure prise en charge** :
« Donc là ce qui est pas mal aussi dans le remboursement c'est que du coup comme c'est remboursé les gens ils reviendront plus facilement. Tu leur prescrites un mois et je leur dirai ah ben écoutez c'est remboursé on se revoit et je vous referai l'ordonnance, on réévaluera le dosage à ce moment-là et vous serez remboursé. Donc ça pourrait être... Ça tu vois c'est positif dans le suivi, dans le maintien du suivi parce que sinon les gens c'était pas remboursé ils revenaient pas. Ils disaient ah ben non je les achète moi même et je gère. »

« Je pense qu'au niveau du suivi c'est un réel avantage, [...] moi ça va me permettre de les suivre mieux parce que je vais leur apporter comme argument qu'ils seront remboursés intégralement, que du coup on se revoit afin d'évaluer tout ça et de faire le renouvellement des prescriptions. »

3.2.2.3. Influence indirecte par le patient

La prise en charge du sevrage tabagique par les médecins a été aussi beaucoup impactée selon eux par **l'influence du patient**. En effet, à la suite du remboursement, les patients avaient une **meilleure compliance au traitement** du fait de la levée du frein financier, étaient **plus persévérants** dans le sevrage et ne cherchaient plus à économiser les TNS.

M1 parlait d'une **meilleure observance** des patients depuis le remboursement : *« Parce qu'avant, avant, les gens quand c'était pas remboursé au bout de, au bout de allez, trois semaines ils trouvaient que c'était bon et tant pis ils arrêtaient parce que bon ça les embêtait de d'aller dépenser du fric pour, euh, ils considéraient que c'était fini, que c'était bon, qu'ils étaient plus dépendants. Alors que là maintenant, le fait que ce soit remboursé, ils sont plus observants. Si tu dis quand t'es avec eux, qu'il faut faire au moins 12 semaines, ils sont plus observants. »*

M6 évoquait une utilisation peu adaptée, dans l'ancien système, des TNS par les patients afin de faire des économies, ainsi qu'une meilleure prise en charge depuis le remboursement : *« [...]les gens ils tiraient un peu plus longtemps sur leur patch ou ils les mettaient qu'un jour sur deux pour essayer de tenir plus longtemps. Enfin, non mais j'ai eu des trucs un peu aberrants où ils les*

coupaient en deux pour que ça dure plus longtemps vu que c'était pas bien remboursé. Donc je pense que ça va être plus maniable et plus à la carte. »

Selon plusieurs médecins, les patients **persévéraient plus longtemps** dans l'utilisation des TNS et avaient donc un meilleur suivi avec une meilleure chance de réussite.

D'après M6 : « Beh voilà pour ce que je disais, le frein financier de l'ancien système où ben voilà les gens achetaient une boîte, 2 boîtes et puis ils avaient dépassé leur forfait, ils allaient pas en chercher et du coup ben rechute plus facile. Donc là le fait que ce soit remboursé ça permet de prolonger ce temps de, d'adaptation jusqu'au sevrage complet. »

Pour M9 : « Peut-être que oui comme c'est remboursé euh les gens vont insister un peu plus longtemps peut-être, je sais pas. Oui peut-être qu' effectivement les gens étaient plus vite découragés parce qu'ils voyaient tout de suite le côté négatif de la dépense du patch s'ils avaient pas de résultat immédiat et que c'était trop difficile pour eux de passer le cap du sevrage. Ou peut-être que ça les persuade de persévérer [...] »

Selon M12 : « [...] je pense qu'ils auront tendance à être plus endurants dans la démarche. Voilà quand tu sais que ça marche pas tu vas encore aller fumer tu re-essayes tu arrêtes, tu re-essayes, chaque fois ça te coûte il faut aller acheter des trucs euh ils sont restés à la cigarette. Tandis que là sachant que ça coûte rien, c'est malheureux à dire mais ils auront tendance à être plus persévérants. »

Selon M9, depuis le remboursement, les patients étaient **plus impliqués dans le sevrage**. Ils avaient une démarche plus réfléchie, **plus motivée**, facilitant ainsi leur prise en charge par le médecin :
« Ben déjà parce qu'ils font plus le cheminement à la maison, euh ils se préparent plus à cette idée tout seuls et du coup ils viennent nous en parler. [...] Disons qu'on prend les gens à un stade où ils sont déjà beaucoup plus avancés. Alors qu'avant on avait plutôt à faire réfléchir les gens à éventuellement se motiver.

Là le fait de communiquer dessus, le fait qu'il y ait quand même la reconnaissance par les autorités de ce vrai problème de santé publique par ce remboursement ben ils se préparent plus, ils réfléchissent plus, du coup ils arrivent à des stades où ils sont peut-être un peu plus motivés. Donc peut-être moins d'échecs pour après. »

3.2.3. Augmentation du nombre de prescriptions

3.2.3.1. Demande spontanée des patients

Une **augmentation du nombre de prescriptions** a été relevée par une majeure partie des médecins de façon indirecte à travers la **demande spontanée des patients**.

Comme le disait M7 : « *Mais il y a quelques patients maintenant qui demandent et qui font la substitution alors qu'ils ne l'auraient pas fait avant. La patiente que j'ai eue ce matin, elle l'aurait pas fait avant. Elle le fait maintenant parce que c'est remboursé.* »

M1 disait : « *je pense que euh, c'est du simple au double au niveau de la prescription. Avant tu en utilisais un de temps en temps, maintenant c'est pratiquement euh, c'est pratiquement systématique quoi je veux dire, j'en prescris beaucoup plus. Y a pas une semaine où j'en prescris pas, tu vois. Donc avant j'en prescrivais une fois tous les mois et maintenant, c'est pratiquement au moins, euh, un par semaine minimum. Donc euh, je pense que le remboursement, euh, a débloqué, euh, enfin je veux dire qu'il y a beaucoup de gens qui viennent demander et du coup moi j'en prescris plus.* »

M8 parlait de ses prescriptions : « *[...] peut-être un peu plus parce que les patients aussi m'ont demandé, j'ai plus de demandes de patchs quand même depuis que c'est remboursé de la part des patients ça j'ai l'impression.* »

3.2.3.2. Augmentation des conseils d'arrêt et de la proposition des TNS

Les médecins utilisaient **plus de conseils d'arrêt** ou **proposaient davantage les TNS** depuis leur remboursement, du fait d'une **meilleure adhésion** du patient, d'où une augmentation de leurs prescriptions.

M1 parlait du conseil d'arrêt : « *Faut que je sache s'il est fumeur déjà, et si je sais qu'il est fumeur effectivement maintenant je le fais pratiquement en systématique, depuis justement le remboursement.* » ; ainsi que de ses propositions : « *[...] Euh, au niveau des patients qui demandent, mais quand même, j'ai tendance, par exemple, quand il y a par exemple, à l'occasion d'une consultation si par exemple c'est un bronchite chronique ou si c'est par exemple la personne où je sens que vraiment elle est trop dépendante, je vais leur demander, si ils ont pas décidé de s'arrêter du moment que c'était remboursé maintenant euh, ça serait quand même une bonne idée de le faire.*

M8 disait : « *Oui peut-être on le propose plus facilement ouais. Oui parce qu'on a l'impression qu'il y aura une adhérence plus facile du patient.* »

Pour M11 : « *Je propose plus volontiers quand même parce que c'est un poids, on s'appuie là dessus, on dit ben profitez-en c'est remboursé ça le sera peut-être pas toujours donc eux je m'appuie là dessus. Certainement je le propose plus depuis que c'est remboursé ouais, ça c'est sûr.* »

Certains médecins déclaraient que le remboursement les aidait à **convaincre les patients résistants** au sevrage tabagique, comme M3 : « *Depuis que c'est remboursé, ben j'ai un peu plus de patients qui sont dans la démarche de sevrage, ça c'est sûr. Il y a, comment je dirais, euh... Ça nous a permis un petit peu de, d'ouvrir un petit peu plus la, la voilure quoi pour les patients fumeurs et ça c'est une très bonne chose. C'est-à-dire on a un impact quand même assez positif sur pas mal de patients fumeurs et c'est vrai que je l'ai beaucoup plus proposé tu vois ces derniers mois que je ne l'aurai fait avant le remboursement ça c'est sûr.* »

M9 : « *Enfin je pense que ça va vraiment permettre de le proposer et de l'accepter par plus de monde.* »

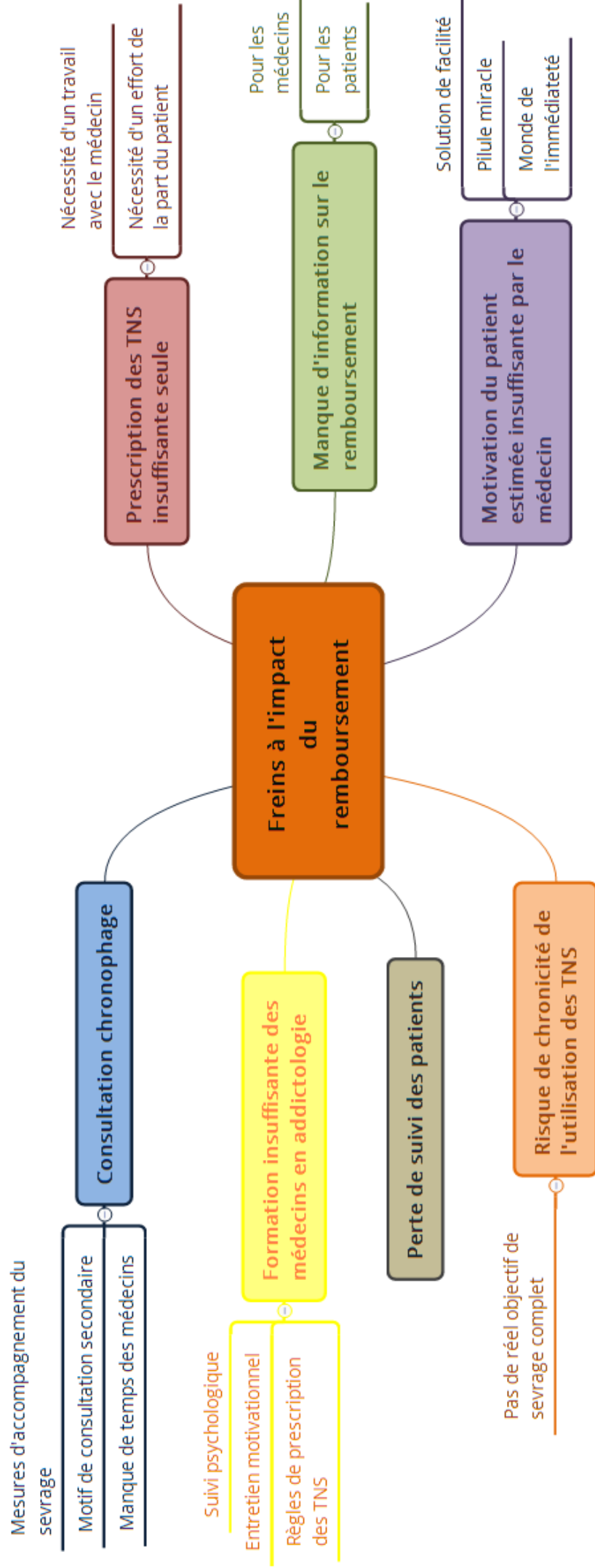
M12 : « *J'ai eu depuis que c'est remboursé, il y a une certaine catégorie de patients qui jusqu'alors était, était, faisait partie des résistants, maintenant comme par hasard ça arrive.* »

3.2.3.3. Prescriptions plus précoces

Des prescriptions plus précoces étaient effectuées par certains médecins afin d'encourager les patients, peu motivés sur le moment, à débiter le traitement quand ils seraient prêts.

M2 : « *Je vais le prescrire plus vite et le proposer plus vite peut-être parce que je sais que c'est remboursé et que les patients vont y adhérer plus vite [...]Mais c'est vrai que je vais le prescrire plus vite dans le sens qu'ils peuvent aller le chercher mais ça veut pas dire que le patient va le prendre plus vite.* »

D'après M8 : « *Ça m'est déjà arrivé aussi de prescrire en disant ben le jour où vous serez motivés voilà vous avez la prescription et comme ça vous pouvez le prendre maintenant ou après voilà oui.* »



Carte heuristique 2

3.3. Freins à l'impact du remboursement

Au cours des interviews, il a été rapporté des éléments freinant l'impact du remboursement sur l'accompagnement des patients par le médecin généraliste. Ces éléments sont représentés sur la carte heuristique numéro 2.

3.3.1. Consultation chronophage

De nombreux médecins ont indiqué, lors des entretiens, le caractère **chronophage des consultations de sevrage** ; considéré comme étant un frein à une bonne prise en charge, limitant ainsi l'impact du remboursement.

3.3.1.1. Mesures d'accompagnement du sevrage

Selon ces médecins, les consultations d'addictologie prenaient du temps à cause de toutes **les mesures d'accompagnement** qu'il fallait réaliser.

Selon M9 : « *Ouais les gens ne mesurent pas forcément que, que c'est un sujet à part entière et que ça se limite pas à la prescription de substituts [...] moi je trouve que ça prend du temps, mais c'est encore plus long quand même parce qu'il y a toutes les mesures d'accompagnement euh enfin d'idée générale d'un sevrage etc.* »

D'après M2, la durée nécessaire à une consultation de sevrage était un frein pour les médecins et les poussait à négliger leur accompagnement. Il proposait de revaloriser ces consultations afin d'améliorer la prise en charge : « *[...] revaloriser les consultations de sevrage qui peuvent être longues afin de motiver les médecins à le faire plus sérieusement.* »

3.3.1.2. Motif de consultation secondaire

Au cours des consultations, le sevrage tabagique était rarement évoqué seul, il survenait souvent à la toute fin en tant que **motif de consultation secondaire** ; après d'autres problèmes jugés plus importants par le patient.

Ainsi selon M5, il était **rarement un motif unique de consultation** : « *Non, c'est rarement un motif unique de consultation, ça va s'ajouter à une autre demande. J'ai eu très peu de consultations où le motif seul est la demande de sevrage.* »

M7 disait : « *Il n'y a jamais une consultation où ils viennent que pour ça.* »

De ce fait, certains médecins recommandaient aux patients de revenir faire une **consultation dédiée** afin de mieux approfondir le problème tout en repérant les patients à risque de ne pas réapparaître.

M9 : « *[...] c'est toujours une raison secondaire. C'est assez rare, ça arrive hein, mais c'est assez rare qu'on vienne spécifiquement pour arrêter le tabac. On m'en parle soit à la fin de la consultation pour enfant [...] Ça m'arrive aussi de leur dire euh ben j'aimerais vous revoir pour qu'on en parle ; si j'ai passé beaucoup de temps et que je vois que j'ai pas beaucoup de temps devant moi, je leur dis reprenez rendez vous on en parle ensemble [...] donc ça m'est arrivé de leur dire reprenez rendez vous pour ça c'est un vrai sujet.*

Après ça dépend des gens, parce qu'on les connaît un peu aussi donc il y en a à qui on peut pas dire ça sinon on sait qu'on les perd. »

M10 : « *C'est euh, parfois à la fin d'une consult, ils vont dire ah ben tiens j'envisage d'arrêter donc j'essaie dans la mesure du possible de leur dire on fait une consultation dédiée à ça.*

Mais c'est vrai que souvent c'est en fin de consult, c'est pas toujours très pratique c'est ah au fait... Donc je t'avoue que voilà j'essaie de faire au mieux parce que je me dis que faut pas louper le coche quand ils te disent ça [...] »

3.3.1.3. Manque de temps des médecins

Plusieurs médecins ont dénoncé un **manque de temps** du fait des plannings chargés, pouvant être néfastes à la prise en charge du patient.

M10 parlait du conseil d'arrêt : « *Euh en pratique quand j'y pense et quand on a le temps je leur propose, après systématiquement je t'avoue que, enfin tu vois une consultation comme aujourd'hui même s'il y a des patients fumeurs on a pas abordé la question, mon planning était plein, j'étais focalisé sur ce pourquoi ils venaient et si un patient m'avait dit je souhaite arrêter le tabac on en aurait parlé mais la j'ai pas fait le dépistage de ce côté-là. [...] Mais du coup c'est pas systématique, systématique, ça dépend de la surcharge de travail.* »

M11 décrivait son suivi : « *Alors après en fonction de comment ils sont si ça se passe bien euh moi je les revois pas. Oui c'est peut-être euh voilà. Faudrait les revoir. Je les revois pas par faute de temps certainement.* »

3.3.2. Prescription des TNS insuffisante seule

Un point important a été soulevé dans plusieurs entretiens, il s'agissait du **rôle du médecin** dans la prise de conscience des patients quant à la nécessité d'un **travail sur eux-mêmes** afin d'initier et de réussir le sevrage sur le long terme.

Certains médecins s'aidaient pour cela de l'**entretien motivationnel**, comme M6 : « *C'est des techniques qu' on apprend en formation pour euh, motiver pour augmenter la motivation des patients et faire pencher la balance dans le sens de l'arrêt plutôt que la poursuite du tabac.* »

Selon M2, pour réussir un sevrage il était nécessaire d'évaluer et de renforcer la motivation du patient : « *c'est bien de les motiver déjà, bien les motiver pour être sûr qu'ils ont vraiment envie d'arrêter.* »

Pour M3, le sevrage était un **travail de longue haleine** : « *j'amène le patient à prendre conscience qu'il est capable d'assumer son sevrage et de réussir, c'est surtout l'échec et la peur de l'échec. [...] Moi je peux refuser de sevrer un patient qui vient me voir pour me dire « je veux m'arrêter de fumer tout de suite » si je ne sens pas chez lui la véritable volonté de vouloir arrêter de fumer, si c'est un coup de, voilà un coup de truc comme ça ou un coup de stress ou je ne sais quoi. Non il y a besoin, je pense que c'est un suivi, y a un suivi psychologique à assurer c'est quand même un travail de longue haleine.* »

Plusieurs médecins ont évoqué l'importance de l'**éducation thérapeutique** pour améliorer la prise en charge du sevrage et son maintien au long cours. La prescription seule de TNS ne suffisait pas, il y avait besoin d'un **accompagnement par le médecin**.

M1 expliquait que l'éducation thérapeutique était nécessaire pour un meilleur suivi du patient : « *Ceux à qui j'ai pris le temps d'en parler et qui vraiment sont motivés bon beh ceux-là ils reviennent en systématique.* »

M9 disait du remboursement : « [...] *c'est pas la solution miracle il faut que je vous explique tout. Ça peut-être une vraie, mais c'est pas miraculeux, il faut qu'on fasse plein d'autres choses autour [...] »*

Pour M3, il était primordial de faire comprendre aux patients qu'un **effort de leur part** était nécessaire, sans quoi le sevrage serait un échec : « [...] *Et on est confronté à cette immédiateté, je veux ça tout de suite là maintenant ci ça, on m'a dit que ci, donc l'éducation thérapeutique fait comprendre au patient que la démarche de soin c'est pas ça [...] »*

« [...] *le patient qui va, qui va faire cette démarche avec un médecin qui va lui lâcher la prescription parce qu'elle est gratuite sans derrière un travail, euh ben il va certainement pas réussir son sevrage et puis ben il va dire ça marche pas, il aura forcément un côté négatif parce que il a pas compris que c'était pas la nicotine qui va lui faire arrêter de fumer quoi et qu'il y a vraiment un travail sur lui, un effort, c'est le comportement [...] »*

Selon M2 : « *Après ce qui est surprenant c'est de voir les gens qui viennent de la pharmacie avec le truc et qui veulent juste une ordonnance quoi, donc du coup il n'y a pas de travail, parce que je pense quand même que le travail qu'on fait nous, pour les convaincre, la façon de le faire et les motiver c'est quand même important aussi quand même. »*

« *Pour moi, le remboursement c'est pas forcément la solution, parce que si on est pas derrière et... Si on est pas derrière faut... Je pense que c'est un échec quoi. »*

3.3.3. Manque d'information sur le remboursement

La plupart des médecins ont fait part d'un **manque d'information** concernant le remboursement, limitant alors son impact dans la prise en charge. Certains trouvaient également que les patients n'étaient pas suffisamment informés, d'où une faible demande spontanée de leur part.

M1 a pris connaissance du remboursement par **l'intermédiaire des médias** : « *Eh bien, que c'est arrivé comme ça brutalement sans qu'on soit vraiment au courant [...] en fin de compte je l'ai su, je me demande même si je l'ai pas su par euh, par média. »*

Des médecins comme M2 ont été **informés par leurs patients** : « *Oui plutôt au courant par les patients, qu'une information médicale. »*

Du fait de son incertitude, M11 a dû appeler la sécurité sociale afin d'avoir des informations complémentaires concernant le remboursement : « *Oui donc euh je l'ai su parce que j'ai appelé, je savais pas si c'était remboursé et quelqu'un m'avait dit je crois que c'est remboursé ou... non quelqu'un m'a dit je crois que c'est plus remboursé alors j'ai dit non je pense que c'est encore remboursé donc j'ai appelé la sécu qui m'a dit que c'était remboursé depuis Avril 2018.* »

Le **caractère illimité du remboursement n'était pas connu** jusqu'à l'entretien : « *Euh qu'est-ce que je sais ? Oui que c'est remboursé intégralement mais je pense que c'est une fois par an. Je me trompe peut-être mais c'est une fois par an que j'ai dans la tête ? [...] Ah c'est illimité ? Ah ben alors, je l'apprends. D'accord.* »

Selon M5 : « *Euh, je trouve qu'on a pas eu assez d'information. Euh... Que, quoi... De la part des pouvoirs publics part rapport à cette prise en charge, je trouve que c'est passé un petit peu sous figurant.* »

« *Euh, les patients se sont pas précipités au cabinet en disant ah c'est remboursé maintenant, on vient, on va l'utiliser. Je pense qu'il y a un vrai problème de manque d'information.* »

M10 **ignorait le changement du remboursement** jusqu'à cet entretien : « *Déjà ? Ah oui d'accord. Ah ben tu vois je me suis... Non je suis pas au point du coup.* »

Elle me disait qu'elle n'avait pas plus de demandes spontanées des patients pour le sevrage depuis le remboursement, possiblement du fait qu'ils n'en soient pas informés non plus : « *Non mais alors je pense pas que les gens, en tout cas, je suis pas sûre qu'ils étaient vraiment informés [...] Mais non j'ai aucun patient, je sais pas s'il y a eu des campagnes d'informations là dessus mais moi je n'ai aucun patient qui m'a donné l'info.* »

3.3.4. Motivation du patient estimée insuffisante par le médecin

Certains médecins estimaient que le remboursement n'était pas forcément bénéfique dans la prise en charge du sevrage du fait d'un **manque de motivation** de la part des patients. Les TNS seraient utilisés comme une **solution de facilité** du fait de l'absence d'avance de frais, sans réelle motivation derrière, d'où un échec plus probable.

Selon M1 : « [...] mais je pense que c'est un peu la facilité du fait que ce soit remboursé, ils se disent bon bah c'est peut-être le moment d'essayer, mais euh, je suis pas sûre que ça les motive vraiment tu vois ? »

Pour M2, certains patients les prenaient comme **la pilule miracle** sans réelle volonté de sevrage de leur part : « Après il y en a qui, qui diraient, en profite comme c'est... Le risque que ce soit remboursé c'est qu'il y en a ils vont le chercher mais bon, ils ne sont pas vraiment motivés pour arrêter, donc ils prennent ça plutôt comme la pilule miracle, le patch miracle et comme ils ne sont pas motivés, bon ils arrêtent au bout de quelques jours. »

« [...] justement il y en a certains comme c'est gratuit ils vont le chercher mais parfois ne l'utilisent même pas. »

D'après M3, les patients étaient dans un **monde de l'immédiateté** et n'acceptaient pas de devoir **faire des efforts** afin de réussir un sevrage : « [...] c'est-à-dire les gens, ah c'est remboursé, je viens, on consomme, c'est-à-dire euh on arrive et ils s'imaginent pas que le sevrage c'est un effort, que 90 % de l'effort c'est à eux de le faire, et que le substitut nicotinique n'est qu'une aide, ou ce que je vais donner à côté ça sera qu'une aide.

Ça c'est ce que je dis dans mon discours aussi, je, j'essaie vraiment de mettre le patient en face de l'effort du sevrage, c'est-à-dire moi j'ai pas de baguette magique en lui disant je vais vous donner un substitut, je vais vous donner un médicament et vous allez arrêter de fumer, ça n'existe pas ça, on vit dans un monde de l'immédiateté. »

3.3.5. Risque de chronicité de l'utilisation des TNS

Quelques médecins ont fait part de leurs inquiétudes sur la possibilité d'une **chronicité dans l'utilisation des TNS** du fait qu'ils soient remboursés, sur l'absence d'avance de frais et de limite de temps. Les patients n'auraient **pas de réel objectif de sevrage complet**.

Selon M1, les patients les utiliseraient afin de diminuer leur consommation de tabac et de faire des économies, mais sans objectif d'arrêter. : « Après, je me demande aussi, si le remboursement risque pas de créer des dérives, c'est-à-dire, que les patients risquent de profiter du remboursement afin de diminuer leur consommation et du coup leurs dépenses mais sans avoir pour objectif final d'arrêter de fumer. »

Pour M12 : « [...] si les gens sachant que c'est remboursé vont pouvoir mettre plus longtemps que prévu quoi, en se disant ben de toute façon je risque rien pendant que c'est comme ça je fume pas donc je peux faire 6 mois, 9 mois. Ce qui se passe actuellement pour la cigarette électronique. »

3.3.6. Perte de suivi des patients

Plusieurs médecins ont rapporté une **perte de suivi des patients** pouvant être néfaste sur le maintien de l'abstinence au long terme.

M10 décrivait son suivi : « [...] et une évaluation rapide à un mois au plus tard. Mais je t'avoue que là on en perd beaucoup, t'as des patients qui reviennent pas. »

« Ben en gros une fois par mois ben je te dis au niveau du suivi on est pas bon, enfin en gros ils viennent plus me voir en fait. [...] mais il y a une perte de suivi après. Souvent tu les vois une fois, une deuxième fois puis après ils viennent plus. Moi quand je les vois une seule fois je suis contente. »

M9 parlait de la difficulté du suivi : « Alors c'est toujours difficile parce que souvent ils arrêtent sans trop nous l'avoir dit quoi. [...] mais c'est vrai qu'ils vont se tenir à mon calendrier les 2, 3 premiers mois et après ils s'arrêtent, ils disent c'est bon c'est fini je suis sevré quoi donc euh voilà.

Ou alors je les revois 6 mois plus tard en disant ouais la dernière fois ça a bien marché mais j'ai rechuté donc voilà... »

M11 : « Si ça se passe bien alors je les perds un peu de vue. Il faudrait les revoir en fait, avoir une ou deux autres consultations après, logiquement. Ce que je fais pas. »

3.3.7. Formation insuffisante des médecins en addictologie

Certains médecins étaient mal à l'aise concernant l'addictologie en général, que ce soit sur les règles de prescription des TNS ou sur les mesures d'accompagnement, telles que le suivi psychologique ou l'entretien motivationnel.

M1 expliquait sa prise en charge dans le sevrage et notamment sa **peur du surdosage en nicotine** : « j'utilise plutôt, moi j'ai un peu la trouille, j'utilise que les patchs. Je dis, je leur dis que parfois on

peut associer les deux mais que je préfère pas. [...] il vaut mieux faire que le patch d'abord et on verra en fonction si les gens sont vraiment trop mal qu'avec les patches, à ce moment la bon, associer avec les gommes à mâcher ou les pastilles à sucer, mais j'ai un peu la trouille de surdoser tu vois. »

Elle faisait part de la nécessité d'une formation en addictologie et notamment pour le **suivi psychologique** : « *[...] peut-être être formé là-dessus, ou alors être formé peut-être par rapport, euh, au concept d'addictologie tout en sachant qu'on est quand même toxicomane jusqu'à la fin de ses jours donc peut-être pour pas retomber dans le, dans le... recommencer à fumer, euh, je sais pas. A mon avis, il faut quand même qu'il y ait... l'amélioration ce serait peut-être dans le suivi, euh, psychologique. »*

Selon M8, il existait également une faiblesse au niveau de **l'entretien motivationnel** : « *La formation sur ça ouais, par rapport au tabac et du coup plus au niveau psychologique [...] c'est plus au niveau de l'entretien motivationnel qu'il faudrait qu'on nous aide. »*

M7 disait n'avoir **aucune formation sur la prescription des TNS** : « *Je n'ai absolument aucune formation, je le fais au pifomètre donc voilà. »*

« *En fait je pense qu'il faudrait former un peu plus les médecins généralistes, tout simplement, au moins avoir la base du sevrage. Parce que là on a vraiment les grandes grandes lignes mais euh, il y a plein de choses où moi je ne suis pas du tout à l'aise euh... »*

Pour M5, les connaissances de base en addictologie étaient insuffisantes ; de ce fait, les médecins peu motivés pour réaliser une formation continue n'avaient pas le savoir nécessaire pour le bon déroulement de l'accompagnement dans le sevrage : « *Je pense que pour nous la formation euh basique n'est pas bonne sur tout ce qui est addictologie et accompagnement euh...*

Et je pense que si on a pas la motivation de se former en formation continue, euh... Ben on est pas très formé. »

4. DISCUSSION

4.1. Réponse à la question posée

Le remboursement des TNS a eu un impact positif sur l'attitude des médecins généralistes dans l'accompagnement du sevrage tabagique des patients sur plusieurs points : argument supplémentaire dans le discours en tant qu'atout motivationnel ; aide dans la prise en charge car meilleure marge de manœuvre, amélioration de la qualité du suivi et influence indirecte du patient ; augmentation du nombre de prescriptions suite à une augmentation des conseils d'arrêt et des propositions de TNS, précocité des prescriptions et augmentation des demandes spontanées des patients.

Cependant plusieurs facteurs freinant cet impact ont été évoqués : consultation chronophage, prescription des TNS insuffisante seule, manque d'information sur le remboursement, motivation du patient jugée insuffisante par le médecin, risque de chronicité de l'utilisation des TNS, perte de suivi des patients, insuffisance de la formation des médecins en addictologie.

4.2. Forces et faiblesses du travail

La question de l'impact du remboursement des TNS sur l'accompagnement des patients tabagiques par le médecin généraliste était pertinente au vu de la nouveauté de ce système en France et du manque de données actuelles dans la littérature sur le sujet. Notre étude nous a paru utile afin de comprendre les différents effets du remboursement sur l'attitude du médecin, et de remédier aux freins éventuels.

4.2.1. Validité interne

Il est nécessaire d'évaluer la validité interne d'une étude qualitative afin de s'assurer de la crédibilité des données recueillies et de leur fidélité à la réalité.

4.2.1.1. Introduction

L'introduction a été rédigée à la suite de la lecture d'une revue de la littérature, avec l'aide de PubMed, Google Scholar, et de la bibliothèque universitaire de Montpellier. Cette revue, bien que non exhaustive, a permis de rassembler des informations concernant le remboursement des TNS et plus globalement sur le tabagisme et sa prise en charge.

Les recommandations françaises de l'HAS ont été utilisées afin de rédiger une partie de l'introduction sur la prise en charge du sevrage tabagique.

Malgré une recherche approfondie, il a été difficile de trouver des études validées concernant la toxicité exacte de la nicotine sur l'homme, du fait des données très limitées sur le sujet. La dose létale retenue, comprise entre 0,6 et 0,85 mg/kg soit entre 40 et 60 mg de nicotine ingérée, diverge par rapport aux doses ingérées dans les cas documentés d'intoxications fatales. D'après une étude sur la biodisponibilité et la cinétique de la nicotine, la dose létale serait plus de dix fois supérieure à celle actuellement retenue soit entre 6,5 et 13 mg/kg de nicotine ingérée.(13)

4.2.1.2. Méthode

Étude qualitative

L'élaboration d'une étude qualitative nous a semblé la plus adaptée afin de répondre à la question de recherche. En effet ce type d'étude permet d'analyser les motivations, les émotions ou les facteurs impactant les comportements. Elle nous aide à mieux comprendre les interactions entre patients et médecins, et contribue au recueil du ressenti des personnels soignants à partir de, leurs expériences personnelles. La méthode qualitative convient parfaitement pour la recherche en médecine générale, parce qu'elle permet d'accéder de façon étendue à la compréhension de la santé et aux déterminants des soins. (14)

Population étudiée

Cette étude portant sur l'accompagnement des patients dans le sevrage tabagique en médecine générale, nous avons décidé d'en exclure les médecins remplaçants. En effet, il était nécessaire que les médecins puissent établir un suivi régulier du patient ainsi qu'une relation de confiance susceptible d'influencer la prise en charge du sevrage, alors que les remplaçants interviennent épisodiquement.

Il fallait également que les médecins soient installés depuis au moins 3 ans, afin de pouvoir comparer leur pratique antérieure au remboursement de printemps 2018 à leur pratique ultérieure.

L'échantillon de la population a été sélectionné afin d'obtenir le plus de variété possible. Cependant il est possible qu'il y ait un biais de sélection du fait de ne disposer que d'un seul médecin fumeur sur les 13. Le recrutement des médecins a été difficile notamment en région rurale où aucun médecin n'a répondu à la demande d'entretien. Il est possible que cela ait créé un autre biais de sélection. Sur 28 médecins contactés, 13 ont réagi et ont participé aux entretiens. Les causes de non réponse ne sont pas connues. L'étude est tout de même valide, car la population étudiée reste représentative par rapport à la répartition des médecins dans le Gard et en Gironde.

Elle est diversifiée concernant le mode d'exercice, le sexe, l'âge et la date d'installation.

La saturation de données a été obtenue au 12ème entretien.

Recueil de données

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels semi-dirigés pour le recueil de données. Le vécu et le ressenti des médecins pouvaient être mieux approfondis à travers cette méthode, grâce à la liberté d'expression, bien qu'elle prenne plus de temps que les entretiens de groupe.

Le guide d'entretien a servi, lors des interviews, à garder une logique et à ne pas oublier les points importants à aborder. Tous les entretiens ont été menés par une seule investigatrice, ce qui sert la cohérence de l'ensemble. Le guide a été enrichi au fur et à mesure, et des phrases ont été reformulées pour une meilleure compréhension.

L'une des forces de notre travail a été l'enregistrement audio des entretiens dans leur intégralité, après accord oral des participants, car il a permis d'éviter un oubli de donnée ou un biais de

mémoire. De plus, l'absence de prise de notes par l'investigatrice grâce au magnétophone, était un atout qui lui permettait de porter toute son attention sur l'entretien et d'être réactive aux points importants. Cependant, il était nécessaire d'assurer l'anonymat des interlocuteurs, car l'inconvénient de cette méthode d'enregistrement était qu'elle pouvait impressionner les participants, puisque leurs conversations privées seraient rendues publiques.

Les médecins ont pu choisir le lieu de l'entretien, privilégiant ainsi un environnement familier et rassurant pour une meilleure confiance sur leur pratique et leur ressenti. L'entretien leur était proposé soit au téléphone, soit en personne au domicile ou à leur cabinet.

Un biais d'interprétation a pu être engendré lors des interviews téléphoniques du fait de l'inaccessibilité des expressions non verbales des interlocuteurs. A l'inverse, il est possible que les participants réalisant les entretiens en face à face aient été intimidés par la vue de l'investigatrice, avec pour conséquence de ne pas libérer entièrement les informations.

L'investigatrice connaissait 8 des 13 participants, d'où une ambiance sans doute plus favorable aux discussions et aux confidences. Cela a pu avoir une influence positive sur la qualité des entretiens.

Analyse des données

Nous avons opté pour une analyse qualitative de type thématique permettant de déceler les composants sémantiques importants au sein des verbatims, et de les rassembler en catégories. Les données sont ainsi reformulées de façon condensée et formelle et peuvent être étudiées plus facilement. (15)

Nos résultats ont par la suite été illustrés en deux cartes heuristiques. Une carte heuristique correspond à un organigramme représentant les idées classées de façon hiérarchique grâce à une arborescence. Elle aide à la compréhension et à la mémorisation des données par la perception des liens entre les idées. (16)

Afin de limiter un biais d'interprétation et d'accroître la fiabilité des résultats, le directeur de thèse a effectué séparément une seconde analyse des verbatims. En effet, si l'analyse est effectuée par une seule personne, elle peut être influencée par son vécu ou ses représentations personnelles. La catégorisation des données et des thèmes a donc été retravaillée avec celui-ci, les informations peu pertinentes ou subjectives ont été supprimées. (17)

4.2.1.3. Résultats

Impact principalement au niveau du comportement des patients

A l'issue de notre étude, de nombreux médecins disaient avoir changé positivement leur attitude dans la prise en charge du sevrage depuis le remboursement, principalement de façon indirecte à travers les patients.

Malgré des recherches approfondies, aucune étude s'intéressant à l'impact du remboursement des TNS sur le comportement des médecins généralistes n'a été trouvée. Nous pouvons tout de même discuter de l'étude PRALINE dont le but était de connaître l'impact du remboursement du vaccin hexavalent Infanrix Hexa® sur les pratiques des médecins généralistes et pédiatres en France. Elle montrait un changement significatif des pratiques des médecins avec une augmentation des propositions de ce vaccin, et une augmentation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les nourrissons. Cependant il n'était pas précisé si leur pratique avait été influencée par la demande des patients. (18)

Lors de notre étude, il s'agissait surtout d'un **changement du comportement des patients** ayant alors un **impact indirect** sur la prise en charge des médecins.

Pour M12, les patients étaient **plus motivés** : « *Tu veux que je te dise, ça m'a pas modifié grand chose. C'est les gens que ça motive. Moi ça me motive pas plus hein ? [...] Disons que moi ça me motive indirectement, tu vois ça motive davantage le patient.* »

M7 : « *Mmmh, moi en rien du tout je pense honnêtement. Pas en grand chose. J'ai l'impression que ça a plus changé pour les patients que pour moi. J'ai pas changé de discours.* »

M13 ne voyait pas de changement dans son attitude à elle, simplement une **meilleure adhésion du patient** : « *Ben ça a modifié simplement dans le sens où les gens acceptent mieux voilà c'est tout.* »

Une étude aux Pays Bas a été réalisée concernant l'impact du remboursement des traitements d'aide à l'arrêt du tabac sur le comportement des patients. Les résultats décrits concordent avec les dires des médecins interrogés lors de notre étude. Le remboursement des traitements favorisait une meilleure adhésion des patients, ainsi qu'une meilleure observance. La motivation quant à elle se discute. Selon eux, le remboursement aidait à passer le cap pour les moins motivés, cependant le coût du traitement pouvait aussi les amener à arrêter plus vite. (19)

Plusieurs médecins ont expliqué que ce manque d'impact directement sur leur attitude était peut-être dû au fait qu'ils **proposaient déjà les TNS en systématique** avant le remboursement, comme M13 :
« *Non je crois que je le proposais tout le temps de toute façon [...]* »

Ou M8 : « *[...] mais moi ouais j'avais quand même tendance déjà à le prescrire, le proposer avant.* »

Pour M5, le remboursement n'avait rien changé, elle expliquait qu'elle n'avait jamais eu de patients arrivant au terme du forfait des 150 euros annuel : « *Je peux pas vraiment dire que ça a modifié parce que je le proposais de manière systématique, après c'est le choix du patient et comme je le disais précédemment, comme je n'ai jamais été confrontée au fait que la durée soit pas suffisante sur le budget global de l'ordonnance, ça n'a pas vraiment changé ma prise en charge.* »

De la même façon, ; c'était à ses patients de choisir la méthode de sevrage qui leur correspondait le mieux : « *[...] j'essaye toujours de donner des informations assez générales pour que le patient se situe et choisisse la méthode quoi qui lui conviendrait le mieux.* »

Cette pratique était d'ailleurs le fait de la majorité des médecins. Il fallait **laisser le choix de la méthode de sevrage** à leurs patients, sans quoi l'imposition mènerait à l'échec. Il paraît donc inutile de prescrire des TNS si ce n'est pas ce que veut le patient.

Pour M3 : « *[...] tout dépend de l'échange que je vais avoir avec le patient, c'est-à-dire, moi je suis dans la proposition, je suis pas du tout dans l'imposition ou quoi que ce soit.* »

Selon M6 : « *Oui je propose quasiment tout le temps une aide au sevrage, mais je laisse le patient libre du choix de sa méthode. Ça dépend, je l'accompagne, je lui donne des outils motivationnels et tout ça et je prescris pas forcément des patchs s'il veut faire autre chose, la cigarette électronique, l'acupuncture ou n'importe quoi, je.. Je vais dans son sens à lui.* »

« *Si on impose des patchs à quelqu'un qui ne veut pas entendre parler des patchs ça ne marchera pas.* »

M12 : « *Il faut proposer la méthode dont tu vois qu'elle risque de recueillir le sentiment du fumeur.* »

Selon les recommandations de bonne pratique, les thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac doivent

être adaptées à chaque patient en fonction de ses antécédents, du niveau de dépendance, des contre-indications éventuelles, ainsi que de leur préférence. (20)

Cependant, si un traitement médicamenteux est souhaitable, les TNS doivent être proposés en première intention d'après l'HAS. Leurs multiples formes galéniques leur permettent de s'accorder aux volontés du patient. (2)

Plusieurs médecins étaient surpris que le remboursement n'ait pas provoqué un **effet d'annonce** plus important.

M2 : « [...] au début il y a eu, il y a eu peut-être une peu plus de demande, mais pas tant que ça en fin de compte. Je m'attendais à ce qu'il y ait plus de demande que ça, je trouve que ça n'a pas été si énorme[...] »

M5 : « [...] les patients se sont pas précipités au cabinet en disant ah c'est remboursé maintenant, on vient, on va l'utiliser. »

Cela peut s'expliquer par un manque d'information en direction du corps médical et des patients.

Afin de promouvoir le remboursement des TNS, on pourrait mettre à disposition des prospectus dans les cabinets médicaux ou des affiches ainsi que des **campagnes d'information par les médias**. En effet, l'action de ce type de campagne est reconnue comme étant efficace pour atteindre la population générale. (21,22)

Importance de la sollicitation du médecin pour l'initiation du sevrage

Certains médecins ont rapporté que la demande de sevrage était rarement à l'initiative du patient mais souvent liée à une **sollicitation du médecin**.

Pour M5 : « *quoi c'est même souvent à moi d'instaurer quoi, la... De poser la question : est-ce que c'est le moment ou pas pour envisager un sevrage tabagique. C'est rarement à l'initiative du patient. Je trouve que ça était un peu provoqué, alors pas forcément lors de la première consultation mais ils vont revenir après une sollicitation.* »

Selon M6 : « *Après des fois il y a des gens je leur parle de sevrage une fois et c'est un an après*

qu'ils viennent me voir pour dire ah ben finalement j'aimerais bien qu'on s'en occupe. »

M3 disait que les patients fumeurs étaient souvent **dans l'évitement du sujet du sevrage** : « [...] *c'est un sujet qu'ils sont toujours fuyant, toujours un peu on va dire, euh, dans l'évitement bon moi j'essaye de proposer [...] »* et parlait de l'importance du rôle du médecin afin de faire comprendre aux patients qu'ils peuvent y arriver : « [...] *il faut peut-être qu'on parle un peu du sevrage, vous pouvez y arriver. Ah non docteur c'est impossible je peux pas je suis pas dans une période... Ok pas de soucis, je reçois à 100 % ce que vous me dites mais on aura l'occasion d'en reparler [...] Et voilà une deuxième fois je relance un petit peu l'affaire et petit à petit, j'amène le patient à prendre conscience qu'il est capable d'assumer son sevrage et de réussir »*

Selon lui, il fallait **avoir du tact** afin de ne pas faire fuir les patients peu motivés sur le moment pour le sevrage : « *Ça les fait fuir des fois, faut avoir tout le tact pour pouvoir les garder quoi. Sans pour autant être le médecin un petit peu voilà jusqu'au boutiste ou quoi que ce soit mais j'arrive toujours avec mes patients, en particulièrement avec mes patients, à ouvrir le débat avec beaucoup de tact, voilà. Sans pour autant leur imposer quoi que ce soit. »*

La **relation médecin-patient** est primordiale afin d'instaurer un climat de confiance nécessaire à la réussite du sevrage. Le médecin se doit d'être empathique et de ne pas dramatiser la situation. (23)

D'après M13, il paraît essentiel que le médecin applique **le conseil minimal d'arrêt** à chaque patient fumeur : « *Enfin il est normalement connu que quand on propose aux gens comme ça juste d'arrêter il y avait un pour cent quand même de personnes qui arrivent à s'arrêter donc euh oui, oui. »*

En effet, plusieurs études ont montré l'importance du conseil minimal d'arrêt par le praticien pour l'initiation du sevrage et ce malgré l'absence de volonté du patient pour arrêter. (23,24)

Pourtant certains médecins ne le pratiquaient pas en systématique.

M11 disait le faire en **fonction de son ressenti sur le fumeur**, s'il avait l'odeur du tabac sur lui : « *Euh, c'est pas à chaque patient fumeur non, je devrais certainement mais... Quand je le fais oui je propose... Enfin si je vois qu'il fume euh l'odeur ben là je le propose oui je lui dis. »* ou s'il y avait des symptômes à l'auscultation « [...] *j'entends que ça siffle, j'entends, je vois bien qu'il fume là on*

aborde le sujet assez vite [...] »

Il a évoqué l'hypothèse que les patients se confiaient mieux aux médecins fumeurs. D'après lui, la relation médecin-patient serait renforcée si le médecin était également fumeur et l'abordage du sevrage facilité : « *Et puis alors ça dépend peut-être euh aussi à qui on s'adresse, moi je suis pas fumeur, quelqu'un qui est fumeur peut-être aurait, d'abord ça se sent peut-être, ça se voit ou... Donc la personne aura peut-être plus de facilité à parler avec quelqu'un qui est fumeur [...]* »

Une précédente étude a décelé que les médecins fumeurs pensaient en effet avoir une meilleure relation avec les patients tabagiques du fait de ce point commun. Cependant cette hypothèse n'a pas été confirmée. A contrario, il a été démontré que le tabagisme des médecins influençait sur leur pratique surtout de façon négative. Ils avaient moins tendance à proposer le conseil minimal d'arrêt par rapport aux médecins non fumeurs. (25)

M12 émettait l'idée du sevrage en **fonction des facteurs de risque cardiovasculaire** et du niveau de consommation tabagique des patients : « *A chaque patient fumeur non, parce que tout dépend de l'intoxication et des autres facteurs de risque.* »

Cela signifie qu'une certaine catégorie de fumeurs passe à travers les mailles du filet. En effet, l'auscultation peut être normale et tous les fumeurs ne sentent pas le tabac.

Une étude en Pologne a cherché à connaître les attentes des patients concernant leur médecin généraliste pour l'arrêt du tabac. Il en est ressorti qu'ils s'attendaient à ce que ce soit le médecin qui aborde en premier le sujet du sevrage. Ils trouvaient que les médecins étaient trop passifs, n'avaient pas suffisamment de temps et ils souhaitaient avoir des prises en charge plus adaptées à leur personne. (26)

On pourrait remédier à ce problème en **sensibilisant davantage les médecins**, en matière de santé publique, aux dépistages des patients tabagiques de façon systématique. Il serait nécessaire également d'**optimiser le conseil minimal d'arrêt**, en **renforçant la formation** des médecins et en proposant des techniques d'entretien motivationnel rapide afin de pallier à leur manque de temps. (27)

Prévention tabagique chez les jeunes

Certains médecins proposaient de faire de la **prévention chez les jeunes**, afin de les éduquer aux risques du tabac et de limiter, au plus tôt, sa consommation.

M9 : « *Je suis persuadée que pour réussir à faire des choses en matière de santé il faut éduquer les plus jeunes en matière de santé donc euh... Je pense qu'il faudrait parler de tout ça dans les collèges, euh à l'école, enfin l'intégrer au programme scolaire réellement hein. Les dangers du tabac déjà bon pour éviter qu'ils fument et parler éventuellement du sevrage ça peut permettre aussi à des parents de collégiens qu'ils peuvent se sevrer etc... »*

En effet, l'âge d'initiation du tabagisme est un facteur important concernant la prévalence et le niveau de consommation. Les fumeurs ont plus de risques de devenir dépendants s'ils ont commencé à fumer tôt. (2)

Il paraît donc crucial de faire de la prévention chez les enfants et adolescents, par exemple en l'incluant dans le programme scolaire ou en formant les infirmières pour qu'elles fassent des interventions dans les lycées et collèges. (28)

Le médecin peut également faire de la prévention chez les jeunes de 5 à 18 ans s'il le juge nécessaire, en donnant des informations et des conseils brefs, toujours avec l'accord aux parents. (29)

Optimisation des TNS

Pour certains médecins, il était nécessaire d'arrêter immédiatement le tabac lors du sevrage, il n'était pas concevable de fumer en utilisant les patchs.

M8 : « *Par contre quand ils arrêtent ils arrêtent, enfin moi c'est le message que j'essaie d'avoir. Le truc là c'est quand vous décidez d'arrêter, vous arrêtez complètement on met les patchs c'est pas pour fumer à côté euh voilà c'est vraiment pour arrêter puis s'il y a des envies il y a toujours la, les gommes, les pastilles pour prendre à côté. »*

M11 disait préférer utiliser le Champix, dans le sens où le patient pouvait commencer le traitement sans arrêter brutalement sa consommation tabagique : « *Mais je suis plutôt pour le Champix parce qu'on est pas du tout obligé d'arrêter de fumer quand on commence le traitement, c'est ça qui fait*

que ça paraît plus simple. »

A contrario, il était indispensable pour d'autres, de faire comprendre aux patients qu'ils pouvaient **diminuer progressivement leur consommation tabagique** tout en utilisant les TNS. Cette méthode selon eux, rassurait le patient et freinait moins la mise en place de ce traitement.

Selon M10 : « [...] donc je leur dis qu'ils se patchent même s'ils continuent à fumer parce que c'est difficile, on s'en fout ils laissent le patch.[...] même s'ils ont le patch je leur dis et ça, ça les rassure en fait de se dire que même s'ils sont patchés ben ils ont le droit de cloper. Parce qu'il y en a qui me disent ouais mais si je fume il faut que je retire le patch, je leur dis ben non non vous tirerez moins sur la latte ça risque rien il y a aucun risque cardiaque euh voilà. »

M13 : « Ce qui est fou c'est qu'on est un peu obligé de se battre un petit peu pour faire comprendre aux gens qu'ils ont pas besoin forcément d'arrêter de fumer pour mettre ces patchs. Parce que finalement il y a beaucoup de gens qui gardent ça dans l'esprit, qu'à partir du moment où ils vont mettre les patchs ils vont plus pouvoir fumer et du coup pour eux c'est un gros frein. »

Selon les recommandations de l'HAS, il est possible de proposer les TNS pour une réduction progressive de la consommation tabagique chez les personnes non motivées pour arrêter immédiatement ou n'y arrivant pas de suite. (2)

Les patients souhaitant une réduction progressive de leur consommation par les TNS sont surtout les gros fumeurs ou les personnes non motivées pour un sevrage complet. (30)

Cette méthode permettrait donc d'atteindre une certaine catégorie de patients et de les motiver progressivement à arrêter totalement.

D'après une revue Cochrane, l'utilisation des TNS avant le jour d'arrêt permettrait une meilleure réussite au sevrage ; cependant ces résultats méritent d'être confirmés par d'autres études. (31)

Selon un article du Collège australien des médecins généralistes, l'utilisation de timbres transdermiques quelques jours avant le sevrage a fait ses preuves. (32)

Certains médecins ont évoqué leurs **doutes concernant le dosage des TNS**, avec une peur du surdosage, ainsi qu'une incompréhension face à la pratique des spécialistes qui n'hésitent pas à doubler les doses.

Comme M7 : « *Là quand j'en avais discuté avec un addictologue il m'a dit qu'il fallait pas hésiter des fois à mettre 2 patchs ! Sauf que moi mettre 2 patchs, je l'ai regardé avec des yeux ronds ! Ça m'a paru aberrant comme euh... »*

Le dosage des TNS doit être adapté au niveau de dépendance du patient. En France, les patchs transdermiques ne dépassent pas 21 mg/h. (2)

Il se peut que certains patients aient besoin d'un dosage plus élevé en nicotine afin de réussir leur sevrage. Une étude a montré qu'on pouvait aller jusqu'à 84 mg/h sans effet indésirable majeur. (33) Cependant le bénéfice du doublement des doses de patchs n'est pas très significatif et mérite un complément d'étude. (31,32)

Il serait nécessaire d'**optimiser la formation des médecins** concernant l'utilisation des TNS afin de limiter les sous dosages et donc les échecs, et de les rassurer sur les risques encourus. (32)

Plus de tentatives de sevrage voire de réussites

Selon quelques médecins interrogés, le remboursement allait entraîner une **augmentation du nombre d'essais d'arrêt**, voire même **plus de réussites de sevrage complet**. Du fait que le temps du sevrage pouvait s'adapter à chaque patient, se faire plus progressivement, le traitement serait mieux suivi, avec peut-être moins d'échec.

D'après M6 : « *Je pense qu'on va avoir plus de réussite. Sur la durée. [...] Donc là le fait que ce soit remboursé ça permet de prolonger ce temps de, d'adaptation jusqu'au sevrage complet. »*

Plusieurs pays ont initié le remboursement des TNS avant la France.

Une étude de 2014 a été réalisée au Canada afin d'étudier la consommation des TNS et la réussite des sevrages selon les régions concernées ou non par le remboursement en 2000. Celle-ci montre qu'il y avait en effet une augmentation de l'utilisation des TNS ainsi que des réussites du sevrage dans les régions où les TNS étaient remboursés complètement. (34)

De même, aux Pays-Bas, à la suite du remboursement en 2011, il a été relevé une augmentation de leur prescription ainsi qu'une diminution de la prévalence du tabagisme. (35)

Cependant, selon une autre étude, le remboursement a entraîné une augmentation des tentatives d'arrêt aux Royaume Unis et Pays Bas, mais le taux de succès du sevrage est resté stable. (36)

Prise de poids amoindrie

M8 disait que la **peur de prendre du poids** était un frein à l'arrêt du tabac, surtout chez les femmes, et que le remboursement des TNS allait permettre un sevrage plus progressif d'où une prise de poids moins importante : *« Euh ce qui peut les rassurer aussi c'est parce que souvent ils me disent oui j'ai peur de prendre du poids, d'avoir un manque donc justement on va faire ça de façon progressive. [...] peut-être qu'il y aura moins cette prise de poids qui peut-être assez rapide chez certains surtout chez les femmes (le téléphone sonne) qui ont peur de ça oui. C'est un frein à l'arrêt du tabac aussi j'ai remarqué. »*

Plusieurs études ont montré que les traitements d'aide à l'arrêt pouvaient être utiles pour **minimiser le gain de poids** durant le sevrage, notamment en ce qui concerne les **gommes à mâcher**. Cependant, cela n'empêcherait pas la prise de poids après l'arrêt du traitement. (37)

Le niveau de dépendance à la nicotine est l'un des facteurs principaux intervenant dans la prise de poids. (38)

Il serait intéressant de dépister les patients à risque d'une prise de poids importante durant le sevrage, afin de les accompagner au mieux avec un traitement adéquat et un suivi rapproché du poids. (39)

Usage de la cigarette électronique

Au cours de l'étude, plusieurs médecins ont fait part de leurs **incertitudes concernant la cigarette électronique**. Ils disaient ne pas avoir suffisamment de recul ni de données scientifiques la concernant. Elle faisait tout de même partie du panel des propositions de sevrage car **jugée moins nocive** que le tabac. Cependant, elle était présentée avec parcimonie par les médecins, du fait de son **utilisation au long terme** par les patients qui s'en servaient plus comme une seconde addiction que pour un réel sevrage complet.

M5 : *« Mais je suis assez sceptique, quoi depuis l'introduction de la cigarette électronique parce que je trouve que les sevrages sont beaucoup beaucoup plus longs et plus difficiles quand la cigarette électronique est mise en jeu. »*

M6 : *« Je trouve qu'on a pas beaucoup de recul. Les patients ils s'en sont tous emparés. Ils ont tous trouvé ça plus génial que les patchs et puis finalement ben maintenant ils sont accros à leur*

cigarette électronique et des sevrages réels avec la cigarette électronique j'en ai pas vu beaucoup. »

Selon les recommandations de l'HAS de 2014, la cigarette électronique n'est pas préconisée pour la réduction de la consommation tabagique ou pour le sevrage. Cependant elle peut être proposée si le patient refuse tout autre moyen validé, tout en gardant l'objectif d'un sevrage complet. Le rapport de l'OMS va également dans ce sens, étant donné le manque de données scientifiques concernant son innocuité. (2)

Il est intéressant de comprendre quels types de patients sont sujets à utiliser la cigarette électronique plutôt que les TNS. Selon les données de la littérature, il s'agit surtout des patients jeunes, ou avec un revenu élevé. (40)

Une étude récente au Royaume-Uni a montré qu'il y avait plus de réussites de sevrage tabagique avec la cigarette électronique (18 %) qu'avec les TNS (9,9 %), tous deux associés à un soutien psychologique. Cependant 80 % du groupe consommant la cigarette électronique continuaient de l'utiliser 1 an après le sevrage, contre 9 % du groupe TNS. (41)

Ces données ont également été confirmées par une seconde étude de plus grande ampleur en Angleterre, démontrant la supériorité de la e-cigarette dans le sevrage par rapport aux TNS. (42)

Concernant l'**addiction à la cigarette électronique**, plusieurs études se contredisent. L'étude PATH révèle en effet que les utilisateurs de la e-cigarette sont moins dépendants à la nicotine que les utilisateurs de vraies cigarettes. (43)

A contrario d'une autre étude plus récente concernant seulement les jeunes adultes, qui montrait que les cigarettes électroniques pouvaient rendre plus dépendants que les cigarettes traditionnelles. (44)

On peut en conclure que les cigarettes électroniques sont efficaces dans le sevrage tabagique pour aider les patients réfractaires aux autres méthodes, à condition de ne pas en devenir dépendants et de bénéficier d'un accompagnement médical.

Pour certains médecins, elles constituaient l'avenir de la prise en charge du sevrage et ils attendaient avec impatience qu'elles soient également remboursées par la sécurité sociale et les mutuelles.

M13 : *« Et puis je pense que ce serait pas mal s'il y avait une aide à ce que les gens puissent s'acheter une cigarette, ça coûte cher hein ! Les cigarettes électroniques ça coûte euh, les bonnes,*

parce que si... une pas bonne ben ça marche pas bien [...] Je crois qu'en Angleterre, les gens sont aidés avec la cigarette électronique »

M12 : *« Même si je suis pas prescripteur, partisan[...] je pense qu'il faudrait rembourser la cigarette électronique aussi. »*

Déléguer aux paramédicaux

Afin de pallier au manque de temps des médecins ou à leur désintérêt face à l'addictologie, plusieurs médecins ont évoqué l'idée de faire participer les paramédicaux.

Les infirmières asalées sont des infirmières déléguées à la santé publique qui vont inclure un patient dans un protocole spécifique, en accord avec le médecin généraliste. Actuellement elles permettent le suivi et le dépistage des patients diabétiques, le suivi des patients BPCO et des facteurs de risque cardiovasculaire, ainsi que le dépistage des troubles cognitifs. (45)

On pourrait proposer un protocole spécifique pour le sevrage tabagique, avec des infirmières asalées qui seraient formées pour l'éducation thérapeutique. Leur intervention permettrait d'évaluer le patient sur sa dépendance, sa motivation et pour le suivi, tout en gardant une cohésion dans l'équipe médicale avec des réunions permettant le partage d'informations.

Comme le dit M9 : *« [...] implanter une infirmière asalée donc ça permet de faire des consultations un peu spécifiques par une infirmière formée en éducation thérapeutique et qui va avoir plus de temps aussi qu'un médecin généraliste pour aborder ces thèmes là [...] »*

M3 disait que le dépistage tabagique était l'affaire de tous, y compris des paramédicaux : *« [...] aujourd'hui on parle d'éducation thérapeutique chez le pharmacien [...] ça peut-être aussi l'affaire des infirmières quand elles viennent à domicile, ça peut-être l'affaire de tout le monde paramédical. »*

En effet, **le pharmacien** peut jouer un rôle important dans le cadre du dépistage tabagique et donner le conseil minimal d'arrêt. (46)

Il peut également être utile dans l'éducation thérapeutique, notamment lorsque le patient vient chercher un TNS sans avoir au préalable consulté un médecin. L'étude PROSPERO a d'ailleurs

montré l'efficacité des interventions en pharmacie pour l'arrêt du tabac. (47)

4.2.2. Validité externe

La validité externe est déterminée par le fait de pouvoir étendre les résultats obtenus de l'étude à d'autres situations ou contextes. Pour cela l'échantillon étudié doit être représentatif. Il est donc nécessaire de décrire au mieux la population étudiée afin de pouvoir comparer les résultats de façon adéquate. Concernant la recherche qualitative, on utilise la notion de saturation de données car elle permet de percevoir les subtilités et complexités de l'objet d'étude. (17)

Notre étude est valide car la notion de saturation de données a été atteinte et appuyée par la réalisation d'un entretien supplémentaire. La population étudiée a été précisément détaillée et présentée dans les résultats.

4.3. Perspectives

Notre étude a montré les différents impacts positifs du remboursement des TNS sur l'attitude des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients pour le sevrage tabagique, ainsi que les facteurs freinant cet impact.

Afin d'approfondir notre travail, il serait intéressant de faire une étude concernant l'impact du remboursement sur le comportement des patients. Ce point de vue différent pourrait nous aider à mieux appréhender les difficultés rencontrées pour l'utilisation des TNS, ainsi que les ressentis et les attentes vis-à-vis de leur prise en charge par les médecins.

Une campagne de sensibilisation pour les médecins concernant le dépistage tabagique ainsi que l'importance du conseil minimal d'arrêt dans une région donnée, pourrait être réalisée afin d'évaluer son impact à distance et de le confronter aux autres régions.

Il serait également intéressant d'effectuer une étude concernant le manque de motivation des médecins à se former en addictologie dans le but d'améliorer leur pratique, voire de leur donner des outils afin de faciliter leur prise en charge. Il serait utile dans ce sens de faire une seconde étude sur

la conception d'une application numérique en Français proposant le déroulement d'un entretien motivationnel de façon divertissante.

Enfin, il serait judicieux d'étudier l'association des TNS à la cigarette électronique dans le sevrage tabagique.

5. CONCLUSION

Le remboursement des TNS est une mesure très intéressante pour les patients fumeurs afin de les aider à s'arrêter. Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans l'initiation du sevrage.

Ce travail a montré que depuis cette nouvelle prise en charge, les médecins ont en majorité changé leur attitude de façon positive dans leur accompagnement pour l'arrêt du tabac. Cependant une grande partie le faisait suite à une sollicitation des patients et non pas de leur propre chef.

Le médecin généraliste étant en première ligne dans le dépistage et le suivi du sevrage, il se doit d'exploiter au maximum le potentiel de cette nouvelle mesure de lutte anti-tabac.

Au vu de cette étude, la formation des médecins semble insuffisante, ce qui apparaît comme un réel frein à la prise en charge des patients. Il serait souhaitable d'améliorer la formation des jeunes médecins en addictologie et de mieux les sensibiliser au dépistage tabagique.

Sur le plan personnel, ce travail m'a beaucoup appris sur les tenants et aboutissants du sevrage tabagique, et a mis en lumière les quelques lacunes existantes et ainsi permis de les combler.

BIBLIOGRAPHIE

1. Trouble d'utilisation du tabac : critères diagnostiques du DSM-5 [Internet]. Psychomédia. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2014-10-25/diagnostic-dsm-5-trouble-d-utilisation-du-tabac>
2. Haute Autorité de Santé - Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2635050/fr/depistage-du-tabagisme-et-prevention-des-maladies-liees-au-tabac
3. Pasquereau A. LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / TOBACCO CONSUMPTION IN FRANCE: PRELIMINARY RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. :9.
4. Deschenau A, Le Faou A-L, Touzeau D. Précarité et sevrage tabagique : réflexions à partir des données de la consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris. Revue des Maladies Respiratoires. janv 2017;34(1):44-52.
5. Les maladies cardio-vasculaires [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/tabac/les-complications-du-tabac/les-maladies-cardio-vasculaires/>
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Tabac comprendre la dépendance pour agir. Paris: Inserm; 2004.
7. Nicotine (FT 312). Pathologie - Toxicologie - Fiche toxicologique - INRS [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/publications/bdd/fichetox/fiche.html?refINRS=FICHETOX_312§ion=pathologieToxicologie
8. Site de l'OMS, Tabagisme [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur:

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

9. Lebargy F, Becquart L-A, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC - Médecine. 1 avr 2005;2(2):171-90.

10. Daver J, Biermé R. Bénéfices à court et à long termes de l'arrêt de la consommation de tabac. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 2001;50(4):224-8.

11. Le remboursement des substituts nicotiques évolue [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/le-remboursement-des-substituts-nicotiques-evolue>

12. Tableau de bord des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France - OFDT [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>

13. Mayer B. How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century. Arch Toxicol. 1 janv 2014;88(1):5-7.

14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

15. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. SociologiesS [Internet]. 22 oct 2006 [cité 14 juill 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologies/993>

16. La carte heuristique [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: http://www.ac-nice.fr/stmg/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D42%26Itemid%3D149

17. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. 1 mars 2004;10(1):79-86.

18. Vié le Sage F, Gaudelus J, Lert F, Dufour V, Texier N, Pouriel M, et al. Public health impact of Infanrix hexaTM (DTPa-HBV-IPV/Hib) reimbursement: A study programme in France. Part 2: Evolution of the acceptability of infants' vaccination against hepatitis B in general and pediatric practices - the PRALINE study. Rev Epidemiol Sante Publique. juin 2016;64(3):185-94.

19. Higher Adherence During Reimbursement of Pharmacological Smoking Cessation Treatments | Nicotine & Tobacco Research | Oxford Academic [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/18/1/56/2583939?redirectedFrom=fulltext>
20. Recommandation de Bonne Pratique Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - EM|consulte [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/143642>
21. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tob Control*. mars 2012;21(2):127-38.
22. Nagelhout GE, Willemsen MC, van den Putte B, de Vries H, Willems RA, Segaar D. Effectiveness of a national reimbursement policy and accompanying media attention on use of cessation treatment and on smoking cessation: a real-world study in the Netherlands. *Tob Control*. sept 2015;24(5):455-61.
23. La conduite de l'aide au sevrage tabagique - EM|consulte [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/146270>
24. Role of the general practitioner in smoking cessation - ZWAR - 2006 - Drug and Alcohol Review - Wiley Online Library [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/09595230500459487>
25. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac - EM|consulte [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/134917>
26. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A. "What kind of general practitioner do I need for smoking cessation?" Results from a qualitative study in Poland. *BMC Family Practice*. 20 oct 2013;14(1):159.
27. Litt J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient. *Aust Fam Physician*. Déc 2002;31(12):1087-94.
28. Nădășan V, Chirvăsuță R, Ábrám Z, Mihăicuță Ș. Types of Interventions for Smoking Prevention and Cessation in Children and Adolescents. *Pneumologia*. Sept 2015;64(3):58-62.
29. Care CTF on PH. Recommendations on behavioural interventions for the prevention and

treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. *CMAJ*. 27 févr 2017;189(8):E310-6.

30. Shiffman S, Hughes JR, Ferguson SG, Pillitteri JL, Gitchell JG, Burton SL. Smokers' Interest in Using Nicotine Replacement to Aid Smoking Reduction. *Nicotine Tob Res*. 1 nov 2007;9(11):1177-82.

31. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [cité 27 juill 2019];(4). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013308/full>

32. Practitioners TRAC of G. RACGP - Optimising nicotine replacement therapy in clinical practice [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2013/may/nicotine-replacement-therapy/>

33. Przulj D, Wehbe L, McRobbie H, Hajek P. Progressive nicotine patch dosing prior to quitting smoking: feasibility, safety and effects during the pre-quit and post-quit periods. *Addiction*. mars 2019;114(3):515-22.

34. White CM, Rynard VL, Reid JL, Ahmed R, Burkhalter R, Hammond D. Stop-Smoking Medication Use, Subsidization Policies, and Cessation in Canada. *Am J Prev Med*. août 2015;49(2):188-98.

35. Verbiest MEA, Chavannes NH, Crone MR, Nielen MMJ, Segaar D, Korevaar JC, et al. An increase in primary care prescriptions of stop-smoking medication as a result of health insurance coverage in the Netherlands: population based study. *Addiction*. déc 2013;108(12):2183-92.

36. Brand FA van den, Nagelhout GE, Hummel K, Willemsen MC, McNeill A, Schayck OCP van. Does free or lower cost smoking cessation medication stimulate quitting? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands and UK Surveys. *Tobacco Control*. 1 mai 2019;28(Suppl 1):s61-7.

37. Filozof C, Pinilla MCF, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews*. 2004;5(2):95-103.

38. Komiyama M, Wada H, Ura S, Yamakage H, Satoh-Asahara N, Shimatsu A, et al. Analysis of Factors That Determine Weight Gain during Smoking Cessation Therapy. *PLoS One* [Internet]. 21

août 2013 [cité 28 juill 2019];8(8). Disponible sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749100/>

39. Bush T, Lovejoy JC, Deprey M, Carpenter KM. The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity and diabetes risk. *Obesity (Silver Spring)*. Sept 2016;24(9):1834-41.

40. Pokhrel P, Little MA, Fagan P, Kawamoto CT, Herzog TA. Correlates of use of electronic cigarettes versus Nicotine Replacement Therapy for help with smoking cessation. *Addict Behav*. déc 2014;39(12):1869-73.

41. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *New England Journal of Medicine*. 14 févr 2019;380(7):629-37.

42. Jackson SE, Kotz D, West R, Brown J. Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study. *Addiction [Internet]*. [cité 2 août 2019];0(0). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14656>

43. Liu G, Wasserman E, Kong L, Foulds J. A comparison of nicotine dependence among exclusive E-cigarette and cigarette users in the PATH study. *Prev Med*. nov 2017;104:86-91.

44. Jankowski M, Krzystanek M, Zejda JE, Majek P, Lubanski J, Lawson JA, et al. E-Cigarettes are More Addictive than Traditional Cigarettes-A Study in Highly Educated Young People. *Int J Environ Res Public Health*. 27 juin 2019;16(13).

45. Avis de la HAS sur le protocole de coopération : ASALEE [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee

46. Aizawa M, Kuroyama M. [The pharmacist's role in smoking cessation]. *Nippon Rinsho*. Mars 2013;71(3):515-9.

47. Brown TJ, Todd A, O'Malley CL, Moore HJ, Husband AK, Bambra C, et al. Community pharmacy interventions for public health priorities: a systematic review of community pharmacy-delivered smoking, alcohol and weight management interventions [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 [cité 3 août 2019]. (Public Health Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349092/>

ANNEXE

Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM-V du trouble d'utilisation du tabac (1)

Mode problématique d'utilisation du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants, 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.

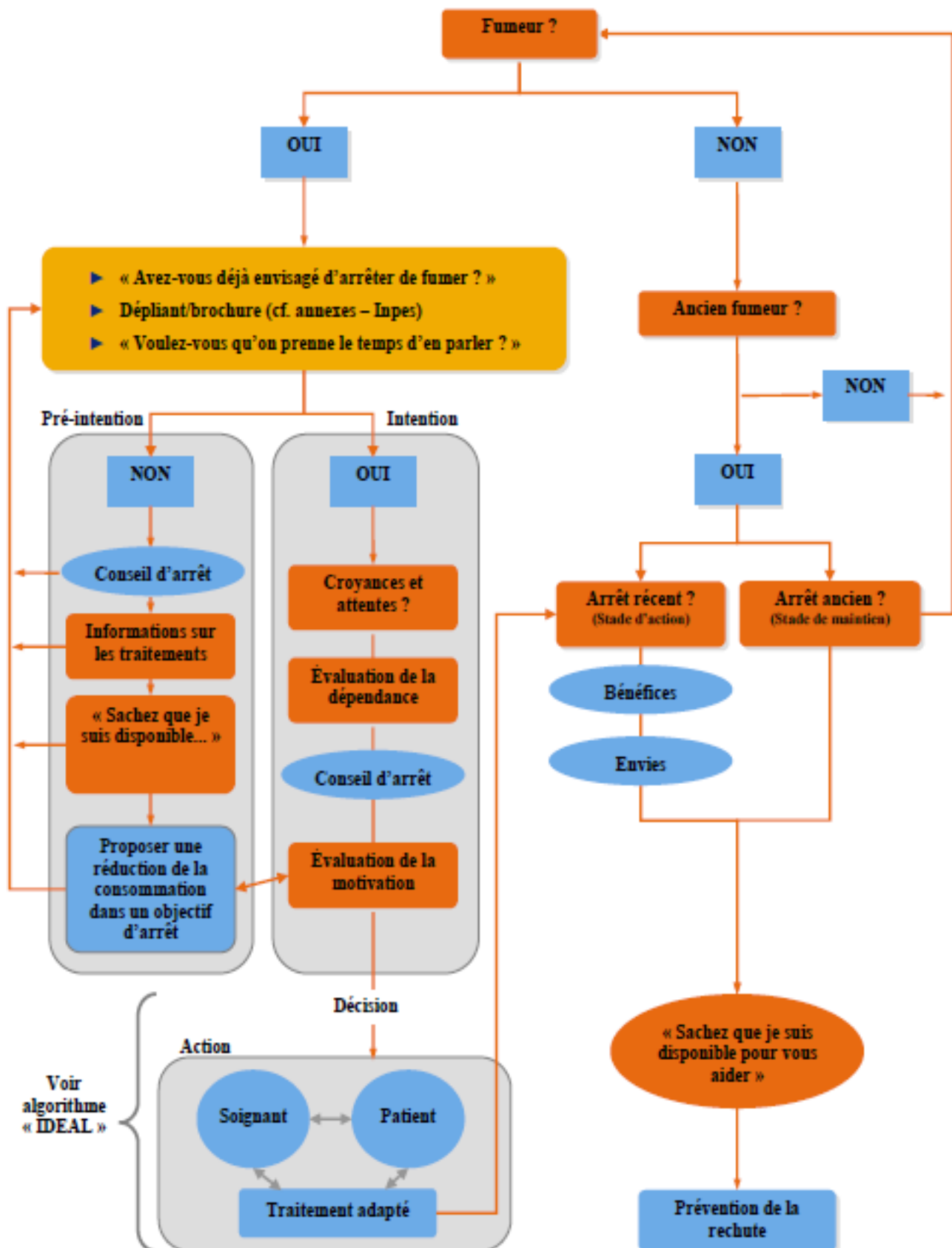
Annexe 2 : Agents potentiellement responsables des principaux troubles associés aux tabagisme (d'après Hoffmann et coll., 1997) (6)

Tableau 2.II : Agents potentiellement responsables des principaux troubles associés au tabagisme (d'après Hoffmann et coll., 1997)

| Troubles | Agents incriminés | Potentialisateurs ou agents associés |
|--|---|--|
| Dépendance tabagique | Majeur : nicotine Mineurs : alcaloïdes mineurs des nicotiana Agents d'aromatisation | Acétaldéhyde |
| Maladies cardiovasculaires | Majeurs : monoxyde de carbone, oxydes d'azote, acide cyanhydrique, goudron Mineurs : Cd, Zn, CO, goudron | Nicotine Agents alkoylants |
| Maladies obstructives chroniques du poumon | HCN, aldéhydes volatiles, NO, NOx, CO, goudron | |
| Cancers du poumon et du larynx | Majeurs : HPA, NNK Mineurs : ²¹⁰ Po, formaldéhyde, acétaldéhyde, butadiène, Cr, Cd, Ni | Catéchol, promoteurs de tumeurs, acétaldéhyde, alimentation, agents alkoylants |
| Cancers de la cavité orale | Majeurs : NNN, NNK Mineur : HPA | <i>Herpes simplex</i> , alcool, alimentation |
| Cancers de l'œsophage | NNN | Alcool, alimentation |
| Cancers urinaires et de la vessie | 4-aminobiphényle, 2-naphtylamine, autres amines aromatiques | |
| Cancer du pancréas | NNK, NNAL | Alimentation |

HCN : cyanure d'hydrogène ; HPA : hydrocarbures polynucléaires aromatiques ; NNK : 4-(méthylnitrosamine)-1-(3-pyridyl)-1-butanone ; NNN : n'-nitroso-nornicotine ; NNAL : 4-(méthylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol

Annexe 3 : Du dépistage à la mise en place d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac
 Haute Autorité de Santé - Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l'abstinence-en-premier-recours



Voir
 algorithme
 « IDEAL »

Annexe 4 : Test de Fagerström (2)

| Questions | Cotation en fonction de la réponse | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ? | Après plus de 60 minutes | Dans les 31 à 60 minutes | Dans les 6 à 30 minutes | Dans les 5 minutes |
| Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques) | Non | Oui | - | - |
| À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ? | À une autre | À la première de la journée | - | - |
| Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? | 10 ou moins | 11 à 20 | 21 à 30 | 31 ou plus |
| Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? | Non | Oui | - | - |
| Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? | Non | Oui | - | - |

Interprétation

Après addition des cotations, un score compris entre 0 et 10 est obtenu, établissant plusieurs degrés de dépendance, de la plus faible à la plus forte. L'interprétation est la suivante (voir ci-dessous) :

| Score | Résultat |
|--------|-----------------------|
| 0 à 2 | Pas de dépendance |
| 3 à 4 | Dépendance faible |
| 5 à 6 | Dépendance moyenne |
| 7 à 8 | Dépendance forte |
| 9 à 10 | Dépendance très forte |

Annexe 5 : Le test HAD (2)

| Questions | Cotation en fonction de la réponse | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Je me sens tendu(e) et énervé(e) | La plupart du temps | Souvent | De temps en temps | Jamais |
| Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | Oui, tout autant | Pas autant | Un peu seulement | Presque plus |
| J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | Oui, très nettement | Oui, mais ce n'est pas trop grave | Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | Pas du tout |
| Je ris assez facilement et vois le bon côté des choses | Autant que par le passé | Plus autant qu'avant | Vraiment moins qu'avant | Plus du tout |
| Je me fais du souci | Très souvent | Assez souvent | De manière occasionnelle | De manière très occasionnelle |
| Je suis de bonne humeur | Jamais | Rarement | Assez souvent | La plupart du temps |
| Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) | Oui, quoiqu'il arrive | Oui, en général | Rarement | Jamais |
| J'ai l'impression de fonctionner au ralenti | Presque toujours | Très souvent | Parfois | Jamais |
| J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | Jamais | Parfois | Assez souvent | Très souvent |
| Je ne m'intéresse plus à mon apparence | Plus du tout | Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | J'y prête autant d'attention que par le passé |
| J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | Oui, c'est tout à fait le cas | Un peu | Pas tellement | Pas du tout |
| Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | Presque jamais | Bien moins qu'avant | Un peu moins qu'avant | Autant qu'avant |
| J'éprouve des sensations soudaines de panique | Vraiment très souvent | Assez souvent | Pas très souvent | Jamais |
| Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision | Très rarement | Rarement | Parfois | Souvent |

Interprétation

Un score de dépression ou d'anxiété est calculé par addition des différentes cotations selon le schéma suivant (voir ci-dessous) :

| | |
|-----------------------|--|
| Score A d'anxiété | Additionner les points des réponses aux questions : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 |
| Score D de dépression | Additionner les points des réponses aux questions : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 |

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores calculés (voir ci-dessous) :

| Score | Interprétation |
|--------|----------------------------|
| ≤ 7 | Absence de symptomatologie |
| 8 à 10 | Symptomatologie douteuse |
| ≥ 11 | Symptomatologie certaine |

Annexe 6 : Questionnaire CAGE-DETA (2)

Description

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Interprétation

Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Annexe 7 : Questionnaire CAGE (2)

| Questions | Cotation en fonction de la réponse | |
|--|------------------------------------|-----|
| | Oui | Non |
| Au cours des 12 derniers mois : | | |
| Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? | 1 | 0 |
| Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? | 1 | 0 |
| Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? | 1 | 0 |
| Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? | 1 | 0 |
| Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? | 1 | 0 |
| Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ? | 1 | 0 |

Interprétation

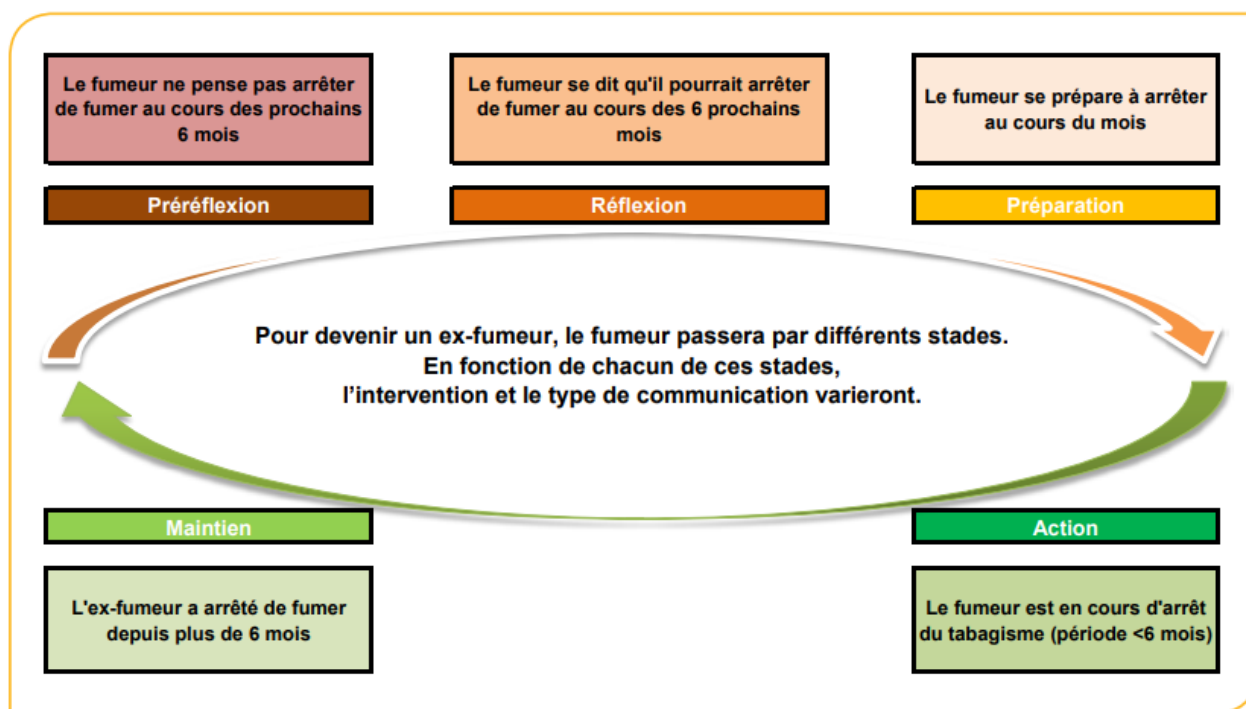
Après addition des cotations, un score compris entre 0 et 6 est obtenu. L'interprétation est la suivante (voir ci-dessous) :

| | |
|----------------|------------------------------|
| Score ≤ 1 | Consommation à risque faible |
| Score = 2 | Consommation à risque modéré |
| Score ≥ 3 | Consommation à risque élevé |

En pratique :

- deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sur les conséquences de la consommation ;
- trois réponses positives ou plus doivent amener à adresser le sujet dans une consultation spécialisée d'addictologie.

Annexe 8 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (2)



Modèle de changement de comportement d'après Prochaska et DiClemente, 1992¹⁹⁹

Annexe 9 : Entretien motivationnel (2)

Étape 2 : Évaluation des souhaits, des croyances et des attentes de la personne fumeuse par le biais des questions suivantes :

- « qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? » ;
- « pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? » ;
- « avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? ».

Étape 3 : Évaluation de la motivation à l'aide d'une échelle analogique visuelle graduée de 1 à 10 (0 signifiant « Ce n'est pas du tout important » ; 10 signifiant « C'est extrêmement important » en posant la question suivante :

- « à quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? ».

Le fumeur devra entourer le chiffre correspondant à sa réponse dans l'échelle analogique visuelle ci-dessous :

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Étape 4 : Évaluation du sentiment d'efficacité à l'aide d'une échelle analogique visuelle de 1 à 10 (0 signifiant « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas » ; 10 signifiant « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai ») en posant la question suivante :

- « si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ? ».

Le fumeur devra entourer le chiffre correspondant à sa réponse dans l'échelle analogique visuelle ci-dessous :

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

→ Si le fumeur n'a pas répondu 10 à cette question, mouvrir la réflexion sur ce qui pourrait permettre d'accroître son sentiment de confiance :

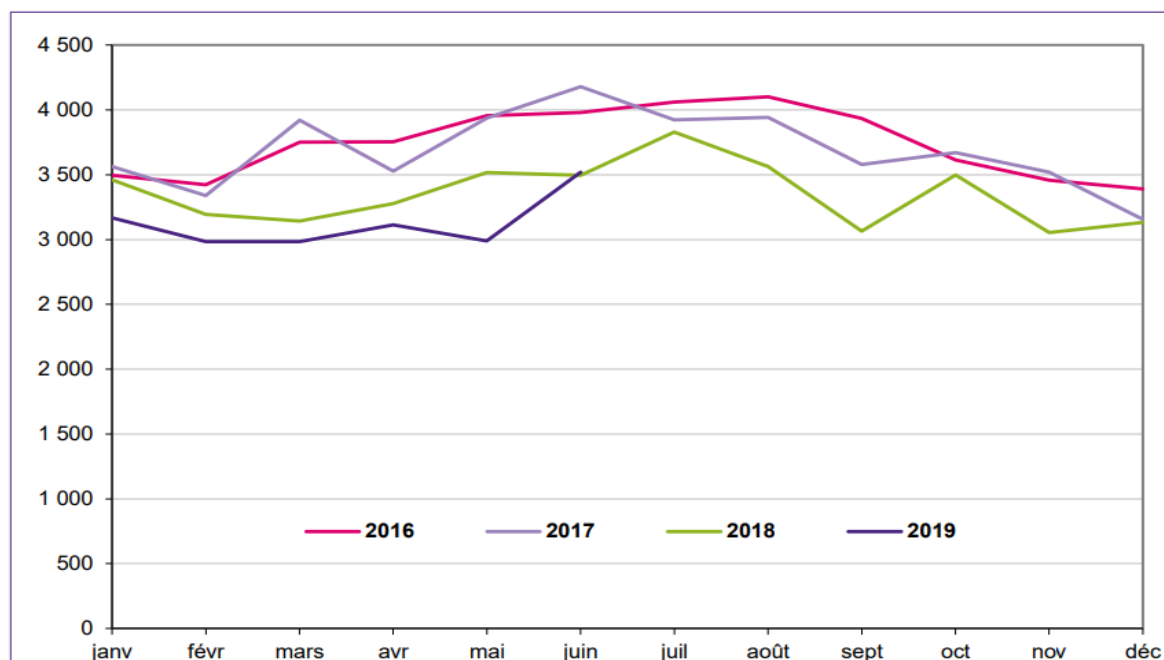
- arrêter en même temps qu'un(e) ami(e) ou du conjoint ;
- arrêter à un moment où il se sentira détendu et dans de bonnes conditions, par exemple au moment des vacances ;
- bénéficier d'une prise en charge via Tabac info service au 39 89 ou un tabacologue qui donnera des conseils personnalisés ;
- demander à son entourage de l'encourager et de le soutenir.

Annexe 10 : Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac en Juin 2019 (12)

| LES CHIFFRES DU MOIS | Jun 2019 | Variation par rapport à juin 2018 | Cumul (ou moy.) janv-juin 2019 | Variation par rapport au cumul janv-juin 2018 |
|---|----------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Ventes de cigarettes (en millions d'unités) ⁽¹⁾ | 3 184 | -8,9% ↘ | 18 602 | -7,4% ↘ |
| Ventes de cigarettes à jours de livraison constants | 3 519 | 0,6% ↗ | 18 753 | -6,7% ↘ |
| Prix du paquet de la marque la plus vendue (en euros) ⁽²⁾ | 8,80 € | 10,0% ↗ | 8,60 € | 10,7% ↗ |
| Prix du paquet de 20 cigarettes le moins cher (en euros) ⁽³⁾ | 8,00 € | 6,7% ↗ | 7,87 € | 8,8% ↗ |
| Ventes de tabac à rouler (en tonnes) ⁽¹⁾ | 605 | -7,9% ↘ | 3 576 | -6,7% ↘ |
| Ventes de tabac à rouler à jours de livraison constants | 669 | 1,8% ↗ | 3 605 | -5,9% ↘ |
| Prix de la marque la plus vendue (en euros) ⁽²⁾ | 15,70 € | 8,3% ↗ | 15,30 € | 12,8% ↗ |
| Ventes de traitements d'aide à l'arrêt ⁽⁴⁾ (en équivalents patients traités, à jours de livraison constants) | 378 487 | 8,7% ↗ | 2 124 962 | 29,6% ↗ |
| dont timbres transdermiques | 187 613 | 1,5% ↗ | 1 070 457 | 50,6% ↗ |
| dont formes orales | 172 512 | 21,0% ↗ | 938 570 | 16,4% ↗ |
| dont Zyban [®] | 561 | -18,9% ↘ | 3 414 | -14,9% ↘ |
| dont Champix [®] | 11 977 | -14,6% ↘ | 75 555 | -5,8% ↘ |
| Nombre bénéficiaires de remboursements 65 % ⁽⁵⁾ (avril 19) | 160 910 | 190,7% ↗ | nd | nd |
| Appels 1 ^{er} niveau traités par Tabac info service ⁽⁶⁾ | 3 014 | -56,5% ↘ | 20 175 | -15,7% ↘ |
| Appels traités par les tabacologues de TIS ⁽⁶⁾ | 4 256 | -12,4% ↘ | 29 041 | 6,2% ↗ |

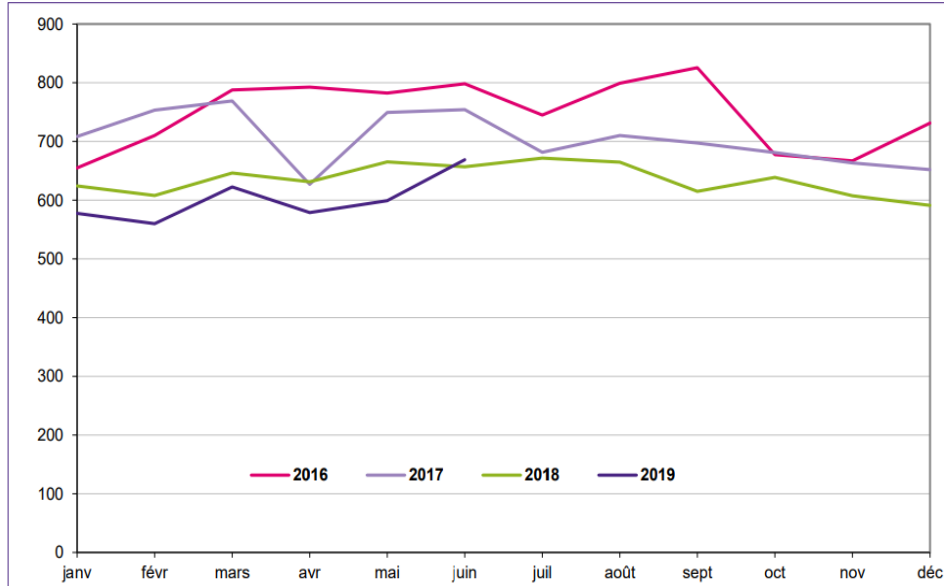
NB : Le total des ventes de traitements pour l'arrêt comprend aussi les inhalateurs et les sprays (5 823 équivalents patients traités en juin).

Ventes de cigarettes 2016-2019, en millions d'unités, à jours constants (source: DGDDI ⁽¹⁾)

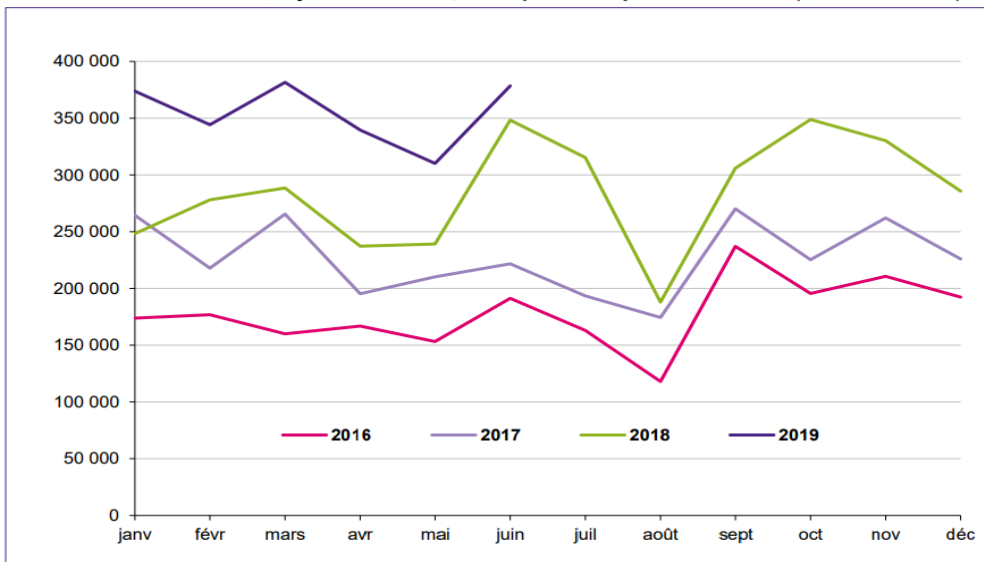


Annexe 10 suite :

Ventes de tabac à rouler 2016-2019, à jours constants, en millions d'unités (source: DGDDI ⁽¹⁾)

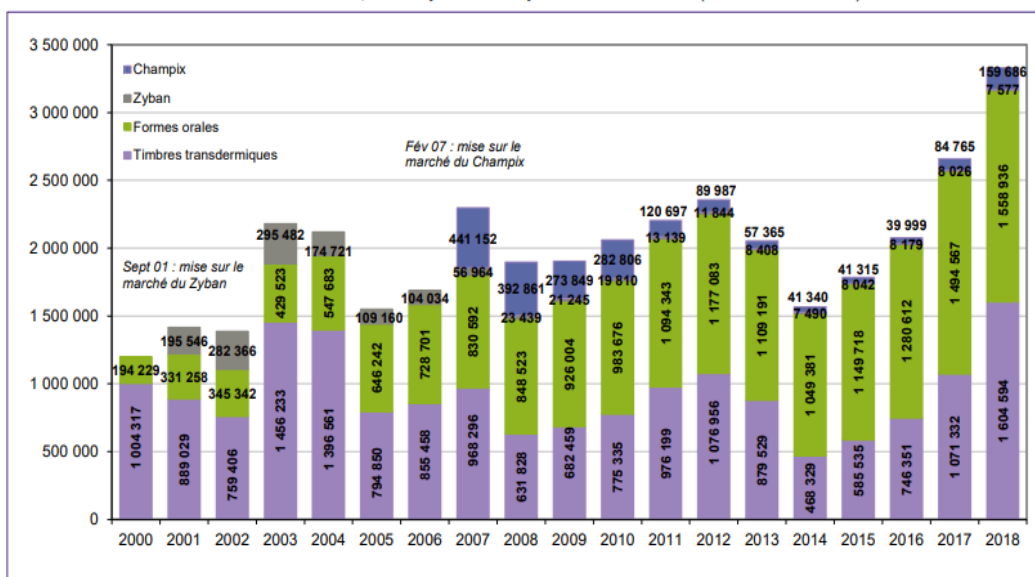


Traitements d'aide à l'arrêt, à jours constants, en "équivalents patients traités"*** (source: GERS ⁽⁴⁾)



* pour les posologies quotidiennes suivantes : 10 formes orales, 1 timbre transdermique, 2 comprimés de Zyban ou de Champix

Ventes de traitements d'aide à l'arrêt, en "équivalents patients traités" * (source: GERS ⁽⁴⁾)



* pour les posologies QUOTIDIENNES suivantes : 10 formes orales, 1 timbre transdermique, 2 comprimés de Zyban ou de Champix

Annexe 11 : Guide d'entretien

Cet entretien portera sur l'accompagnement des patients dans le sevrage tabagique par les médecins généralistes depuis le remboursement des substituts nicotiques à 65% au printemps 2018. Si vous êtes d'accord, il sera enregistré et les données retranscrites seront anonymes.

- Proposez-vous de manière systématique un conseil d'arrêt du tabac à chaque patient fumeur et pourquoi ?
- Que savez-vous sur le remboursement des substituts nicotiques à 65% effectif depuis le printemps 2018 ? Qu'en pensez-vous, sur le plan positif ou négatif ?
- Est-ce que les patients abordent le sujet de manière spontanée ?
- Comment accompagnez-vous les patients lors des sevrages et quels traitements d'aide à l'arrêt utilisez vous ? (traitements médicamenteux, physique, cigarette électronique, le suivi)
- En quoi le remboursement intégral des substituts nicotiques a modifié votre prise en charge des patients dans le sevrage tabagique ? (au niveau de la prescription, du suivi, des résultats estimés)
- En quoi, selon vous, le comportement des patients a été modifié depuis le remboursement des substituts ? (demande spontanée, observance, motivation)
- Selon vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge des patients pour le sevrage tabagique ? (formation des médecins, utilisation de la cigarette électronique)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : Le tabagisme est un véritable problème de santé publique. Le remboursement des TNS par l'assurance maladie en France est une mesure récente dans la lutte anti-tabac. Notre objectif était d'explorer l'impact du remboursement sur l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le sevrage tabagique.

Méthode : Nous avons effectué une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés avec comme population cible, des médecins généralistes installés depuis plus de trois ans. L'analyse était de type thématique jusqu'à saturation des données.

Résultats : L'échantillon de la population était composé de treize médecins interrogés entre Mai et Juin 2019 et était varié en terme d'âge, sexe et mode d'exercice.

Plusieurs impacts positifs ont été évoqués : argument supplémentaire dans le discours en tant qu'atout motivationnel, aide dans la prise en charge car meilleure marge de manœuvre, amélioration de la qualité du suivi et influence indirecte par le patient ; augmentation du nombre de prescriptions par augmentation des conseils d'arrêt et des propositions des TNS, prescriptions plus précoces ainsi que plus de demandes spontanées des patients.

Plusieurs freins ont été retrouvés : consultation chronophage, prescription des TNS insuffisante seule, manque d'information sur le remboursement, motivation du patient jugée insuffisante par le médecin, risque de chronicité de l'utilisation des TNS, perte de vue des patients, formation des médecins insuffisante en addictologie.

Discussion et conclusion : Afin d'augmenter l'impact de ce remboursement, on pourrait s'aider des campagnes d'information. Il serait souhaitable d'améliorer la formation des médecins et de mieux les sensibiliser au dépistage tabagique.

Mots-clés : Sevrage tabagique, Remboursement, Traitement nicotinique de substitution, Prise en charge, Médecine générale