HAL open science

Pratiques des professionnels de santé vis-à-vis du sevrage tabagique

Sandra Yousef

To cite this version:

Sandra Yousef. Pratiques des professionnels de santé vis-à-vis du sevrage tabagique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02954442

HAL Id: dumas-02954442

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02954442v1

Submitted on 1 Oct 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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Pratiques des professionnels de santé vis-à-vis du sevrage tabagique

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 27 Mai 2020

Par Madame Sandra YOUSEF

Née le 11 juin 1991 à Marseille 12eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René	**Président**
Madame le Docteur (MCU-PH) BELIARD Sophie	**Directeur**
Monsieur le Professeur GREILLIER Laurent	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BEAUJARD Jérôme	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Pratiques des professionnels de santé vis-à-vis du sevrage tabagique

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 27 Mai 2020

Par Madame Sandra YOUSEF

Née le 11 juin 1991 à Marseille 12eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René	**Président**
Madame le Docteur (MCU-PH) BELIARD Sophie	**Directeur**
Monsieur le Professeur GREILLIER Laurent	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BEAUJARD Jérôme	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr VALERO, merci pour tout ce que vous m'avez appris lors de mon stage dans votre service il y a 3 ans dont je garde un très bon souvenir. Vous avez été enthousiaste à l'idée de présider ce jury, je vous en remercie. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma plus grande et respectueuse considération. Un grand merci pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Pr GREILLIER, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Dr BELIARD, merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, de m'avoir fait confiance dès le début. Tu as été disponible tout au long de ce travail avec rigueur et écoute, merci pour tes réflexions enrichissantes. Merci pour ton enseignement de qualité lors de mon stage au sein du service. Merci.

A Dr BEAUJARD, merci de m'avoir accueilli pendant 6 mois en SASPAS en me laissant soigner tes patients et en me confiant ton cabinet lors de remplacements. Merci pour ta confiance. Merci pour la pertinence de tes enseignements, pour ta disponibilité et tes précieux conseils méthodologiques. Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

A mes maîtres de stage de médecine générale, Dr CHABAS, Dr DILLINGER, Dr CHIAUSA pour vos enseignements différents mais complémentaires, riches qui m'ont autonomisé et préparé à ce formidable métier.

A mes parents, à ma maman chérie pour qui je dois tout, ma base solide qui me donne chaque jour la force d'avancer. A mon papa que j'aime fort et qui a fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Même si vous ne pouvez pas être présent en cette période exceptionnelle de confinement que nous vivons, je vous garde très fort dans mon cœur en ce jour si important pour moi.

A ma sœur Brenda, que j'aime très fort. Sache que je suis très fière de toi et de ton parcours. Je te souhaite tout le bonheur pour ta nouvelle vie avec Mahmoud, le nouveau membre de la famille.

A mon amie Hala, le Dr Al Azawi, ma dentiste préférée toujours là quand il le faut. Merci pour tes conseils et ta relecture. Merci d'être toujours à mes côtés.

A mon indispensable Samia, mon amie d'enfance. A tous nos bons moments passés ensemble, à nos fous rires. Je te souhaite que du bonheur pour ta nouvelle vie à trois, avec Sophia.

A Magdy, Sarah, Soumaya, Juliette, Hind, Amal, ma petite famille. Merci pour votre soutien. A tous nos bons moments comme les moins bons, je vous aime. Hâte du déconfinement pour se retrouver.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 3

A. Histoire et généralités du tabac 5

1. Histoire du tabac en France 5

2. Les grandes étapes de la législation antitabac en France 5

3. Epidémiologie du tabagisme en France 8

4. Politiques de santé publique 12

5. Politique internationale 17

6. Cout du tabac en France 18

7. Physiopathologie de la dépendance 19

8. Les conséquences du tabagisme 22

9. Les bénéfices de l'arrêt du tabac 24

B. Synthèse des recommandations concernant l'aide au sevrage tabagique : (39) 25

1. Dépistage 25

2. Conseil minimal 25

3. Attitude du professionnel de santé adaptée à la motivation de chaque patient 26

4. Accompagnement au sevrage tabagique 27

a) Evaluer la dépendance 27

b) Evaluer les comorbidités anxieuses et dépressives et les co-consommations 29

c) Contrôle du poids 29

d) Traitements recommandés en première intention 30

(1) Méthodes psycho-comportementales : 30

(2) Les traitements de substitution nicotiniques (TSN) 32

(a) Conditions de prescription et de prise en charge des TSN 34

(b) Modalités d'utilisation des TSN 35

(c) Les modalités de suivi des TSN 38

e) Autres méthodes 38

(1) Médicaments du sevrage tabagique recommandé en deuxième intention 38

(2) Médecines alternatives 40

(3) Place de la cigarette électronique 40

5. Quand orienter vers une consultation médicale ? 42

6. Les structures d'aide 43

C. Les professionnels de santé et le sevrage tabagique 45

II. MATERIEL ET METHODES 49

A. Type d'étude 49

B. Critères de sélection de la population 49
C. Elaboration du questionnaire 50
D. Déroulement de l'étude 50
E. La collecte des données 51
F. Analyse statistique 51
III. RESULTATS 52
A. Participation 52
B. Caractéristiques de la population 53
1. Données socio-démographiques 53
2. Formation complémentaire sur le thème du sevrage tabagique 56
C. Evaluation des pratiques 56
1. Dépistage du tabagisme 56
2. Evaluation de la dépendance 58
3. La prise en charge 59
D. Connaissances sur les modalités d'usage des Substituts Nicotiniques (score sur 6) 64
E. Difficultés et freins à la prise en charge du sevrage tabagique 65
F. Propositions d'amélioration 68
IV. DISCUSSION 75
A. Résumé des résultats 75
B. Comparaison des résultats à la littérature 76
C. Perspectives 85
D. Les forces et limites de l'étude 86
V. CONCLUSION 88
VI. BIBLIOGRAPHIE 89
VII. ANNEXES 97
VIII. LISTE DES ABREVIATIONS 106

I. INTRODUCTION

Le tabac pose un problème de santé publique majeur : dans le monde, il tue 8 millions de personnes chaque année. (1) Responsable d'environ 75 000 décès en France pour l'année 2015 soit environ 13% des décès survenant en France Métropolitaine (2) (3), le tabac constitue la première cause de mortalité évitable.

En France, en 2018, 25,4% des 18-75 ans déclaraient fumer du tabac quotidiennement (4) : ces taux sont parmi les plus élevés recensés dans les pays occidentaux. (5) Pourtant, 56,5% des fumeurs en France déclarent avoir envie d'arrêter de fumer. (4)

La lutte contre le tabagisme est, dans notre pays, l'une des priorités de santé publique. En témoigne les nombreuses actions de santé et les recommandations nationales de prise en charge s'adressant aux médecins.

Pour aider les professionnels de santé (PDS), la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à jour en 2014 ses recommandations sur l'aide au sevrage tabagique des patients par les PDS.

Les PDS ont un rôle central que ce soient les médecins généralistes par leur suivi au long terme des patients, des médecins hospitaliers au décours d'une pathologie lié au tabac ou pas, des internes futurs praticiens souvent principaux interlocuteurs des patients.

Dans un élan de modernisation du système de santé, la loi du 26 janvier 2016 (6) autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers(ères) et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substitution nicotinique (TSN).
Les sages-femmes ont bénéficié d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Il a été démontré que la formation des PDS en terme de sevrage tabagique augmente les chances de sevrage (7). Toute intervention d'un PDS augmente la probabilité d'arrêt (8) (9). Cependant l'implication des PDS reste insuffisante.

Le projet International tabacco Control (ITC) en 2011 est la première étude de cohortes réalisée au niveau international sur la consommation de tabac.

Le projet ITC a retrouvé que moins d'un tiers des fumeurs ayant consulté un médecin ou un PDS au cours des six derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter de fumer. Les fumeurs sont encore moins nombreux à avoir reçu une prescription pour un médicament d'aide à l'arrêt du tabac ou à avoir été orientés vers des services d'aide à l'arrêt du tabac. (10)

Depuis le 1er janvier 2019, une modification du remboursement des TSN a été effective. En effet, la prise en charge des TSN a évolué pour passer du forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à une prise en charge de droit commun. Ces traitements sont remboursés sur prescription à 65 % par l'Assurance Maladie.

Tous les outils permettant une mise à distance du tabac fumé doivent pouvoir être utilisés par les soignants. De nouvelles technologies pour arrêter de fumer sont actuellement disponibles mais en pratique très peu sont proposées aux patients car peu connues par les PDS (11).

Ainsi l'étude des pratiques d'aide au sevrage tabagique auprès du personnel soignant dans sa diversité est pertinente pour proposer des idées d'approches différentes en vue d'optimiser cette pratique en soins primaires. Une meilleure connaissance des modalités de prescription des substituts nicotiniques permettrait de mener à bien le sevrage tabagique de nos patients, selon les recommandations de la HAS.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques des PDS dans leur diversité (Infirmiers, Médecins hospitaliers, libéraux, etc…) vis-à-vis du sevrage tabagique et d'évaluer leurs connaissances sur les modalités d'usage des substituts nicotiniques.

Les objectifs secondaires :
-Explorer les difficultés rencontrées concernant les différentes étapes de prise en charge d'un patient fumeur
-Citer les freins avancés dans le cadre de cette prise en charge
-Proposer des pistes d'amélioration notamment pour améliorer la prescription des substituts nicotiniques

A. Histoire et généralités du tabac

1. Histoire du tabac en France (12)

En 1492, Christophe Colomb découvre l'Amérique et s'aperçoit que les Indiens fument une plante nommée « petum » sous forme d'un tube de feuilles roulées.

Les premières graines de tabac furent rapportées en Europe en 1520. Au Portugal, quelques années plus tard, le tabac était cultivé et utilisé comme une plante médicinale. Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal à cette époque, envoya en 1561 des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis, reine de France. Le tabac fut décrit à la reine comme une plante qui pouvait soulager ses terribles migraines. Elle donna l'ordre d'en cultiver en Bretagne, en Gascogne et en Alsace. On l'appela alors « l'herbe à la Reine » ou encore « la Catherinaire ». Cette herbe devint très populaire et toute la Cour se mit à l'utiliser. Certains s'opposèrent au tabac car ils y voyaient de la sorcellerie.

La nicotine a été découverte en 1809 par un Normand, Louis Nicolas Vauquelin, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Paris. Cet alcaloïde fut appelé «nicotine» en référence à Jean Nicot qui, au 16ème siècle, fut le premier à envoyer du tabac à la reine Catherine de Médicis.

En 1830, les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent.
En 1843, la première machine à fabriquer les cigarettes est inventée.
En 1950, les premières études épidémiologiques prouvent la toxicité du tabac.

2. Les grandes étapes de la législation antitabac en France

La loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) est le premier grand texte visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme. Elle impose des informations et l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes, interdit de fumer dans certains lieux à usage collectif, réglemente la publicité en faveur du tabac.

La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Evin) renforce considérablement le dispositif législatif en généralisant l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif, en favorisant la hausse du prix des cigarettes, en interdisant toute publicité directe ou

indirecte en faveur du tabac, en autorisant sous certaines conditions les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

En 2003, la vente de tabac est interdite aux moins de 16 ans.

Le décret Bertrand du 15 novembre 2006 vient renforcer l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et a imposé depuis le 1er février 2007 l'interdiction de fumer dans les entreprises, les administrations, les établissements scolaires et les établissements de santé. Il a également imposé cette interdiction aux lieux dits « de convivialité » (cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos) depuis le 1er janvier 2008, afin de protéger les fumeurs comme les non-fumeurs. Il a permis la mise en place d'une prise en charge forfaitaire à hauteur de 50 euros par l'assurance maladie pour l'achat des traitements d'aide à l'arrêt du tabac. (13)

En 2009, la loi est modifiée la vente de produits de tabac devient interdite aux moins de 18 ans.

L'année 2011 marque l'arrivée des paquets comportant des photos chocs en couleur (comme dans un certain nombre de pays : Belgique, Royaume-Uni, Australie et Canada, etc.). Plusieurs clichés ont été choisis sur une liste proposée par l'Union européenne. Les coordonnées de Tabac Info Service figurent également sur les paquets.

En 2016, le 'paquet neutre' est mis en place sans signe distinctif de marque. Le forfait nicotinique était passé de 50 à 150 €.

La loi du 13 juin 2017 renforce la législation anti-tabac en place depuis 2006 et a pour objectif de protéger davantage la santé des non-fumeurs, et particulièrement de celle des enfants, mais également d'éviter l'entrée dans le tabagisme des jeunes :

- Interdiction du fumer ou de vapoter sur les aires de jeux
- Interdiction de fumer ou de vapoter dans les voitures privées s'il y a des mineurs de moins de 12 ans à bord
- Interdiction de fumer ou de vapoter dans les enceintes sportives ouvertes lorsque des mineurs de moins de 16 ans accomplis y font du sport
- Interdiction de vendre des produits du tabac et des cigarettes électroniques aux moins de 18 ans

- Interdiction de vapoter aux mêmes endroits où s’applique l’interdiction de fumer. (14)

En cas de non-respect de la loi, il existe des : (15)

- Sanctions contre le responsable des lieux

Le responsable des lieux est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 750 €, s'il omet d’installer la signalisation à l’entrée de l’emplacement ou s’il favorise volontairement la consommation de tabac dans son enceinte.

- Sanctions contre le fumeur

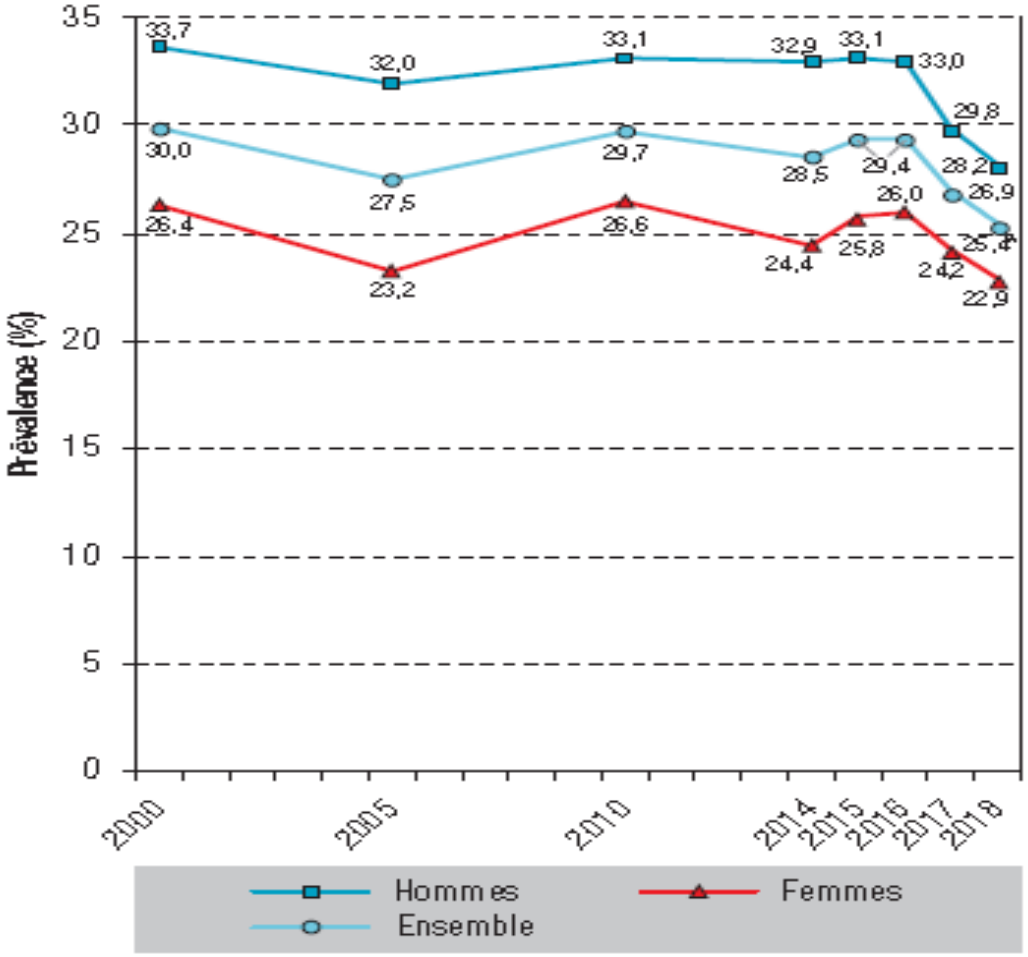
Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif en dehors de l'emplacement réservé à cet effet est puni de l'amende pouvant aller jusqu'à 450 €.

Le fait de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur est puni de l'amende pouvant aller jusqu'à 750 €.

Le fait de vapoter dans un lieu à usage collectif est puni de l'amende pouvant aller jusqu'à 150 €.

3. Epidémiologie du tabagisme en France (4)

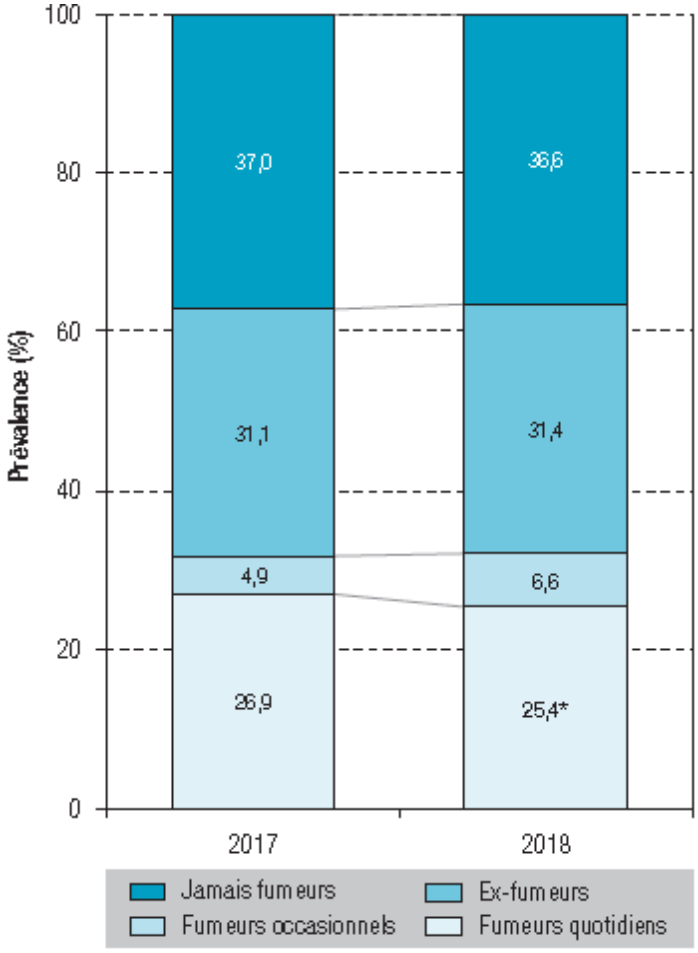
Selon le Baromètre Santé en 2018, 32% des 18-75 ans fumaient du tabac ne serait-ce qu'occasionnellement (35,3% des hommes et 28,9 des femmes, p<0,001). La prévalence du tabagisme quotidien était de **25,4%** (28,2% des hommes et 22,9% des femmes, p<0,001) (figure 1) et celle du tabagisme occasionnel de 6,6%, sans différence significative entre hommes et femmes.



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa.
* : évolution significative entre 2017 et 2018 (p<0,05).

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien (%) selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2018

Comparativement à 2017, la prévalence du tabagisme actuel (quotidien ou occasionnel) est stable tandis que celle du tabagisme quotidien a significativement diminué.



Sources : Baromètres de Santé publique France, 2017 et 2018.
*: évolution significative entre 2017 et 2018 (p<0,05).

Figure 2 : Statut tabagique des 18-75 ans en France, en 2017 et 2018

Concernant les tentatives d'arrêt, en 2018 parmi les fumeurs quotidiens, 56,5% avaient envie d'arrêter de fumer (proportion proche de celle observée en 2017) : 10,6% en avaient le projet dans le mois à venir, 16,0% dans les six prochains mois, 4,8% dans l'année à venir et 25,0% dans un avenir non déterminé.

Concernant l'usage de l'e-cigarette, en 2018, 34,7% des 18-75 ans avaient déjà essayé l'e-cigarette et 5,3% l'utilisaient lors de l'enquête, 3,8% quotidiennement. Depuis son arrivée sur le marché au début des années 2010, l'e-cigarette attire principalement les fumeurs. La grande majorité l'a d'ailleurs déjà essayé.

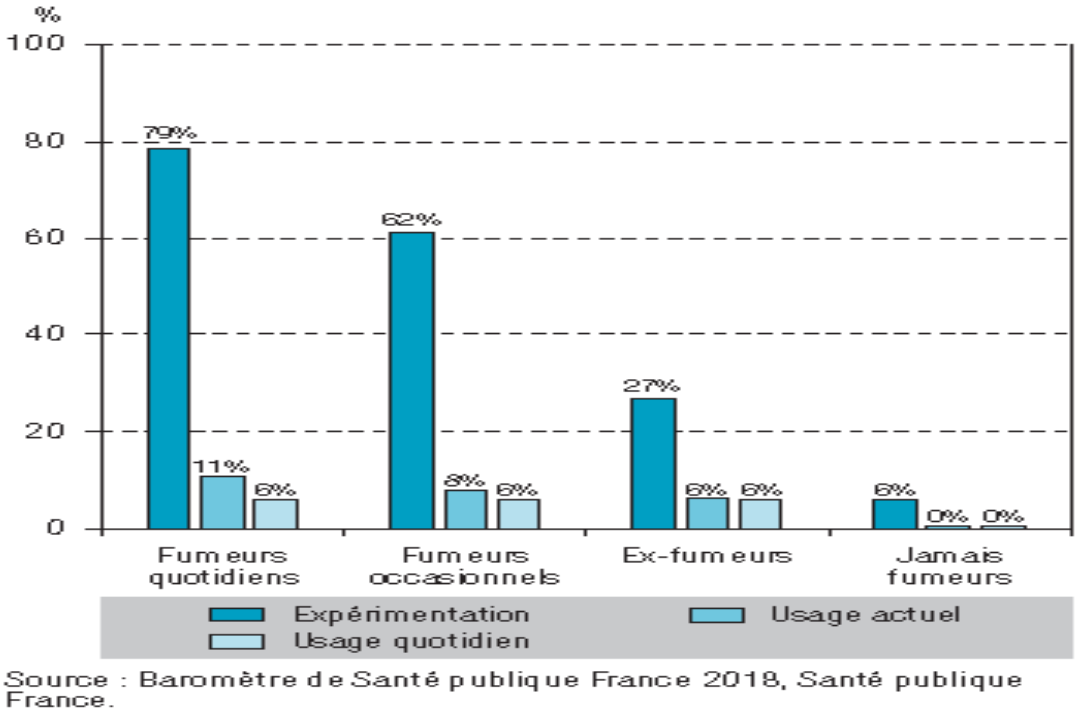


Figure 3 : Taux (%) d'expérimentation, d'usage actuel et d'usage quotidien d'e-cigarette selon le statut tabagique, France, 2018

De plus, la prévalence du tabagisme en région PACA (Provence-Alpes-Côte-d'Azur) est plus élevée que celle sur le plan national en 2017 avec 32,1 %, un écart qui se maintient depuis 2005. (16)

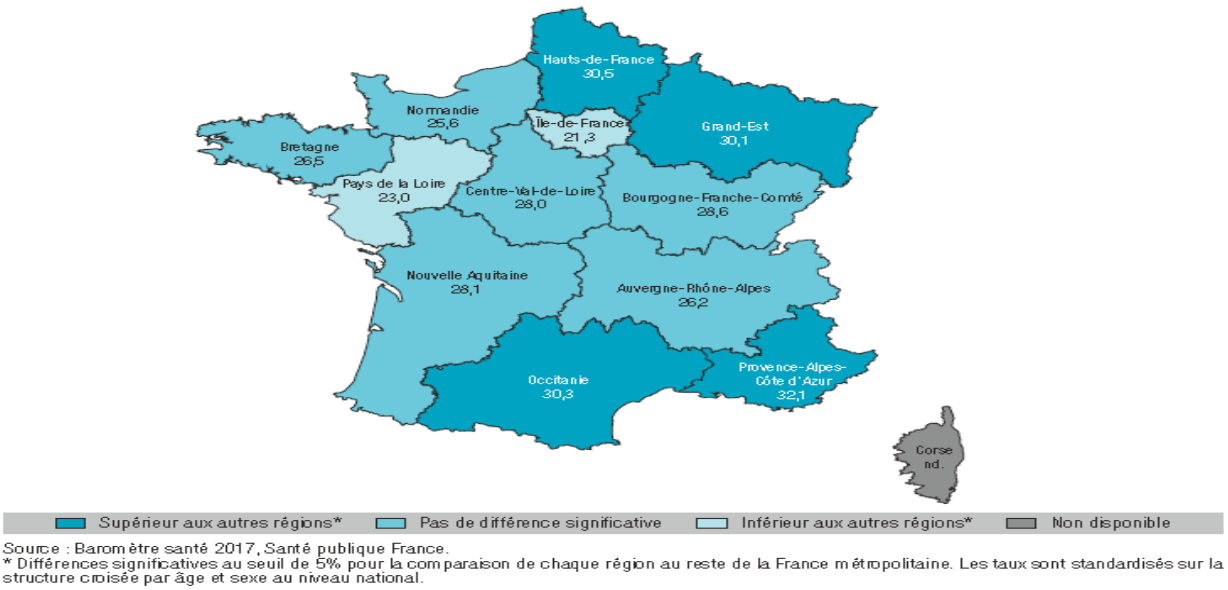
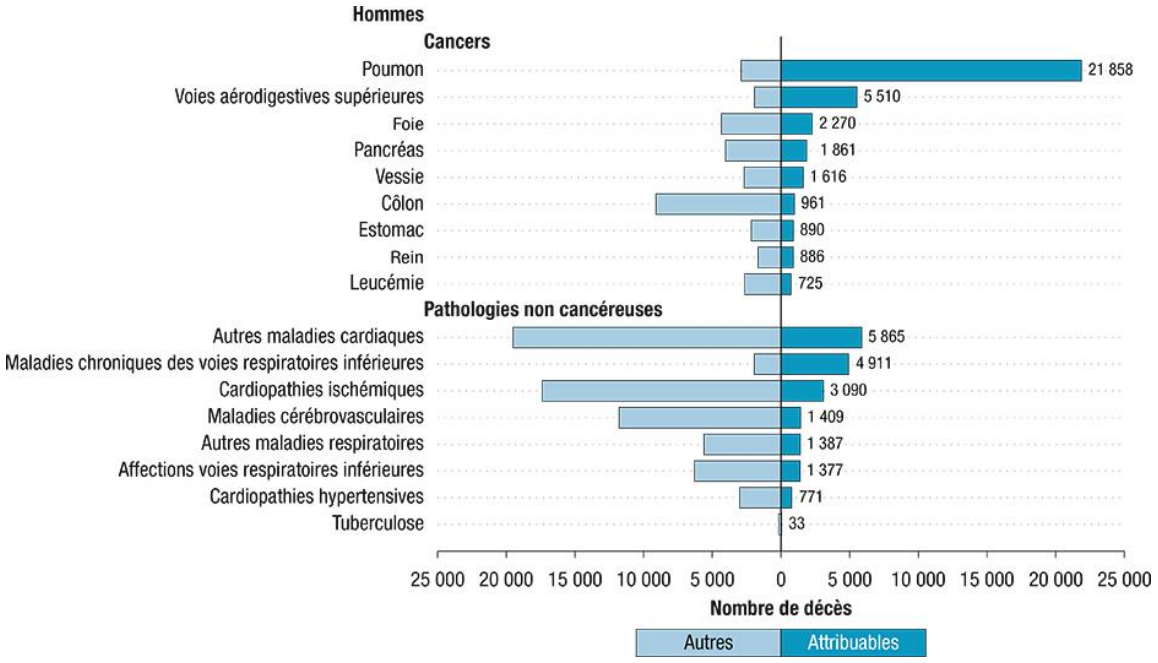


Figure 4 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017

Les décès attribuables au tabac :

En 2015, 75 320 décès ont été estimés attribuables au tabagisme sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année. La cause de décès attribuables au tabagisme était un cancer pour 61,7% des personnes (hommes : 36 577, 66% ; femmes : 9 868, 49%), une maladie cardio-vasculaire pour 22,1% (hommes : 11 135, 20% ; femmes : 5 526, 28%) et une pathologie respiratoire pour 16,2% (hommes : 7 675, 14%, femmes : 4 492, 23%). Les nombres estimés des décès attribuables au tabagisme, détaillés par pathologie et par sexe, sont montrés sur les figures suivantes.



<u>Figure 5 :</u> Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les hommes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015

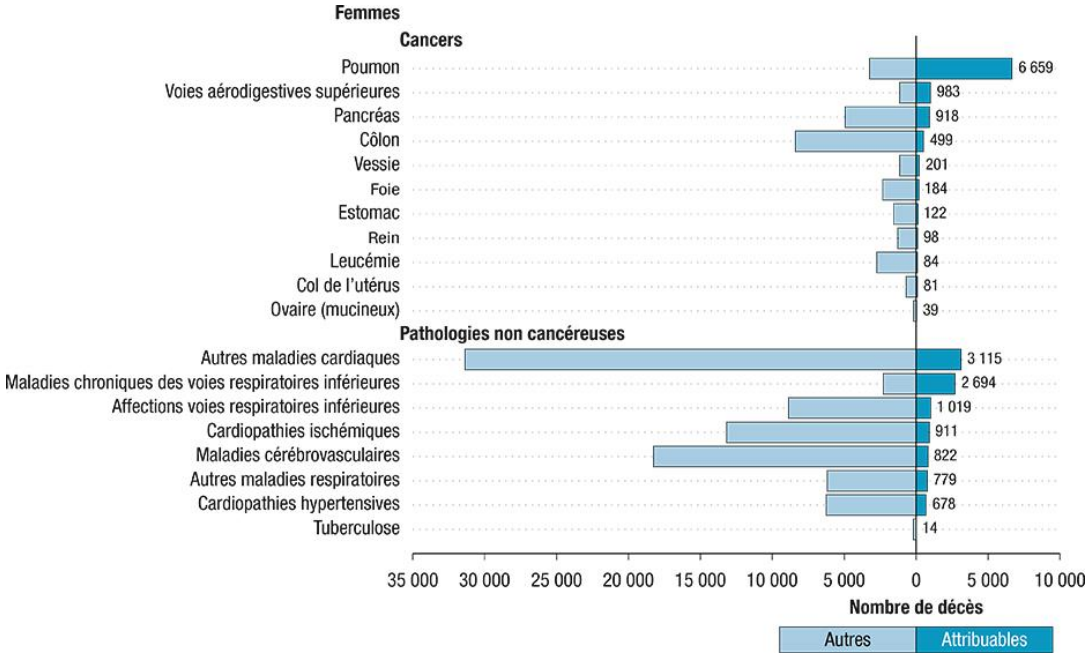


Figure 6 : Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les femmes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015

4. Politiques de santé publique : (17)

La prévention du tabagisme est traitée en France par les lois de santé publique mais aussi par des plans gouvernementaux et les plans cancers.

Depuis 2002, la lutte contre le tabagisme déclarée par le Président de la République Jacques Chirac dans le cadre du Plan Cancer I (2003-2007) et depuis 2004 la création de l'Institut national du Cancer, la lutte contre le tabac s'est largement développée. C'est au cours de ce premier plan Cancer qu'ont eu lieu des hausses de prix fortes et répétées (+ 42% entre 2002 et 2004).

L'apposition des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes, le renforcement de la politique d'aide au sevrage tabagique, et le renforcement de la protection des mineurs face au tabagisme ont ainsi été mis en application lors du Plan Cancer II (2009-2013).

Un troisième plan cancer (2014-2019) a été lancé le 4 février 2014. L'objectif 10 de ce plan prévoit la mise en place du Programme national de réduction du Tabagisme (PNRT).

Le PNRT 2014-2019 : ce plan avait pour objectif la baisse de 10% du nombre de fumeurs en 5 ans et s'est articulé autour de trois axes d'intervention : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, aider les fumeurs à s'arrêter, agir sur l'économie du tabac.

Des dispositions ont été mises en place comme la création d'un fond de prévention du tabagisme, doté de 100 millions d'euros en 2018.

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 est la suite et l'amplification du PNRT 2014-2019 dont toutes les actions ont été réalisées avant son terme.

Le PNLT a pour ambition de protéger prioritairement les jeunes, de lutter contre les inégalités sociales en soutenant les personnes les plus vulnérables, d'accompagner les femmes, en particulier celles qui sont enceintes.

Les objectifs du PNLT sont les suivants :

D'ici 2020, abaisser à moins de 24 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.

D'ici 2022, abaisser à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.

D'ici 2022, abaisser à moins de 20 % la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.

D'ici 2027, abaisser à moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017.

D'ici 2032, que les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs).

La convention médicale signée le 25 Aout 2016 a permis la mise en place d'un nouvel indicateur (déclaratif) dédié à l'intervention brève des médecins traitants auprès de leurs patients tabagiques dans la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

Thème	***Sous-Thème***	***Indicateur***	***Objectif intermédiaire***	***Objectif cible***	***Seuil minimal***	***Nombre de points***
Prévention	Conduites addictives	Part des patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60 %	>75 %	5 patients	20 (valeur du point 7 euros)

Tableau 1 : Indicateur ROSP médecin traitant relatif à la Prévention

D'autres mesures sont inscrites dans la politique de santé publique parmi lesquelles :

- l'augmentation régulière des prix du tabac : le gouvernement a décidé en Janvier 2020 d'une augmentation du prix du tabac en fixant le prix du paquet de 20 cigarettes à 10 euros. Une augmentation de 40 centimes est prévu en Novembre 2020.

- l'opération Mois sans Tabac, qui se déroule depuis 2016 tous les mois de novembre, événement majeur d'incitation au sevrage tabagique et à la « dénormalisation » du tabac.

- des temps de communication récurrents et coordonnés portés par le ministère de la Santé, Santé publique France, l'Institut National du Cancer (INCa) et l'Assurance maladie sur les différents services de Tabac Info Service. (4)

- Le dispositif Tabac Info Service apporte un accompagnement personnalisé et efficace pour aider chacun à en finir avec la cigarette. Il dispose également d'un espace adressé aux PDS. Il met à disposition des PDS des outils de consultation et des documents patients pour renforcer leurs conseils et aider les patients fumeurs dans leur démarche d'arrêt.

Conséquence des mesures :

- Baisse de la prévalence : Après plusieurs années de stabilité, la prévalence du tabagisme, qui avait diminué d'un million entre 2016 et 2017, poursuit sa baisse avec 600 000 fumeurs en moins entre 2017 et 2018. La prévalence du tabagisme quotidien est, en 2018, de 25,4% ; elle a baissé de 4 points en deux ans.

- Dans le dernier Tobacco Control Scale 2016 (18), classement évaluant le niveau et la pertinence des mesures adoptées dans les différents pays européens, la France est en effet bien placée, puisque classée 4e alors qu'elle était à la 9e place en 2005.

- D'après le rapport de Février 2020, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), on note une forte augmentation du nombre de personnes ayant pris un traitement pour l'arrêt du tabac entre 2000 et 2019. (Près de 4,3 millions de fumeurs ont eu recours aux traitements de sevrage tabagique, soit un tiers de plus qu'en 2018). (Figure 7)

La hausse enregistrée en 2019 s'explique probablement en grande partie par la mise en œuvre du remboursement à 65 % des substituts nicotiniques par l'Assurance maladie (mesure du PNLT 2018-2022) et dans un contexte de hausse de prix du tabac qui ont sûrement encouragé un certain nombre de fumeurs à arrêter ou à réduire leur consommation.

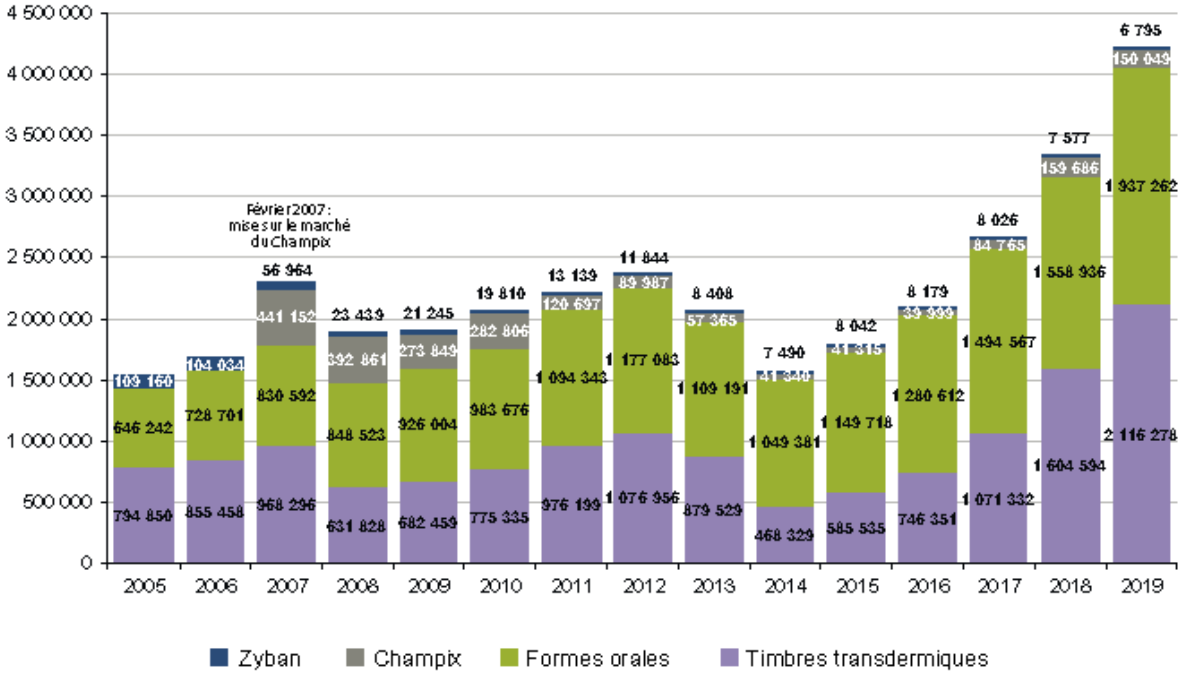


Figure 7 : Vente de traitements d'aide à l'arrêt en « équivalents patients traités » (19)

- Au 7 novembre 2019, près de 200 000 personnes se sont inscrites sur le site du #MoisSansTabac. Chiffre en baisse comparé à l'édition 2018 (242 000 inscrits) mais qui témoigne malgré tout de la mobilisation des acteurs des territoires.

- Une baisse des ventes du tabac

La baisse de la prévalence explique en partie la diminution des ventes de tabac dans le réseau des buralistes. Toutefois, pour expliquer cette baisse des ventes, il convient également de prendre en considération les achats transfrontaliers en augmentation, la contrebande, notamment sur internet ou par l'intermédiaire des ventes de rue, qui se développent en raison des prix élevés du tabac, et le fait que les fumeurs quotidiens fument moins de cigarettes par jour. Ces derniers consommaient 13 cigarettes/jour en 2018 versus 13,3 en 2017 et 13,8 en 2010.

- Une augmentation de l'usage de l'e-cigarette

Parmi les outils d'aide au sevrage tabagique, la cigarette électronique est le plus utilisé par les fumeurs pour arrêter de fumer. Cette utilisation s'inscrit depuis

quelques années dans une stratégie de réduction des risques. Les données du Baromètre de Santé publique France soulignent pour la première fois l'accroissement de l'usage de l'e-cigarette : 3,8% l'utilisent quotidiennement versus 2,7% en 2017, soulignant les modifications de l'usage de cet outil de sevrage tabagique. (4)

5. Politique internationale

La convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) est le premier traité international de santé publique négocié sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il réaffirme le droit pour chacun « d'atteindre un niveau de santé le plus élevé possible » et précise l'importance des stratégies de réduction de l'offre et de la demande de tabac. Elle a pour but de protéger les populations « des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques de la consommation de tabac et de l'exposition de la fumée de tabac ».

La Convention-cadre de l'OMS a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. La France est le premier pays européen à l'avoir ratifié, en octobre 2004. La CCLAT est entrée en vigueur en février 2005. Elle compte aujourd'hui 181 Parties représentant plus de 90 % de la population mondiale.

En 2007, l'OMS a lancé une démarche d'un bon rapport coût/efficacité pour accélérer sur le terrain l'application des dispositions de réduction de la demande de la Convention-cadre, intitulée MPOWER.

Les 6 mesures MPOWER sont les suivantes :

-Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
-Protéger la population contre la fumée du tabac
-Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
-Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
-Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
-Augmenter les taxes sur le tabac

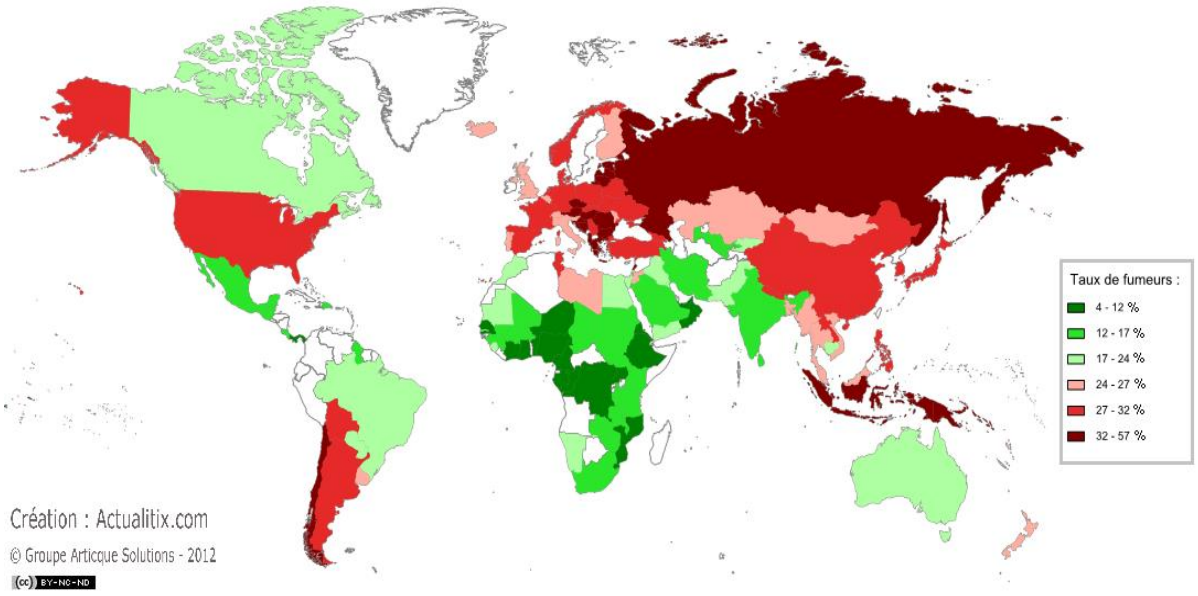


Figure 8 : Carte du monde présentant le nombre de fumeurs dans le monde par pays en 2012. Les données proviennent de l'OMS.

La région Europe défini par l'OMS compte près de 30 % de fumeurs, le ratio le plus élevé au monde. (20)

6. Cout du tabac en France

D'après une enquête de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, le tabac coûterait 120 milliards d'euros par an à l'Etat Français. (21)

Le coût social est composé de deux facteurs :

- coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production)

- coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur le tabac).

Les finances publiques sont très affectées par le tabac avec un déficit net attribuable à celui-ci de près de 15 milliards d'euros annuels.

En 2019, la vente de cigarettes dans le réseau des buralistes de France s'élève à 37 843 tonnes, soit une baisse de 7,1 % par rapport à 2018.

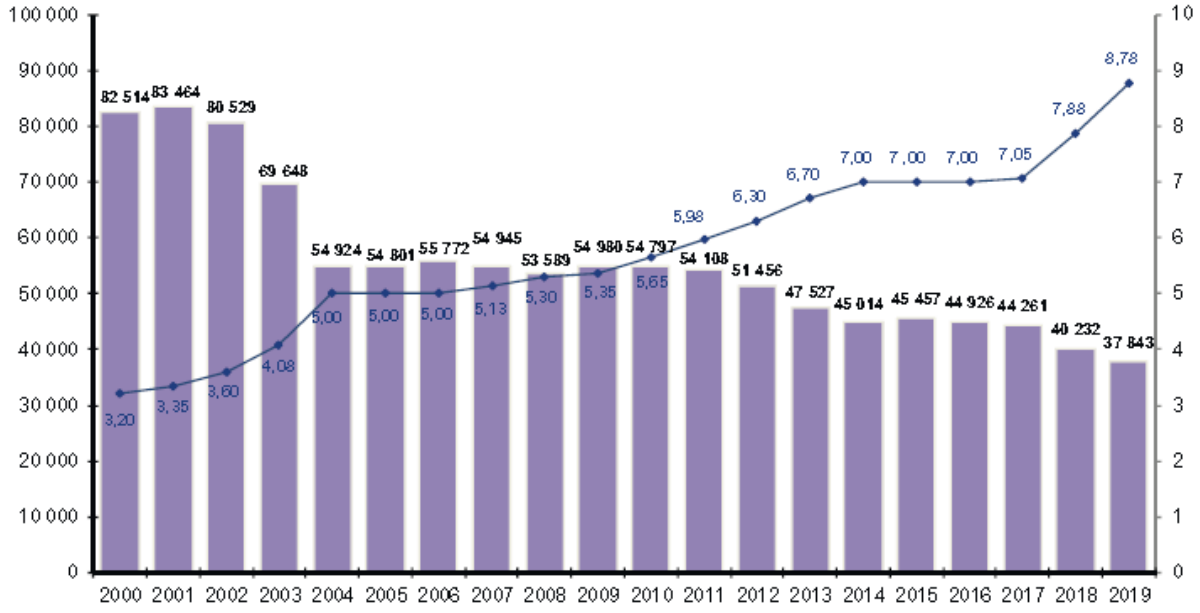


Figure 9 : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix des cigarettes de la marque la plus vendue (19)

La France fait ainsi partie des cinq pays d'Europe où les prix du tabac sont les plus élevés, derrière l'Irlande, le Royaume-Uni et la Norvège, où le prix moyen d'un paquet de vingt cigarettes se situe autour de 12 euros.

7. Physiopathologie de la dépendance : (22)

La nicotine, alcaloïde majeur du tabac, est une base faible qui est rapidement absorbée par les membranes cellulaires, car elle est à la fois hydrosoluble et lipophile.
La nicotine est particulièrement addictive lorsqu'elle est fumée, car elle atteint très rapidement le cerveau. Elle se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques présents sur les corps cellulaires des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale et sur leurs terminaisons dans le noyau acumbens. Ce noyau fait partie du « circuit de la récompense », c'est-à-dire qu'il définit à chaque instant l'état de satisfaction physique et psychique.

En se fixant sur ces récepteurs, il va y avoir une ouverture d'un canal ionique qui permet l'entrée d'ions sodium. Ceci entraîne une dépolarisation de la membrane, le neurone est excité et libère de la dopamine au niveau du noyau acumbens et produit

cet état de satisfaction. Puis le canal se referme et se trouve dans un état de désensibilisation : il ne peut alors pas être stimulé pendant une certaine période.

Cet apport massif et rapide de nicotine sature les récepteurs. Ceux-ci vont alors réagir en se désensibilisant et en se multipliant, ce qui accroît la sensation de manque. C'est ainsi qu'une cigarette calme le manque mais engendre aussi le manque.

On estime qu'au moins 80 à 90 % de la nicotine inhalée avec la fumée du tabac est absorbée. Après absorption pulmonaire, la nicotine, via les veines pulmonaires, le cœur, les gros troncs artériels du cou, arrive en 10 secondes environ sur les sites de liaison du système nerveux central. Chaque bouffée provoque un « effet shoot ».

La demi-vie d'élimination de la nicotine est relativement courte (2 heures en moyenne, mais variant de 1 à 4 h selon les individus).

La dépendance au tabac est le résultat de plusieurs processus : interaction entre la nicotine et d'autres substances contenues dans le tabac ou dans la fumée du tabac et l'influence des facteurs comme la personnalité, l'activité sociale, l'apprentissage conditionné, les prédispositions génétiques, les troubles psychiatriques, la consommation d'autres substances de dépendance, etc.

Les fumeurs décrivent les effets du tabac comme améliorant l'attention, les performances cognitives et l'humeur, et comme raccourcissant le temps de réaction. La majorité des fumeurs indiquent aussi d'autres effets bénéfiques : l'éveil, le plaisir, la relaxation, la diminution de l'anxiété et de l'appétit ainsi que la maîtrise du poids. Pour arriver à ces effets positifs, il est largement accepté que la nicotine agit en stimulant différents systèmes effecteurs. C'est ainsi que la sensation du plaisir a été reliée à la stimulation de la libération de la dopamine, l'éveil à la stimulation des systèmes noradrénergique et cholinergique, la suppression de l'appétit aux systèmes sérotoninergique et noradrénergique, la régulation de l'humeur aux systèmes sérotoninergique et noradrénergique, enfin l'effet sur la mémoire au système cholinergique, mais aussi à une voie indirecte : l'amélioration de l'humeur.

En agissant sur l'ensemble de ces systèmes neurotransmetteurs, la nicotine (ou le tabac/ou la fumée du tabac) stimule le circuit cérébral de la récompense.

La nicotinémie augmente régulièrement pendant 6 à 8 heures de consommation régulière et ensuite culmine en plateau jusqu'à la dernière cigarette de la journée. La nicotinémie décroît rapidement pendant la nuit et très peu de nicotine persiste dans le sang du fumeur au réveil. Ce sont ces propriétés pharmacocinétiques qui font que le fumeur doit régulièrement fumer au cours de la journée, afin de maintenir un niveau de nicotinémie relativement constant, et que chaque jour représente un cycle nycthéméral idéal pour l'entretien de la dépendance à la nicotine.

Ces phénomènes, et en particulier la dépendance, ne se produisent pas avec les traitements de substitution nicotinique (TSN). L'absorption de la nicotine par les produits tels que gomme, patch, tablette sublinguale, inhaleur ou spray nasal, est beaucoup moins rapide qu'avec la cigarette, et n'entraîne pas de pics de concentration cérébrale élevés. L'absorption plus lente fait que l'équilibre s'établit entre le sang veineux et le sang artériel, et que le rapport entre les deux reste de l'ordre de 1 (le rapport sang artériel/sang veineux est de 4 à 5 avec la cigarette). Ainsi, les TSN atténuent les symptômes de sevrage en nicotine, sans provoquer de renforcement par des pics cérébraux élevés.

Certains composés sont volontairement ajoutés par l’industrie du tabac, comme l'ammoniac qui favorise la fixation de la nicotine et renforce la dépendance des fumeurs.

Le monoxyde de carbone (CO) prend la place de l’oxygène dans le sang et prive ainsi l’organisme de cet élément vital et endommage de nombreux organes. La réduction du niveau d’oxygène va entrainer une élévation du rythme cardiaque ainsi que de la pression sanguine.

La fumée de tabac contient plus de 4000 composés chimiques, dont soixante-neuf sont cancérigènes. Contrairement à une idée très répandue, la nicotine n'est pas un carcinogène. La nicotine est responsable de la dépendance physique au tabac, mais pas de la plupart des effets délétères du tabagisme sur les systèmes respiratoire ou cardiovasculaire qui eux sont dus au CO et aux gaz irritants et oxydants.

C'est aussi pourquoi, il n'est pas dangereux d'utiliser les TSN chez les fumeurs : d'une part, les effets de la nicotine de substitution sont moindres que ceux de la nicotine inhalée avec la fumée de cigarette et, d'autre part, les fumeurs ont une tolérance importante aux effets physiologiques de la nicotine (tolérance chronique).

Ceci est vrai aussi pour les fumeurs ayant un risque cardiovasculaire, car on sait que ces risques sont beaucoup plus liés à d'autres composés de la fumée (CO, agents oxydants) qu'à la nicotine elle-même. De plus, même en cas de consommation concomitante de cigarettes (abstinence temporaire au travail, dans les transports, à l'hôpital..., ou rechutes temporaires lors d'un arrêt), les risques ne sont pas plus élevés, car la nicotine prise par substitution remplace une partie de celle obtenue avec les cigarettes et permet au fumeur de ne pas compenser par une inhalation plus intense.

8. Les conséquences du tabagisme : (23)

Le tabac est le principal facteur de risque de cancer en France. Un cancer sur trois est dû au tabagisme. Il est responsable de 80 à 90% des cas de cancer du poumon. Il favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, oesophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colon, rectum et ovaire. La cause de décès attribuable au tabagisme était un cancer pour 61,7% des personnes (hommes : 36 577, 66% ; femmes : 9 868, 49%).

Le tabac est la cause de décès par maladies cardio-vasculaires pour 22, 1 % (hommes : 11 135, 20% ; femmes : 5 526, 28%). Les mécanismes essentiels de l'impact cardio-vasculaire du tabagisme sont d'une part la thrombose, principalement par hyperagrégabilité plaquettaire, d'autre part le spasme artériel, par altération de la vasomotricité artérielle endothélium-dépendante. Enfin, il potentialise l'automatisme cellulaire cardiaque et le risque de trouble du rythme ventriculaire. Le tabagisme entraîne aussi une baisse du HDL- cholestérol et une élévation de certains marqueurs de l'inflammation. Certains de ces mécanismes contribuent à la formation des plaques d'athérosclérose (dysfonction endothéliale, inflammation, modification du profil lipidique), tandis que d'autres sont responsables des accidents évolutifs aigus (spasme, thrombose et arythmies). (24)
De part ces modifications, le tabac est responsable d'une augmentation du risque d'infarctus du myocarde par 3 et du risque d'AVC par 2. (25) (26) Au niveau des membres inférieurs, il joue un rôle déterminant dans l'artériopathie oblitérante des

membres inférieurs (AOMI) et l'anévrysme de l'aorte abdominale. Il peut également provoquer des troubles de l'érection par son atteinte vasculaire.

Le tabac est responsable des décès liés à une pathologie respiratoire pour 16, 2% (hommes : 7 675, 14%, femmes : 4492, 23%). Le tabagisme provoque une irritation bronchique chronique qui induit une hypersécrétion des bronches associée à une altération de la clairance mucociliaire, facteurs de toux et d'expectoration matinale. La persistance du tabagisme provoque un remaniement de l'architecture bronchique distale avec trouble ventilatoire obstructif identifiable par spirométrie. Une dyspnée permanente peut s'installer. L'évolution ultérieure est marquée par l'apparition d'un emphysème, d'une invalidité respiratoire progressive et d'une hypertension artérielle pulmonaire qui retentit sur le cœur droit. On estime que 15 % des fumeurs développeront une BPCO. (27)

Le tabagisme réduit la fertilité, augmente le risque de fausse couche, de grossesses extra-utérines et la morbi-mortalité périnatale.(28)

Le tabagisme passif augmente le risque des maladies respiratoires infantiles.(29)

Il augmente la sévérité de l'acné, accélère le vieillissement cutané et retarde la cicatrisation. (30) (31)

La fumée de cigarette augmente significativement le risque de maladies bucco-dentaires et parodontales (gingivite, parodontie, carie) en modifiant l'écosystème buccal. (32)

Le tabagisme est associé à l'hyperinsulinisme et augmente le risque de développer un diabète de type 2.(33) (34)

Il a le potentiel addictif le plus fort parmi toutes les substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

9. Les bénéfices de l'arrêt du tabac : (35) (36)

L'arrêt du tabac réduit la mortalité totale globalement, et celle liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

Une étude a ainsi estimé, en moyenne, le gain d'espérance de vie à 3 ans chez un fumeur s'arrêtant à 60 ans ; ce gain atteint 6 ans si l'arrêt a lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans à 40 ans et serait proche de celui des non-fumeurs avant 35 ans (Peto et al, 2004).

Les bénéfices associés à un arrêt du tabac sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac se ressentent tout au long du parcours du sevrage après la dernière cigarette fumée (37) :

- Au bout de 20 minutes, la pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.
- Après 8 heures, la quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale.
- Après 24 heures, le risque d'infarctus du myocarde est déjà diminué. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. La nicotine est totalement éliminée de l'organisme.
- Le goût et l'odorat s'améliorent après 48 h sans tabac. Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à se reformer.
- 72h après la dernière cigarette, la respiration devient plus aisée. Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique.
- De 2 à 3 mois : la toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle.
- Après 1 à 9 mois, les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.
- Après 1 an, le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié ; Le risque d'accident vasculaire cérébral est comparable à celui d'un non-fumeur.
  5 ans après la dernière cigarette, le risque de cancer du poumon diminue presque de 50%.
- L'espérance de vie redevient quasi identique à une personne n'ayant jamais fumé, au bout de 10 à 15 ans d'arrêt

B. Synthèse des recommandations concernant l'aide au sevrage tabagique : (38)

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage de tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme. L'aide doit intervenir le plus tôt possible. Quel que soit l'âge, l'arrêt de la consommation de tabac permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

1. Dépistage

Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut soit renseigné de manière régulière.

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

2. Conseil minimal

Il consiste à demander systématiquement à chaque patient, et ce indépendamment du motif de consultation, s'il est fumeur et s'il a envisagé de s'arrêter de fumer.

Cette intervention brève est efficace : elle conduit à 2 à 5% d'arrêts soutenus. (39) (40) Si tous les professionnels de santé la mettaient en œuvre, c'est au moins 200 000 fumeurs de plus qui arrêteraient de fumer chaque année en France. (41)

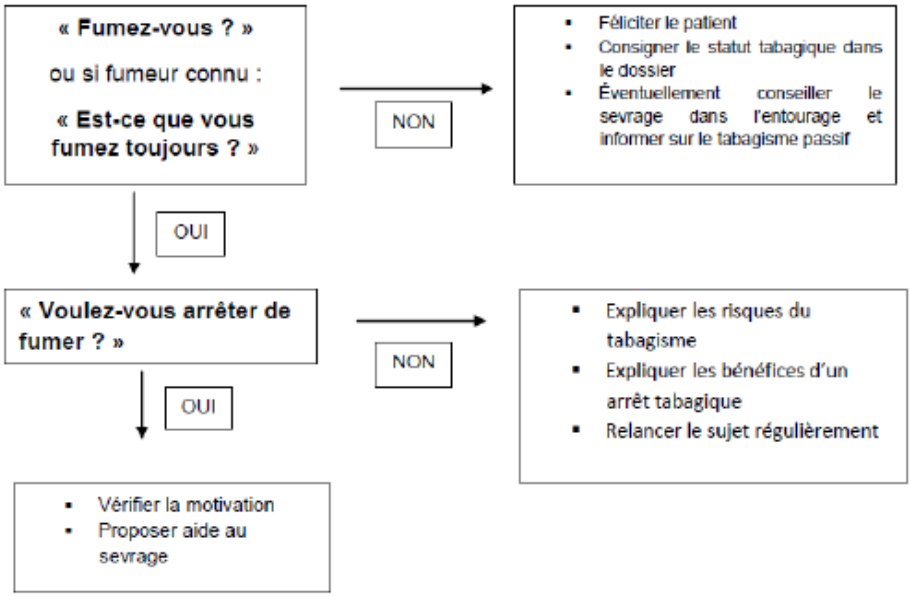


Figure 10 : Modèle de conseil minimal (42)

3. Attitude du professionnel de santé adaptée à la motivation de chaque patient

Lorsqu'un consommateur de tabac est identifié, il est recommandé d'évaluer sa motivation. Le modèle de Carlo Di Clemente et J Prochaska (43) décrit les différents stades par lesquels passent le fumeur avant de devenir un ex fumeur.

- pré-intention : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer (40% des fumeurs);
- intention : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent (40% des fumeurs);
- décision : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt (10-20% des fumeurs);
- action : il est activement engagé dans le changement, il arrête de fumer;
- maintien/liberté : il a retrouvé sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.
-

Tout fumeur, quel que soit son stade de motivation, doit bénéficier d'une prise en charge systématique de sa consommation de tabac. Il est recommandé d'adapter son attitude à la motivation et au degré d'ambivalence du patient.

- Le patient n'a pas envie d'arrêter : il est nécessaire de susciter ou de renforcer la motivation en conseillant l'arrêt, en rappelant les méfaits du tabac et les bénéfices à l'arrêt. Informer sur l'existence de moyens thérapeutiques actuelles pour arrêter de fumer et soulager les symptômes de sevrage. Se montrer disponible pour en discuter, proposer une brochure sur l'aide à l'arrêt du tabac et proposer une approche de réduction de la consommation dans un objectif d'arrêt.
- Le patient s'est arrêté récemment : fournir une aide pour prévenir une rechute.
- Le patient souhaite s'arrêter : il est important d'évaluer les croyances et les attentes du patient, proposer un accompagnement au sevrage tabagique.

4. Accompagnement au sevrage tabagique

a) Evaluer la dépendance

Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette (Figure 11). Ce test simple et rapide porte le nom de son créateur Karl Fagerström. Il a vu le jour en 1978 et a 2 objectifs principaux :

- Le repérage rapide du tabagisme
- La détermination du niveau de dépendance

En 2012, une version courte en deux questions a été proposée (Figure 12), comprenant les questions 1 (délai entre le réveil et la 1ère cigarette) et 4 (nombre de cigarettes quotidiennes).

Karl Fagerström est l'un des auteurs de l'étude italienne (44) comparant les deux versions du questionnaire chez 862 fumeurs quotidiens.

-La version longue du questionnaire permet de bien discriminer les niveaux de dépendance (faible, modérée et élevée), et une bonne fiabilité pour les fumeurs à dépendance modérée ou élevée.

-La version courte du questionnaire permet de bien discriminer les niveaux de dépendance moyenne ou élevée, et une bonne fiabilité pour les gros fumeurs.

La question sur le délai entre le réveil et la première cigarette, commune aux deux questionnaires, est la plus informative : elle pourrait même être suffisante, comme le précisent les auteurs. Elle reflète le manque de nicotine, absente pendant le sommeil : plus ce délai est court, plus le manque de nicotine est important. Les récepteurs nicotiniques désensibilisés réclament leur « dose » de nicotine dès le réveil.

La version courte du questionnaire de Fagerström sera privilégiée pour les gros fumeurs, avec une dépendance élevée.

Test de Fagerström en 6 questions

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

Interprétation selon les auteurs :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

Figure 11 : Test de Fagerström

Test de Fagerström simplifié en 2 questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
   → 10 ou moins 0
   → 11 à 20 1
   → 21 à 30 2
   → 31 ou plus 3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
   → Moins de 5 minutes 3
   → 6 à 30 minutes 2
   → 31 à 60 minutes 1
   → Après plus d'1 heure 0

Interprétation selon les auteurs :

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

Figure 12 : Test de Fagerström simplifié

b) Evaluer les comorbidités anxieuses et dépressives et les co-consommations

Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique, ils doivent être recherché avant et tout au long du sevrage. Le risque d'apparition d'épisode dépressif majeur est augmenté pendant les six mois après arrêt du tabac.

L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'auto-questionnaires : Hospital Anxiety-Depression scale (HAD) (45); inventaire d'anxiété de Beck (BAI) (46) ; inventaire de dépression de Beck (BDI) (47).

La consommation d'autres substances psychoactives doit être renseigné tels que l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les opiacés. Des questionnaires validés peuvent être utilisé pour dépister un usage problématique : le questionnaire CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool ; le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour l'usage problématique de cannabis.

c) Contrôle du poids

La crainte de prendre du poids est considérée comme un obstacle à l'arrêt par 33 % des fumeurs et la prise de poids est identifiée comme une cause de rechute dans 18 % des cas. (48)

Les mécanismes physiopathologiques comprennent une modification de l'alimentation avec une augmentation des apports caloriques sous forme de glucides, en particulier entre les repas. Cette modification va de pair avec l'amélioration du goût et de l'odorat qui suit l'arrêt du tabagisme.

La disparition de l'effet de type « anorexigène » de la nicotine est décrite. Chaque cigarette fumée élève discrètement et momentanément la glycémie, ce qui explique probablement son effet « coupe-faim ».(49)

Le troisième phénomène, probablement le plus important, est en rapport avec la modification du métabolisme énergétique, en particulier de la thermogenèse obligatoire, postprandiale. (50) La consommation de tabac est en effet accompagnée d'une augmentation de la dépense énergétique quotidienne d'environ 10%,

secondaire à l'augmentation du métabolisme de base d'environ 200 à 300 calories/jour. Ainsi, à alimentation et activité physique égales, un fumeur a un poids inférieur d'environ 1,5 à 2 kg par rapport à un non-fumeur.

La prise de poids moyenne un an après l'arrêt du tabagisme se situe, selon les études entre 2 kg et 5,5 kg.(51) (52)

Il est nécessaire d'indiquer que les risques d'une éventuelle prise de poids sont négligeables par rapport aux risques du tabagisme. Les conseils diététiques classiques doivent être rappelés. Un encouragement psychologique visant à valoriser l'image corporelle par l'arrêt du tabac est important. De même la pratique du sport mérite d'être encouragée. Les substituts nicotiniques sont un moyen utile pour freiner la prise de poids.

d) Traitements recommandés en première intention

Tout tabagisme doit être traité indépendamment de l'âge du patient.

La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire.

Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes.

Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées, c'est-à-dire spécifiquement consacrées à cette prise en charge, quel que soit le professionnel.

(1) Méthodes psycho-comportementales :

Elles reposent sur le « counselling » comme par exemple l'entretien motivationnel qui vise à susciter puis soutenir la motivation au changement, la psychothérapie de soutien, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui ont pour objectif l'apprentissage des stratégies permettant de faire face aux situations à haut risque d'envie de fumer.

<u>L'entretien motivationnel</u>

L'entretien est centré sur la personne et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante. Il est orienté vers un objectif déterminé, il est directionnel.

La relation vise à augmenter la motivation au changement en respectant l'ambivalence et en explorant les valeurs propres et les perceptions du sujet. L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer. Ainsi, les principes définissant l'esprit de l'entretien motivationnel sont (53) :
- le partenariat (collaboration entre 2 personnes),
- le non jugement (accepter la personne telle qu'elle est, et croire en ses capacités à évoluer),
- l'altruisme (c'est l'intérêt de la personne accompagné qui prévaut)
- l'évocation (s'appuyer sur l'idée que la personne porte en elle les ressources pour résoudre son ambivalence et pour évoluer. L'intervenant aide la personne à exprimer ses ressources).

Les principaux outils pour pratiquer l'entretien motivationnel :

- *Poser des questions ouvertes* : laisse une grande liberté d'élaboration à la personne, l'amène à réfléchir et à s'exprimer « Comment ce problème affecte-t-il votre vie quotidienne ? Qu'envisagez-vous pour les mois à venir ? » On privilégiera autant que possible les questions ouvertes associées à des reflets, des échos ou de la reformulation, qui consistent à renvoyer à la personne ce qu'elle vient de dire pour l'aider à développer l'idée.
- *Valoriser* : favorise l'engagement dans la relation. Lorsqu'une personne se sent écoutée et soutenue dans ses capacités, elle est moins réticente à s'impliquer dans l'échange, plus confiante. Elle reçoit plus aisément des informations difficiles à entendre. Et c'est enfin un moteur vers le changement.
- *L'écoute réflective* : on cherchera à refléter verbalement ce qu'a dit la personne par des affirmations. L'intervenant propose une reformulation qui ira éventuellement plus loin que le propos de la personne, pour l'aider à poursuivre son introspection.
- *Résumer* : lorsqu'une personne a énoncé plusieurs idées, lui proposer un résumé de ce qu'elle a dit. Cela permet de valider ce qu'elle a souhaité exprimer, et permet à la personne de porter un regard sur ce qu'elle a dit dans son ensemble, regard qu'elle n'a pas forcément quand elle pense les choses les unes après les autres.

Les TCC

En intervenant à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel, les TCC ont pour but de diminuer les rechutes et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage.(54)

L'utilisation de la thérapie comportementale et cognitive permet de multiplier par deux le taux d'abstinence à 6 mois. (55)

Les TCC sont des thérapies habituellement brèves, de 15 à 20 séances, structurées et validées scientifiquement. Elles sont ciblées sur un ou des comportements problèmes, avec pour objectif de les modifier ou les remplacer par d'autres plus adaptés. Chaque comportement est appris en lien avec une pensée et une émotion, influencé par l'environnement. Ce comportement est renforcé par les sensations agréables qu'elles procurent ou les ressentis désagréables à éviter. De ce fait, lors de l'apprentissage du comportement « fumer », l'environnement, les sensations perçues de bien-être créent des stimuli agréables par rapport au tabac : on parle de renforcement positif du comportement. Par ailleurs, le fort potentiel addictif du tabac crée rapidement le manque et le sujet fume pour éviter la sensation désagréable de manque : on parle alors de renforcement négatif.
Ces renforcements vont entraîner une persistance du comportement, des conduites d'évitement et des pensées automatiques dysfonctionnelles.

Elle est complémentaire à la prise en charge pharmacologique de la prévention de symptômes de sevrage et les taux d'abstinence sont supérieurs quand les deux approches sont combinées. Elles peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt : la préparation, le sevrage puis la prévention de la rechute.

(2) Les traitements de substitution nicotiniques (TSN)

Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TSN à un accompagnement par un PDS.

Les TSN ont pour objectif de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Ce traitement de substitution permet au fumeur

d'envisager plus facilement le sevrage, voire de réduire sa consommation avant l'arrêt total.

La revue systématique de Stead et al. en 2008 (56) a examiné l'effet des TSN sur l'abstinence à 6 mois minimum. Une méta-analyse à partir de 111 essais sur plus de 43 000 participants a démontré que les TSN (quelle que soit leur forme) augmentaient de 58 % la probabilité d'arrêt comparativement à l'absence de TSN/placebo (RR=1,58, IC95 % [1,50- 2,16]).

La posologie doit être ajustée en fonction du score de Fagerström et de l'existence, dès la première semaine, de signes de surdosage (céphalées, palpitations, nausées, diarrhée, insomnie avec réveils fréquents) ou de sous-dosage (envie de fumer, troubles de l'humeur, anxiété, insomnie, irritabilité, agitation, trouble de la concentration, majoration de l'appétit).

Certains professionnels utilisent l'équivalence suivante pour savoir à quel dosage débuter le traitement :

• soit 1 cigarette = 1 mg de nicotine.

Donc par exemple, un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer. S'il fume encore 7 cigarettes/jour avec ce patch, alors on ajoutera un patch de 7 mg et/ou une forme orale, et ainsi de suite.

STATUT TABAGIQUE ET TNS : PATCHS EN MG / FORMES ORALES (FO)					
Nombre de cig/jour		< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	> 30 cig/j
Délai entre le lever et la première cigarette	> 60 minutes	Rien / FO	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO
	30-60 minutes	Rien / FO	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO
	5-30 minutes	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO	25 ou (14+21) / FO
	0-5 minutes	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO	25 + 10 ou (14+21+14) / FO

Figure 13 : Posologie des TNS selon le nombre de cigarettes fumées- livret Premiers gestes en tabacologie -RESPADD

Dans un premier temps, l'arrêt du tabac immédiat est recommandé. Chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter, il est possible d'envisager une réduction de consommation progressive sous TSN en vue d'un arrêt complet, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrant de maladie cardio-vasculaire.

L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire.

(a) Conditions de prescription et de prise en charge des TSN :

Les TSN sont disponibles en vente libre dans les pharmacies et peuvent être délivrés sans prescription. Cependant, une prescription est nécessaire pour bénéficier de la prise en charge de l'Assurance Maladie. La loi de n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a élargi la liste des PDS pouvant prescrire des TSN et autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes à les prescrire. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription de TSN à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Depuis le 1er Janvier 2019, les TSN oraux et transdermiques sont remboursés à 65% par l'Assurance maladie. Au 31 Mai 2019, le spray buccal et l'inhalateur ne sont pas remboursés.
Le ticket modérateur peut être pris en charge par les complémentaires santé. Le remboursement de ces traitements a été simplifié car il n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 euros par an auparavant) et les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.

Le traitement doit être prescrit par un des PDS cités précédemment pour pouvoir bénéficier de la prise en charge.

Les TSN doivent figurer sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie (www.ameli.fr). (57) La prescription doit se faire sur une ordonnance simple avec numéro d'identification RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) /ADELI et / ou numéro FINESS de l'établissement pour les PDS salariés.

Les TSN peuvent s'administrer de 2 façons : par voie transdermique (sous forme de patchs, timbres) et par voie orale (sous forme de gommes à mâcher, comprimés/ pastilles à sucer, comprimés sublinguaux, inhalateur, spray buccal). Les TSN par voie transdermique ont une faible vitesse d'absorption et permettent un apport de nicotine lent et constant. Les TSN par voie orale sont des formes à action rapide. Les formes orales peuvent être ajoutées aux patchs ou utilisées seules, elles agissent rapidement et sont utilisables en cas de *craving* (envie irrépressible de fumer).

Pour ajuster le dosage, il est recommandé de combiner des formes orales aux patchs ou d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire.

Les TSN sont indiqués chez les personnes dépendantes à la nicotine âgées d'au moins 15 ans (voire 18 ans pour certains TSN).

Il n'existe aucune contre-indication aux TSN, en dehors des non-fumeurs et de l'hypersensibilité à l'un des composants.
Les TSN doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée d'au minimum trois mois.

(b) Modalités d'utilisation des TSN

- Les patchs

Il existe différents patchs dosés :

- Sur 24h : 21 mg, 14 mg, 7 mg
- Sur 16h : 25 mg, 15 mg, 10 mg

Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement ou changer de marque.

Dans le cas d'un surdosage associé à des troubles du sommeil, il est possible d'ôter le patch au coucher et d'en appliquer un nouveau dès le réveil.

A noter qu'il n'est pas conseillé de changer de marque de nicotine chez les patients équilibrés en nicotine. L'Agence nationale du médicament rappelle que la biodisponibilité (vitesse et quantité de nicotine absorbée pour produire son effet thérapeutique) n'a pas été démontrée entre les différents patchs. (58)

- Les gommes à mâcher

Disponible en 2 dosages : 2 mg et 4 mg

Dose journalière moyenne : 8 à 12 gommes par jour.
Prendre une gomme en cas de craving ou de symptôme de manque. Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruits…). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. Il est nécessaire de mâcher la gomme très lentement jusqu'à l'apparition d'un goût prononcé. Une mastication trop intense peut entraîner une libération trop rapide de nicotine et provoquer des sensations de brûlures pharyngées et gastriques ainsi que des hoquets

- Les pastilles à sucer ou comprimés sublinguaux

Les pastilles à sucer disponibles aux dosages : 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg.
Les comprimés sublinguaux disponibles en 2 mg.

Dose journalière moyenne : 8 à 12 comprimés par jours.

Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher. La majeure partie de la nicotine est absorbée à travers la muqueuse buccale.

Les comprimés à sucer peuvent parfois provoquer une légère irritation de la gorge et une hypersalivation au début du traitement. La déglutition d'une trop grande quantité de nicotine dans la salive peut provoquer un hoquet. Les sujets sensibles peuvent présenter au début des signes légers de dyspepsie ou de brûlures gastriques. Ces symptômes peuvent être diminués en suçant le comprimé plus lentement.

- L'inhalateur

Il permet de garder le geste de la cigarette sans les méfaits du tabac. L'inhalateur ressemble à un fume-cigarette dans lequel se trouve une cartouche contenant 10 mg de nicotine. En aspirant à travers l'embout en plastique, l'air se charge de microgouttelettes de nicotine qui viennent se déposer sur la muqueuse buccale.

Une cartouche contient 10 mg de nicotine, ne pas dépasser 12 cartouches par jour. La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité seront à adapter en fonction des besoins du fumeur.

Leur usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours. Il est recommandé de ne pas utiliser les cartouches au-delà de 12 mois.

- Spray buccal

La nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.

Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il est également recommandé de s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale.

En général, il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur buccal au-delà de 6 mois. Le spray buccal nécessite un arrêt total du tabagisme.

Pour les formes orales de substituts nicotiniques, la consommation de boissons acides, de café, de jus de fruit est déconseillée dans les quinze minutes précédant leur utilisation car ces boissons diminuent l’absorption orale de la nicotine en abaissant le pH buccal.

Certaines situations particulières :

- Les substituts nicotiniques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs. Ils sont bien tolérés chez ces patients et ne provoquent pas d’aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme.

- Les femmes doivent être informées que l'utilisation médicalisée des TSN durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer. Toute forme de TSN peut être utilisée chez la femme enceinte, en privilégiant toutefois les formes orales, dont la durée d'action est moindre
- Les TSN peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent.
- Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.
- Chez un fumeur qui se retrouve en situation d'arrêt temporaire contraint à l'occasion d'une hospitalisation, un traitement du syndrome de sevrage doit pouvoir être proposé à l'aide de TSN à posologie suffisante.

(c) Les modalités de suivi des TSN

Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants. Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre les consultations des premières semaines.

Il est recommandé de signaler sa disponibilité au patient en cas de besoin aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute.

e) Autres méthodes

(1) Médicaments du sevrage tabagique recommandé en deuxième intention

Au vu de leurs effets indésirables, ces médicaments sont recommandés en seconde intention. Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps.

<u>Le bupropion LP (Zyban®)</u> (59)

L'efficacité du Bupropion dans l'aide au sevrage tabagique a été démontrée à 6-12 mois avec des OR compris entre 2,06 (IC95% [1,77-2,40] ; n=19) (60) et 2,75 (IC95% [1,98-3,81] ; n=7). (61)

Il a été développé dans cette indication, après une observation fortuite d'une psychiatre qui a remarqué que les patients traités avec cet antidépresseur fumaient moins. Cette molécule fait partie des traitements du tabagisme de première intention aux États-Unis, mais elle est peu utilisée en Europe, essentiellement à cause des effets indésirables potentiels.

Il s'agit d'un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la dopamine et de la noradrénaline, il diminue ainsi l'envie de fumer.

Posologie J1 à J6 : 1 cp/j, le matin puis 1cp 2 fois par jours espacées d'au moins 8 h.

La durée du traitement est de 7 à 9 semaines. Il n'est pas remboursable.

La varénicline (Champix) (62)

Elle est commercialisée en France depuis février 2007. Les études récentes (63) (64) semblent rassurantes concernant un éventuel risque majoré d'épisodes dépressifs majeurs, de suicides ou d'évènements cardio-vasculaires. Par ailleurs, suite à l'étude EAGLES (65), l'alerte sur les potentiels risques psychiatriques de la varénicline (66) a été levée et a conduit à l'obtention de son remboursement à 65 % par l'Assurance-maladie depuis avril 2017.

La varénicline diminue l'envie de fumer et le plaisir ressenti en fumant via une action double :

-effet agoniste : diminution des symptômes de sevrage en nicotine par la stimulation des récepteurs nicotiniques

-effet antagoniste : si le fumeur fume une cigarette, la nicotine inhalée ne stimule pas efficacement les récepteurs qui sont « bloqués » et n'induit ainsi que peu d'effet psychoactif.

Posologie J1 à J3 : 0,5 mg/j ; J4 à J7 : 0,5 mg matin et soir ; Puis : 1 mg matin et soir. La durée du traitement est de 12 semaines, renouvelable éventuellement une fois en cas de succès (maintien de l'abstinence).
Ces deux traitements sont contre indiqués chez les moins de 18 ans et la femme enceinte ou allaitante.

(2) Médecines alternatives

Leur bénéfice dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établi. Cependant, ces approches, qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur.

Lorsqu'un patient souhaite utiliser ces méthodes, le praticien peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt d'un éventuel effet placebo.

Dans le cas où le patient a recours à des approches dont le bénéfice n'est pas établi, l'accompagnement doit être maintenu afin d'être en mesure de lui proposer les stratégies recommandées si nécessaire.

Les techniques les plus étudiées sont l'acupuncture et l'hypnose.

L'acupuncture diminuerait la sécrétion d'ACTH et augmenterait la libération de beta endorphine et beta enképhaline (peptides opiacés endogènes) ce qui permettrait de réduire les symptômes de sevrage. (67)

L'hypnose est une technique qui amène le patient dans un état mental plus réceptif, plus attentif et favorisant l'adhésion aux paroles du thérapeute. Lorsque le patient atteint cet état le thérapeute suggère que la cigarette est toxique, associée à de terribles sensations, et que le patient est capable de gérer ses symptômes de manque.

D'autres méthodes tels que la désensibilisation (vaccinothérapie), la mésothérapie, l'auriculothérapie et le laser ont été évalués dans plusieurs études qui n'ont pas démontré d'efficacité de ces méthodes.(68)

(3) Place de la cigarette électronique

La cigarette électronique est apparue vers 2010 en France. Les utilisateurs de la cigarette électronique sont appelés « vapoteurs ».

Les données du Baromètre Santé 2017 ont montré que depuis l'arrivée des cigarettes électroniques en France, près de 700 000 ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté depuis plus de 6 mois pensent que la cigarette-électronique les a aidés.

Les cigarettes électroniques de nicotine sont conçues pour diffuser de la nicotine dans les voies respiratoires. Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol et de nicotine sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur. Des flacons à différentes concentrations de nicotine existent séparément à la vente (« e-liquides »). Ces flacons peuvent être ajoutés aux cigarettes électroniques (le consommateur pouvant alors déterminer la dose de nicotine).

L'efficacité de la cigarette électronique a été observée dans trois essais randomisés. L'essai le plus récent, publié dans le New England Journal of Medecine, en 2019 (69) a comparé l'efficacité de la cigarette électronique (avec nicotine) par rapport à celle des TSN. Il a montré un nombre d'arrêt significatif deux fois plus important parmi les utilisateurs de cigarette électronique par rapport à ceux qui ont utilisé les TSN (18 % vs 9,9). Cependant, les conditions de ces essais et les limites inhérentes aux études ne permettent pas encore d'affirmer que la cigarette électronique est un outil validé d'aide à l'arrêt du tabac.

Ces dispositifs ne sont pas indiqués actuellement dans le sevrage tabagique par la HAS. En France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les cigarettes électroniques ne peuvent pas être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée. En raison de l'insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et de leur innocuité, il n'est pas actuellement possible de recommander les cigarettes électroniques dans le sevrage tabagique ou la réduction de la consommation de tabac.

Dans un communiqué du 30 mai 2011, l'Afssaps recommandait de ne pas consommer de cigarettes électroniques.

Produit de consommation courante, il est disponible sans prescription et peut être acheté par toute personne intéressée par le dispositif.

Par ailleurs, la politique envers la cigarette électronique varie selon les pays : sa vente est interdite en Australie, au Brésil, au Canada par exemple alors qu'elle est autorisée dans la majorité des pays Européens et aux États Unis. (70)

Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, leur utilisation ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement.

Selon le dernier avis du Haut conseil de la santé publique (2016), la cigarette électronique peut être considérée comme une aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs désirant arrêter de fumer et constituer, en usage exclusif, un mode de réduction des risques du tabac.

Une réflexion sur la création d'une cigarette électronique « médicalisée » a été proposé et est en cours d'exploration. (71)

5. Quand orienter vers une consultation médicale ?

Il est recommandé d'orienter le patient vers un confrère ou un spécialiste (tabacologue, addictologue, centre spécialisé) notamment dans les cas suivants :

- comorbidités psychiatriques

- Les fumeurs ayant une pathologie lourde associée

- Les fumeurs très fortement dépendants à la nicotine

- Les fumeurs présentant une co-addiction (en particulier à l'alcool et/ou au cannabis)

- Les fumeurs souhaitant arrêter à l'aide du bupropion ou de la varénicline

- Les fumeurs en échecs répétés malgré l'utilisation de différentes méthodes de sevrage

- Les femmes enceintes qui ne peuvent arrêter seules de fumer

- nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique ;

- à la demande du patient.

6. Les structures d'aide

La poursuite de l'accompagnement par un PDS augmente le maintien du sevrage à long terme. Pour cela des contacts et relais doivent être organisés pour que le fumeur ne se sente pas démuni, ni seul notamment à la sortie de l'hôpital.

Le lien entre les équipes hospitalières et les médecins traitants se fait via les lettres de liaison, prévues par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016, qui permettent de fluidifier les informations entre ville et hôpital.

Il est important de connaître les ressources locales ou des réseaux spécifiques d'aide au sevrage, internes à l'établissement ou sur le territoire de vie du patient comme des médecins généralistes particulièrement impliqués, des consultations de tabacologie et d'addictologie, des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA).

L'annuaire des consultations de tabacologie est consultable sur www.tabac-info-service.fr (rubrique « Contacts utiles »).

Celui des structures de soins en addictologie (dont les CSAPA) peut être consulté sur www.drogues-info-service.fr (rubrique « Adresses utiles »).

D'autres outils sont en plein essor et proposent un accompagnement à l'arrêt du tabac à distance qui est accessible sous différentes formes :

- Tabac Info Service permet d'aider chacun à en finir avec la cigarette à travers quatre services différents :

- La ligne téléphonique gratuite 39 89, qui a reçu 55 532 appels en 2019

Cette ligne d'aide à l'arrêt est à disposition du public : le 3989 (Tabac Info Service, 0,15 €/minute, service ouvert de 9h à 20h du lundi au samedi). Outre l'information, l'orientation et le conseil simple, cette ligne d'aide offre aux fumeurs la possibilité d'un service de seconde ligne, avec prise de rendez-vous téléphonique pour entretien avec des tabacologues pour conseil dans la démarche de sevrage. Ce service accompagne aussi les PDS dans l'amélioration de leur offre de soins par la

fourniture de documentation et par un partage de leurs expériences en matière de prise en charge de la dépendance tabagique.

- Le site internet tabac-info-service.fr, qui compte 5 557 879 visiteurs uniques en 2019.

L'objet de ce site est de permettre aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches. On y trouve notamment : l'annuaire des consultations de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac, des éléments sur les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt du tabac et les solutions pour arrêter de fumer.

Ce site fournit du matériel d'auto-support (y compris du coaching par Internet) destiné aux usagers et des outils destinés aux PDS.

Des études d'évaluation de l'efficacité de ces interventions confirment l'efficacité du e-coaching de Tabac Info Service à trois mois, et même à six mois chez ceux ayant suivi le programme dans son entier : le taux d'abstinence à six mois est de 32,4% parmi les fumeurs qui étaient en tentative d'arrêt. (72) Concernant des consultations de tabacologie à un mois, le taux d'abstinence maintenue durant un mois est en effet de 45,2% parmi les fumeurs. (73)

- L'application mobile, disponible sur smartphones et tablettes, qui a été téléchargée 309 789 fois en 2019

- La page Facebook, compte 126 758 fans au 25 novembre 2019

- Les applications pour smartphone, notamment Tabac Info service et Stop-tabac. Ch qui permettent un e-coaching personnalisé selon la situation du fumeur. Très interactives, elles permettent au fumeur de faire le point sur sa situation, de constater les économies financières qu'il pourrait réaliser, ses motivations, ses craintes face à l'arrêt et de mobiliser sa communauté pour le soutenir

C. Les professionnels de santé (PDS) et le sevrage tabagique

50% des français arrêtent de fumer sans aide mais avec une faible efficacité (sevrage entre 6 et 12 mois de l'ordre de 3 à 5%). (74) En effet, un fumeur voulant arrêter et recevant de l'aide aura 80 % de chance supplémentaire d'y parvenir par rapport à un fumeur arrêtant sans aide. (8)

Une enquête menée auprès des patients par Philippe Michaud en 2003 (75) tend à montrer que les patients sont largement dans l'attente d'être interrogés et ne le sont pas nécessairement par le médecin ; les patients ont un mode de communication passif sur ces sujets parfois sensibles.

Les patients	Trouvent légitime les questions du médecin	Ont été interrogés par le médecin
Tabac	88%	25%

Tableau 2 : Comparaison entre la légitimité des médecins selon les patients et l'abord par le médecin, sur le tabac (Michaud 2003)

Une deuxième enquête sur les représentations et les pratiques des PDS intervenant en cancérologie a été menée par l'INCa en 2014 avec un volet qualitatif (entretiens en face à face auprès de 48 PDS et 30 patients atteints de cancer fumeurs au moment du diagnostic).

Les entretiens en face à face avec les patients montrent qu'il existerait un manque de prise de parole de la part du PDS sur le sujet. D'autre part, lorsque le sujet est abordé, le tabac semble être une problématique peu discutée en profondeur avec un discours du PDS qui apparaît simpliste.

Les PDS, médecins et infirmiers, sont en première ligne face au tabagisme de la population, tant pour le dépistage que pour l'aide au sevrage. L'élargissement du droit de prescription des TSN témoigne de la volonté du gouvernement à impliquer chaque PDS, quelques soit leur champ d'action, pour accompagner les fumeurs dans leur démarche de sevrage.

De ce fait, il est important qu'ils aient conscience de leur implication sur ce sujet et qu'ils soient efficaces dans leur démarche d'aide au sevrage de leurs patients.

Il a déjà été démontré qu'à condition d'avoir des connaissances suffisantes et d'être impliqué dans ce sujet, les PDS généraient un impact positif important (8) et étaient aussi efficace qu'un centre spécialisé sur le sevrage tabagique des patients.(76)

Par ailleurs, la formation des PDS fait partie des recommandations de bonne pratique sur l'arrêt de la consommation de tabac (HAS 2014).

Le projet International tabacco Control (ITC) en 2011 a retrouvé que moins d'un tiers des fumeurs ayant consulté un médecin ou un PDS au cours des six derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter de fumer. Les fumeurs sont encore moins nombreux à avoir reçu une prescription pour un médicament d'aide à l'arrêt du tabac ou à avoir été orientés vers des services d'aide à l'arrêt du tabac. Moins d'un médecin sur deux déclare avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un tel soutien au cours de la semaine écoulée, alors qu'au moins un tiers de leurs patients sont fumeurs. (10)

Cette même enquête montre que la France occupe l'avant dernière place, juste avant les Pays-Bas, dans l'approche systématique du patient fumeur consultant un médecin pour un autre motif. En effet, c'est en France est aux Pays-Bas que l'on pratique le moins le conseil systématique auprès du patient fumeur.

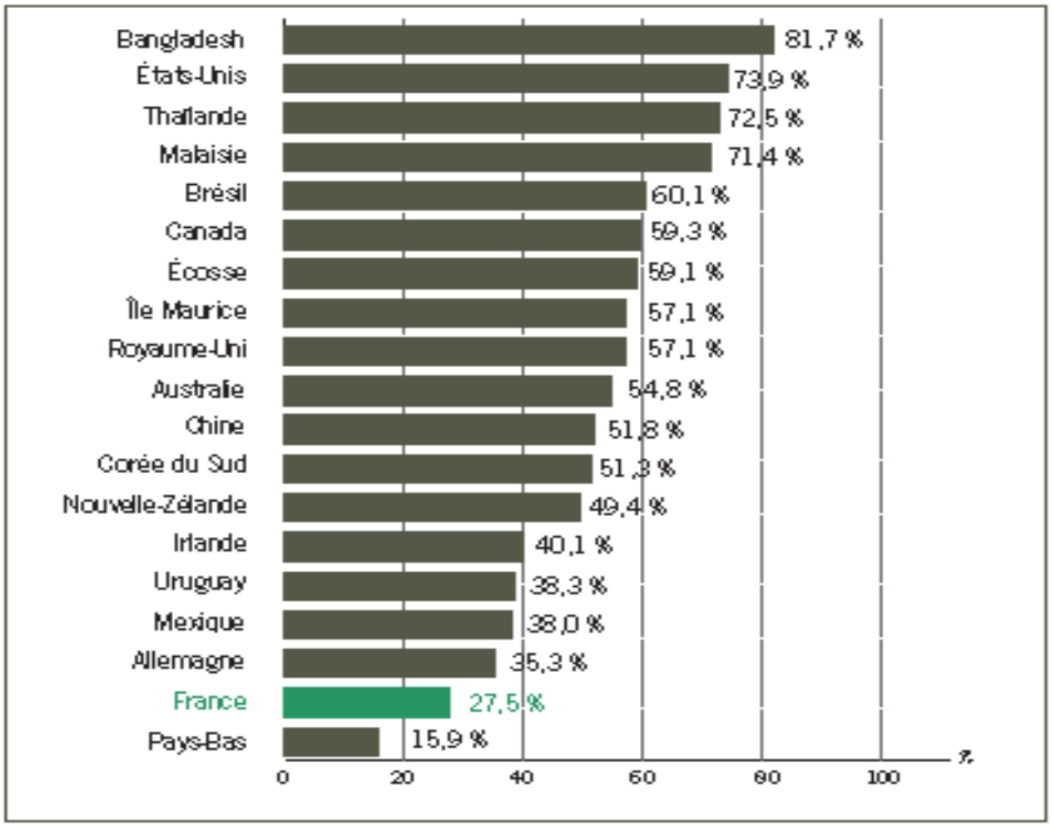


Figure 14 : Pourcentage de fumeurs ayant reçu des conseils pour arrêter de fumer parmi ceux qui ont consulté un médecin, par pays (enquête ITC France 2e vague)

Les dernières données des enquêtes Euroaspire, analysant les mesures de prévention secondaire chez des patients coronariens, montrent que 16 %, soit la moitié de ceux qui étaient fumeurs lors de leur événement coronaire, n'ont pas arrêté ou ont repris leur tabagisme. Or, cette enquête souligne que seulement 18,6 % de ces patients ont été accompagnés dans leur sevrage par une consultation et/ou une aide pharmacologique (77). Dans cette enquête, la France est un des pays ayant la plus haute prévalence de tabagisme au moment de l'événement et le plus faible taux de sevrage à distance. Cette absence de prise en charge effective explique que plus de la moitié de ces rechutes surviennent dans le mois suivant l'événement et la précocité de cette reprise est significativement corrélée au risque de décès (78).

Une étude américaine de 2019 retrouve que, parmi 942 patients hospitalisés, 36,6% fumeurs hospitalisés ont rechuté moins d'1h après avoir quitté l'hôpital, 35% entre 1h et 24h, 28% un jour après la sortie. Les prédicteurs avec probabilités les plus élevés

de rechutes rapides incluaient l'usage de tabac pendant l'hospitalisation, faible confiance en l'abandon du tabac et de ne pas fixer une date d'arrêt. (79)

Par ailleurs, il a été montré, dans le cas de patients atteints de cancer, que le taux d'arrêt tabagique est plus important si une aide au sevrage est proposée au moment du diagnostic de cancer. (80)
Plus le délai est court entre le moment du diagnostic et la mise en place d'un programme d'arrêt et plus le patient a de chance d'arrêter de fumer. (81) (82)

Problématique

Notre question de recherche fut de déterminer comment est pris en charge le sevrage tabagique par différents PDS tant hospitaliers que libéraux.

Les PDS ont un rôle central que ce soit les médecins généralistes de par leur suivi au long terme des patients, des médecins hospitaliers au décours d'une pathologie lié au tabac ou pas, des internes futurs praticiens souvent principaux interlocuteurs des patients. Mais aussi depuis 2016, les infirmiers(ères) et les médecins du travail entres autres, sont autorisés à prescrire des TSN.

Plusieurs études ont évalué les pratiques des médecins généralistes en matière de sevrage tabagique. (83) Cependant, peu explorent les pratiques des diverses catégories professionnelles normalement impliqués dans le sevrage depuis notamment l'élargissement du champ de prescription des substituts nicotiniques et depuis la modification des modalités de remboursements de ceux-ci en Janvier 2019.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques des professionnels de santé dans leur diversité vis-à-vis du sevrage tabagique et d'évaluer leurs connaissances sur les modalités d'usage des substituts nicotiniques.

Les objectifs secondaires sont :

- Les difficultés rencontrées concernant les différentes étapes de prise en charge d'un patient fumeur
- Les freins avancés dans le cadre de cette prise en charge
- Quelles pourraient être les pistes d'amélioration notamment pour améliorer la prescription des substituts nicotiniques.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale et observationnelle.

B. Critères de sélection de la population

La population étudiée était les médecins généralistes (MG), les cardiologues, les pneumologues, les diabétologues, les médecins du travail, les internes des spécialités sus cités et les infirmiers(ères) (IDE).
Ce choix était défini pour interroger les spécialités de médecins les plus à même d'utiliser les outils du sevrage tabagique pour le traitement des maladies liées au tabagisme les plus courantes (maladies cardiovasculaires et respiratoires) ainsi que les PDS ayant récemment l'aptitude à prescrire.

Les MG libéraux installés des Bouches du Rhône ont été contactés de manière aléatoire via le site du Conseil de l'Ordre des Bouches-du- Rhône. Une diffusion de mon questionnaire par le Conseil de l'Ordre des médecins a été demandé également en parallèle.

Les cardiologues, pneumologues et diabétologues, médecin du travail ainsi que les infirmiers(ères) sont issus des différents hôpitaux publics Marseillais (CHU Timone, CHU Nord et CHU Conception).

Les internes des différentes spécialités sont issus de la faculté de médecine de Marseille.

Ont été exclus les soignants qui exerçaient exclusivement une activité en relation avec le sevrage tabagique (tabacologue, PDS travaillant dans des centres spécialisées).

C. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une lecture des dernières recommandations en vigueur de la HAS.

La première partie du questionnaire (Annexe 1) concernait les données démographiques des PDS interrogés. La deuxième partie évaluait les pratiques de ces derniers, d'abord concernant le dépistage du tabagisme, puis l'évaluation de la dépendance et ensuite la prise en charge thérapeutique. La prescription des médicaments (buprobion et varénicline) n'a pas été étudié car réservée au corps médical uniquement or l'étude s'intéresse au personnel médical et paramédical. La troisième partie explorait les connaissances sur les modalités d'usage des substituts nicotiniques. Enfin, la quatrième partie explorait les difficultés et les freins à la prise en charge du sevrage tabagique et les propositions pouvant améliorer la prescription des substituts nicotiniques.

Le questionnaire était semi ouvert comprenant 23 questions au total dont 17 questions fermées et 6 questions ouvertes avec la possibilité de cocher la case 'Autre'. Le questionnaire a été testé auprès 3 MG et 3 internes en médecine générale pour s'assurer de la compréhension et de la pertinence des questions et réponses.

D. Déroulement de l'étude

Le recueil des données a eu lieu de juillet 2019 à décembre 2019.

Les MG libéraux ont été contactés par téléphone pour récupérer leur mail et leur envoyer le questionnaire par mail, après leur accord.

Les médecins spécialistes, les internes et les infirmiers(ères) ont été contactés par mail via la boite mail de l'APHM 'PHOCEO', en renseignant le service voulu.

Un questionnaire a été distribué sous forme papier également sur place dans les différents services : Cardiologie (Pr HABIB, Pr DEHARO, Pr BONNET au CHU Timone, Pr PAGANELLI au CHU NORD), Médecine du Travail (CHU Conception), Pneumologie (Pr REYNAUD-GAUBERT, Pr CHANEZ, Pr BARLESI, Pr ASTOUL au CHU Nord), Endocrinologie (Pr VALERO, Pr DUTOUR, Pr RACCAH au CHU Conception).

Les Internes ont été contactés via un poste sur le groupe d'internes via le réseau social Facebook.

Le questionnaire était envoyé avec une notice expliquant les intérêts de l'étude et garantissant l'anonymat des réponses. Le questionnaire a été saisi sur « Google Forms ».

E. La collecte des données

Sur 90 questionnaires papiers distribués, nous avons pu recueillir 57 réponses dont 10 incomplètes qui ont été donc exclues de l'analyse. Nous avons dont analysé 47 questionnaires papier.

Sur 646 mails envoyés via la boite mail APHM 'PHOCEO', 40 ont répondu.

Sur 90 appels de mg, 28 ont répondus au questionnaire.

F. Analyse statistique

Les réponses aux questions ont été présenté par leur effectif et leur pourcentage.

Le calcul du score de connaissance pour les questions 18, 19 et 20 était sur 2 points pour chaque question. La somme des items justes constitue 2 points ; la somme des items faux constitue -2 points. Il n'y a pas d'item annulant les notes de tous les autres items de la question. Un score sur 6 reflète la somme des scores des trois questions.

Les données recueillies ont été saisies de façon anonyme dans un tableau sur le logiciel « Microsoft Excel » et traitées avec l'aide du service de BioSTIC, *Biostatistiques et Technologies de l'Information et de la Communication* de l'Hôpital de la Timone par l'interne Nicolas ILINE supervisée par le chef de service Pr Roch GIORGI.

Les réponses aux questions libres ont fait l'objet d'une analyse inductive par codage thématique et présenté sous forme de tableaux. Elles sont regroupées par thèmes et sous thèmes avec entre parenthèses la catégorie professionnelle du répondant. La colonne « réponses » contient les citations des réponses des soignants.

III. RESULTATS

A. Participation

Nous avons reçu au total 141 réponses sur les 826 questionnaires envoyés, soit un taux de participation de 17%.

Voici le diagramme de flux de la sélection de la population d'étude :

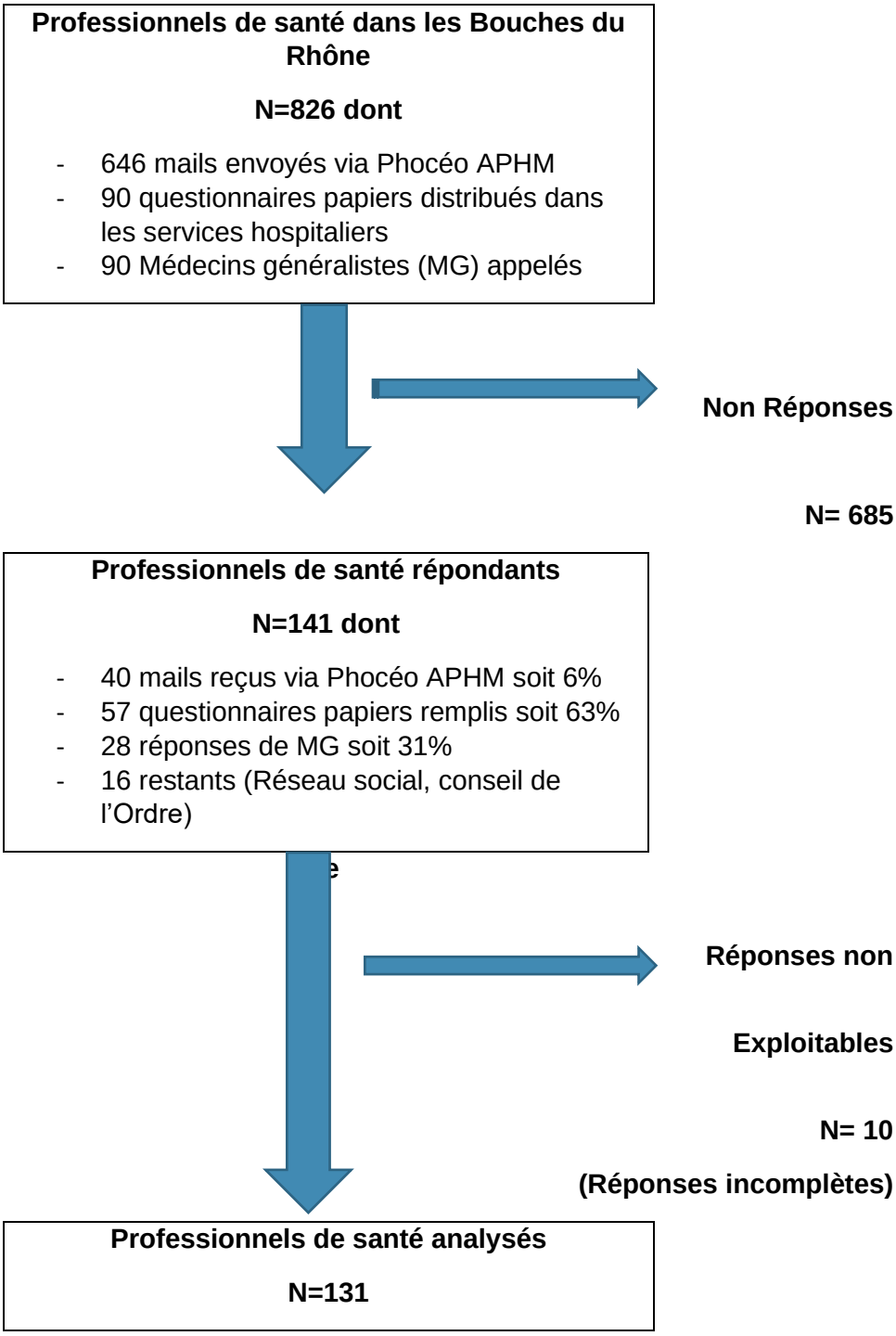


Figure 15 : Diagramme de flux de la population d'étude

B. Caractéristiques de la population

1. Données socio-démographiques

Les résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques des PDS interrogés sont reportés dans le tableau suivant :

CATEGORIE	*EFFECTIF*	*POURCENTAGE (%)*
PARTICIPANTS	*131*	100
HOMMES	47	35,9
FEMMES	84	64,1
DE MOINS DE 30 ANS	57	43,5
ENTRE 30 ET 39 ANS	27	20,6
ENTRE 40 ET 49 ANS	22	16,8
ENTRE 50 ET 59 ANS	17	13
DE 60 ANS ET PLUS	8	6,1
IDE	23	17,6
INTERNES	48	36,6
MEDECINS GENERALISTES	29	22,1
MEDECENS SPECIALISTES	31	23,7
LIBERAL	36	27,5
HOSPITALIER	95	72,5
FUMEUR	20	15,3
ANCIEN FUMEUR	20	15,3
NON FUMEUR	91	69,5

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques

La majorité de l'échantillon inclut des PDS de moins de 30 ans. Environ 60% ont moins de 40 ans et près de 20% ont plus de 50 ans.

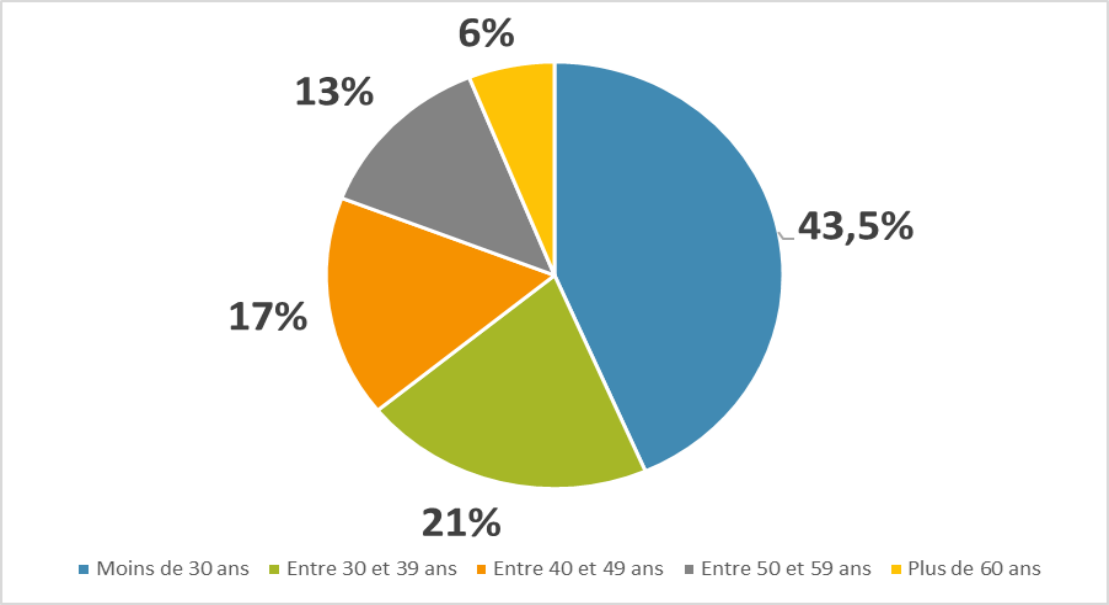


Figure 16 - Age des participants

L'échantillon est composé d'une majorité de femmes 64 % (n=84), les hommes représentent 36% (n=47).

Internes 37% (n=48)	- Internes DES de médecine générale (n=22) - Internes DES de cardiologie (n=10) - Internes DES de pneumologie (n=8) - Internes DES d'endocrinologie (n=5) - Internes DES médecine du travail (n=3)
Spécialistes 24% (n=31)	- Diabétologues (n=12) - Cardiologues (n=7) - Pneumologues (n=8) - Médecins du travail (n=4)
Généralistes 22% (n=29)	
IDE 18% (n=23)	

Tableau 4 - Répartition des différents professionnels de santé de notre échantillon

Les PDS exercent majoritairement en milieu Hospitalier 73% (n=95), le reste en milieu Libéral 28% (n=36) dont 21% (n=27) en cabinet de groupe et 7% (n=9) en cabinet individuel.

Parmi les PDS, un très grand nombre d'entre eux est non-fumeurs 69 % (n=91) et en incluant les anciens fumeurs, ce pourcentage atteint plus de 80% (n=111).

Parmi les 20 fumeurs actifs, il y a autant de femmes (N=10) que d'hommes (N=10).

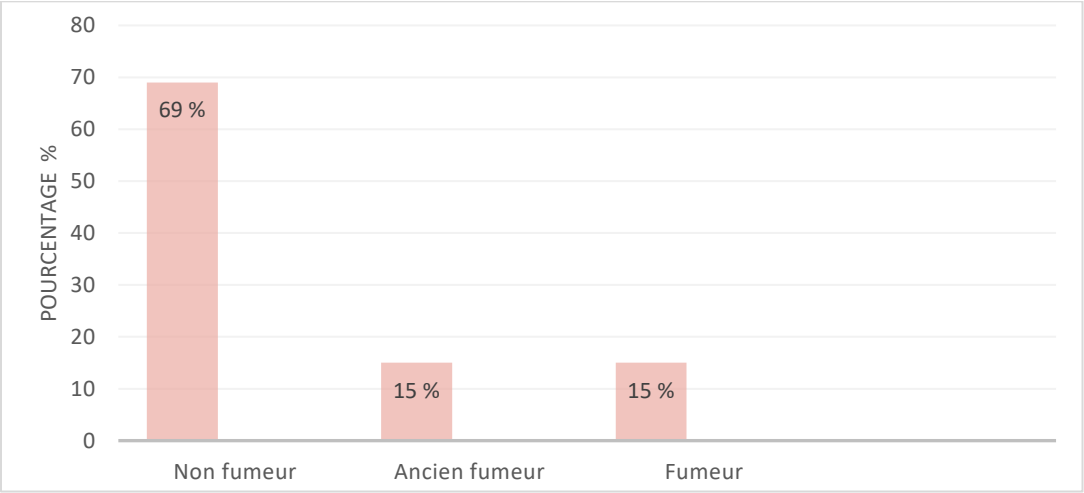


Figure 17 - Statut tabagique des participants

Le groupe 'Internes' est la catégorie professionnelle qui fume le plus (25%) parmi l'ensemble du corps médical et paramédical.

Catégories professionnelles	Fumeur
Médecins généralistes (n=29)	10% (n=3)
Médecins spécialistes (n=31)	3% (n=1)
Internes (n=48)	25% (n=12)
IDE (n=23)	17% (n=4)

Tableau 5 – Statut tabagique en fonction de la catégorie professionnelle

2. Formation complémentaire sur le thème du sevrage tabagique

Ils sont seulement 13% (n=18) à avoir eu une formation complémentaire sur le sevrage tabagique : 11 % (n=14) via une Formation médicale continue, 3% (n=4) via un Diplôme universitaire (DU, DIU, Capacité) et 5% (n=6) via d'autres méthodes (revue littéraire, conférence organisée par un laboratoire, master pratique avancée, présence auprès d'un tabacologue).

Il reste 82% (n=107) des PDS sans formation complémentaire sur le sevrage tabagique.

C. Evaluation des pratiques

1. Dépistage du tabagisme

60 % (n=78) des PDS dépistent systématiquement la consommation tabagique de leurs patients.

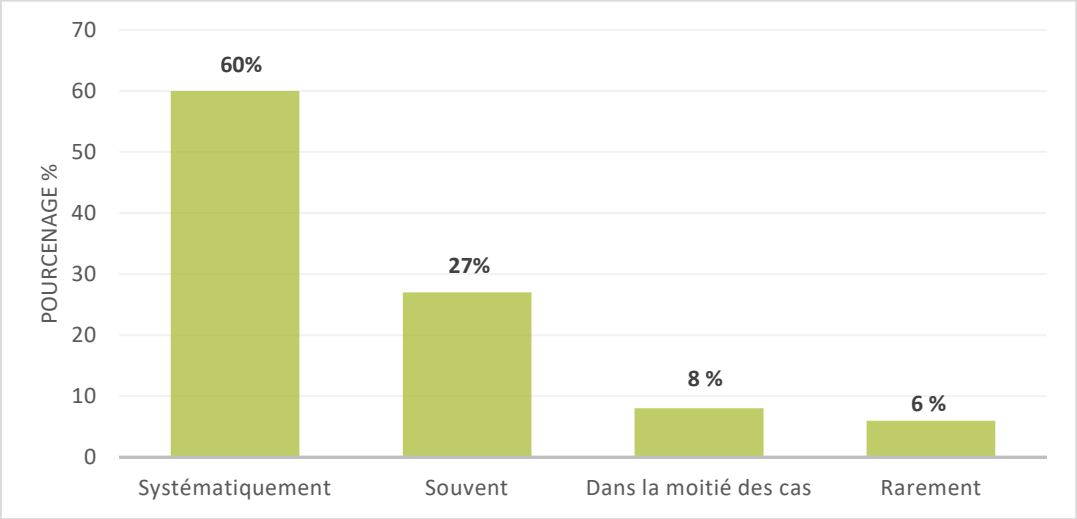


Figure 18 - Dépistage du tabagisme par les professionnels de santé

Parmi les professionnels qui dépistent systématiquement, on retrouve 77% de Spécialistes, 65 % d'Internes, 41 % de Généralistes, 48 % d'IDE.

Comparé au secteur Libéral (36 %, n=13), le dépistage du tabagisme est plus systématisé dans le secteur Hospitalier (68 %, n=65).

Par ailleurs, le statut tabagique ne semble pas modifier la pratique du dépistage.

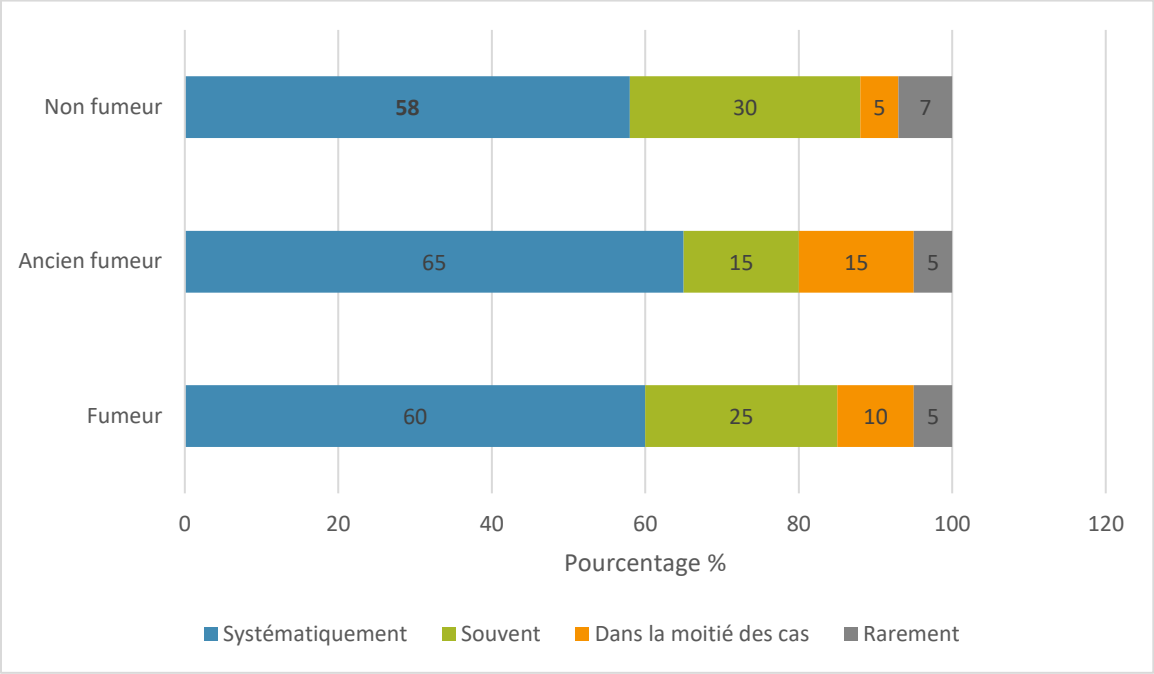


Figure 19 : Fréquence du dépistage en fonction du statut tabagique

Sont majoritairement interrogés systématiquement par les PDS, les nouveaux patients avec 86,3% (n=113). Près d'un tiers (n=45) des PDS interrogent leurs patients systématiquement à chaque visite.

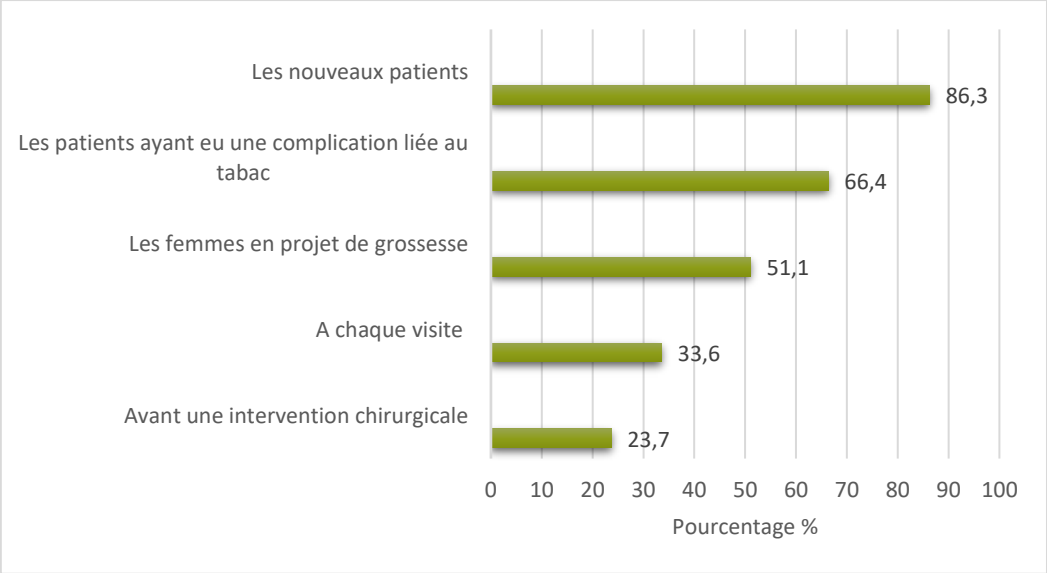


Figure 20 - Types de patients dépistés par les professionnels de santé

79% (n=104) des PDS déclarent inscrire le statut tabagique de leurs patients dans le dossier médical.

Selon les interrogés, 76% (n=100) d'entre eux pensent qu'il est recommandé de prendre en charge systématiquement un patient fumeur quel que soit son stade de motivation, 18% (n=23) pensent le contraire et 6% (n=8) ignorent la conduite à tenir.

2. Evaluation de la dépendance

Il a été demandé aux participants s'ils connaissaient le questionnaire de Fagerström d'évaluation de la dépendance à la nicotine. 26% (n=34) d'entre eux ont déclaré ne pas le connaître. 13,7% (n=18) connaissent la version courte à 2 questions du questionnaire, 32,8% (n=43) connaissent la version longue à 6 questions, 27,2% (n=36) connaissent les 2 versions.

41 % (n=54) des PDS déclarent ne jamais utiliser le test de Fagerström. Parmi eux, 51% (n=48) sont Hospitaliers et sont en majorité des IDE (91 %, n=21). Seulement 8 % (n=11) d'entre eux utilisent le test systématiquement. Parmi ceux-là, une majorité de Libéraux 25 % (n=9) dont 21% (n=6) sont des Généralistes.

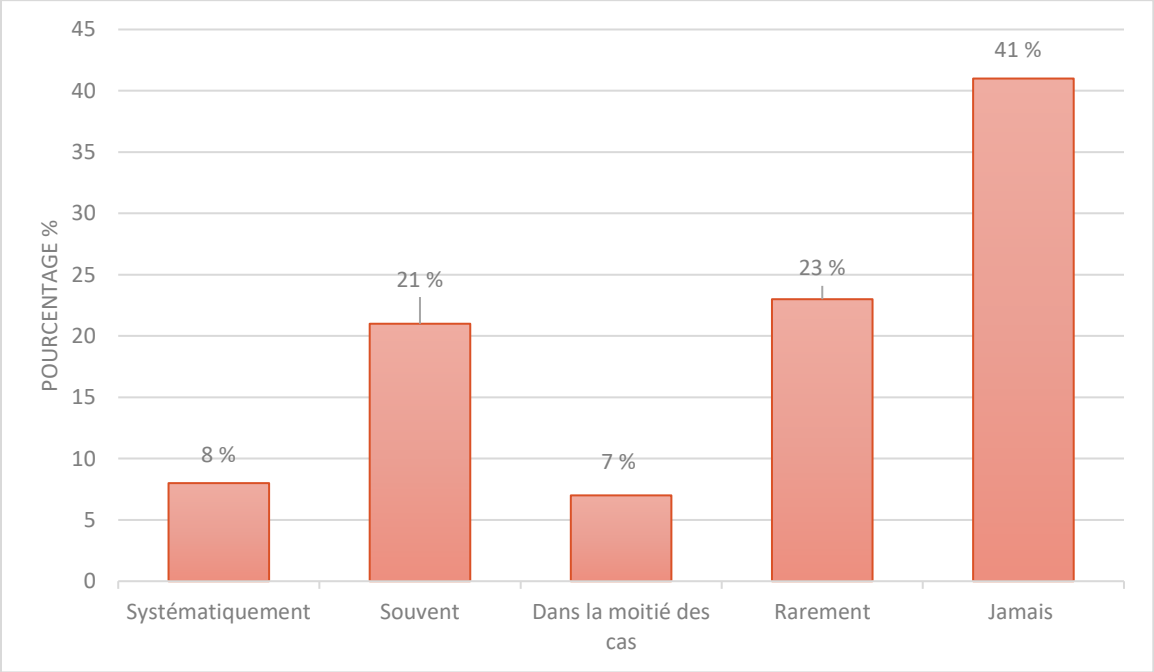


Figure 21 - Utilisation du test de Fagerström par les professionnels de santé

3. La prise en charge

Les TSN sont la stratégie de choix proposée par 85,5% (n=112) des PDS.
Les médecines alternatives arrivent en deuxième position 46,6% (n=61). Moins de 20% (n=23) des professionnels proposent à leurs patients le recours aux méthodes d'autosupports ou le soutien téléphonique.

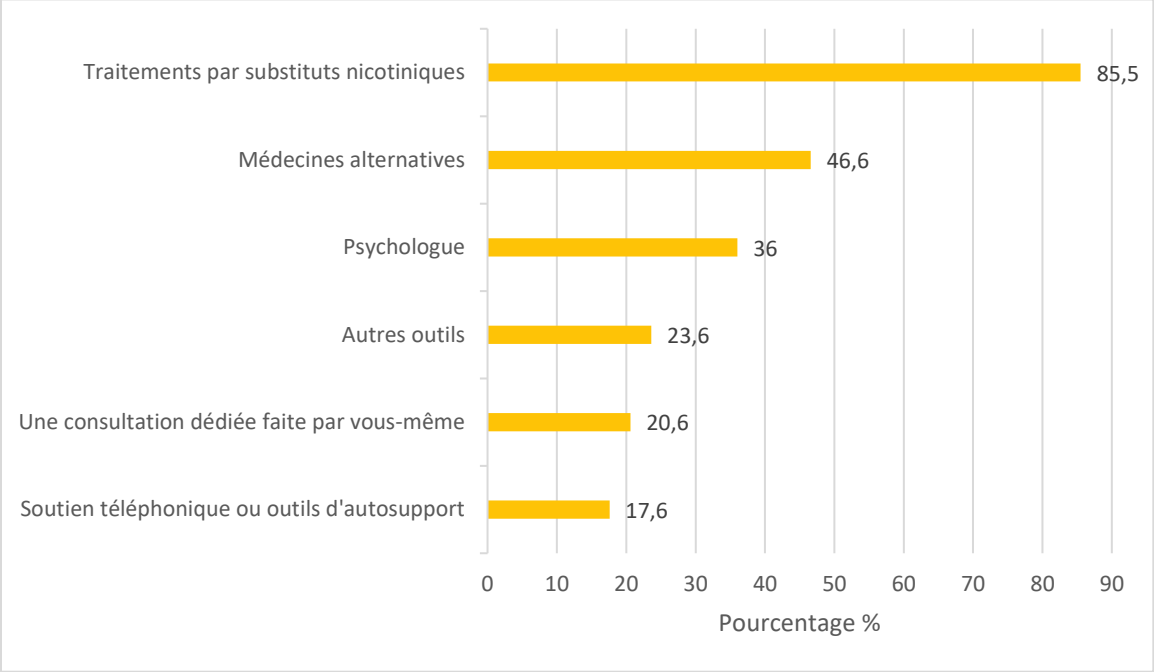


Figure 22 - Outils de sevrage proposés par les professionnels de santé

Les Spécialistes, les Généralistes et les IDE proposent de façon comparable les Substituts Nicotiniques et les médecines alternatives. Les Internes sont une grande partie à proposer l'aide d'un psychologue en plus des Substituts Nicotiniques. De plus, les Généralistes et les Internes sont les plus nombreux à réaliser eux-mêmes des consultations de sevrage.

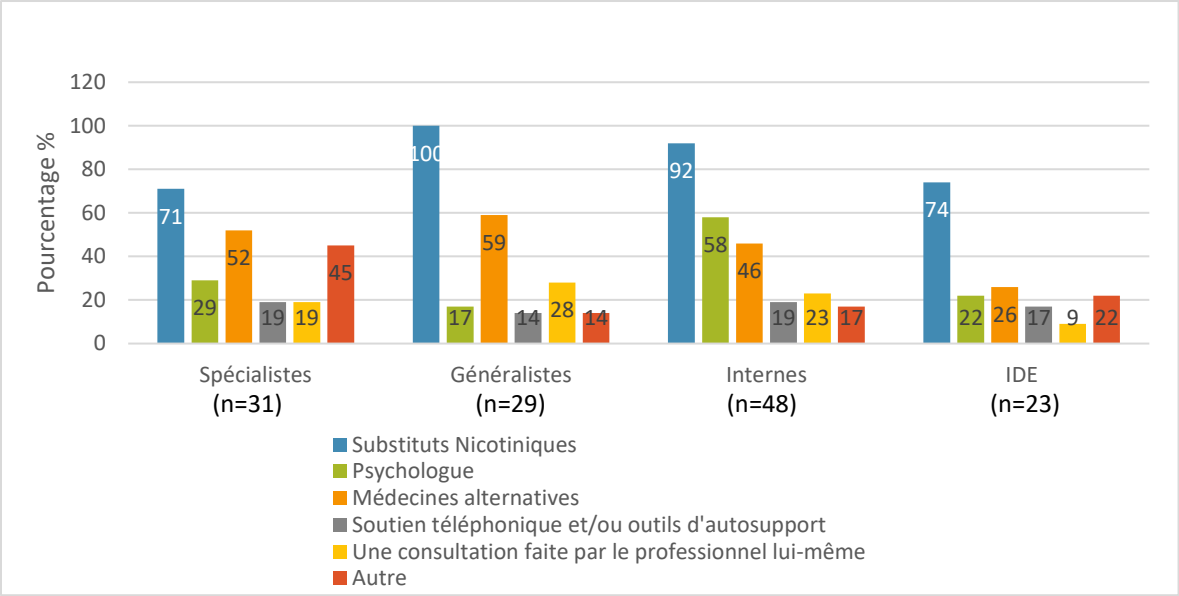


Figure 23 - Outils proposés en fonction de la catégorie professionnelle

23,6% (n=31) des participants proposent d'autres outils de prise en charge.

THEMES	REPONSES
Consultation dédiée antitabac chez un tabacologue/ addictologue 24 réponses (18,3%)	- tabacologue (médecin du travail) - consultation dédiée antitabac (MG) -consultation par spécialiste (cardiologue) -cs tabacologue (cardiologue) -consultation tabacco spécifique (pneumologue) -cs dédiée au servage au sein APHM (diabétologue) -Consultation addictologie (interne DES endocrinologue) -Consultation tabacco (interne DES endocrinologie) -Cs tabacologie pavillon étoile Hôpital Nord ou tabac info service (Diabétologue) -Prendre RDV avec un tabacologue (IDE) - cs dédiée par un addicto présent sur mon centre (MG) - orientation vers une cs tabaco sur site (IDE) -cs tabacologue au sein du service (médecin du travail) -orientation vers service d'aide au sevrage tabagique (médecin du travail) -cs sevrage tabac par un de nos cardiologues donnant ce type de consultation (IDE) -tabacologue (médecin du travail) -addictologue (interne DES MG) -Cs dédiée non faite par moi (diabétologue) -consultation dédiée au sevrage (diabétologue)

	-service addictologie (pneumologue) -passage des IDE spécialisées en sevrage tabagique demandé (IDE) -cs tabacologie sur hôpital (interne DES cardiologie) -consultation addictologie (Diabétologue) -consultation dédiée (interne DES cardiologie)
Cigarette électronique 3 réponses	-cigarette électronique (MG) -cigarette électronique (IDE) -…cigarette électronique si envie du patient (interne DES cardiologie)
Entretien motivationnel 2 réponses	-entretien motivationnel (diabétologue) -encouragement (interne DES endocrinologie)
Activité sportive 1 réponse	-activité sportive (MG)
Médicaments 2e intention 1 réponse	-varénicline (interne DES cardiologie)

Tableau 6 – Analyse des réponses libres 'outils de sevrage proposés'

Devant un patient voulant réduire ou arrêter sa consommation tabagique, 64% (n=84) des participants prescrivent des TSN soit 'systématiquement' soit 'souvent'. Près de 30% (n=39) n'en prescrivent jamais ou rarement.

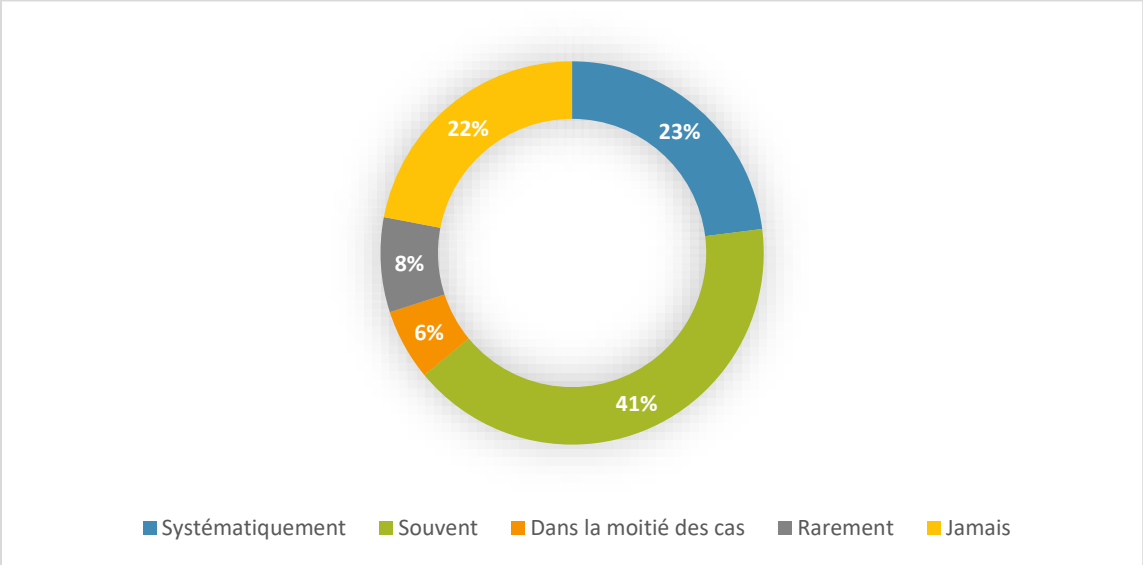


Figure 24 – Prescription des Substituts Nicotiniques par les professionnels de santé

Parmi les professionnels qui prescrivent fréquemment des TSN, 95% (n=34) de Libéraux le font ‘systématiquement’ et ‘souvent’ (28%, 67% respectivement) contre 53% (n=50) d’Hospitaliers (21%, 32% respectivement).

En se focalisant sur les catégories professionnelles, on note que : tous les Généralistes prescrivent des TSN, les IDE sont 78 % (n=18) à ne jamais en prescrire, les Internes sont plus de la moitié à prescrire fréquemment 73% (n=35) et enfin la prescription chez les Spécialistes est plus partagée. 49% (n=15) des Spécialistes en prescrivent systématiquement ou souvent et 51% (n=16) de façon occasionnelle voire jamais.

40% (n=63) des prescripteurs utilisent l’association d’un patch et d’une forme orale, 37% (n=49) un patch seul, 1% (n=1) une forme orale seule.

Concernant la prescription des TSN, 20% (n=26) des PDS se sentent très à l’aise, 43% (56/131) moyennement à l’aise, 18% (n=23) ne se sentent pas vraiment à l’aise et 20% (n=26) se sentent pas du tout à l’aise.

Un tiers des interrogés (n=40) ressentent le besoin d’adresser leurs patients vers un professionnel formé au sevrage tabagique dès le début de la prise en charge. Seulement 5% (n=7) n’en ressentent jamais le besoin.

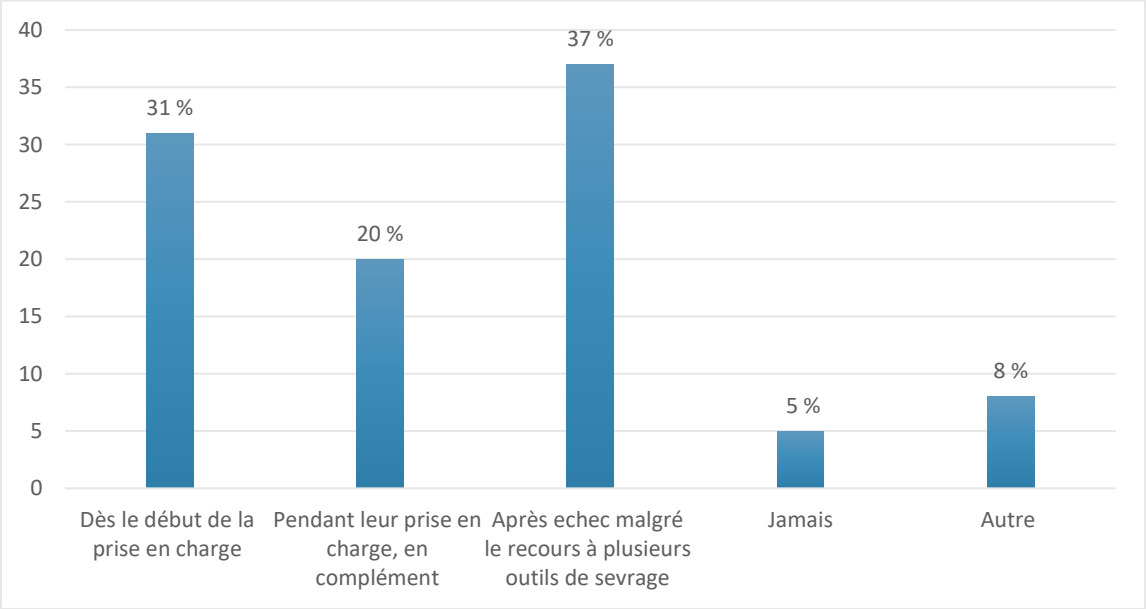


Figure 25 - Besoin d’adressage vers un professionnel formé au sevrage tabagique

8% (n=10) trouvent d'autres motifs pour adresser.

THEMES	SOUS THEMES	REPONSES
Désir du patient 7 réponses	**A la demande du patient**	-Demande du patient (MG) -Uniquement si le patient en fait la demande (IDE) -Désir du patient (Interne DES MG) -Quand le patient exprime la volonté d'arrêter le tabac (IDE)
	Selon motivation du patient	-Selon motivation du patient (cardiologue) -Quand je ressens que le patient à des difficultés à faire la démarche (interne DES cardiologie) -Lorsque la motivation est présente (IDE)
Systématiquement 2 réponses	**Proximité du réseau**	-Systématiquement car consultation au sein du service (médecin du travail)
	Méconnaissance de la capacité à prescrire	-Tout le temps, je ne suis pas médecin (IDE)
Non adressage 1 réponse	**Méconnaissance moyens disponibles**	-Orientation difficile par méconnaissance des options possibles à l'APHM (IDE)

Tableau 7 - Analyse des réponses libres 'Besoin d'adressage vers un professionnel formé au sevrage tabagique'

D. Connaissances sur les modalités d'usage des Substituts Nicotiniques (score sur 6)

Seulement 16% (n=20) des PDS ont obtenu un score supérieur ou égal à 3.

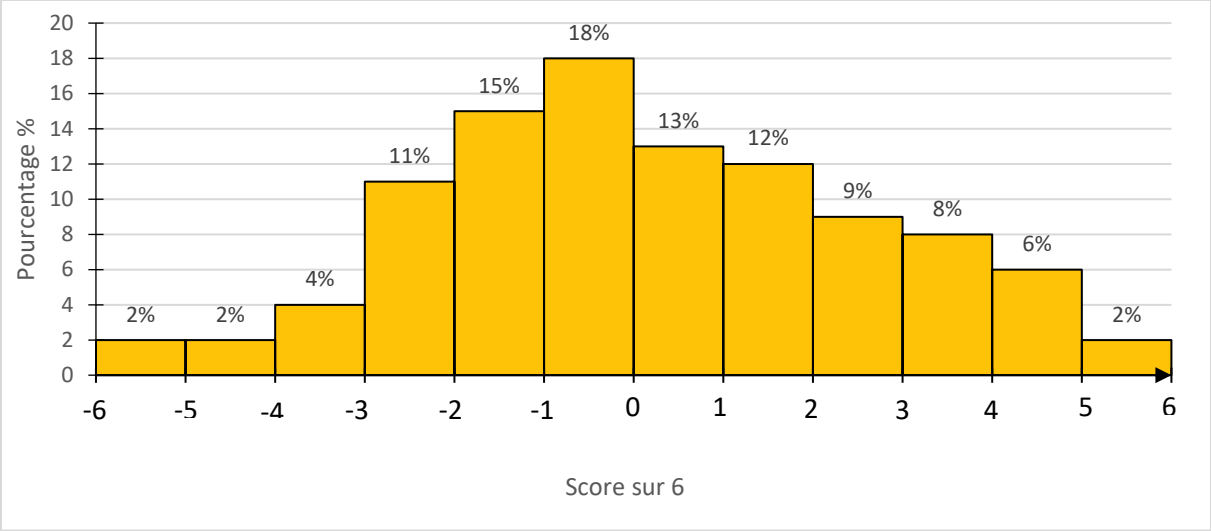


Figure 26 - Nombre de bonnes réponses sur 6 obtenus par les professionnels de santé sur les modalités d'usage des substituts nicotiniques

Le détail des effectifs et pourcentages de réponses en fonction des items est disponible en Annexe 2.

A noter que 30,5% (n=40) des PDS ont répondu juste à la question sur les modalités de remboursements actuelles des TSN. Pour rappel : 'Depuis le 1er janvier 2019 certains Substituts Nicotiniques sont remboursés par l'Assurance Maladie à 65% '.

Seulement 32,8% (n=43) des PDS ont répondu juste à l'item 'Les professionnels de santé suivants sont autorisés à prescrire des substituts nicotiniques : IDE, médecin du travail, kinésithérapeutes'.

L'analyse du score en fonction de l'âge montre que les tranches d'âge entre 30 ans et 39 ans et celle de plus de 60 ans sont celles qui cumulent le plus de bonnes réponses avec un score supérieur ou égal à 3 (22,2% et 25% respectivement).

Les non-fumeurs (non-fumeurs et ancien fumeurs) sont 17% (n=19) à avoir au moins un score supérieur ou égal à 3 contre 5% (n=1) des fumeurs.
Les Libéraux sont 28% (n=10) à avoir un score supérieur ou égal à 3 contre 11% (n=10) des Hospitaliers.

E. Difficultés et freins à la prise en charge du sevrage tabagique

Les difficultés rencontrées par les PDS dans les différentes étapes de prise en charge d'un patient fumeur sont pour plus de la moitié, l'évaluation de la motivation 54% (n=71) et pour un tiers, la prescription des Substituts Nicotiniques 34% (n=45).

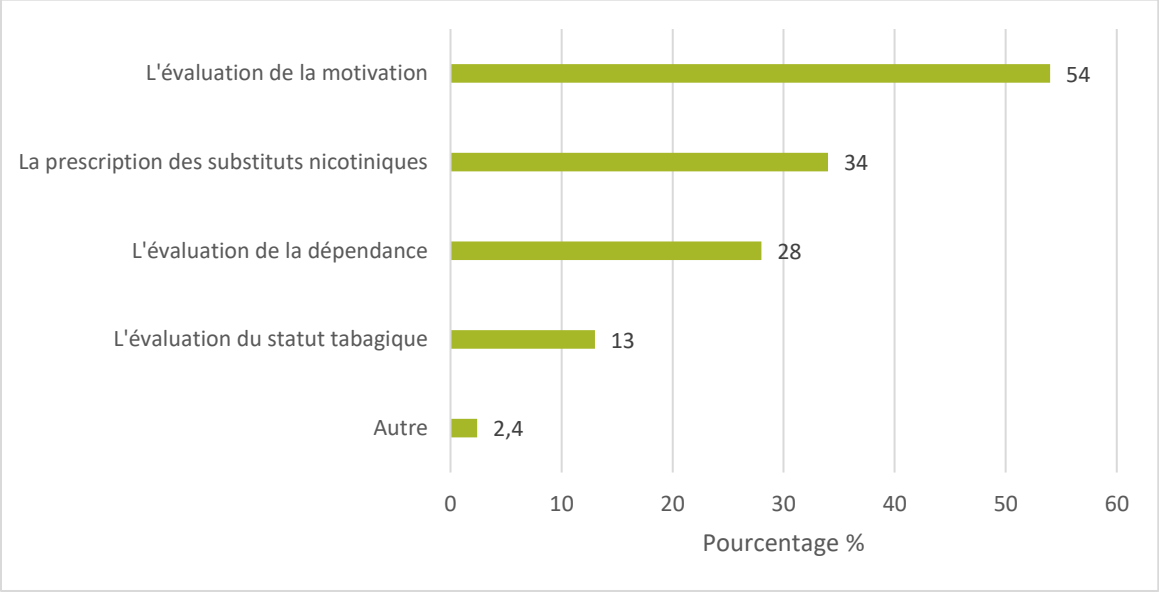


Figure 27 - Difficultés des professionnels de santé vis-à-vis des différentes étapes de prise en charge du sevrage tabagique

Les Généralistes, les Internes et les IDE ont plus de difficulté pour l'évaluation de la motivation (69% n=20, 54% n=26, 57% n=13 respectivement). Quant aux Spécialistes, c'est la prescription de Substituts Nicotiniques qui leur pose le plus de difficulté (45% n=14).

D'autres difficultés 6% (n=8) ont été suggérées par les interrogés.

THEMES	REPONSES
Etablir un suivi 2 réponses	-Suivi au moment du sevrage (MG) -Suivi du sevrage, peu de compétences (MG)
Questionnement du PDS dans la prise en charge antitabac 3 réponses	- **La place de prescripteur :** Le médecin du travail n'est pas prescripteur (médecin du travail) Je suis infirmière donc impossibilité de prescrire (IDE)

	- **La place du PDS dans le sevrage tabagique :** Je considère que ça n'est pas ma mission (interne DES cardiologie)
Motiver le patient 2 réponses	-Encourager le patient (interne DES MG) -Difficulté de motiver les patients malgré leurs pathologies (MG)
Lutter contre dépendance psychique 1 réponse	-Aider à lutter contre la dépendance psychique (interne DES MG)
Estimer dose réelle fumée 1 réponse	-La dose réelle est différente de la dose avouée, peur du jugement par le patient (IDE)
Absence de difficulté 9 réponses (6%)	

Tableau 8 – Analyse des réponses libres 'Difficultés des professionnels de santé vis-à-vis des différentes étapes de prise en charge du sevrage tabagique'

Les freins à ces différentes étapes sont expliqués majoritairement par un manque de temps pour 60,3% (n=79) et un manque de formation pour 58,8% (n=77).

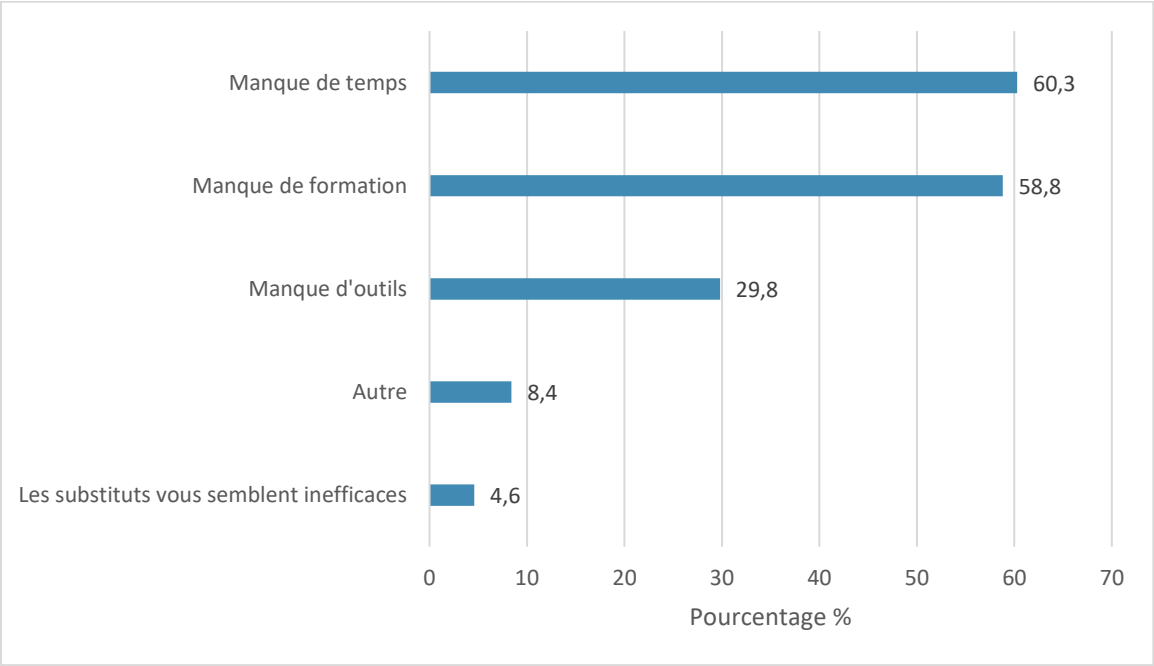


Figure 28 - Freins aux différentes étapes de sevrage

L’analyse des freins à ces différentes étapes en fonction de la catégorie professionnelle nous montre que les Spécialistes rapportent un manque de temps 71% (n=22) et un manque de formation 65% (n=20) en grande majorité. A noter, 13% (n=4) d’entre eux pensent que les substituts sont inefficaces.

Les Généralistes signalent pour la plupart un manque de temps à 66% (n=19).

Les Internes rapportent un manque de formation 67% (n=32) et un manque de temps 58% (n=28).

Enfin, c’est surtout le manque de formation 83% (n=19) puis le manque d’outils 57% (n=13) qui freinent les IDE.

8,4% (n=11) ont exprimé d’autres freins.

THEMES	REPONSES
Manque de temps 3 réponses	-Consultation multi demande !!! obliger de les reconvoquer (MG) -nous donnons une info claire et loyale et si le patient échoue, on lui propose une pêche plus tard (MG)
Réseau manquant 2 réponses	-Argent et personnel disponible : peu d’addicto, peu de psychologue, peu hypnose et manque d’argent des patients (diabétologue) -Réseau interprofessionnel manquant, durée minimale du séjour <6j puis suivi par médecin traitant (IDE)
Patient freinateur 2 réponses	-Il faut des circonstances plutôt favorables : pas trop d’anxiété…(MG) -les propos du patient (MG)
Le tabac, une problématique non priorisée en pratique 1 réponse	-Pas la priorité malheureusement en service (IDE)
Faible implication des PDS 1 réponse	-…ça n’est pas mon travail (interne DES cardiologie)

Tableau 9 - Analyse des réponses libres ‘Freins aux différentes étapes de sevrage’

F. Propositions d'amélioration

La question 23 permettait aux professionnels de pouvoir expliquer librement comment ils pouvaient améliorer la prescription des Substituts Nicotiniques.

THEMES	SOUS THEMES	REPONSES
Formation des prescripteurs 62 réponses	-Pour les PDS prescripteurs	-Education des praticiens (cardiologue) - Formation (15) -Formation du personnel paramédical (IDE) -Beaucoup plus de formation pour les généralistes qui sont en première ligne (MG) -Formation à tous les professionnels de santé et des pharmaciens (MG) -Formation spécifique (IDE) -Bonne formation des prescripteurs (IDE) -Ne pas sous-estimer la dépendance du patient, être à l'écoute (IDE) -Formation des professionnels de santé et aide au sevrage, sans jugement des paramédicaux (IDE) -Elargir le champ d'action des prescripteurs (IDE) -Formation des internes (interne DES cardiologie) - Formation de tous les PDS, de toutes les spécialités (interne DES pneumologie) -Formations pour les IDE (IDE) -Formations du personnel soignant (interne DES médecine travail)

	-Par des spécialistes	-Formation avec des tabacologues (interne DES MG) -Formation pratique par des spécialistes en addictologie (diabétologue) -Formation de la part des tabacologues (pneumologue)
	-Information	-Information orale donné aux salariés (médecin travail) -… information en plus dans chaque service (IDE) -Information plus adapté des prescripteurs (cardiologue) -Information des médecins (cardiologue) -Sensibilisation des prescripteurs (MG) -Plus d'infos et sensibilisation du personnel (IDE) -Plus d'information (interne DES MG) -Meilleure information (IDE)
	-Sur les modalités d'usage des Substituts Nicotiniques	-Formation dédiée aux substituts (interne DES MG) -Bien essayer sur 12 semaines et ne pas arrêter au bout de 4 à 8 semaines même si le patient sent qu'il n'a plus envie de fumer (MG) -pas assez bien utilisés (diabétologue) -Enoncer clairement et synthétiquement les indications, les contre-indications (MG) -Formation et info sur

		efficacité des Substituts Nicotiniques et encadrement des patients par le personnel (diabétologue) -Formation sur prescription des substituts (indication et posologie) (interne DES cardiologie) -Evaluation hebdomadaire du sevrage (IDE) -formation prescription (interne DES MG) -…sur leurs modalités de prescription (interne DES MG) -formation à l'éducation thérapeutique : cs de motivation et de suivi (interne DES MG) -connaître effets du sevrage (IDE) -sur les différentes formes de Substituts et modalités de remboursement (interne DES MG)
	-améliorer le cadre de la formation	-Formation médicale continue (cardiologue) -Formation à la Fac (interne DES MG) -Formation et présentation par laboratoire (MG) -Amélioration la formation, présentation des substituts disponibles, autre que les labos (interne DES MG) -Formation en petit groupe (mise en situation) (interne DES MG) -DPC (interne DES MG) -DU dédié (pneumologue) -Formation en service avec mise à jour rapide (interne DES pneumologie) Formation en service (IDE

Outils simplifiés de prise en charge 19 réponses	-Fonction alerte logiciel	-Alerte logiciel répondre à une question type pour avancer tabac ou pas tabac (MG) -Support cartonné ou un logiciel en ligne (MG)
	-Recommandations claires HAS avec tableau concordance dosage/dépendance	-Avoir des recommandations claires avec un tableau indiquant les doses à prescrire en fonction de la dépendance (interne DES MG) -Que ce soit plus simple (MG) -Planchettes explicatives (IDE) -Fiches récapitulatives (interne DES MG) -Correspondance nombre de cigarettes fumées et dosage (interne DES MG) -Fiches récapitulatives par la HAS (interne DES MG) -Grille d'évaluation (patch avec dosage /posologie+ nb de cigarettes/j sous patch + évaluation du patient sur l'intensité du manque) (IDE) -Fiches synthèse claires avec posologie selon nb cigarettes et détails des TSN existants (interne DES MG)
	-Modèles types pré - remplies	-Ordonnances pré-remplies à cocher pour dosage (pneumologue) -créer des fiches / ordonnances toutes faites (pneumologue) -Modèle type (MG)

	-Outils d'autorégulation pour les patients -Dispositifs à portée de main du PDS -Protocole établi dans le service	-… et outils d'autorégulation par les patients (pneumologue) - …des outils pour que le patient puisse s'autogérer (pneumologue) -Avoir à disposition un exemple de dispositif exemple patch à montrer aux patients (pneumologue) -Mise en place de protocole (IDE) -Organigramme de prise en charge (MG) -…protocole établi dans le service afin d'éviter de demander leur prescription (IDE)
Avoir un personnel paramédical dédié 5 réponses	- Présence IDE formé en cabinet de ville ou en service hospitalier -Formation IDE - Autorisation à prescrire en service hospitalier	-La présence d'un auxiliaire de prévention dans le cabinet paraît indispensable (MG) -Temps médical ou infirmier en pratique avancée dédié au suivi et à l'accompagnement sevrage tabagique (médecin du travail) -Personnel dédié en service de cardio (interne DES cardiologie) -IDE formée pour cs dédiée avec codage en Education thérapeutique (diabétologue) -Autorisation des IDE en service à les prescrire (IDE)

Sensibilisation de la population 9 réponses	-Information	-Prise de conscience à la population des cs dédiées chez le médecin traitant (MG) -Information patients (interne DES endocrinologie) -Information des médecins et des fumeurs (médecin du travail) -Information des patients sur efficacité des SN (IDE) -Sensibiliser les patients…(MG)
	-Réitérer le sujet avec le patient	-...en reparler à chaque consultation- après il choisit les différentes méthodes, substituts nicotiniques ou autres (MG)
	-Moyens de sensibilisation	-Campagnes médias (MG) -Campagnes médiatiques pour les patients du remboursement (interne DES MG) -Auto-questionnaire en salle d'attente sur habitudes et la motivation (MG)
Optimiser les Substituts Nicotiniques 4 réponses	-Améliorer la galénique des Substituts Nicotiniques	-Plus de parfum pour les gommes à mâcher (interne DES MG)
	-Améliorer leur remboursement	-Augmentation des posologies différentes et des goûts (interne DES MG) -Remboursement 100% (MG) -Le remboursement des substituts a amélioré (MG)

Recours autres méthodes en complément 3 réponses	-Insister davantage sur la dépendance psychologique -Compléter prise en charge par médecines alternatives	-Je pense que la dépendance à la nicotine dure 24 à 48 heures. La plus récalcitrante est la dépendance psychologique (IDE) -Est-ce vraiment la seule méthode (les Substituts Nicotiniques) pour accompagner un sevrage tabagique ? (IDE) -Accès aux aides comme hypnose / acupuncture (interne DES pneumologie)
Consultation dédiée valorisée 2 réponses		-Consultations dédiées (3) (diabétologue, interne DES pneumologie) -Création de consultation dédiée au tarif approprié et en tiers payant (MG)
Plus de personnel qualifié 2 réponses		-Augmenter le nombre de spécialistes addicto/tabacologue (diabétologue) -Cs addicto systématique chez le coronarien (interne DES cardiologie)
Place de la cigarette électronique 1 réponse		-Interdire la cigarette électronique (MG)

Tableau 10 – Analyses des réponses libres 'Propositions d'amélioration'

IV. DISCUSSION

A. Résumé des résultats

Si le repérage systématique du tabac commence à être ancré dans les pratiques, notre étude révèle la faible utilisation des techniques de sevrage et souligne la méconnaissance des PDS vis-à-vis des modalités d'usage des Substituts Nicotiniques.

Nous avons observé que 60% des PDS dépistent systématiquement la consommation tabagique de leurs patients, dont la majorité sont Hospitaliers (68%). Les nouveaux patients sont plus souvent dépistés que les patients suivis régulièrement dans 86 % de cas.
Près de 80% des professionnels inscrivent le statut tabagique sur le dossier médical ou paramédical. 18% des interrogés considèrent qu'il n'est pas recommandé de prendre en charge systématiquement un patient fumeur, quel que soit son stade de motivation. 26% des soignants ne connaissent pas le test de Fagerström et 41% ne l'utilisent pas dans leur pratique. Les Substituts Nicotiniques restent la stratégie de choix proposée cependant près de 30% des professionnels n'en prescrivent jamais ou rarement notamment le personnel hospitalier (53%). Moins de 20% des participants proposent à leurs patients le recours aux méthodes d'autosupports ou le soutien téléphonique.
40% des prescripteurs utilisent l'association d'un patch et d'une forme orale.
5% des PDS ne ressentent jamais le besoin d'adresser leurs patients vers un professionnel spécialisé dans le sevrage.

Concernant les connaissances sur les modalités d'usage des TSN, 16% des interrogés ont obtenu un score supérieur ou égal 3, en majorité des non-fumeurs, des libéraux et la tranche entre 30 et 39 et celle de plus de 60 ans. Les nouvelles modalités de remboursement des SN sont connues par 30,5% des PDS.

L'évaluation de la motivation et la prescription des TSN sont les deux principales étapes dans la prise en charge du sevrage qui posent le plus de difficultés pour 54% des soignants. Les freins rapportés sont essentiellement un manque de temps 60,3% et un manque de formation 58,8%.

Pour optimiser la prescription des Substituts Nicotiniques, les PDS proposent une meilleure information et formation sur les techniques de sevrage, des moyens simplifiés notamment des fonctionnalités plus alertes des logiciels médicaux, un tableau de concordance dosage SN/dépendance clairement établi par la HAS ou encore des protocoles de prise en charge établis dans les services hospitaliers. Miser sur l'aide du personnel paramédical est une piste sollicitée pour multiplier les interventions de sevrage.

B. Comparaison des résultats à la littérature

Influence du statut fumeur sur la pratique

Très peu de professionnels ont déclaré être fumeurs 15,3% (n=20). Pour rappel, on retrouve 10% parmi les Généralistes, 10% parmi les Spécialistes, 21% parmi les Internes et 17% parmi les IDE.

Une enquête de Santé Publique France s'est intéressée au tabagisme de certains groupes de PDS. En 2015, les MG étaient 16 % à déclarer fumer, soit une forte baisse de prévalence du tabagisme par rapport au 29 % du Baromètre santé de 2003 (84).
En 2010, parmi l'ensemble des infirmiers, sages-femmes et professions assimilées, 23 % déclaraient fumer du tabac quotidiennement. (85)

La France se situe en Europe dans le groupe des pays ayant le plus fort taux de tabagisme chez les médecins, alors que les médecins britanniques ont un taux de tabagisme nettement inférieur à la population générale (moins de 15 % de médecins fumeurs), et que les pays scandinaves ont globalement moins de 20 % de médecins fumeurs. (86)

Une étude s'intéressant au tabagisme du personnel hospitalier retrouve une prévalence de 24 % en 2003, en baisse par rapport à 2001 (32,6 %) et 2002 (31 %). Ce pourcentage variait significativement suivant la catégorie professionnelle (maximum de 37,2 % chez les étudiants et minimum de 15,9 % chez les médecins). (87)

Même si elle est en baisse, cette prévalence représente un obstacle réel dans la démarche médicale de prise en charge des fumeurs. Elle est également certainement un des facteurs qui contribue à relativiser le risque du tabagisme dans l'esprit de la population. Ce statut de fumeur est démontré comme ayant une influence forte et significative sur la pratique des médecins.
Une publication de 2006 suggère que les médecins fumeurs demandent moins souvent à leurs patients s'ils fument (p=0,036), et s'ils envisagent d'arrêter de fumer (P=0,045) (88). Une autre publication de 2005 suggère que les médecins généralistes qui fumaient se sentaient moins efficaces à aider leurs patients au sevrage comparativement à leurs collègues non-fumeurs (39,34 % versus 48,18 %, p <0,01). (89) (90) Dans notre étude, le statut fumeur ne semblait pas avoir d'influence sur la pratique du dépistage cependant, nous avons noté un meilleur score chez les non-fumeurs.

Au-delà du dépistage, une démarche proactive davantage attendue vis-à-vis des techniques de sevrage

On constate que les outils de mesure de dépendance à la nicotine sont connus par 74% des interrogés et sont utilisés par 60% des soignants dont 8% systématiquement. Ces pourcentages sont plutôt encourageants, néanmoins des efforts restent à fournir pour que leur utilisation devienne systématique. Une faible utilisation a été notée particulièrement chez le personnel hospitalier.
Cette faible utilisation a été retrouvée également dans une étude en 2015, auprès du personnel hospitalier médical et paramédical de 2 secteurs fermés à Roubaix. 27,1% des participants connaissaient le test de Fagerström et seulement 10,4% déclaraient l'utiliser. (91)

Même si les TSN restent le recours principal par les PDS dans la stratégie de sevrage, la démarche de prescription est plus effective chez les libéraux (95% contre 53% en milieu hospitalier).

Il existe encore un bon nombre de professionnels qui n'a pas l'attitude adapté face à un patient fumeur. 18% d'entre eux ne considèrent pas nécessaire la prise en charge systématique de tout patient fumeur qu'il soit motivé ou non et 6% ignorent la conduite à tenir.

Prendre en charge ce facteur de risque, responsable du plus grand nombre de décès et d'événements évitables, tant cardiovasculaires que liés à d'autres pathologies, ne doit plus être une simple « occasion de prévention » mais un véritable « devoir thérapeutique ». Il faut engager cette prise en charge de la même manière que l'on engage celle d'une hypertension artérielle, d'un diabète ou d'une hypercholestérolémie. Il est effectivement possible que le fumeur exprime qu'il ne se sente pas « prêt », mais cela n'empêche pas d'engager un dialogue et d'essayer au travers d'un entretien motivationnel de faire évoluer son attitude vers au minimum une démarche de réduction accompagnée d'un TSN, qui augmente les chances d'un futur arrêt.
Une étude en 2003 (92) s'est intéressée à l'effet de la gomme de nicotine et du placebo chez les fumeurs non motivés ou incapables d'arrêter de fumer en ce qui concerne la réduction du tabagisme et l'arrêt du tabac. La gomme de nicotine a favorisé l'arrêt de cette population de fumeurs qui ne souhaitaient pas arrêter de fumer. Le taux de réussite global pour une réduction durable du tabagisme était significativement plus élevé à tous les points de temps pour la gomme active versus placebo (6,3% contre 0,5% après 24 mois). La gomme de nicotine a atteint des taux de cessation de la prévalence ponctuelle significativement plus élevés que le placebo à 12 et 24 mois [11,2% contre 3,9% (odds ratio = 3,1 ; IC 95% 1,4–7,2) et 9,3% contre 3,4% (odds ratio = 2,9 ; IC 95% 1,2–7,1), respectivement.]

Une étude auprès des patients confirme le besoin d'une participation plus active de la part des professionnels. Les patients s'attendent à ce que le médecin participe activement à l'abandon du tabac grâce à une approche mieux adaptée à leurs besoins. Les expériences des patients ne correspondaient pas à leurs attentes. (93)
Il a été démontré que l'identification plus proactive des fumeurs désireux d'arrêter de fumer, grâce à l'aiguillage vers des services de renoncement au tabac, fixer une date d'arrêt augmentaient le nombre de tentatives d'arrêt dans des études antérieures sur les soins primaires. (94) (95)

Un point supplémentaire est à souligner : le rôle de l'hôpital. Tout fumeur hospitalisé doit avoir une prise en charge structurée de son tabagisme. Que sa pathologie soit ou non liée au tabagisme, la prise en compte du tabagisme pendant une hospitalisation avec une prise en charge systématique a fait la preuve de son efficacité, à condition qu'elle soit bien structurée. (96) Seuls les patients ayant eu au

moins un mois de suivi au-delà de leur séjour hospitalier ont un taux d'abstinence à terme significativement augmenté. (97)
Même s'il doit souvent secondairement déléguer à un spécialiste tabacologue le suivi de ce sevrage qu'il ne pourra pas toujours assurer facilement de façon rapprochée, le fait que le spécialiste hospitalier initie le traitement donne au fumeur un signal fort sur l'importance de la démarche de sevrage. En effet, déléguer d'emblée entièrement cette prise en charge au médecin traitant ou au tabacologue peut constituer une relative perte de chance, car elle peut être vécue par le fumeur comme accessoire, alors qu'elle est essentielle chez tout fumeur et même prioritaire et urgente en prévention secondaire. (98)

Une étude canadienne (99) a étudié un programme pour repérer et traiter tous les fumeurs hospitalisés à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Les principaux éléments du programme sont la documentation de l'état de fumeur au moment de l'hospitalisation, l'inclusion d'interventions d'abandon du tabac dans le plan de soins standard des patients, des conseils personnalisés au chevet du patient par une infirmière-conseil, le recours rapide et pertinent à une thérapie de remplacement de la nicotine, le suivi téléphonique automatisé, l'aiguillage vers des ressources externes d'abandon du tabac et la formation des résidents en médecine et du personnel infirmier.
Plus de 1 300 fumeurs ont été dépistés à l'hospitalisation, et 91 % ont reçu une intervention pour les aider à cesser de fumer. Au suivi de six mois, 44 % ne fumaient toujours pas.
Une démarche en établissement renforce l'importance de l'abandon du tabac au sein de cette population de patients et accroît le taux d'abandon du tabac. Le taux d'abandon après l'hospitalisation devrait constituer un point de référence du rendement des programmes autour de la gestion facteur de risque cardio-vasculaires.

Au niveau local, à l'Hôpital de La Timone à Marseille dans les services de cardiologie, une IDE formé en tabacologie effectue une vacation, le vendredi après-midi une semaine sur deux, dédiée à la prévention et au traitement de patients fumeurs hospitalisés. Ce qui semble négligeable face à cette problématique.

C’est ainsi qu’en France, le RESPADD (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) a publié un guide ‘Hôpital sans tabac’ qui propose une aide méthodologique à l’ensemble des professionnels concernés afin de créer une démarche active qui inscrit la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours des patients. Un exemple de procédure simplifié de prise en charge des patients fumeurs dès l’admission en unité d’hospitalisation est présenté en Annexe 3.

Miser davantage sur le personnel infirmier

Parmi les PDS, beaucoup d’entre eux ont souhaité l’intervention d’un personnel paramédical dédié à la prévention, à l’accompagnement et au suivi des patients sevrés. Cela que ce soit dans les cabinets libéraux ou au sein des services hospitaliers à travers des consultations dédiées ou bien des autorisations de prescription pour les IDE au sein des services, la demande est présente.

Une étude a été menée en mai 2014 (100), portant sur 100 patients afin d’évaluer leur statut tabagique et l’organisation proposée avec une consultation infirmière de première ligne pour aide au sevrage tabagique. Parmi les 34 % de répondants, 40% étaient abstinents depuis huit mois et plus.
Les trois quarts d’entre eux avaient trouvé ce soutien utile d’où une valeur ajoutée de l’infirmière pour le premier contact dans l’aide au sevrage tabagique. C’est principalement par le développement de tâches nouvelles (éducation, prévention, conseils, certaines prescription) que se développe la participation des infirmières en soins primaires. (101)

Le livret ‘Premiers gestes en tabacologie’, pratique et didactique, a pour objectif de démocratiser la prise en charge du tabagisme et rendre son repérage systématique par tous les PDS. Il est le fruit d’une collaboration étroite avec l’Association francophone des infirmières en tabacologie et addictologie (AFIT&A) et le soutien d’un large groupe de travail pluriprofessionnel. (102)

Créé en 2004, le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe) est un dispositif de coopération entre médecins généralistes et infirmiers. Il bénéficie de financements spécifiques de la part du ministère de la Santé et de l’Assurance maladie, dans le but d’améliorer la prise en charge de patients souffrant de certaines pathologies chroniques. Ce dispositif est particulièrement adapté à la prise en charge

des usages de substances psychoactives. Il repose sur une offre d'éducation thérapeutique et la délégation dérogatoire d'actes médicaux vers les infirmiers.

Une étude qualitative de 2019 dont le but était d'analyser le point de vue de patients consultant une infirmière ASALEE dans le cadre de l'accompagnement au sevrage tabagique trouvait que les participants étaient satisfaits du suivi, des qualités de l'infirmière (accessibilité, confiance, écoute) et de sa collaboration avec le médecin. Ils mettaient en avant la facilité de la prise en charge, la disponibilité de l'infirmière et le temps qu'elle leur consacrait. (103)

Il apparaît donc intéressant d'inclure progressivement dans notre dispositif une coopération plus élargie entre professionnels de santé. Les médecins participants à ce partenariat bénéficient d'une formation dans l'aide à l'arrêt du tabac, qu'ils peuvent ensuite transmettre aux infirmiers et ainsi alléger leur charge de travail en répartissant éventuellement les consultations de suivi. Le suivi est également possible lorsque les patients sont traités par Varénicline, spécialité soumise à prescription médicale stricte. On retrouverait ici le concept de pédagogie active ou de tutorat entre médecins et infirmiers, afin de proposer encore de nouvelles façons d'accompagner les patients dans leur arrêt du tabac.

L'importance du rôle et de l'attitude du PDS face au sevrage tabagique

L'analyse des réponses libres a montré à plusieurs reprises le questionnement des PDS par rapport à leur place dans la prise en charge antitabac. Certains ont évoqué que ce n'était pas leur mission. Une étude française auprès de cardiologues français montre qu'un tiers des cardiologues pensent que ce n'est pas à eux de prescrire les TSN, alors qu'ils sont classés comme l'aide médicamenteuse de première intention. (104)
Ce défaut de prise en charge du tabagisme semble lié à plusieurs facteurs :

-le tabagisme reste souvent considéré comme relevant essentiellement de décisions politiques de santé publique plutôt que du rôle du médecin. Bien que nécessaires et importantes, ces mesures ne peuvent suffire à aider les fumeurs à sortir de leur dépendance et à maîtriser la morbi-mortalité liée au tabagisme. Il est nécessaire de « traiter » ce facteur au même titre que les autres facteurs de risque (105)

-pour une majorité des fumeurs, la notion que le tabagisme est, une vraie « drogue dure » est méconnue et/ou insuffisamment prise en compte dans les modalités de prise en charge ce qui pourrait en partie expliquer leur manque d'intérêt au sevrage. Fumer n'est pas une simple « mauvaise habitude » et la plupart des fumeurs ne peuvent arrêter leur consommation avec le seul « conseil d'arrêter de fumer ». Il faut « traiter » cette dépendance souvent équivalente ou plus sévère que celle induite par la plupart des drogues illicites (106). Le tabagisme est considéré comme une maladie chronique. (107)

-enfin, le tabagisme ne répond pas de façon univoque à une prise en charge médicamenteuse, type de prise en charge à laquelle est habitué le cardiologue pour les autres facteurs de risque. L'aspect comportemental nécessite souvent une approche personnalisée plus complexe. Or, la majorité des praticiens actuellement en exercice n'a pas reçu une formation initiale appropriée et la prise en charge des fumeurs est en pratique également peu présente des programmes de développement professionnel continu (DPC).

Tous les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans l'aide au sevrage tabagique.

Besoin de formation exigé face à des lacunes et des difficultés de prise en charge

Notre étude a mis en évidence un défaut de connaissance vis-à-vis des modalités d'usage des TSN avec seulement 16% des PDS qui avait un score supérieur ou égal à 3 sur 6. Près de 70% ne connaissaient pas les nouvelles modalités de remboursement et certains ignoraient même leur capacité à prescrire.

Une étude évaluant des MG trouvait également des connaissances faibles en ce qui concerne notamment l'importance du traitement anti-tabac dans la prévention des rechutes (43,01%), la non-nocivité du tabagisme combiné à l'emploi des Substituts Nicotiniques (29,79%), la nécessité d'un suivi hebdomadaire au début de la prise en charge (52,69%). (108)

Une autre étude révèle que près de deux tiers des internes ignorent l'existence des TSN à l'hôpital (63%).Parmi les internes, 81% ne s'estiment pas formés à l'usage des TSN.(109) Ceci témoigne du manque d'information auprès des PDS.

De même, concernant les étapes de prise en charge d'un patient fumeur, plus de la moitié des professionnels de santé (54%) ont évoqué avoir des difficultés pour évaluer la motivation vient ensuite la prescription des TSN (34%), l'évaluation de la dépendance (28%) puis l'évaluation du statut tabagique (13%) pouvant expliquer cette prise en charge partielle des PDS.

Ainsi, l'analyse des réponses libres des PDS concernant des propositions d'améliorations a permis de signaler leur besoin important de formation et d'information notamment sur l'usage de TSN par des professionnels formés, cela dans le cadre de formation en interne par petit groupe au sein des services hospitaliers ou bien lors des formations médicales continues en libéral. Les interrogés réclament, en plus, des outils simplifiés de prise en charge comme des logiciels métiers plus ingénieux, un tableau de concordance dépendance/ posologie des TSN validé par la HAS, des modèles types d'ordonnances préremplies qui faciliteraient les prescriptions ainsi que des protocoles clairs établis dans les différents services hospitaliers.

Ces difficultés et ces lacunes doivent être prises en comptent dans la formation de tout PDS. Le développement professionnel continu doit également proposer des sessions spécifiques, encore trop rares, dans lesquelles cet enseignement doit être repris et actualisé.

Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que les médecins addictologues ne représentent qu'une faible proportion dans la population médicale dans les Bouches-du-Rhône avec seulement 19 généralistes addictologues soit 0,52% des généralistes. (110) Il est donc nécessaire que chaque acteur apporte son aide.

	Addictologues/DIU Tabacologie dans les Bouches-du-Rhône	% selon leur effectif
Généralistes	12	0,52%
Psychiatres	19	1,6%
Anesthésiste-Réanimateur	1	0,18%
Médecin du travail	3	1,2%
Santé Publique	1	1,4%
Pneumologue	1	0,82%
Total	***37***	

Tableau 11 : Recensement des médecins addictologues ou DIU de tabacologie dans les Bouches-du Rhône d'après le site du conseil de l'ordre des médecins

Il est possible de se former à l'aide au sevrage tabagique. La formation au Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de tabacologie et aide au sevrage tabagique comprend plusieurs sessions de cours et des temps de stage sur le terrain. La validation de la formation est conditionnée par la présence aux sessions d'enseignement théorique, la réalisation des temps de stage, une épreuve écrite et la réalisation d'un mémoire.

Il existe 6 DIU de tabacologie en France, dont celui regroupant les universités d'Aix-Marseille, Bordeaux 2, Montpelier 1 et Toulouse 3 dont l'enseignant responsable est le Professeur Laurent GREILLIER.

Des programmes très courts de formations seraient souhaitables pour améliorer les connaissances des PDS, comme cela a été décrit dans l'article de Quirck et all (111) où des internes de médecine générale et des MG participaient à un programme de formation de 3 heures. Le résultat est qu'un an après, un sous échantillon conséquent d'internes et de médecins continuaient d'appliquer les conseils reçus une année avant.

Ainsi, la société francophone de tabacologie (SFT) propose en accès libre une formation en ligne en tabacologie d'une durée de 2 heures, à destination des infirmiers : http://www.sft-steps.net/course/view.php?id=12

Le projet porté par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS ML) PACA en lien avec l'Agence régionale de Santé (ARS) a pour vocation d'« Aider les fumeurs à s'arrêter ». Ainsi, 20 formations dans le cadre de formations médicales continues sont organisées dans toute la région PACA.

La HAS propose par ailleurs l'utilisation de la plateforme d'autoformation « Nicomède » sur www.nicomede.fr

Enfin, d'autres outils d'aide au sevrage tabagique existent, comme le dossier de tabacologie de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

C. Perspectives

Si le dépistage du tabagisme peut sembler satisfaisant, son contrôle l'est moins. Les axes d'optimisation de cette prise en charge peuvent se situer autour de :

- La multiplication de l'information et de formations pratiques qui pourraient être axées sur la gestion des outils d'évaluation, la bonne utilisation des TSN ainsi que les méthodes relationnelles permettant de convaincre les patients
- L'investissement sur le personnel paramédical : information et formation des infirmiers au sein des structures hospitalières et en libéral
- La mobilisation des gestionnaires des soins afin de prioriser les pratiques cliniques du personnel en milieu hospitalier
- La mise en place d'exigences de performance clairement établies lors des évaluations de rendement. Ceci contribuerait à augmenter le nombre d'interventions au niveau clinique.
- La récompense des praticiens qui suivent les patients dans leur sevrage tabagique en prenant en compte la traçabilité des substituts
- L'évolution des logiciels métiers en médecine générale afin de rendre les interventions « réflexes » tels que l'usage du tabac, brèves recommandations, prescriptions de substituts, conseils d'arrêt, donner des références pour des services d'aides complémentaires
- Le rendu obligatoire dès l'admission, dans les observations à l'hôpital, de l'inscription du conseil minimal, du degré de dépendance au même titre que les 'allergies' ou bien les 'antécédents médicaux'. Une prise en charge comprenant l'évaluation de la dépendance et une prescription de TSN pourrait être mise en place, dans un premier temps, par les soignants du service, en se référant à un protocole simplifié. A la sortie, faire le bilan de ce qui a été engagé notamment les thérapeutiques, sur ce qui est à poursuivre et à

adapter via une lettre de liaison en parallèle des soins pour lequel le patient est hospitalisé.

- L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements de sevrage tabagique auprès des fumeurs

D. Les forces et limites de l'étude

Les forces :

- Le questionnaire a été soumis à un large échantillon de PDS ce qui nous a permis d'avoir un échantillon plus représentatif.
- La pertinence de l'étude réside dans le fait que le questionnaire a été soumis à diverses catégories professionnelles impliquées dans le sevrage tabagique incluant notamment des médecins du travail et des infirmiers nouvellement prescripteurs de TSN.
- L'objectif de notre étude était mixte décrivant les pratiques ainsi que les connaissances de professionnels de santé.
- Le questionnaire était anonyme ce qui permettait une plus grande sincérité des réponses.
- Le questionnaire était court ce qui permettait d'encourager les PDS à le remplir entièrement.
- Les annotations sur chaque questionnaire en plus des questions posées montraient l'intérêt pour le sujet.
- Un autre point positif, le fait d'apporter et de récupérer les questionnaires directement dans les services sur place, nous a permis d'exposer le but du questionnaire ainsi que de répondre aux interrogations des PDS afin d'éclaircir certains points. Même si très peu de médecins ont exprimé le besoin de reprendre le questionnaire ensemble, les Internes et les IDE nous ont demandé de le faire. De plus, le fait de se déplacer au sein de chaque service a permis de nous entretenir avec les professionnels et d'apprendre des informations intéressantes et enrichissantes.

Les limites :

- Le taux de réponses était de 17% ce qui représente un faible taux de participation. Cependant si l'on regarde le taux de participation en fonction du mode de diffusion, nous remarquons que la diffusion par mail a été la moins fructueuse avec un taux de participation de 6% contre 31% pour les mails récoltés par appels et 63% quand les questionnaires étaient distribués en papiers sur place.
- Initialement, notre questionnaire ciblait les PDS Marseillais. Face au manque de réactivité notamment de la part des médecins libéraux, nous avons choisi dans un second temps d'élargir notre étude au niveau des Bouches-du-Rhône afin d'obtenir un échantillon plus large.
- Pour soumettre un questionnaire court, nous avons été obligés de regrouper certaines questions sous une autre, moins précises, voire d'en supprimer certaines qui auraient pu avoir un intérêt pour l'analyse des résultats.
- Comme pour toute enquête d'opinion par réponse libre, seuls les PDS intéressés par le sujet d'étude répondent ce qui constitue un biais de sélection.
- Nous ne pouvions pas savoir si les réponses recueillies dans notre questionnaire étaient représentatives de ce qui est réalisé en pratique ce qui constitue un biais de déclaration. De plus nous n'étions pas présents lorsqu'ils remplissaient le questionnaire papier puisque nous avions convenu de laisser un délai d'une semaine avant de récupérer les questionnaires afin qu'ils aient le temps de répondre à l'enquête et afin que l'enquête soit anonyme.
- Moins d'un quart des PDS proposaient comme méthode de sevrage le recours à une consultation spécialisée de sevrage. Ce résultat est possiblement biaisé car il n'a pas fait partie des items proposés dans le questionnaire. Néanmoins vu le nombre de participants l'ayant proposé en réponse libre (18%), ce chiffre est probablement sous-évalué.

V. CONCLUSION

Le tabac est une addiction et le servage tabagique est un objectif de santé publique. Les décisions politiques tendent à mettre différents professionnels de santé au cœur de l'action de lutte contre le tabagisme.
Notre travail de recherche a permis, en interrogeant les professionnels de santé, de mettre en lumière leur implication encore faible concernant la prise en charge du sevrage tabagique et leur défaut de connaissances vis-à-vis des modalités d'usage des Substituts Nicotiniques.

Le tabac est une maladie chronique. Tout soignant devrait s'enquérir du tabagisme systématiquement, proposer une aide, savoir prescrire un traitement d'aide, assurer le suivi soit lui-même soit le cas échéant faire appel aux structures spécialisées de tabacologie si nécessaire.

Toutes les mesures de santé publique antitabac visant à dénormaliser ce produit et à le rendre moins accessible, ne pourront avoir leur plein effet sans la participation active de tous les acteurs de santé dans la prise en charge des fumeurs. Par ailleurs, les périodes d'hospitalisation représentent des moments propices pour renforcer cette lutte c'est la raison pour laquelle les services hospitaliers doivent être davantage mobilisés.

La formation pratique des professionnels de santé libéraux et dans les structures hospitalières reste un pilier fondamental pour fournir une aide appropriée aux fumeurs.

Afin de pallier le manque de temps, il est nécessaire de considérer que chaque consultation et chaque rencontre avec un professionnel de santé est une nouvelle opportunité d'actualiser le statut tabagique, de renforcer la motivation du patient et de proposer des aides au sevrage ayant fait preuve de leur efficacité. L'information et les encouragements réguliers sont déterminants dans la réussite du sevrage.

La coopération interprofessionnelle doit être encouragée et mise en avant.

Cette étude constitue un travail initial de constat qu'il serait intéressant de poursuivre notamment en s'intéressant aux renvois de suivi encore peu connus et étudiés entre les réseaux de proximité et la ville.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Tabagisme [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

2. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: /determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante

3. Bonaldi C. et al., « Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013 », InVS, BEH 2016, 30-31, 528-40.

4. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/index.html

5. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, et al. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidemiol Hebd 2017;12:214—22.

6. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

7. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

8. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. 2012;8.

9. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ. 2000;321(7257):355-8.

10. International Tobacco Control. Rapport national ITC France. 2011 [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr.

11. André NGUYEN. Des outils d'aide et de communication au service du sevrage tabagique. Actualités pharmaceutiques 38 • n° 560 • novembre 2016.

12. Histoire du tabac / Vos questions /Nos reponses / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Histoire-du-tabac

13. Législation / Vos questions /Nos reponses / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Legislation

14. La nouvelle loi anti-tabac entre en vigueur: qu'est-ce qui changera à partir du 1er août 2017? [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2017/08/nouvelle-loi-anti-tabac/index.html

15. Interdiction de fumer - Tabagisme [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F160

16. Obadia Y. Usages de tabac, d'alcool et de drogues illicites et pratiques de jeu en région Paca. ARS ORS paca INPES.

17. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: /determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france

18. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe Seventh European Conference on Tobacco or Health, Porto, Portugal, 22–25 March 2017.

19. Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. OFDT Février 2020. [https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/bilan-tdb-tabac-2020_v4.pdf].

20. WHO, 2018, Prevalence of tobacco smoking: Global Health Observatory Data. [Internet]. [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/.

21. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse - OFDT [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/

22. Netgen. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23277

23. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2019, n°. 15, p. 278-284.

24. Thomas D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. Rev Prat 2012;62:339.

25. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364(9438):937-52.

26. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al.Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010;376(9735):112- 23.

27. Schwartz AG, Cote ML, Wenzlaff AS, Van Dyke A, Chen W, Ruckdeschel JC, et al.Chronic obstructive lung diseases and risk of non-small cell lung cancer in women. J Thorac Oncol 2009;4(3):291-9.

28. Grangé G, Guibert J. Tabagisme et grossesse « Fumer donne beaucoup moins de chances d'avoir un enfant en bonne santé ». Rev Prat 2012;62:344.

29. Karmaus W, Dobai AL, Ogbuanu I, Arshard SH, Matthews S, Ewart S. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. J Asthma 2008;45(8):688-95.

30. Kuri M, Nakagawa M, Tanaka H, Hasuo S, Kishi Y. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. Anesthesiology 2005;102(5):892-6.

31. Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période périopératoire - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2016 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: https://sfar.org/recommandations-sur-la-prise-en-charge-du-tabagisme-en-periode-perioperatoire/

32. Boutigny H, Boschin F, Delcourt-Debruyne E. Maladies parodontales, tabac et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34(Spec No 1):3S74-83.

33. Winkelmann BR, Boehm BO, Nauck M, Kleist P, März W, Verho NK, et al. Cigarette Smoking is Independently Associated with Markers of Endothelial Dysfunction and Hyperinsulinaemia in Non-diabetic Individuals with Coronary Artery Disease. Curr Med Res Opin. 1 janv 2001;17(2):132-41.

34. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007;298(22):2654-64.

35. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Rev Prat 2012;62:325.

36. Institut national du cancer. Sevrage tabagique et prévention des cancers. Fiche repère. Etat des connaissances du 24 mai 2011. Paris: INCA; 2011.http://www.e-cancer.fr/prevention/facteursde-risque-et-de-protection/tabac/.

37. Les bénéfices de l'arrêt du tabac / Mes Fiches Pratiques / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Les-benefices-de-l-arret-du-tabac%20

38. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

39. Silagy CA, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2001 [cité 5 mai 2019];(1). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165/full

40. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995;4:162—9.

41. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris 8 - 9 octobre 1998. [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf.

42. Emmel E. De quels moyens et méthodes non-pharmacologiques dispose le médecin généraliste en consultation de sevrage tabagique ? [Thèse de médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré; 2011.

43. Prochaska JO, Di Clemente CC : Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983 ; 51 : 390-5.

44. TABAC / Le test de Fagerström : version longue ou version courte ? [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: https://www.addictaide.fr/actualite/tabac-le-test-de-fagerstrom-version-longue-ou-version-courte/

45. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.

46. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;56(6):893-7.

47. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometrics properties of the Beck depression inventory: twenty five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988;8:77-100.

48. Aubin HJ, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. BMC Public Health 2010;10:100.

49. Perkins KA. Metabolic effects of cigarette smoking. J Appl Physiol 1992 ; 72 : 401-9.

50. Hofstetter A, Schutz Y, Jéquier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. N Engl J Med 1986 ; 314 : 79-82.

51. Netgen. Arrêt du tabac et prise pondérale [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23279

52. Letter to the editor. Smoking cessation and severity of weight gain. N Engl J Med 1991 ; 325 : 517-8.

53. L'entretien motivationnel [Internet]. AFDEM. 2015 [cité le 05 avr 2020]. Disponible sur: https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/.

54. Le Foll B, Aubin HJ, Lagrue G : Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac : Revue de la littérature et mise au point. Ann Med Interne 2002 ; 153 : 32-40.

55. American Psychiatric Association : Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996 ; 153 : 1-31.

56. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008 Jan(23);(1):CD000146.

57. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques ? Site Ameli novembre 2018. https://www. ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicamentsvaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substitutsnicotiniques.

58. Sevrage tabagique : ne pas changer de marque de patch nicotinique chez les patients équilibrés [Internet]. VIDAL. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22558/sevrage_tabagique_ne_pas_changer_de_marque_de_patch_nicotinique_chez_les_patients_equilibres/

59. Résumé des caractéristiques du produit - ZYBAN L.P. 150 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64556383&typedoc=R

60. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1):CD000031.

61. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and costeffectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess Winch Engl. 2002;6(16):1–245.

62. Fiche info - CHAMPIX 1 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60442838#

63. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 12 mars 2015 [cité 25 nov 2019];350. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1109

64. Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C, Schayck OCP van, West R, Sheikh A. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. Lancet Respir Med. 1 oct 2015;3(10):761-8.

65. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016;387:2507—20.

66. Varénicline. Intérêt clinique important dans le sevrage tabagique. Avis de la CT du 09 novembre 2016 [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2725862/fr/champix-varenicline-agoniste-partiel-des-recepteurs-nico-tiniques-cerebraux.

67. Moner SE. Acupuncture and addiction treatment. J Addict Dis. 1996;15(3):79-100.

68. Abdul-Kader J, Airagnes G, D'almeida S, Limosin F, Le Faou A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. Rev Pneumol Clin. 1 juin 2018;74(3):160-9.

69. Hajek P et al. A randomized trials of E-cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. N Eng J Med. 2019.

70. Bhatnagar A, Whitsel LP, Ribisl KM, Bullen C, Chaloupka F, Piano MR, et al. Electronic Cigarettes A Policy Statement From the American Heart Association.Circulation. 14 oct 2014;130(16):1418-36.

71. HCSP. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541

72. Pasquereau A, Smadja O, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac Info Service (39 89). Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31):548-56.

73. Baha M, Boussadi A, Le Faou AL. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31):541-7.

74. Haute Autorité de Santé - Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière [Internet]. [cité 25 Nov 2019]. Disponible sur : http://www.hassante. fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevragetabagique- efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere.

75. Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, premiers résultats. Saint Denis : INPES, 2006.

76. Vannobel R, Dépinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. Rev Exerc. 2006;77:54–60.

77. K. Kotseva, et al. Euroaspire IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries Eur J Prev Cardiol, 23 (2015), pp. 636-648.

78. F. Colivicchi, D. Mocini, M. Tubaro, et al. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes Am J Cardiol, 108 (2011), pp. 804-808.

79. Mussulman LM, Scheuermann TS, Faseru B, Nazir N, Richter KP. Rapid relapse to smoking following hospital discharge. Prev Med Rep [Internet]. 23 mai 2019 [cité 29 sept 2019];15. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6543250/

80. Sanderson Cox, L., et al., Smoking behavior of 226 patients with diagnosis of stage IIIA/IIIB non-small cell lung cancer. Psychooncology, 2002. 11(6): p. 472-8.

81. McBride, C.M. and J.S. Ostroff, Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. Cancer Control, 2003. 10(4): p. 325-33.

82. Gritz, E.R., et al., Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. Cancer, 2006. 106(1): p. 17-27.

83. Marion Pouyat Culo. État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016.

84. Gaultier A, Lamoureux P. Baromètre santé médecins/pharmaciens. Inpes; 2003 [http://inpes. santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf].

85. Andler A, Guignard G, Pasquereau A, et al. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 [5 p. http://inpes.santepubliquefrance.fr/ CFESBases/catalogue/pdf/1810.pdf].

86. Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.P., Warszawski J. - Baromètre Santé 1993/1994. -- C.F.E.S., 1995.

87. Baromètre tabac personnel hospitalier - OFDT [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/barometre-tabac-personnel-hospitalier/

88. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Rev Mal Respir. 1 nov 2006;23(5, Part 1):426-9.

89. Brotons C, et al. Prevention and health promotion in clinical practic... [Prev Med. 2005] - PubMed - NCBI. [cité le 13 avr 2020]. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15749144.

90. A. Pipe, M. Sorensen, R. Reid Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients:an international survey Patient Educ Couns, 74 (2009), pp. 118-123.

91. Évaluation des connaissances théoriques du personnel médical et paramédical à propos du tabac, ses méfaits et ses différents moyens de sevrage : étude réalisée auprès du personnel de deux secteurs fermés de l'hôpital Lucien Bonnafé à Roubaix [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5637

92. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, et al. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. Addiction 2003;98:1395—402.

93. 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 Fam Pract. 20 oct 2013;14:159.

94. Murray RL, Coleman T, Antoniak M, Stocks J, Fergus A, Britton J, et al. The effect of proactively identifying smokers and offering smoking cessation support in primary care populations: a cluster-randomized trial. Addict Abingdon Engl. juin 2008;103(6):998-1006; discussion 1007-1008.

95. McEwen A, Condliffe L, Gilbert A. Promoting engagement with a Stop Smoking Service via pro-active telephone calls. Patient Educ Couns. août 2010;80(2):277-9.

96. Cordero A, Bertomeu-Martinez V, Mazon P, et al. Attitude and efficacy of cardiologists with respect to smoking in patients after acute coronary syndromes. Rev Esp Cardiol 2012;65:719—25.

97. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers. A systematic review. Arch Intern Med 2008;168:1950—60.

98. Thomas D. Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues. Rev Mal Respir. 1 avr 2019;36(4):527-37.

99. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B. Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. Can J Cardiol. 1 juill 2006;22(9):775-80.

100. Magdelaine C, Faou A-LL. Le rôle de l'infirmière dans l'aide au sevrage tabagique. Wwwem-Premiumcomdatarevues00380814v63i823S0038081418300021 [Internet]. 22 mars 2018 [cité 13 juill 2019]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1204925/alertePM

101. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des inÞrmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. 2005;12.

102. Premiers gestes en tabacologie – RESPADD [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.respadd.org/premier-geste-en-tabacologie/

103. Pauline Thil. Sevrage tabagique en médecine de premier recours : point de vue des patients consultant les infirmières ASALEE. Médecine humaine et pathologie. 2019.

104. Aboyans V, Pineta P, Lacroix P, et al. Knowledge and management of smoking cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. Arch Cardiovasc Dis 2009;102:193—9.

105. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. Eur Heart J 2013;34:3259—67.

106. Moore RA, Aubin HJ. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? Int J Environ Res Public Health 2012;9:192—211.

107. Le Faou A-L, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. Presse Médicale. 1 déc 2012;41(12, Part 1):1279-85.

108. Plancque A. Etat des connaissances par les médecins généralistes français des recommandations sur le sevrage tabagque ayant un haut niveau de preuve scientifique [Thèse de médecine]. Université de Lille 2; 2017.

109. Salomon L. et al. Les internes et le tabagisme : connaissances et pratiques. BEH n°40/2001, p. 195-197. [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/article/2001/les-internes-et-le-tabagisme-connaissances-et-pratiques

110. Trouver un médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire

111. Quirk M, Ockene J, Kristeller J, Goldberg R, Donnelly G, Amick T, et al. Training family practice and internal medicine residents to counsel patients who smoke: improvement and retention of counseling skills. Fam Med. févr 1991;23(2):108-11.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Pratiques des professionnels de santé vis-à-vis du sevrage tabagique

Bonjour,

Je suis interne en DES de médecine générale et dans le cadre de ma thèse, j'ai réalisé un questionnaire afin de décrire les pratiques des professionnels de santé dans leur diversité en matière d'aide au sevrage tabagique et leurs connaissances vis-à-vis de l'usage des substituts nicotiniques.

Population concernée : internes (Médecine générale, cardiologie, pneumologie, endocrinologie, médecine du travail), Médecins Généralistes, Cardiologue, Pneumologue, Endocrinologue, Médecins du Travail et infirmier(ères).

Ce questionnaire est strictement anonyme. Il vous prendra 5 minutes de votre temps.

Je vous remercie par avance pour le temps et l'intérêt que vous y porterez.

Bien cordialement,

YOUSEF Sandra

sandra-yousef@live.fr

DEMOGRAPHIE / PROFIL

1. Vous êtes : (Choix unique)

o Homme

o Femme

2. Vous êtes âgé(e) : (Choix unique)

o de moins de 30 ans

o entre 30 et 39 ans

o entre 40 et 49 ans

o entre 50 et 59 ans

o de 60 ans et plus

3. Votre statut professionnel : (Choix unique)

o Interne DES médecine générale

o Interne DES cardiologie

- o Interne DES pneumologie
- o Interne DES endocrinologie
- o Interne DES médecine du travail
- o Médecin Généraliste
- o Cardiologue
- o Pneumologue
- o Endocrinologue
- o Médecin du Travail
- o Infirmier(ère)
- o Autre, précisez :

4. Quel est votre type d'exercice ? (Choix unique)

- o Cabinet individuel
- o Cabinet de groupe
- o Hospitalier
- o Autre, précisez :

5. Votre statut tabagique : (Choix unique)

- o Fumeur
- o Ancien fumeur
- o Non-fumeur

6. Avez-vous suivi une formation complémentaire sur le thème du sevrage tabagique ? (Choix multiples)

- o Diplômes universitaires DU, DIU, capacité…
- o Formation médicale continue
- o Non aucune
- o Autre, précisez :

DANS VOTRE PRATIQUE

A. Le Dépistage

7. A quelle fréquence questionnez-vous vos patients sur leur statut tabagique ? (Choix unique)

o Systématiquement

o Souvent

o Dans la moitié des cas

o Rarement

o Jamais

8. Vous interrogez systématiquement ? (Choix multiples)

o Les nouveaux patients

o Les patients ayant eu une pathologie liée au tabac

o Femme en projet de grossesse

o Avant une intervention chirurgicale

o À chaque visite

9. La consommation tabagique est-elle systématiquement notée dans le dossier médical ou paramédical ? (Choix unique)

o Oui

o Non

10. D'après vous, est-il recommandé de prendre en charge systématiquement un patient fumeur, quel que soit son stade de motivation ? (Choix unique)

o Oui

o Non

o Je ne sais pas

B. Evaluation de la dépendance

11. Connaissez-vous les 2 questionnaires de Fagerström d'évaluation de la dépendance à la nicotine ? (Choix unique)

o Oui la version courte à 2 questions

o Oui la version longue à 6 questions

o Oui les 2 versions

o Non aucun

12. Vous utilisez le test de Fagerström (à 2 ou 6 questions) chez les patients fumeurs en demande de sevrage ? (Choix unique)

o Systématiquement

o Souvent

o Dans la moitié des cas

o Rarement

o Jamais

C. La prise en charge

13. Quels sont les outils d'aide au sevrage tabagique que vous proposez ? (Choix multiples)

o Traitement par substituts nicotiniques

o Psychologue

o Médecines alternatives : hypnose, acupuncture…

o Soutien téléphonique ou outils d'auto-support (internet, applications mobiles..)

o Une consultation dédiée au sevrage faite par vous-même

o Autre, précisez :

14. Si le patient est motivé pour réduire ou arrêter sa consommation tabagique, prescrivez-vous des substituts nicotiniques ? (Choix unique)

o Systématiquement

o Souvent

o Dans la moitié des cas

o Rarement

o Jamais

15. Si oui, vous prescrivez d'emblée ? (Choix unique)

o Un patch seul

o Une forme orale

o Une association des deux

16. Etes-vous à l'aise avec la prescription des substituts nicotiniques ? (Choix unique)

o Oui très à l'aise

o Oui moyennement

o Pas vraiment

o Pas du tout

17. A quel moment ressentez-vous le besoin d'adresser le patient fumeur vers un professionnel formé (tabacologue, centre d'addictologie…) ? (Choix unique)

o Dès le début de la prise en charge

o Pendant votre prise en charge, en complément

o Echec malgré le recours à plusieurs outils de sevrage

o Jamais

o Autre, précisez :

18. Depuis le 1er janvier 2019 certains substituts nicotiniques sont remboursés par l'Assurance Maladie. Selon vous cette affirmation est : (Choix unique)

o Fausse car c'est depuis 1er janvier 2009

o Fausse car ils ne sont plus remboursés

o Vraie ils sont remboursés à 100%

o Vraie ils sont remboursés à 65%

o Vraie remboursement selon un forfait nicotinique plafonné annuel

CONNAISSANCES SUR LES MODALITES D'USAGE DES SUSBSTITUTS NICOTINIQUES

19. Concernant les substituts nicotiniques, cochez-la ou les réponse(s) vraie(s) : (Choix multiples)

o Ils peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans

o Ils ne peuvent pas être utilisés chez le patient coronarien

o Il est dangereux de continuer à fumer lors de l'emploi des Substituts nicotiniques

o Les professionnels de santé suivants sont autorisés à prescrire des substituts nicotiniques : IDE, médecin du travail, kinésithérapeutes

o La prescription doit se faire sur une ordonnance dédiée

20. Concernant le suivi après prescription des substituts nicotiniques, cochez-la ou les réponse(s) vraie(s)s : (Choix multiples)

o Le suivi est hebdomadaire dans un premier temps

o Il faut les utiliser sur une durée maximale de 3 mois

o Il est nécessaire d'effectuer un sevrage progressif des substituts nicotiniques

o Le traitement par substituts peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire

DIFFCULTES ET FREINS A LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

21. Face à un patient fumeur, ressentez-vous des difficultés pour : (Choix multiples)

o L'évaluation du statut tabagique

o L'évaluation de la motivation

o L'évaluation de la dépendance

o La prescription des substituts nicotiniques

o Autre, précisez :

22. Quels sont les freins à l'évaluation du statut tabagique, de la motivation, de la dépendance, ou l'usage des substituts nicotiniques ? (Choix multiples)

o Manque de temps

o Manque de formation

o Manque d'outils

o Les substituts nicotiniques vous semblent inefficaces

o Autre, précisez :

23. Quelle(s) proposition(s) feriez-vous pour améliorer la prescription des substituts nicotiniques ? Question ouverte

Annexe 2 : Connaissances sur les modalités d'usage des Substituts Nicotiniques (score sur 6)

Depuis le 1er janvier 2019 certains substituts nicotiniques sont remboursés par l'Assurance Maladie. Selon vous cette affirmation est : (Choix unique)		
	Effectif	*Pourcentage*
Fausse car c'est depuis 1er janvier 2009	7	5,3
Fausse car ils ne sont plus remboursés	4	3,1
Vraie ils sont remboursés à 100%	38	29
Vraie ils sont remboursés à 65% (VRAI)	**40**	**30,5**
Vraie remboursement selon un forfait nicotinique plafonné annuel	42	32,1

Concernant les substituts nicotiniques, cochez-la ou les réponse(s) vraie(s) : (Choix multiples)		
	Effectif	*Pourcentage*
Ils peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans (VRAI)	76	58
Ils ne peuvent pas être utilisés chez le patient coronarien	19	15,5
Il est dangereux de continuer à fumer lors de l'emploi des Substituts nicotiniques	59	45
Les professionnels de santé suivants sont autorisés à prescrire des substituts nicotiniques : IDE, médecin du travail, kinésithérapeutes (VRAI)	43	32,8

La prescription doit se faire sur une ordonnance dédiée	41	31,3

Concernant le suivi après prescription des substituts nicotiniques, cochez-la ou les réponse(s) vraie(s)s : (Choix multiples)		
	Effectif	*Pourcentage*
Le suivi est hebdomadaire dans un premier temps (VRAI)	41	31,3
Il faut les utiliser sur une durée maximale de 3 mois	19	14,5
Il est nécessaire d'effectuer un sevrage progressif des substituts nicotiniques (VRAI)	96	73,3
Le traitement par substituts peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire (VRAI)	96	73,3

Annexe 3 : Un exemple de procédure ultra simplifiée produit par RESPADD pour la prise en charge des patients fumeurs dès leur admission en unité d'hospitalisation

PROCÉDURE ULTRA SIMPLIFIÉE – RESPADD

SOIGNER — Prise en charge systématique des fumeurs dès leur admission en unités d'hospitalisation
Procédure " premier-jour " ultra simplifiée

Le tabagisme est interdit dans les établissements de santé. Il est la cause de centaines de maladies et altère l'effet de nombreux traitements médicaux ou d'actes chirurgicaux. Son arrêt est recommandé.
A l'occasion du **"Moi(s) sans tabac"** il est proposé à tous services d'hospitalisation de mettre en place une procédure infirmière très simple destinée à :

- Repérer systématiquement tous les fumeurs dès l'admission,
- Proposer une substitution nicotinique à dose adaptée pour supprimer les signes de manque.

"On ne peut fumer à l'hôpital et le tabagisme est contre-indiqué avec de nombreux traitements, aussi je vous propose pour améliorer votre confort de prendre une substitution nicotinique qui réduira vos envies de fumer et vous conduira à fumer beaucoup moins, voire plus du tout, durant votre séjour".
La prise en charge par substitution nicotinique visant à réduire le besoin de fumer sera relayée les jours suivants et jusqu'à la sortie de l'hospitalisation avec pour objectif une réduction, ou mieux l'arrêt complet du tabac.
La procédure « premier jour » nécessite qu'une forme orale de nicotine (comprimés à sucer ou inhaleur ou gommes à mâcher ou comprimés sublinguaux) et différents dosages de patchs (14, 21 mg pour les patchs 24h ou 10, 15, 25 mg pour les 16h) soient disponibles sans délais dans les services hospitaliers.
Une fiche est remplie à l'entrée de chaque patient, insérée dans le dossier de soin et récupérée à la sortie (ou autre procédure papier ou informatique équivalente).
Toutes les semaines les fiches sont relevées, le nombre de fiches recueillies comparé au nombre d'admissions afin d'atteindre progressivement l'exhaustivité.
La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substitution nicotinique, et donne ainsi accès au remboursement forfaitaire de ceux-ci. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. Prescription sur ordonnance simple avec numéro d'identification RPPS.
* Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016.

Étiquette du patient	Identification du service et/ou de l'unité de soins	**Date** **Initiales de l'IDE**

Statut tabagique et substitution nicotinique : patchs en mg + /- formes orales (FO)

□ Jamais fumeur □ a fumé mais arrêt depuis > 1 an — FIN DU QUESTIONNAIRE MERCI DE RAMENER
□ Arrêt récent □ fumeur — COMPLETER LE REPTE DE LA FICHE

□ Cigarettes industrielles □ Cigarettes roulées □ Cigarillos ou Cigare □ Chicha □ Cannabis □ Vapoteuse
Tous les fumeurs doivent avoir à disposition une forme orale

Délai entre lever et première cigarette	Nombre de cig/jour	< 10 cig/j	11 – 20 cig/j	21 – 30 cig/j	>30 cig/j
	>60 minutes	□ -nim ou FO	□ -10 ou 14	□ -15 ou 21	□ -25 ou (14+21)
	30-60 minutes	□ -nim ou FO	□ -15 ou 21	□ -15 ou 21	□ -25 ou (14+21)
	5-30 minutes	□ -10 ou 14	□ -15 ou 21	□ -25 ou (14+21)	□ -25 ou (14+21)
	0-5 minutes	□ -10 ou 14	□ -15 ou 21	□ -25 ou (14+21)	□ -25+10 ou (14+21+14)

Suite à la proposition de substituts nicotiniques, le premier jour, les substituts sont…
□ Acceptés par le patient aux doses proposées
□ Acceptés par le patient à une autre dose
□ Refusés par le patient car il n'en a pas besoin pour ne pas fumer à l'hôpital
□ Refusés par le patient car il souhaite continuer de fumer

Observations

Document présenté par le Pr Bernard Coubetergues et Mylène de la Pole-Kérabrioche suite à l'expérience conduite en Clinique Montbrillant et coopérant aux hôpitaux de CHRF et du RESPADD

respadd

VIII. LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (maintenant ANSM)

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BioSTIC : Biostatistique et Technologies de l'Information et de la Communication

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte anti-Tabac

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmiers(ères)

INCa : Institut National du Cancer

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

MG : Médecin Généraliste

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PDS : Professionnels de santé

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

RESPADD : RESeau de Prévention des ADDictions

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TSN : Traitement de Substitution Nicotinique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

INTRODUCTION : Le tabac reste un fléau et le sevrage tabagique est un objectif majeur de santé publique. En France, l'élargissement du droit de prescription des traitements de substitution nicotiniques (TSN) à certains professionnels de santé (PDS) et l'évolution de leur remboursement à 65% par l'Assurance maladie, depuis le 1er Janvier 2019, traduit la volonté du système de santé d'agir encore plus fortement contre ce fléau. L'objectif principal de l'étude est de décrire les pratiques des PDS vis-à-vis du sevrage tabagique et d'évaluer leurs connaissances sur les modalités d'usage des TSN.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude descriptive transversale. Un questionnaire a été envoyé à différents PDS hospitaliers et libéraux des Bouches-du-Rhône. 131 réponses ont été analysés.

RESULTATS : 60% dépistent systématiquement le statut tabagique des patients. Les nouveaux patients sont plus souvent dépistés que les patients suivis régulièrement dans 86% des cas. 18% des interrogés pensent qu'il n'est pas recommandé de prendre en charge un patient quel que son stade de motivation. 26% ne connaissent pas le test de Fagerström et 41% ne l'utilisent pas en pratique. Les TSN sont la stratégie de choix proposée cependant 30% des PDS n'en prescrivent jamais ou rarement notamment les hospitaliers. Seulement 16% des PDS ont eu un score supérieur ou égal à 3/6 concernant les modalités d'usage des TSN. Pour optimiser les pratiques et les connaissances, les PDS aspirent à être plus informés et formés sur la prise en charge du sevrage, au-delà du dépistage. Une coopération avec le personnel paramédical semble être une piste à développer.

CONCLUSION : Cette étude a mis en évidence l'existence d'une marge d'amélioration concernant les pratiques des PDS sur le sevrage tabagique et un besoin unanime de formation à ce sujet.

MOTS-CLES : Pratiques, Connaissances, Prise en charge, Sevrage tabagique, Professionnels de santé