



**HAL**  
open science

# Enquête quantitative auprès des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine : identification des facteurs de mobilisation des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie

Bertrand Guillon

## ► To cite this version:

Bertrand Guillon. Enquête quantitative auprès des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine : identification des facteurs de mobilisation des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03275255

**HAL Id: dumas-03275255**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03275255>**

Submitted on 30 Jun 2021

**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.

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement par :

M. GUILLON Bertrand

Né le 31 mars 1988 à Paris 13ème

Le Mercredi 2 juin 2021

TITRE :

Enquête quantitative auprès des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine  
Identification des facteurs de mobilisation des patients fumeurs vers un accompagnement  
spécialisé en tabacologie.

Sous la direction du Dr Géraldine VANDERSNICKT

JURY :

Membres : Monsieur le Professeur François ALLA (président)  
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH (juge et rapporteur)  
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA (juge)  
Monsieur le Docteur Jean-Pierre DAULOUEDE (juge)  
Madame le Dr Géraldine VANDERSNICKT (directrice)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>12</b>
1. ÉPIDEMIOLOGIE .....	12
2. RAPPEL ET CHRONOLOGIE DES PRINCIPALES MESURES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME .....	15
2.1. <i>Les principales lois</i> .....	15
2.2. <i>Les politiques de santé</i> .....	18
3. FOCUS SUR TROIS PAYS : L'IRLANDE, LA SUEDE ET L'Australie .....	23
3.1. <i>L'Irlande</i> .....	23
3.2. <i>La Suède</i> .....	25
3.3. <i>L'Australie</i> .....	27
4. STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT DES FUMEURS EN 2021 : ETATS DES LIEUX.....	30
4.1. <i>La lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé</i> .....	31
4.2. <i>Les structures de prise en charge en ville</i> .....	34
4.2.1. Les cabinets de médecine générale et de soins de premier recours .....	34
4.2.2. La proposition de soins ambulatoires par des établissements de santé.....	36
4.2.3. Le partenariat ville-hôpital en Gironde .....	36
4.3. <i>Les réseaux de coordination régionale</i> .....	38
4.3.1. La fédération COREADD .....	38
4.3.2. Les associations .....	40
4.3.3. Autres exemples de coordination entre soins premiers et soins spécialisés .....	41
4.4. <i>Les centres d'accompagnement libéraux spécialisés en tabacologie</i> .....	41
5. FOCUS SUR LE CENTRE TABALIB .....	43
6. OBJECTIF DE L'ETUDE .....	44
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>46</b>
1. TYPE D'ETUDE.....	46
2. POPULATION ETUDIEE .....	46
2.1. <i>Critères d'inclusion</i> .....	46
2.2. <i>Critères d'exclusion</i> .....	46
3. MODALITES DE RECRUTEMENT .....	47
4. QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES .....	47
5. RECUEIL DES DONNEES .....	48
6. ANALYSE DES DONNEES .....	48
7. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES .....	49
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>50</b>
1. POPULATION ETUDIEE .....	50
2. LE SEVRAGE TABAGIQUE.....	53
2.1. <i>Les clefs de la réussite</i> .....	53
2.2. <i>Ce qui décourage les médecins généralistes</i> .....	54
3. FREINS ET FACTEURS DE MOBILISATION VERS UN SUIVI SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE .....	56
3.1. <i>Suivi spécialisé en addictologie</i> .....	56
3.1.1. Les critères pour adresser un patient en tabacologie .....	56
3.1.2. Les freins .....	57
3.2. <i>Le point sur les centres existants (CSAPA, hôpitaux, associations)</i> .....	58
3.2.1. Public concerné .....	58
3.2.2. Les freins .....	60
4. MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SEVRAGE TABAGIQUE.....	62
4.1. <i>Caractéristiques optimales d'une structure de tabacologie</i> .....	62
4.2. <i>TABALIB</i> .....	65

4.3.	<i>Formation en tabacologie</i> .....	66
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>68</b>
1.	LES FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	68
1.1.	<i>Les forces de l'étude</i> .....	68
1.2.	<i>Les limites de l'étude</i> .....	69
2.	INTERPRETATIONS DES RESULTATS.....	70
2.1.	<i>Les caractéristiques de la population</i> .....	70
2.2.	<i>Le sevrage tabagique</i> .....	71
2.2.1.	Les clefs de la réussite.....	71
2.2.2.	Ce qui décourage les médecins généralistes (question 2) .....	72
2.3.	<i>Freins et facteurs de mobilisation des patients fumeurs vers un suivi spécialisé en addictologie</i> .75	
2.3.1.	Les freins .....	75
2.3.2.	Les facteurs de mobilisation ( <i>question 3</i> ).....	77
2.4.	LE POINT SUR LES CENTRES EXISTANTS .....	78
2.5.	<i>Attente des médecins dans la mise en place d'un programme de lutte contre le tabac</i> .....	80
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>84</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>95</b>
▪	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AU MEDECINS TRAITANTS.....	95
▪	ANNEXE 2 : ÉCHELLE Q-MAT .....	109
▪	ANNEXE 3 : ÉCHELLE ANALOGIQUE D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION .....	110
<b>SERMEN D'HIPPOCRATE</b> .....		<b>111</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....		<b>112</b>

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François ALLA pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. La rapidité avec laquelle vous avez répondu de manière positive m'a permis de continuer à avancer sereinement dans mon travail. J'espère que cette étude donnera des résultats à moyen et à long terme sur la prévention du tabagisme.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Je tenais également à vous remercier pour la disponibilité et la bienveillance dont vous avez fait preuve tout au long de mon DES de médecine générale et notamment ces dernières semaines dans mon parcours de thèse. C'est un immense honneur de clôturer ces années d'étude en votre présence.

A Madame le Docteur Géraldine VANDERSNICKT pour avoir encadré mon travail de thèse. Je tiens à te remercier pour ta bienveillance, ta disponibilité et la rigueur de tes conseils. Je suis particulièrement heureux de clore mon cursus universitaire dans ces conditions et t'en remercie à nouveau.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA pour avoir tout de suite accepté de participer à ce travail de thèse. Je vous remercie également pour la qualité de vos enseignements à la faculté de Bordeaux qui ont inspirés ma pratique de la médecine générale. C'est un honneur de vous compter parmi ce jury.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre DAULOUEDE. Merci pour ta participation à ce jury de thèse. C'est un immense plaisir de partager ce moment avec toi. J'espère que nous aurons l'occasion de partager d'autres moments à ta table, à Biarritz.

A Monsieur le Professeur Roger SALAMON pour son aide précieuse dans l'analyse statistique de nos données.

A Monsieur le Professeur Bertrand DAUTZENBERG pour avoir eu la gentillesse de répondre à mes sollicitations.

A mon oncle Olivier. Les moments que nous avons partagés à Benqué font partis des plus beaux souvenirs de ma vie. Merci pour tes accueils chaleureux, ton sourire, ta gentillesse et ta bonne humeur. Rien ne sera plus jamais pareil sans toi. Tu nous manques terriblement. Je n'oublierai jamais cette tranche de vie dans les Baronnie. Tu es parti comme tu le souhaitais, repose en paix, nous nous retrouverons au paradis des cyclistes.

A ma tante Sylvia pour ses délicieuses tuiles aux amandes, à mon cousin Thomas pour les parties de jeux vidéo et à ma cousine Katarina. Je vous souhaite beaucoup de courage dans cette terrible épreuve et suis de tout cœur avec vous.

A maman, pour ton soutien inconditionnel tout au long de mes études. Je n'aurais jamais réussi ma première année sans ta présence et ta bienveillance. Tu sais me remonter le moral quand rien ne va, apaiser mes colères et soigner mon anxiété. Ta générosité envers les autres et l'amour que tu as su donner à ta famille force le respect et l'admiration. Je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi.

A papa, pour ta gentillesse et ta bienveillance. Je ne serais pas devenu ce que je suis sans ta disponibilité. Merci de m'avoir permis de m'épanouir sportivement tout en poursuivant mes études. Nos week-end dans les Pyrénées, nos sorties en vélo dans les Baronnies me rendent profondément heureux. J'espère que nous continuerons à partager cette complicité dans ce petit endroit de paradis.

A mes grands frères Yann et Arnaud pour votre soutien dans mes études. Quelle chance d'avoir pu partager mon enfance avec vous. Je n'oublierai jamais les moments passés ensemble. Je suis très fier de pouvoir compter sur vous et vous remercie d'avoir supporté mon caractère pendant toutes ces années. J'espère que nous continuerons de partager ces bons moments tous les trois.

A Kelly et Aurélie pour avoir fait de vous des hommes heureux.

A Papi, Mamie, Minette qui me regardent depuis là-haut. Je vous remercie pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. J'espère que vous êtes fiers de votre petit fils. Je pense bien fort à vous. A mon grand-père paternel que je n'ai pas connu.

A ma marraine Claude, pour notre relation privilégiée depuis toutes ces années. J'espère que nous pourrons rapidement nous voir sur Paris quand la crise sera terminée.

A mes cousins Benjamin et Emmanuel, aux souvenirs des soirées de Noël à Paris et à Clos Bry.

A Véronique et Jean-Jacques, merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre générosité. Je suis très heureux de faire partie de votre famille. J'espère être à la hauteur pour rendre votre fille heureuse.

A Jean Francaud pour tous ces agréables moments passés dans votre maison d'Oléron. Je pense à vous et je ne vous oublie pas.

A Marie Thérèse pour votre gentillesse et votre accueil à Saint Denis, je pense bien fort à vous.  
A Dorothee, Quentin et aux enfants, je suis ravi des passer tous ces moments en famille avec vous, je n'aurais pas pu espérer meilleure belle famille.

Au reste de la famille Francaud que j'embrasse.

A mon ami de toujours, Aurélien Coriou, depuis la primaire, les souvenirs ne manquent pas. Merci pour ta fidélité et ta gentillesse. Tu as toujours été présents à mes côtés, nous avons eu une enfance rêvée. Tachons de ne pas nous perdre de vue.

A mon ami, colocataire, et mentor, chirurgien de renom,, père de famille, le Docteur Florian Saint-Genez. Depuis nos premières sessions de surf à Lacanau aux bancs de la faculté de médecine, merci pour ton soutien dans cette belle aventure. Je suis très fier de ce que tu es devenu. Je n'oublierai jamais nos moments passés à Lacanau. Je te remercie d'avoir embelli toutes ces années.

A mon ami, colocataire et mentor, urgentiste de renom, le Docteur Christophe Soubiron. Depuis le week-end d'intégration jusqu'à l'examen classant national, et bien au-delà. Merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur. Je suis heureux de t'avoir comme ami. Nos souvenirs de la rue Genesta et de nos surftrips en Indonésie resteront à jamais gravés dans ma mémoire.

A Marie et Laure Anne, merci de les rendre heureux.

A mes amis de Grand Lebrun,

A notre ami Jean-Baptiste, parti trop tôt. Je garde un souvenir ému de nos années à Grand Lebrun. Je ne t'oublierai jamais.

A Antoine, pour tout ce qu'on l'a vécu et toutes ces années dans la même classe. A la cabane ou au Pyla, je n'oublierai jamais tous ces moments passés ensemble. Merci pour cette complicité.

A Arnaud Dorche sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour ce que tu as fait pour moi. Nos souvenirs du rugby au Bouscat et à Grand Lebrun me réchauffent le cœur.

A Tolo, merci pour ces sessions catamarans dans le bassin et tous ces poissons pêchés pendant nos croisières. Je suis heureux d'avoir un ami comme toi depuis toutes ces années.

A Camille et Boris pour votre gentillesse et votre bienveillance. C'est toujours un immense plaisir de partager des moments avec vous.



A Édouard, mon équipier de pont. Merci pour ta générosité pendant nos croisières. Le bateau n'aurait pas la même allure sans toi.

A Alexis pour ta bonne humeur, ta générosité dans la vie et dans ta cuisine. J'espère que l'on pourra bientôt repasser les portes de ton restaurant.

A Thibaut pour ta capacité à penser aux autres et pour ta générosité. Merci pour ces magnifiques moments passés au Ferret.

A Claire Cahuzac, mon amie de toujours. Merci pour ta fidélité. Je n'aurais pas réussi sans toi. Aux Boulangères pour toutes ces belles années au parc bordelais et au ferret. Je vous remercie pour tous ces bons souvenirs.

A Jean-Christophe, Thibaut en souvenir de la 6<sup>ème</sup>.

A mes amis du Pays basque, des fêtes de Bayonne aux sessions de surf, merci pour ces bons moments passés en votre compagnie. Merci pour votre accueil chaleureux, c'est toujours un immense plaisir de se retrouver chez vous dans votre magnifique région.

A mes amis de la Rochelle, merci de m'avoir considéré comme l'un des vôtres. Je n'aurais pu rêver meilleur accueil. Merci pour cette générosité et tous ces bons moments passés ensemble.

Au QPC, merci pour votre humour et votre bienveillance.

Et enfin à Charlotte l'amour de ma vie. Merci de me supporter au quotidien depuis toutes ces années, merci de me rendre heureux. J'ai beaucoup de chance de t'avoir rencontrée et pas un jour ne passe sans que je me rappelle combien tu es essentiel à mon bonheur. J'admire ta générosité, ton courage et ton empathie. La prochaine étape viendra bientôt. Je t'aime passionnément. Du fond du cœur, merci.

## PRÉAMBULE

Nous avons été très séduits à l'idée de réaliser un travail croisé interrogeant les patients (thèse de L. Ralazamahaleo) et les médecins (Thèse de B. Guillon) sur le même thème, nous permettant d'améliorer la qualité de cette étude et d'aborder spécifiquement certaines problématiques communes aux médecins et aux patients. Ce préambule a pour but de préciser le déroulé de nos travaux et l'implication de chacun.

Nous nous sommes réunis de nombreuses fois, avec notre directrice, pour travailler les modalités de nos études. Au cours de ces réunions nous avons conçu nos questionnaires respectifs.

Chacun a ensuite fait passer le questionnaire auprès de la population qu'il souhaitait étudier.

Nous nous sommes aidés dans le recueil et l'interprétation des résultats, cette interaction a donc permis un travail triangulaire.

Concernant l'écriture de nos thèses, nous avons ensemble rédigé l'introduction ; Bertrand Guillon, a ensuite rédigé les 1 et 2 de la partie « contexte ». Lalatiana Ralazamahaleo a, quant à lui, rédigé le 3 et le 4 de cette partie.

Chaque thésard a ensuite réalisé le reste de la rédaction de ces deux projets liés.

## INTRODUCTION

*« Le tabac tue jusqu'à la moitié de ceux qui en consomment soit plus de 8 millions de personnes chaque année » (1).*

Seul, un patient fumeur a un taux de réussite à un an de 2%. En sollicitant l'aide d'un professionnel de santé, 25 % des patients ayant entamé la démarche seront ex-fumeurs à 1 an. *« Un fumeur a donc dix fois plus de chance d'arriver à un arrêt du tabac avec l'accompagnement d'un professionnel de santé » (2).*

En France, de nombreux professionnels de santé sont formés à la tabacologie et des dispositifs de grande envergure sont fréquemment déployés, à l'exemple du Moi(s) sans tabac. Ces stratégies commencent à être fructueuses : l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a observé une baisse des ventes de tabac de 6,6% en 2019 (3) ainsi qu'une diminution de la prévalence du tabagisme quotidien et occasionnel parmi les 18-75 ans qui est ainsi passée de 32% en 2018 à 30,4% en 2019 (4).

Si le médecin généraliste joue un rôle majeur dans la lutte contre le tabagisme, le patient en est l'acteur principal. *« En 2018, 56,5% des 11,5 millions de fumeurs quotidiens Français souhaitaient arrêter (5). »*

Menée en 2012 en Champagne-Ardenne par A. Lauvaux, une étude sur 100 patients fumeurs montrait que plus de la moitié des patients souhaitaient arrêter de fumer. Parmi eux, plus de 40% des patients interrogés souhaitaient une aide de soignant dans leur tentative de sevrage et 76,5 % des patients étaient prêts à faire confiance à leur médecin pour mener le sevrage (6).

L'étude menée par P. Brousse et A. Bonnay montrait que la majorité des participants considérait que l'accompagnement du sevrage par un professionnel de santé pouvait les aider mais que tous les patients ne se sentaient pas prêts à demander cette aide (7).

Dans le cadre de notre étude nous avons souhaité référencer et hiérarchiser les freins et les leviers identifiés par les médecins généralistes pour solliciter une aide dans leur sevrage tabagique de leurs patients, afin de mettre en évidence des solutions permettant de contourner les obstacles les plus bloquants pour les médecins et de mettre en œuvre les éléments facilitants les plus pertinents pour mobiliser plus efficacement les fumeurs vers l'arrêt du tabac. Ce travail a une vocation pragmatique : améliorer l'accessibilité aux soins d'accompagnement du sevrage tabagique en général et plus particulièrement dans un centre novateur d'accompagnement libéral dédié à la tabacologie : Tabalib. Il permettra de vérifier si cette nouvelle modalité répond davantage aux attentes que l'offre existante et d'ouvrir d'autres perspectives d'amélioration du dispositif.

## CONTEXTE

### 1. Épidémiologie

Le tabagisme est certainement le plus grand fléau que connaît l'humanité depuis la dernière guerre mondiale. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans le monde, 1 fumeur sur 2 mourra de son addiction au tabac, il est responsable de 8 millions de morts chaque année. Parmi ces 8 millions, plus de 7 millions d'entre eux sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et environ 1,2 millions, des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée (1).

Le nombre de fumeurs de tabac devrait se maintenir à environ 1,1 milliard d'ici 2025, 80% des fumeurs dans le monde vivant actuellement dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (8).

En 2019, en France, la situation épidémiologique était la suivante :

- Trois français de 18-75 ans sur dix (30,4%) fument de manière régulière ou occasionnelle (34,6% des hommes et 26,5% des femmes).
- Le pourcentage de fumeurs quotidiens est de 24% (27,5% parmi les hommes et 20,7% parmi les femmes) (9).

	Fumeurs %	Fumeurs quotidiens %
2014	34,3	28,5
2018	32,0	25,4
2019	30,4	24,0
Évolution 2018-2019	NS	NS
Évolution 2014-2019	<0,001	<0,001

Sources : Baromètres de Santé publique France 2014, 2018 et 2019.

NS : non significatif.

*Tableau 1: Prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans, France, évolution 2014-2018-2019 (9)*

En 2017, l'enquête Baromètre santé publique France s'est intéressée au profil des consommateurs. Il en ressort de cette étude que les fumeurs sont plus fréquemment des « hommes de moins de 55 ans, des personnes en situation de précarité socioéconomique, avec une moins bonne santé mentale, ils sont plus souvent consommateurs d'autres substances

psychoactives, ils ont moins recours à un médecin généraliste et ils utilisent moins Internet comme source d'informations sur des sujets de santé, par rapport aux non-fumeurs » (10).

L'évolution des mentalités vis-à-vis du tabagisme et les efforts menés par les différents gouvernements en matière de politique antitabac ont eu un effet certain sur la réduction du nombre de fumeurs puisqu'on est passé de 42% de fumeurs (occasionnels ou réguliers) en 1974 contre 30,4% en 2019. Cette amélioration est source d'espoir pour les générations à venir et nous pousse à prendre la mesure de l'importance de cette lutte quotidienne (11).

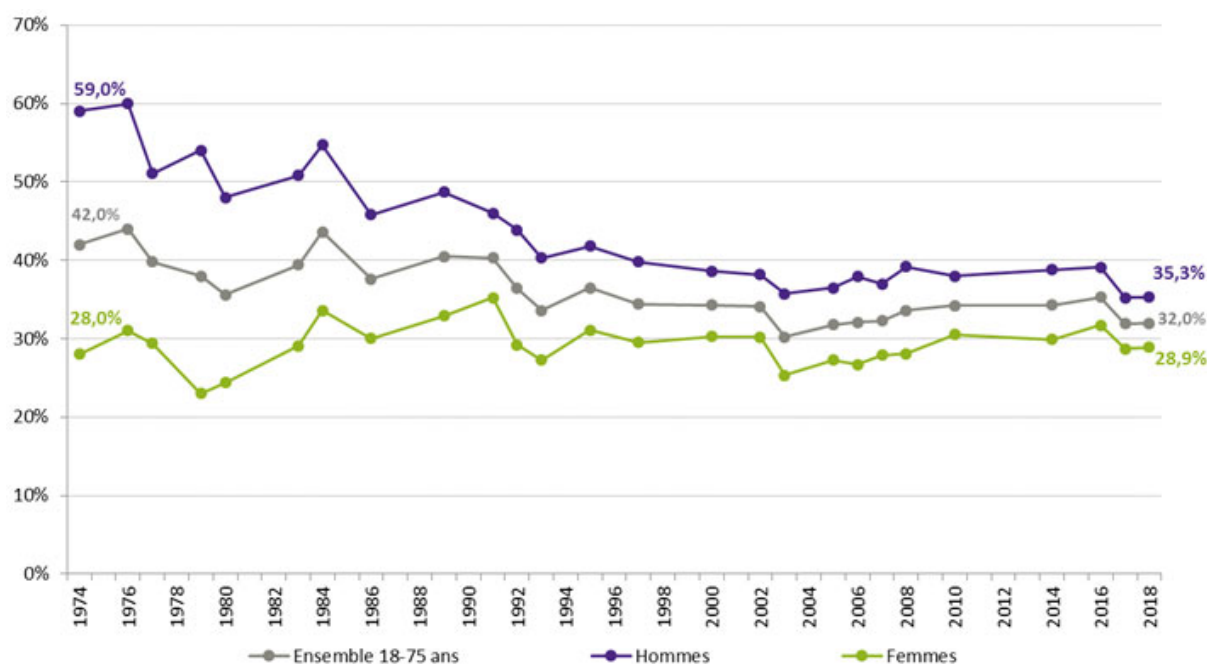


Figure 1 : Usage actuel (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans Évolution depuis 1974 (11)

Pourtant, les efforts doivent encore s'intensifier car il est difficile d'entendre de nos jours que le tabac est encore responsable de près d'un décès sur huit.

Selon une étude menée par Christophe Bonaldi et publié dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire, en 2015, en France, le tabac était à l'origine de « 75 000 décès » (12).

En 2015, il était responsable, tout sexe confondu, de :

- 82% des décès dus aux cancers broncho-pulmonaires
- 68% des décès dus aux cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)
- 64% des décès dus aux maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
- 32% des décès dus aux cancers de la vessie
- 27% des décès dus au cancer du foie

- 24% des décès dus aux cancers du pancréas (12)

Outre l'impact considérable en termes de morbi-mortalité, il pèse également sur le système économique français puisque dans un rapport publié par Pierre Kopp pour l'OFDT en 2015, il estimait que le tabac coutait environ 120 milliards d'euro par an (13).

En 2012, on estimait que le cout économique mondial du tabac était de 1400 milliards de dollars (14).

Enfin, la France fait office de mauvais élève au sein de l'Union Européenne. Avec un pourcentage en 2016 de 33% de fumeurs quotidiens parmi la population âgée de plus de 15 ans tout sexe confondu, elle figure en bas de tableau, devant la Grèce (35%) et la Bulgarie (36%). Elle reste bien éloignée de la moyenne européenne (24%) (15).

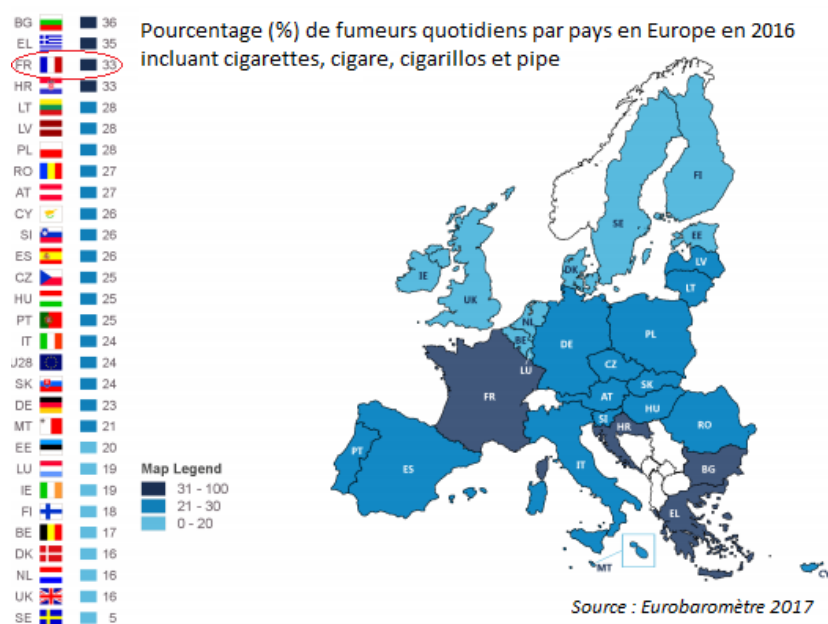


Figure 2 : Pourcentage (%) de fumeurs quotidiens par pays en Europe en 2016 incluant cigarettes, cigare, cigarillos et pipe (15)

Le tabac constitue donc un enjeu majeur de santé publique et un défi sociétal qu'il est urgent de relever.

## 2. Rappel et chronologie des principales mesures de lutte contre le tabagisme

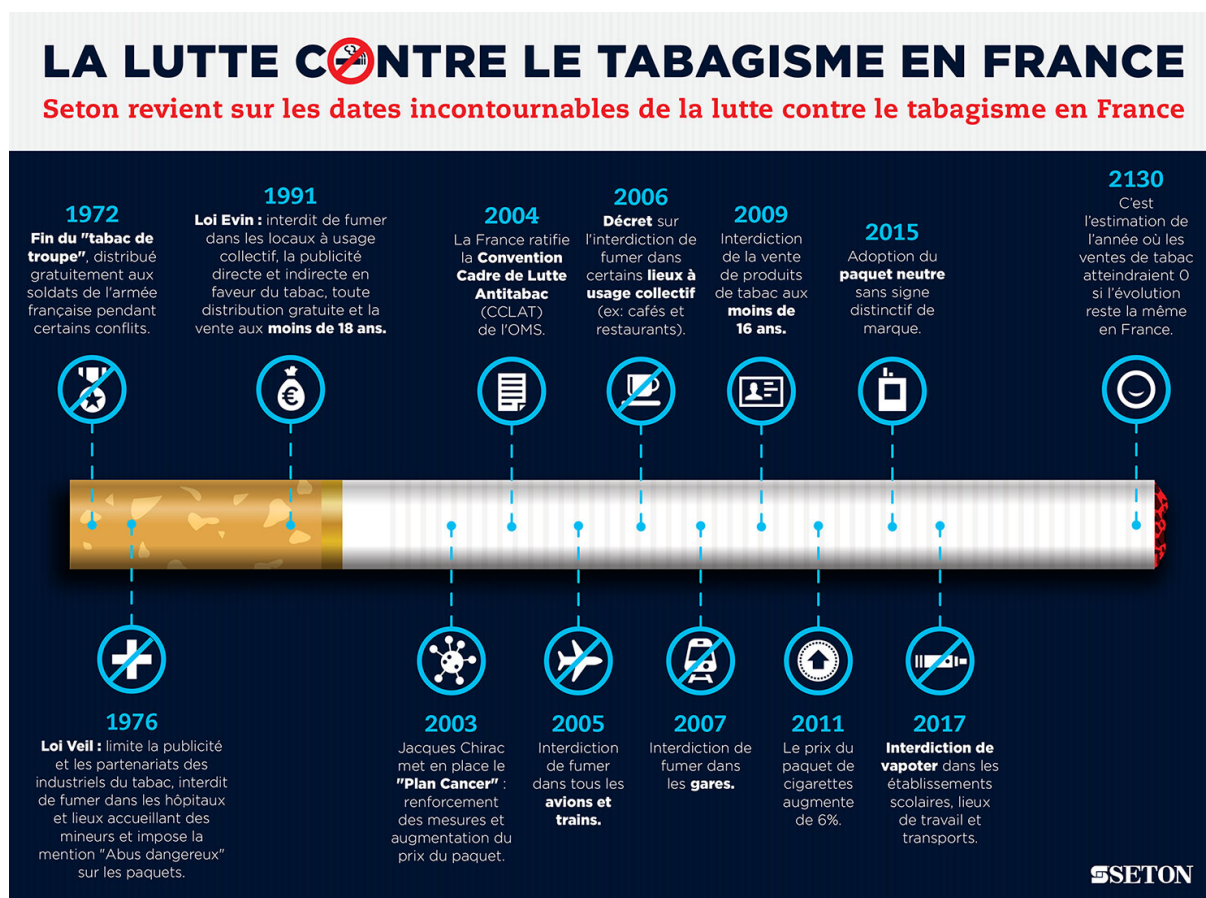


Figure 3 : Chronologie des politiques anti-tabac. (16)

### 2.1. Les principales lois

La loi Veil, votée le 9 juillet 1976, constitue le point de départ de la politique de la lutte contre le tabac dans notre société. Composée de 18 articles, elle s'articule autour de 5 grandes mesures qui ont permis de « stabiliser la consommation de tabac jusque-là en augmentation » (17).

- Les avertissements sanitaires apparaissent avec l'obligation d'inscrire la mention « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes (soit 11 ans après les États-Unis).
- La publicité du tabac devient réglementée ; elle n'est désormais « tolérée que sur les seuls points de ventes ainsi que dans la presse strictement adulte. Il est également interdit d'en faire la propagande et d'en distribuer gratuitement ou de manière promotionnelle » (18).

- Les fabricants et vendeurs de tabac ont pour interdiction de parrainer une manifestation sportive ainsi que des manifestations destinées à un public mineur
- La consommation de tabac dans les lieux publics est désormais encadrée et interdite notamment dans certains « *lieux affectés à un usage collectif ou cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé* » (19). L'interdiction de fumer est, à cette époque établie, par décret.
- Elle rend obligatoire les campagnes de prévention dans les établissements scolaires visant à alerter le jeune public sur les méfaits du tabac.

La **loi Evin** votée le 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, renforce les mesures précédentes en mettant de nouveaux bâtons dans les roues de l'industrie du tabac. Elle fait suite au rapport, commandé par le ministre de la santé de l'époque, à cinq experts, dans le but de renforcer et d'améliorer l'action publique dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le tabac. Ces 5 experts considérés dans les années 1980 comme « les 5 sages » de la santé publique sont François Gremy, Gérard Dubois, Albert Hirsch, Claude Got et Maurice Tubiana. La loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993.

A cette époque, le tabac est responsable de « *60 000 décès prématurés* » et il est donc grand temps d'agir (20).

Parmi l'ensemble des mesures votées après de longs débats parlementaires, on retient certains grands axes qui vont dans le sens de la politique de lutte contre le tabagisme instaurée par la loi Veil notamment sur le plan de la publicité, de la consommation dans les lieux publics et du parrainage des manifestations sportives et culturelles.

- Toute publicité directe et indirecte ainsi que la distribution gratuite sont interdites (excepté pour les enseignes de débit de tabac)
- La mention « *nuit gravement à la santé* » est obligatoire sur tous les paquets de cigarettes
- Le parrainage est interdit lorsqu'il a pour effet de promouvoir le tabac
- La manifestation annuelle « jour sans tabac » est instaurée
- La possibilité dans certaines situations pour les associations impliquées dans la lutte contre le tabac de se porter partie civile auprès de la justice
- L'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif notamment dans les transports en commun (sauf espace dédié)



- Le prix du tabac sort de l'indice général des prix à la consommation

La loi Evin dont nous avons fêté les 30 ans le 10 janvier dernier restera considérée comme la loi pionnière dans la lutte contre le tabac.

Le **décret du 15 novembre 2006**, en continuant de renforcer les mesures précédentes, marque un tournant dans les habitudes sociétales de la consommation de tabac. Ce nouveau texte de loi poursuit la restriction de l'usage du tabac dans les lieux à usage collectif. Désormais, fumer est interdit :

- « Dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail
- Dans les moyens de transport collectif ;
- Dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. » (21).

C'est le début des emplacements pour fumeurs au sein des aéroports, discothèques et autres structures destinées à accueillir du public. Ces emplacements doivent comporter un certain nombre de critères mentionnés dans le texte de loi notamment sur l'aération de la pièce et sa maintenance.

A noter qu'en 2018, la ville de Strasbourg a adopté une mesure pour interdire la consommation de tabac dans l'ensemble des parcs et jardins publics, une première en France (22).

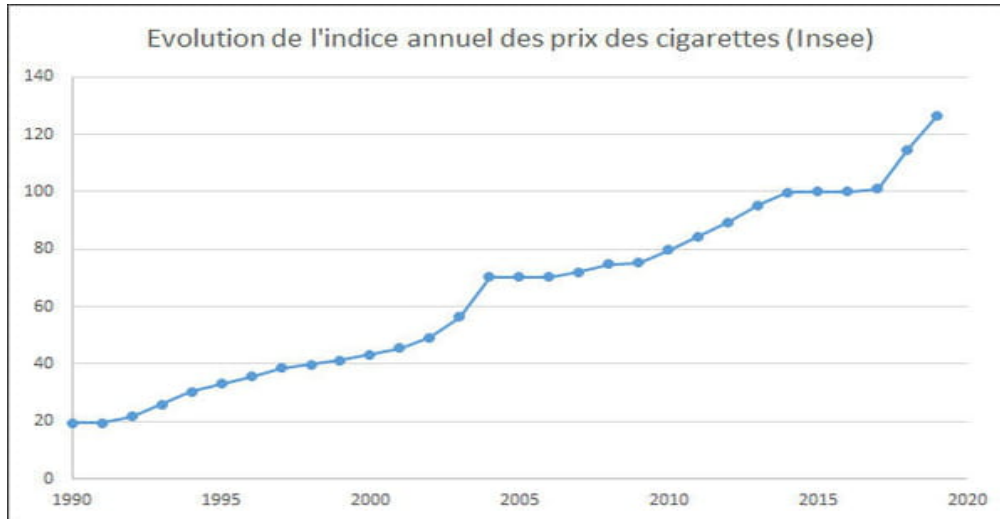
La **loi Hôpital Patient et Territoire (HPST)** du 21 juillet 2009 étend l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de 16 à 18 ans et interdit la vente de cigarettes aromatisées (23).

**L'ordonnance du 19 mai 2016** transpose la directive européenne du 4 avril 2014 et instaure le paquet neutre dans la législation française.

Une seule et même couleur est autorisée quelque-soit la marque, et les éléments dissuasifs déjà présents sur le paquet sont renforcés. Ils passent de 40% à 65%.

## 2.2. Les politiques de santé

- L'augmentation du prix du tabac



*Figure 4 : Évolution de l'indice annuel des prix des cigarettes (INSEE) entre 1990 et 2020 (24)*

Parmi les différentes mesures à retenir, les augmentations successives du prix du paquet de cigarettes ont un effet bénéfique sur la réduction du nombre de fumeurs. Une hausse de 10 % des prix peut faire baisser la consommation de tabac de 4 % dans les pays à haut revenu et de 8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire selon la banque mondiale (1).

Un paquet de tabac en 2000 valait 3 euros, il vaut maintenant plus de 10 euros.

La France est à ce jour le 2<sup>ème</sup> pays de l'union européenne où le paquet de cigarettes est le plus cher derrière l'Irlande, respectivement 10 et 13 euros en moyenne (source numbeo) (25).



*Figure 5 : prix du paquet de cigarettes dans l'Union européenne (avril 2020) (25)*

- Les plans cancers

Le **premier plan cancer (2003-2007)** marque un tournant historique dans la politique de lutte contre le tabac et contre le cancer avec la création en 2004 de l'institut national du cancer avec sa tête le cancérologue David Khayat. Jacques Chirac alors président de la République en fait un enjeu de santé publique en déclarant la guerre au tabac.

Ce plan cancer initié par le ministre de la santé de l'époque, Jean-François MATTEI présente 9 mesures (sur 70) destinées exclusivement à la lutte contre le tabac (26). Ces grands axes sont :

- Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac (interdiction de vente aux moins de 16 ans en 2003).
- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.
- Mettre en place des opérations "École sans tabac".
- Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.
- Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac.
- Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé.

- Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage).
- Financer des campagnes grand public établir des “chartes de bonne conduite” avec les médias pour jeunes.
- Utiliser l’augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et de soins (27).

« C’est au cours de cette période que le prix du tabac a le plus augmenté, soit plus de 42% entre 2002 et 2004 entraînant une chute de la vente de cigarettes de -14% en 2003 et -21% en 2004 », soit 35% sur cette période (28).

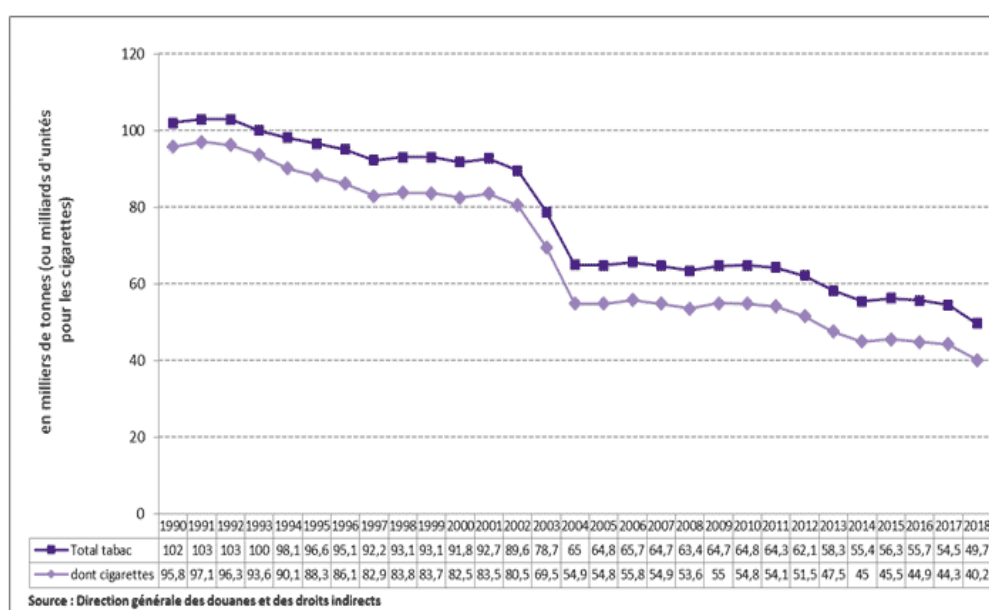


Figure 6 : Ventes de tabac et de cigarettes : Évolution depuis 1990 (28)

En 2004, le France est le premier pays de l’union européenne à ratifier le traité sur la convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) portée par l’OMS et notamment contre le marketing international de promotion du tabac. Il s’agit du « premier et unique traité international de santé publique » (29).

A ce jour le traité a été ratifié par 180 pays et s’organise autour des mesures suivantes (articles 6 à 14) :

- les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac, et
- les mesures autres que financières, à savoir :
  - Protection contre l’exposition à la fumée du tabac,
  - Réglementation de la composition des produits du tabac,

- Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer,
- Conditionnement et étiquetage des produits du tabac,
- Éducation, communication, formation et sensibilisation du public,
- Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage ;
- Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique.

Les dispositions visant à réduire l'offre de tabac (Articles 15 à 17) :

- le commerce illicite des produits du tabac,
- la vente aux mineurs et par les mineurs,
- la fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables.

Une étude publiée dans le Lancet, réalisée entre 2005 et 2015 sur 126 pays a montré que la mise en œuvre de ces principales mesures est significativement associée à une prévalence plus faible du tabagisme, avec des réductions futures prévues de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme (30).

Le décret Bertrand de 2006 a été promulgué dans la dynamique de ce premier plan cancer.

Le **deuxième plan cancer (2009-2013)** est marqué par la loi HPST (dite loi Bachelot) qui étend l'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans. (31).

Le **troisième plan cancer (2014-2019)** est créé avec l'objectif de mettre en place le « *Programme national de réduction du tabagisme (PNRT)* » avec « *pour objectif la baisse de 10% du nombre de fumeurs en 5 ans* » (9).

Au PNRT, se succédera le « *Programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT)* » entre 2018 et 2022 composée de 28 actions à mettre en œuvre pour réduire le nombre de fumeurs et notamment pour « *que d'ici 2032, les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs)* » (32).

Il a pour but de s'attaquer aux inégalités sociales responsables d'une inégalité de chance face au cancer lié au tabagisme.

Au cours de la période 2014-2019, le nombre de fumeurs quotidiens a reculé de 4,5 points, passant de 28,5% à 24%. La prévalence du tabagisme (occasionnel et régulier) a diminué de 3,9 points (-11%), passant de 34,3% à 30,4% (9).

- Le remboursement des traitements substitutifs nicotiniques (TNS)

Les TNS constituent une aide majeure pour ne pas dire indispensable pour accompagner le sevrage tabagique des patients désireux d'arrêter de fumer. Dans ce sens, les pouvoirs publics ont renforcé leur remboursement au fil des années.

A partir du 1<sup>er</sup> février 2007, les TNS (gommes, patchs, pastilles, etc...) sont remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 50 euros par an et par bénéficiaire puis à hauteur 150 euros pour les femmes enceintes au 1<sup>er</sup> septembre 2011.

La loi du 26 janvier 2016 favorise le recours aux TSN en élargissant leur prescription par les kinésithérapeutes, infirmier(e)s, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

A partir de janvier 2019, le remboursement des TNS n'est plus soumis à un plafond annuel de 150e.

Toutes ces mesures ont permis d'augmenter le nombre de consommateurs de TNS au fur et à mesure des années. On comptait en 2018, « 3 413 896 patients traités contre 2 726 417 en 2017, soit un quart de plus » (33).

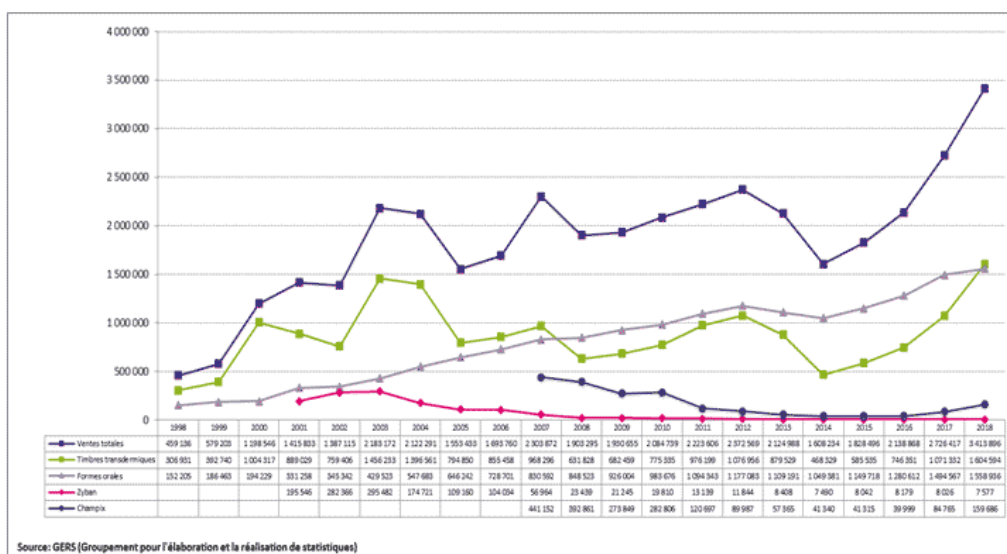


Figure 7 : Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac : Évolution depuis 1998 (33)

- Le paquet neutre

Après l'Australie et l'Irlande, la loi sur le paquet neutre adoptée de manière définitive à l'assemblée nationale le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et validée par le conseil constitutionnel le 21 janvier 2016, s'est progressivement imposé chez le sol français de manière à ce qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, ils soient les seuls paquets à être vendus dans les bureaux de tabac (34).

Cette mesure a rapidement porté ses fruits notamment chez les jeunes car « *selon une enquête menée par l'Inserm et financée par l'Institut national du cancer (INCa), 1 jeune entre 12 et 17 ans sur 5 (20,8%) a expérimenté le tabac pour la première fois en 2017 contre 1 sur 4 (26,3%) en 2016. Cette baisse est plus marquée chez les jeunes filles : 1 sur 8 (13,4%) contre 1 sur 4 (25,2%). L'enquête souligne également une progression positive dans la perception du tabagisme comme « dangereux » par les adolescents (83,9% en 2017, contre 78,9% en 2016). Les jeunes fumeurs apparaissent également « moins attachés à leur marque de tabac » en 2017 (23,9%), par rapport à 2016 (34,3%) » (35).*

Sur le plan mondial, une étude publiée dans la revue Nature Médecine s'est intéressée à l'efficacité des politiques anti-tabac en analysant les données de 155 pays de 2002 à 2016. Elle montre que si l'ensemble des pays avait suivi une politique complète de lutte contre le tabac : politiques fiscales de hausse, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et à usage collectif, les interdictions de publicité et les avertissements sanitaires, il y aurait eu en 2017 100 millions de fumeurs de moins.

Elle démontre également que les politiques ont permis de diminuer la prévalence du tabac de 7,7% chez les hommes et de 15,2% chez les femmes (âgés de plus de 15 ans (36).

### **3. Focus sur trois pays : l'Irlande, la Suède et l'Australie**

Même si ce paragraphe n'est pas directement en lien avec notre sujet de thèse, il nous a paru intéressant de comparer la politique française de lutte contre le tabac à celle d'autres pays en Europe et dans le monde ainsi que leurs résultats.

Nous avons mis l'accent sur ces trois pays car l'Irlande est la première à avoir interdit la consommation de tabac dans les lieux publics, la Suède est le pays d'Europe où l'on fume le moins et l'Australie pour avoir été le premier pays au monde à adopter le paquet neutre.

#### **3.1. L'Irlande**

L'Irlande est considérée comme un pionnier européen dans la lutte contre le tabagisme. Le 29 mars 2004, il est le premier pays au monde à mettre en place l'interdiction de fumer dans les lieux publics, lieux de travail, café, restaurants, etc.... Elle fut suivie en Europe par la Norvège la même année et par la France deux ans plus tard (2006).

Outre la mise en place de cette loi, son application ainsi que les sanctions infligées aux propriétaires en cas de non-respect ont eu un impact majeur sur son efficacité.

« En cas de non-application de la loi, ils risquaient de perdre leur licence, ainsi que de se voir infliger une amende de 3000 € » (37).

« L'application de la loi anti-tabac a fait baisser rapidement le taux de prévalence du tabagisme dans ce pays de 29 % en 2004 à 18,6 % en 2016, selon le ministère irlandais de la Santé. Par comparaison, ce taux n'a que peu diminué en France, passant de 30 % en 2004 à 28 % en 2016. » (38).

Une étude publiée dans « PLOS One » montre que la loi de 2004 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics a entraîné une baisse de la mortalité de :

- 26% par cardiopathie ischémique
- 32% par accident vasculaire cérébral
- 38% par broncho-pneumopathie chronique obstructive
- 13% toute causes confondues (39).

Le 3 octobre 2013, le ministre de la santé de l'époque, le Dr James Reilly lance le « *Tobacco free Ireland* ». Un pays sans tabac est un pays où les fumeurs représentent moins de 5% de la population générale. C'est l'objectif que s'est fixé l'Irlande d'ici 2025, objectif qu'elle a bien l'intention d'atteindre dans les prochaines années.

A titre comparatif, la France comptait 30,4% (BHE) de fumeurs occasionnels et réguliers en 2019 (tranche d'âge de 18-75, femmes et hommes confondus) (9).

L'Irlande fut également en 2015 le premier pays de l'union européenne à adopter le paquet neutre (loi signée le 10/03/2015) (40).

L'Irlande fait à ce jour office de modèle en Europe concernant la lutte contre le tabac car elle est un des pays dont « sa loi est considérée comme la plus stricte qui soit » (38).

L'interdiction de fumer dans les lieux publics et collectifs qui intervient dès 2004, concerne les bars, les pubs, les restaurants, les clubs, mais aussi les lieux de travail, les bâtiments publics, les véhicules d'entreprises, camions, taxis et fourgons. L'interdiction s'applique également à un périmètre situé dans un rayon de 3 mètres de ces lieux.

A noter que son voisin Ecossais est allé encore plus loin en 2016 en interdisant aux adultes de fumer dans leur voiture en présence d'enfants mineurs.



D'autre part, le prix du paquet de cigarette en Irlande est actuellement de 13 euros soit 23% plus cher qu'en France (source numbeo) ce qui a joué un rôle non négligeable là aussi dans la réduction du nombre de fumeurs (25).

### 3.2. La Suède

La Suède est considérée comme le bon élève en termes de consommation tabagique. Avec une prévalence de 18,9% de fumeurs en 2018 chez les personnes de 15 ans et plus, elle est le pays où l'on fume le moins en Europe. On estime à 7% en 2017 la proportion de fumeurs quotidiens (41).

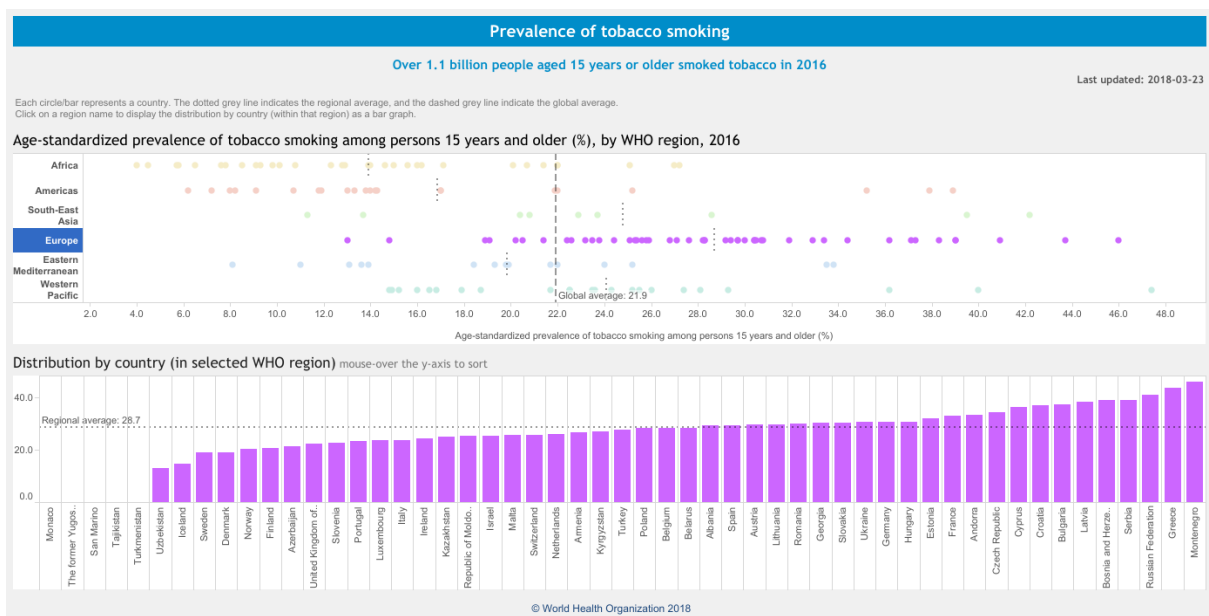


Figure 8 : Prévalence of tobacco smoking (42)

La Suède, au même titre que les pays européens, a interdit la consommation de tabac dans les lieux publics. Elle est cependant allée plus loin dans cette démarche en interdisant de fumer dans les lieux publics extérieurs tels que les quais extérieurs, abribus, stations de taxi, marchés, terrains de jeux, sorties d'école et même sur certaines plages au sud du pays (43).

Une autre raison de cette faible prévalence vient du fait que les suédois actuellement ne fument plus mais chiquent le tabac, ils « snussent ». Le snus est une poudre de tabac humide que le consommateur place derrière la lèvre supérieure sur les gencives. Il est interdit en Europe depuis 1992 exception faite à la Suède qui a négocié cette condition lors de son entrée dans l'Union Européenne en 1995.

Cette interdiction est souvent remise sur la table et débattue au sein de la communauté scientifique. Malgré cela, récemment (2018), la cour européenne de justice a maintenu sa décision affirmant que « *le tabac à usage oral est addictif et nuit à la santé dans la mesure où il augmente les risques de certains effets nocifs et peut accroître les risques d'autres effets nocifs* » (44).

Sans établir de lien de cause à effet, on remarque que la prévalence du cancer du poumon en Suède est bien inférieure à la moyenne européenne.

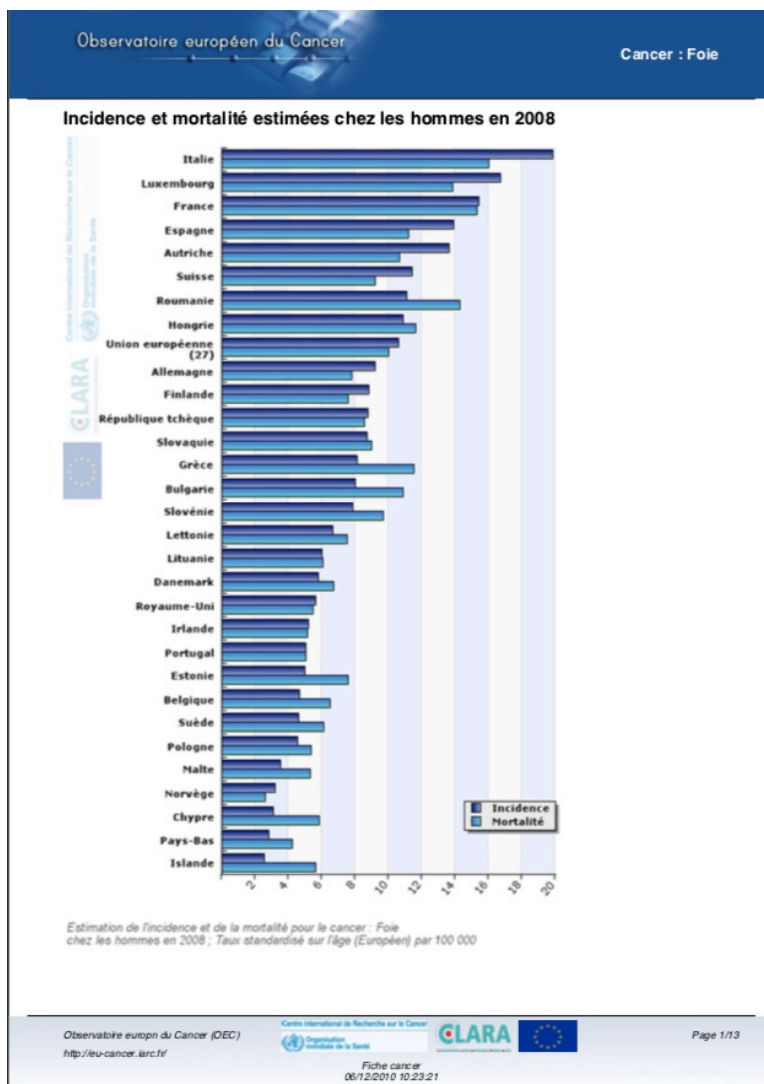


Figure 9 : Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes en 2008 : Taux standardisé sur l'âge (Européen) par 100 000 (45)

Cependant, le snus n'est pas non plus anodin pour la santé. Selon le Docteur Isabelle Jacot Sadowski, médecin à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, « *une consommation*

*régulière peut entraîner des lésions des muqueuses, des rétractions de gencives et endommager ainsi les tissus de soutien de la dent ainsi qu'une augmentation du risque de cancer du pancréas. Une association existe également entre la consommation de snus et la survenue d'un AVC et d'un infarctus. »* A noter qu'il peut également entraîner une forte dépendance (46).

En 2017, il était responsable selon une étude menée sur 127 pays et publiée dans le journal BMC médecine, de 2,5 millions d'années de vie perdues (DALYs : Disability Adjusted Life Years) et de 90791 morts par cancer des voies aéro-digestives supérieures.

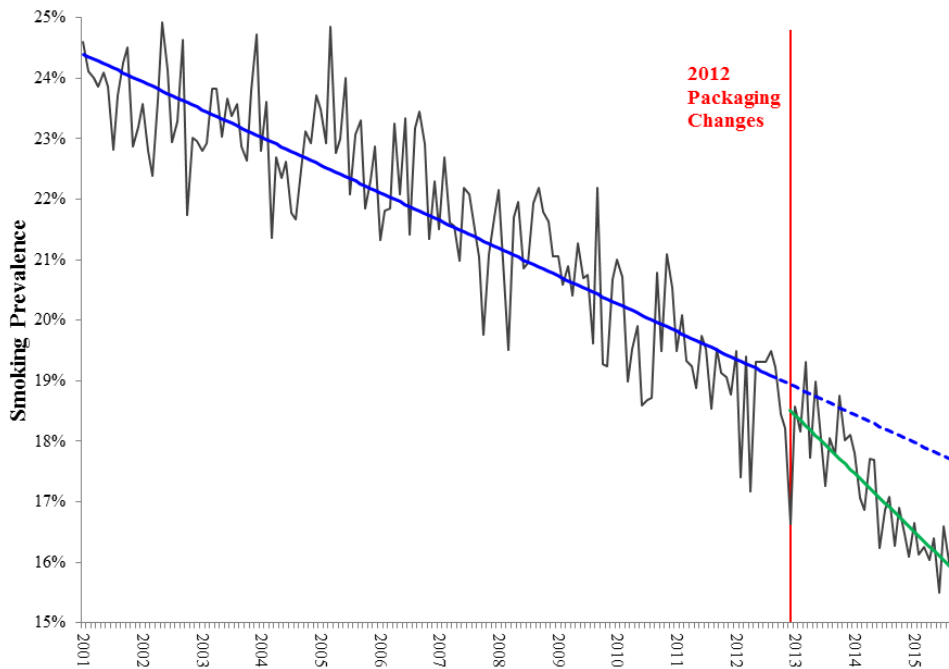
A noter que les pays les plus touchés (>85%) par le « *smokless tobacco* » se trouvent pour la plus-part en Asie du Sud et du Sud-Est ; en Inde (70%), au Pakistan (7%) et au Bangladesh (5%) (47).

### **3.3. L'Australie**

A l'image de l'Irlande, l'Australie fait office de bon élève en matière de lutte contre le tabagisme.

Elle a été le premier pays au monde à adopter le paquet neutre le 1er décembre 2012.

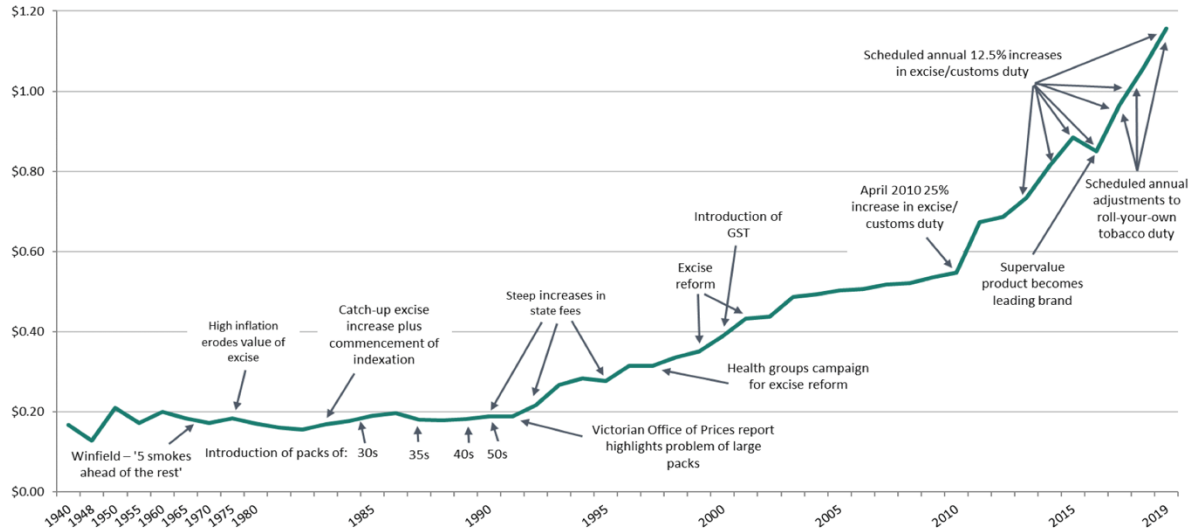
Cette mesure a eu des résultats probants sur la diminution de la prévalence du tabagisme. En 2016, un rapport publié par le gouvernement australien a démontré que l'instauration du paquet neutre avait pleinement atteint son objectif de réduction du nombre de fumeurs. En termes d'ordre de grandeur, « *l'enquête nationale de 2013 sur la consommation d'alcool, de tabac et de drogues par les ménages (National Drug Strategy Household Survey) indique que la proportion de consommateurs quotidiens de produits du tabac âgés de 14 ans et plus est tombée à 12,8 % en 2013, contre 15,1 % en 2010* » (48).



*Figure 3: Overall Monthly Smoking Prevalence (January 2001 to September 2015) (49)*

A noter que le tribunal de l’OMC, le 28/06/2018, a rejeté les plaintes portées par Cuba, l’Indonésie, le Honduras et la République dominicaine. Le tribunal a jugé que l’Australie était dans son plein droit à imposer les paquets neutres et ce dans l’optique de protéger la santé de sa population. Cette décision de justice marque un tournant dans la lutte mondiale contre l’industrie du tabac.

Le gouvernement Australien a également choisi de jouer sur le prix du tabac pour freiner sa consommation notamment chez les jeunes. Après une hausse de 25% en avril 2010, le prix du paquet de cigarettes augmente de 12,5% chaque année depuis 2013 (50).



*Figure 11 : Recommended retail price of the most popular cigarettes in Australia, 1940–2019*  
(50)

Une étude publiée dans la revue *Tobacco control* s’est intéressée pendant trois ans (2016-2017-2018) à la vente de cigarettes de 32 magasins situés au sein de la communauté arborigène suite à l’augmentation annuelle de 12,5% du prix du tabac. Le résultat est une baisse immédiate du prix du tabac de 5,8% en 2016 et de 8,2% en 2018, baisse non significative en 2017 (1,6%) (51).

L’Australie a également fait pression sur le tabac acheté en zone « détaxé » (aéroport). En effet, désormais chaque personne ne peut ramener plus de 25 cigarettes sur le sol australien sous peine d’amende

Autre mesure phare qui d’ailleurs fait débat au sein de la communauté scientifique est l’interdiction de la vente de la nicotine liquide et la nécessité à partir de janvier 2021 d’avoir une prescription médicale pour en importer dans le pays notamment par des achats en ligne (52).

L’usage du tabac dans les lieux publics a été considérablement restreint. Dans certains états, il est interdit de fumer aux arrêts de bus et des taxis, sur les quais de gare, à proximité des aires de jeux pour enfants et devant l’entrée de certains bâtiments.

Certains dirigeants avaient même proposé d’interdire le tabac aux générations nées après 2001 notamment dans le Queensland.

En matière d’efficacité, la politique australienne antitabac a porté ses fruits.

Comme on peut voir dans le tableau ci-dessous, la proportion de fumeurs quotidiens a reculé de 14 points entre 1995 et 2019, passant respectivement de 27% à 13% (53).

Year	Male	Female	Total
% différence 1995–2019	–15	–12	–14
1995	29	24	27
1998	29	24	27
2001	24	20	22
2004	22	18	20
2007	21	17	19
2010	19	16	18
2013	17	13	15
2016	16	12	14
2019	14	12	13
Relative change 1995–2019	–52%	–50%	–52%

*Tableau 3 : Prevalence of regular\* smokers† in Australia aged 18+, 1995–2019 ‡ (%) (53)*

*\* Includes those reporting that they smoke ‘daily’ or ‘at least weekly’.*

*† Includes persons smoking any combination of cigarettes, pipes or cigars.*

*‡ All data weighted to the Australian population appropriate for each survey year and may vary slightly from data presented in previous edition. Previous versions of this table used data from both the Anti-Cancer Council of Victoria and National Drug Strategy Household Survey (NDSHS), while this version uses only NDSHS data.*

*Source: Centre for Behavioural Research in Cancer analysis of National Drug Strategy Household Survey data from 1995 to 2019.*

*Analysis to 2019 will be undertaken once the full datafile becomes available.*

#### **4. Structure d’accompagnement des fumeurs en 2021 : états des lieux.**

La fin du siècle précédent a vu l’avènement de l’addictologie en France. Dans un article paru en 2002, le Dr MOREL psychiatre et Secrétaire Général de la Fédération Française d’Addictologie déclare : « sous l’égide de la notion fédératrice d’addictologie, l’heure est au rapprochement entre intervention en toxicomanie, alcoologie et tabacologie » (54).

Depuis la publication de la circulaire du 16 mai 2007 **relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie** (55), des consultations spécialisées en addictologie ont été mises en place dans les hôpitaux possédant des services d'urgences (56). Il s'agissait de développer dans ces établissements « *le repérage précoce de conduites addictives chez des patients hospitalisés ainsi que chez les consultants pour des motifs autres que l'addiction* ».

De nombreux établissements d'addictologie ont ainsi vu le jour.

Nous aborderons brièvement dans cette partie l'existence de certaines structures de prise en charge de l'arrêt du tabac en France.

#### **4.1. La lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.**

Le 3 avril 2000, Martine Aubry ministre de l'Emploi et de la solidarité et Dominique Gillot secrétaire d'État à la santé et aux handicapés publient une circulaire relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie (57).

S'appuyant sur le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le gouvernement le 16 juin 1999 qui mettait l'accent sur la nécessité de produire une réponse coordonnée et une politique générale de lutte contre les dépendances, la circulaire incitait au regroupement des structures s'occupant des différentes addictions au sein d'une même entité. Elle envisageait alors l'année 2000 comme devant « *permettre d'installer dans les hôpitaux une compétence en matière de prise en charge du tabagisme et de créer des synergies dans la prise en charge des différentes addictions.* »

Pour se faire, la circulaire s'appuyait sur cinq axes principaux que nous détaillerons :

- Les consultations hospitalières en tabacologie ;
- La création d'unité de coordination de tabacologie ;
- La mise en place de lieux de formation des professionnels de santé ;
- Le développement d'un travail de liaison ;
- La mise en place d'un baromètre soignant sans tabac sur lequel nous ne reviendrons pas.

Le premier axe de la circulaire du gouvernement était de créer ou renforcer les consultations hospitalières en tabacologie. L'objectif territorial à court terme était la mise en

place dans chaque département d'au moins une consultation hospitalière dans un de ses établissements publics de santé à la fin de l'année 2000. Un second objectif à 5 ans était fixé : la présence d'une consultation dans tous les établissements de plus de 500 lits.

Ces consultations ambulatoires se devaient d'être ouvertes à tous, patients hospitalisés et externes, en priorisant l'accès aux patients suivant :

- Les patients dits « difficiles », fortement dépendant et ayant des difficultés psychologiques, socioprofessionnelles et/ou familiales ;
- Les patients dits « fortement dépendants » : ayant fait plusieurs tentatives, ayant des comorbidités cardiovasculaires et respiratoires ;
- Les patients souffrant d'addiction à d'autres substances, en mentionnant surtout l'alcool ;
- Les patients ayant des comorbidités psychiatriques ;
- Les femmes enceintes.

Le délai d'attente préconisé était de moins d'un mois. La consultation était effectuée par du personnel médical formé à la tabacologie avec appui de personnel paramédical en fonction des ressources humaines.

Cette stratégie de priorisation a été mise en place pour faire face au grand nombre de demandes et éviter la « *médicalisation excessive* » de patients moins dépendants « *ayant une motivation souvent suffisante pour qu'ils réussissent leur propre sevrage sans aide externe* » ou se satisfaisant des substituts nicotiques prescrits par leur médecin traitant ou délivrés en pharmacie. Pour ceux-là, la consultation se devait de mettre en place un système d'information sur le sevrage accessible rapidement et de les orienter vers un médecin de ville.

La consultation se déroulait selon les recommandations la conférence de consensus de 1998 relative à l'arrêt de la consommation du tabac (58), de la manière suivante :

- Recueil des antécédents médicaux ;
- Évaluation de la dépendance par test de Fagerström ;
- Grille d'évaluation d'état anxio-dépressif (échelle HAD, test de Beck) ;
- Mesure du CO expiré et dosage urinaire des métabolites de la nicotine ;
- Recherche de co-addiction ;
- Mise en place d'une stratégie d'aide à l'arrêt basée sur le conseil et l'information ;
- Mise en place si nécessaire d'un traitement médicamenteux : substituts nicotiques, traitement des comorbidité psychiatriques ;
- Conseil diététique ;



- Mise en place si nécessaire d'un traitement non médicamenteux : thérapie cognitivo-comportementale.

Concernant les femmes enceintes, le gouvernement préconisait la mise en place d'une consultation avancée au sein des maternités.

Il en allait de même pour les structures d'alcoologie, pour pallier la comorbidité très fréquente alcool/tabac. Ces établissements se sont également vu proposer des formations spécifiques à la prise en charge du tabagisme dans le programme NICOMEDE 2 (59) initié par la Direction Générale de la Santé (DGS), accessible au médecin généraliste et autres médecins libéraux.

#### Exemple de l'unité de coordination de tabacologie du CHU de Caen (60)

Une unité de coordination de soins en tabacologie est constituée d'au moins un médecin et de deux personnels non médicaux (infirmier(e), diététicien(ne), psychologue) formés à la tabacologie. La taille de l'effectif peut être adaptée en fonction des besoins. Elle a vocation à assurer un travail de lutte contre la dépendance tabagique auprès des patients dépendants hospitalisés, un travail de liaison pour assurer le suivi du patient et de développer des interventions de formation, d'information et de prévention de lutte contre le tabagisme au sein de l'établissement de santé.

Son activité peut se résumer ainsi :

- Des consultations hospitalières de tabacologie pour les patients hospitalisés, externes et pour le personnel ;
- Des consultations dans les services, au lit du patient hospitalisé, par l'équipe de liaison ;
- Des consultations pénitentiaires en maison d'arrêt et centre pénitentiaire ;
- Une participation au réseau d'addictologie de liaison ;
- De la formation des équipes soignantes sur l'abandon du fumeur, du sevrage tabagique, du cannabis ;
- L'accueil de stagiaires du CHU, dans le cadre du DIU de tabacologie, stages infirmiers, etc.
- L'enseignement et formation des futurs professionnels de santé : des étudiants des écoles paramédicales, des étudiants en médecine ;
- Des travaux de recherche dans le domaine de la prévention et de la prise en charge thérapeutique des fumeurs ;
- La participation à la politique régionale de prévention du tabagisme ;

- La mise en place d'actions de communication grand public autour de la journée Mondiale Sans Tabac, du Moi(s) sans tabac, etc.
- Le travail de liaison : après un repérage précoce, elle s'assure de la prise en charge des pathologies addictives et orientent les patients vers des structures spécialisées ou des praticiens de ville.

### L'exemple du pôle addictologie du CHU de Bordeaux (61)

Le pôle d'addictologie du CHU de Bordeaux est une structure spécialisée dans la prise en charge des comportements addictifs dans leur ensemble avec des missions transversales de repérage, diagnostic, et prévention. La prise en charge sur l'ensemble des structures du pôle repose sur une approche pluridisciplinaire permettant une évaluation globale et la prise en compte des complications souvent associées à l'addiction, à la fois psychiatriques, somatiques et sociales. Le pôle d'addictologie a une activité transversale sur les 3 sites.

Il se compose de l'unité de tabacologie sous la responsabilité du Pr Raheison et d'un service d'addictologie comprenant 3 unités d'activité médicale : unité de soins complexes en addictologie, unité d'addictologie de liaison et unité ambulatoire d'addictologie et des troubles des conduites alimentaires.

Elle assure un rôle de prise en charge du sevrage individuelle, de prévention et de formation.

## **4.2. Les structures de prise en charge en ville**

### **4.2.1. Les cabinets de médecine générale et de soins de premier recours**

En 2005 les préconisations de l'OMS (62) donnaient aux médecins généralistes les missions suivantes :

- Le repérage systématique de la consommation de tabac ;
- Le conseil d'arrêt à tous les usagers ;
- L'évaluation de l'intention d'arrêt du tabac ;
- L'instauration d'une aide au sevrage ;
- La mise en place d'un suivi ;
- Le rôle de prévention.

Par la connaissance du patient dans sa globalité et grâce à la relation de confiance qu'il établit avec ses patients, le médecin généraliste est « *en mesure de développer un accompagnement efficace* » (63) selon la HAS en 2014.

Il dispose pour cela du « *conseil minimal* », outil de dépistage individuel de la consommation du tabac, simple et réactualisé par les recommandations HAS de 2014. Il s'agit d'une démarche rapide et efficace s'adressant à tous les patients fumeurs afin d'encourager les tentatives d'arrêt et de les soutenir dans leur démarche, à la disposition de tous les professionnels de santé :

- « Est-ce que vous fumez ? »

Si le patient répond :

- « Non » : il convient alors de féliciter le patient de son choix.

- « Oui » : il faudra poser une deuxième question :

- « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »

Quelle que soit sa réponse, lui demander :

- « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »

Si le patient répond :

- « Non » : « sachez que je suis disponible pour en parler quand vous le désirerez »

- « Oui » : proposition d'une consultation dédiée.

Sur le plan de l'efficacité, le conseil minimal « *augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois* » selon l'AFSSAPS en 2003 (64).

Les recommandations HAS de 2014 mettaient également en avant le « conseil d'arrêt », qui consistait à indiquer aux patients fumeurs qu'il est « *bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer* » et ce « *qu'ils soient prêts ou non à arrêter* ». Il a été montré que ce conseil augmente de plus de 50% la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (63).

Ces conseils sont faciles à intégrer dans la pratique des médecins. Cependant une étude européenne menée sur douze pays (65) retrouvait que seul un tiers des professionnels de santé appliqueraient de façon systématique le conseil minimal.

Ils aboutissent à une proposition de suivi adapté, de traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux, au cabinet ou auprès d'autres intervenants (tabacologue, psychologue), en fonction de l'évaluation du patient. Mais sur le terrain, l'augmentation croissante des demandes et la nécessité d'un suivi régulier rendent parfois ce suivi difficile.

C'est dans ce contexte qu'est né en 2004 dans les Deux-Sèvres le protocole ASALEE pour Action de santé libérale en équipe (66). Il s'agit d'un dispositif de coopération entre médecins et infirmiers libéraux permettant la délégation de certaines tâches entre eux, dans le domaine de la tabacologie et bien d'autres. Il apporte au plus près du patient chronique une

éducation thérapeutique de qualité ainsi que des actions de préventions. Financé depuis 2014 par l'assurance maladie, le dispositif permet un accompagnement efficace dans l'arrêt du tabac à l'aide de consultations dédiées, à domicile ou au cabinet, ainsi qu'un travail majeur de prévention par la sensibilisation aux campagnes et l'information des patients. Le dispositif permet donc d'augmenter la qualité de la prise en charge du sevrage tabagique tout en allégeant la charge de travail des médecins généralistes (67).

#### **4.2.2. La proposition de soins ambulatoires par des établissements de santé**

Plusieurs centres soins proposent en France une prise en charge de l'arrêt du tabac. C'est le cas de la clinique des Cèdres à Toulouse qui a été le premier établissement en France à proposer des hospitalisations de jour dédiées au sevrage tabagique. Le programme de six semaines s'articule autour de consultations individuelles menées par des infirmiers et/ou un médecin tabacologue et de travail au sein de groupes de parole à l'aide d'ateliers, accessibles en fonction du stade du patient selon Prochaska et Di Clemente. Un suivi psychologique cognitivo-comportemental individuel peut également être proposé par une psychologue formée à la tabacologie (68).

Le suivi long cours est assuré en coordination entre le médecin traitant et les tabacologues de la clinique. Les offres de soins sont prises en charge par l'assurance maladie et la plupart des mutuelles mais certaines consultations peuvent faire l'objet de dépassement d'honoraires.

Contacté par mail, le Dr BALESTER MOURET, responsable du service, n'était pas en mesure de nous donner des résultats concernant le maintien de l'arrêt à moyen et long termes, l'étude d'efficacité n'étant pas encore lancée.

#### **4.2.3. Le partenariat ville-hôpital en Gironde**

Il s'agit d'une prise en charge conjointe et coordonnée de l'arrêt du tabac entre un médecin généraliste et un tabacologue hospitalier.

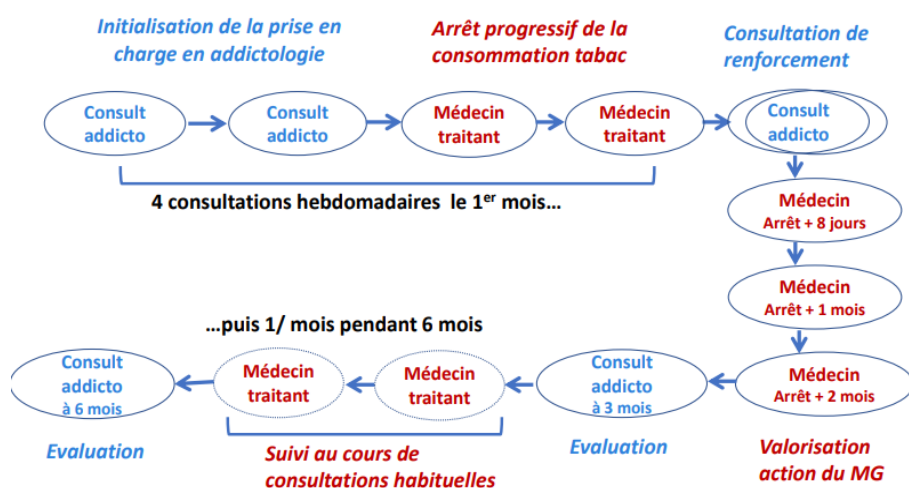
L'idée a été proposée par le Dr Lajzerowicz en 2017 (69). Médecin tabacologue à l'hôpital du Bouscat en Gironde, elle a constaté des difficultés de prise en charge spécialisée de patients complexes et/ou urgents (en attente de chirurgie, grossesses, etc...) et un accroissement des demandes d'arrêt résultant de la combinaison de plusieurs facteurs :

- Explosion du nombre de maladies chroniques ;

- Augmentation du nombre de demandes des spécialistes (chirurgiens, cancérologues, pneumologues, cardiologues, obstétriciens) ;
- Efficacité des politiques de santé : remboursement des traitements, augmentation des prix ;
- Popularisation du vapotage ;
- Efficacité des campagnes de prévention.

Elle émet alors l'hypothèse qu'une grande partie des prises en charge de demande d'arrêt du tabac pourrait être effectuée par les médecins de premiers recours appuyés par un accompagnement efficace.

Elle élabore pour cela un parcours de soin coordonné entre tabacologue hospitalier et généraliste :



*Figure 12 : configuration du parcours coordonné, présenté lors du colloque national du RESPADD 2018, par N. Lajzerowicz (70)*

Dans cette configuration, on note 3 acteurs majeurs :

- Le patient, responsabilisé dans la prise de rendez-vous, la transmission des informations et de son dossier ;
- La consultation spécialisée formant son collaborateur aux concepts essentiels, proposant un référentiel et un courrier rappelant les enjeux, traçant ses observations dans un dossier et y incluant des « messages clés », apportant un support de thérapie cognitivo-comportementale ;
- Le médecin généraliste consacrant une consultation dédiée, suivant le référentiel, traçant ses observations dans le dossier et assurant le suivi long cours.

La communication se fait donc via un dossier partagé. Une hotline est également mise en place pour répondre aux interrogations du médecin généraliste.

Le dispositif a été expérimenté en 2017 dans le cadre du travail de thèse de médecine générale de Margaux Fournols (69). L'objectif de l'étude était de recueillir le retour d'expérience des médecins généralistes impliqués dans ce partenariat, en termes de perceptions, d'attitudes et de pratiques. Ils ont pour cela réalisé une enquête transversale par entretiens individuels directifs, complétée par une approche qualitative auprès de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise.

Les résultats montraient une efficacité du dispositif : sur 31 patients inclus, 14 avaient maintenu l'arrêt au-delà de 6 mois, soit 45% sur l'échantillon total.

Les médecins généralistes se disaient « *satisfaits* », « *motivés* » et « *prêts à renouveler le partenariat* ». Ils ont souligné l'efficacité de ce dispositif, le renforcement et l'enrichissement de leur pratique, la satisfaction de leurs patients et le gain de temps médical.

Pour les spécialistes, cela a apporté un allègement de la charge des patients « tout venant » permettant aux cas plus complexes d'accéder plus facilement aux soins.

Le dispositif permet donc une amélioration de la prise en charge des patients avec une meilleure accessibilité dans le temps et dans l'espace (raccourcissement des délais et prise en charge à proximité de leur domicile) ainsi qu'un suivi plus adapté tout en impliquant le patient. Il constitue un nouveau moyen d'accompagner les patients dans leur démarche, tout en proposant une ligne formatrice pour le médecin généraliste. Il a été par la suite diffusé en Nouvelle-Aquitaine auprès d'une quinzaine d'établissements de santé via la fédération COREADD.

### **4.3. Les réseaux de coordination régionale**

#### **4.3.1. La fédération COREADD**

« La Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine (ex AGIR 33) est une association dont les missions sont d'accompagner la communauté des professionnels de santé des territoires dans le champ des addictions ». Elle est née en 2020 du regroupement de trois associations : AGIR 33 en Aquitaine, ADDICTLIM dans le Limousin et ARIA en Poitou-Charentes (71).

La Fédération mène de nombreuses actions autour de :

- La prévention ;
- La formation ;
- L'information ;

- La coordination territoriale et le soutien aux acteurs de proximité.

Elle permet également de favoriser l'accès aux patients à un parcours de santé pertinent en addictologie.

Quatre projets phares sont en cours :

- La visite de Délégués Santé Prévention (DSP) :

Il s'agit de l'intervention de DSP sur le lieu de travail des professionnels de santé primaire afin de recueillir leurs besoins et leurs difficultés concernant la prise en charge des pathologies addictives. La visite permet également d'informer le praticien sur les ressources de proximité en addictologie. Le travail de thèse de P. Alvarez (72) montrait que la visite des DSP diminuait de manière significative les difficultés d'orientation des patients en addictologie par les médecins généralistes grâce à une meilleure identification des ressources du territoire, un accès facilité à ces ressources, une diminution du sentiment d'isolement des médecins et à la mise à disposition d'outils pratiques.

- Amélioration de l'accessibilité à un nouveau dispositif d'accompagnement des fumeurs :

Le projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST) (2) financé par l'ARS en 2018 dans le cadre de l'appel à projet du « fond tabac » a été porté par AGIR 33 en partenariat avec le service prévention du CHU de Bordeaux. Le projet s'adresse aux lieux de santé de premier recours et a pour objectif de favoriser la proximité de l'accompagnement à l'arrêt du tabac sur le plan territorial, temporel et humain. En devenant LAST, les lieux bénéficient d'outils de facilitation de la pratique, de formations, d'un accès facilité à des ressources spécialisées du territoire (73). En affichant clairement dans les cabinets leur capacité à aider les fumeurs, les patients concernés seront en mesure de situer les professionnels formés pour les soutenir dans leur démarche.

- La coordination des actions de prévention et d'accompagnement en matière de tabagisme

COREADD est l'ambassadeur du Moi(s) sans tabac en Nouvelle-Aquitaine qui a compté plus de 120000 participants cette année en France, malgré la crise sanitaire en cours (74). Les données du Baromètre santé 2017 permettent d'estimer à 2 millions le nombre de personnes ayant fait une tentative d'arrêt du tabac d'au moins 24 heures au dernier trimestre 2016 (16% des fumeurs), dont 380 000 en lien avec l'opération Moi(s) sans tabac (75).

- La coordination et accompagnement des acteurs dans le champ de la prévention des addictions auprès des publics prioritaires :

A l'exemple du Centre de Ressource Addictions et Grossesse qui a pour missions la prévention, l'information et la coordination autour des addictions et de la grossesse en partenariat avec le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine et Santé publique France afin de réduire l'incidence des troubles liés aux consommations prénatales du tabac, de l'alcool, etc.

Les actions du centre sont financées par l'assurance maladie et l'état.

#### **4.3.2. Les associations**

Le CEID Addictions (76), Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions est une association de loi 1901 fondée en 1972 à Bordeaux.

Ses missions principales consistent en l'accueil et la prise en charge des personnes présentant des problèmes liés à des usages de substances (tabac, alcool et drogues en tout genre), mais également à des pratiques addictives (jeux d'argent, réseaux sociaux, jeux vidéo...)

L'association regroupe plusieurs types de structures (CSAPA et antennes, CAARUD, CSAPA Résidentiel, Consultations Jeunes Consommateurs, Maison du Parent, Chantier d'insertion, une communauté thérapeutique), de services et d'actions (unité de formation et de prévention, pôle Jeunes en errance, pôle d'observation régional TREND-SINTES) qui se répartissent sur différents territoires de Nouvelle-Aquitaine. Nous reviendrons sur quelques-unes de ces structures.

Sur le plan tabacologique, le CEID met en place dans ces structures des consultations.

Les Centres de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) assurent (77), pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou une dépendance aux substances psychoactives :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation du patient et de son entourage ;
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives et du tabac ;
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

Ils sont financés l'Assurance Maladie et portés par des associations ou par des établissements publics de santé.



Un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) (78) s'adresse à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, ou qui sont exposées à des risques majeurs (accidents, infections – notamment hépatite C et VIH – etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. Les CAARUD sont financés par l'Assurance Maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé, pouvant par ailleurs gérer des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

L'Association Addictions France (ex ANPAA) est une association dont l'action va de la **prévention aux soins**, du **travail social** à la **réduction des risques**. L'ANPAA gère des centres d'addictologie sur tout le territoire métropolitain, en Corse et à la Réunion (79).

Comme le CEID, elle est responsable de plusieurs structures (CSAPA CAARUD, soin résidentiel, consultation jeune), met en place de nombreuses actions de prévention propose également des formations.

L'association se revendique également militante et est force de propositions pour orienter et améliorer les politiques publiques en santé et en prévention. Ainsi, en 2019, l'association a salué l'adoption de la taxe prémix qui visait à éviter la consommation des jeunes et que l'association soutenait depuis plusieurs années.

#### **4.3.3. Autres exemples de coordination entre soins premiers et soins spécialisés**

L'association Tab'agir en Bourgogne propose un accompagnement de l'arrêt du tabac auprès de médecins généralistes formés, de psychologues et de diététiciens, adhérents de l'association. Les trois premières consultations, souvent chronophages, sont rémunérées par l'association. Les intervenants adressent un courrier au médecin traitant sans pour autant l'inclure dans la prise en charge. L'association propose également des formations annuelles aux professionnels de santé adhérents. Le rapport d'activité de l'association pour 2019 affiche un taux d'arrêt du tabac à 6 mois à 41,84% et de 35,94% à un an (80).

#### **4.4. Les centres d'accompagnement libéraux spécialisés en tabacologie**

Les recherches ne nous ont pas permis de trouver des centres d'accompagnement libéraux de tabacologie en France.

Certains centres de cure thermale et de balnéothérapie proposent cependant des cures de sevrages.

Les centres de médecine thermale ont des indications bien ciblées principalement cardiovasculaires, respiratoires et rhumatologiques, soumises à des prescriptions médicales, et dont le transport, l'hébergement et les soins peuvent être pris en charge si la prescription est faite dans le cadre d'une Affection Longue Durée.

Certains centres, majoritairement d'orientation cardiorespiratoire, proposent cependant des séjours de sevrage tabagique de courte durée (6 à 7 jours) non conventionnés et donc non remboursés par la sécurité sociale. Ils sont centrés autour de soins de bien être mental et physique. Il s'agit de soins d'eau thermale auxquels s'ajoutent une prise en charge diététique, des activités sportives, de la sophrologie, etc. Le séjour en centre thermal permet également de s'isoler des contraintes quotidiennes ce qui favoriserait la réussite du sevrage.

Nous avons contacté les responsables des thermes de Bagnères-de-Luchon dans les Pyrénées (81). Ils proposent une « mini cure » de 5 jours pour un prix de 430 euros n'incluant pas le logement, non pris en charge par la sécurité sociale, comprenant :

- Une consultation par un ORL formé à la tabacologie qui prescrit un programme de soins et des thérapeutiques médicamenteuses et/ou non médicamenteuse (praticien conventionné). Il propose également une consultation à la fin du séjour et de « rester en contact » sans pour autant assurer de suivi.
- Une consultation avec un(e) diététicien(ne)
- Une consultation de sophrologie
- Un accès aux soins de thermalisme

Le centre ne disposait pas de données concernant le maintien de l'abstinence à distance.

A La Baule, le centre de thalassothérapie Alliance Pornic (82) propose une « cure anti-tabac » pour 1962 euros, comprenant une quarantaine de soins (spa, thalasso, sport) pour des séjours de 6 à 7 jours. Sur le plan médical, la prise en charge consiste en une consultation en début de séjour sous forme d'entretien motivationnel. Il y est également proposé une consultation diététique et des ateliers de sophrologies

Ces séjours semblent être un bon point de départ pour initier l'arrêt du tabac dans un environnement propice au stade d'action mais pose la question de la liaison et du suivi. Il ne propose également pas de soutien psychologique, ce qui semble cohérent avec la durée du séjour mais reste problématique quand on sait l'apport de la thérapie cognitivo-comportemental.

Ils ont également un coût important et ne s'adressent donc qu'à une population pouvant l'assumer.

Contacté par mail, le centre n'avait pas de bilan d'impact à nous proposer.

## **5. Focus sur le centre Tabalib**

En octobre 2020, le centre TABALIB (83) a ouvert ses portes. Il s'agit d'une structure libérale dédiée à la prise en charge du sevrage tabagique et des autres addictions. Les recherches menées pour ce travail n'ont pas permis de retrouver de structure similaire en France.

Il a été fondé par le Dr Géraldine VANDERSNIKT, médecin généraliste addictologue et tabacologue, qui tente d'apporter une solution innovante face à ce problème majeur de santé publique.

La partie médicale des soins est prise en charge par la sécurité sociale. Une participation financière est requise pour la partie non médicale des soins

L'activité du centre se divise entre formation des professionnels en lien avec l'addiction et l'accompagnement des patients en problématique addictive. Les intervenants sont des professionnels de santé mais aussi professionnels non soignants s'occupant par exemple du lien social, de l'éducation ou de la justice.

La prise en soin des bénéficiaires s'articule autour de :

- La prise en charge médicale personnalisée complétée par une proposition pluridisciplinaire du patient « sur mesure » ;
- La compréhension des mécanismes de l'addiction sur un modèle se rapprochant de l'éducation thérapeutique ;
- La mobilisation active du système de récompense réorienté vers d'autres sources de gratification ;
- La force du groupe.

Après avoir contacté le centre, le patient obtient un rendez-vous dans des délais rapides (moins de deux semaines). La prise en charge est proposée sous formes de formules, trois au total, dont le prix varie en fonction des soins proposés :

- Niveau 1 : une prise en charge classique en consultations avec possibilité de téléconsultations
- Niveau 2 : au niveau 1 s'ajoute la participation aux « groupes pédagogiques interactifs » en plus des soins médicaux ;

- Niveau 3 : au niveau 2 s'ajoute une ou plusieurs options selon les propositions détaillées ci-dessous
- Niveau 4 : Un arrêt orchestré sur un « *séjour Booster* » de 2 jours, précédé d'une pré-consultation avec diagnostic de besoins pour préciser les options du séjour qui sont les mêmes qu'en niveau 3 et le type de prise en soin médical et bien-être.

Un grand panel de soins est ensuite proposé, en fonction des besoins et envies de chaque patient :

- Suivi diététique
- Suivi psychologique
- Thérapies brèves : Hypnose, PNL, DMMO
- Coaching sportif
- Sophrologie, méditation pleine conscience
- Réflexologie, auriculothérapie
- Coaching vocal ou danse de salon
- Soins de bien-être : massage, spa, etc.

Tous les intervenants, médicaux ou non, sont formés en tabacologie et en addictologie ; leurs connaissances sont régulièrement actualisées grâce aux réunions d'équipe leurs permettant de rester à jour et d'uniformiser la prise en charge en addictologie.

Le centre Tabalib s'investit également auprès de la formation de tous les professionnels de santé dont les médecins qui ont « *le devoir de s'informer des progrès de la médecine nécessaires à leur activité* » selon l'article 11 du code de déontologie médicale (84). Le centre vient en effet d'obtenir l'agrément pour être un organisme de Développement Professionnel Continu et proposera des formations permettant l'actualisation et la mise à jour des connaissances et des compétences des médecins.

## **6. Objectif de l'étude**

Le pourcentage de fumeurs en France est encore trop élevé et pèse sur le système sanitaire français.

Malgré les mesures mises en place par les différents gouvernements, le nombre de morts imputables au tabac continue d'être un problème de santé public majeur.

Dans cette bataille contre cette addiction, tous les médecins sont concernés mais le médecin généraliste a une place centrale dans cette lutte. Il constitue le pivot de la médecine autour duquel s'articule la prise en charge du malade. Nous voyons les patients dès les premiers symptômes, nous faisons appel à notre savoir pour diagnostiquer, traiter, surveiller et orienter vers d'autres confrères si la situation clinique dépasse nos compétences. Les médecins généralistes sont le premier rempart de la maladie, la première ligne de défense. La relation privilégiée qu'ils entretiennent avec les patients constitue donc un atout et une force pour la prise en charge de certaines affections comme le tabagisme. Cependant, et malgré les efforts mis en œuvre pour lutter contre cette addiction, peu de patients en échec de sevrage malgré de nombreuses tentatives sont réorientés vers un suivi spécialisé en addictologie.

L'objectif principal de ce travail de thèse est donc d'identifier auprès des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine, les freins et les facteurs de mobilisation des patients non pris en charges ou en échec de sevrage vers un accompagnement spécialisé.

Nous chercherons également dans un deuxième temps à définir les critères permettant de répondre au mieux aux attentes des médecins et aux besoins des patients dans la mise en place d'un programme de sevrage tabagique, afin d'en améliorer l'efficacité.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une enquête d'opinion par questionnaire adressé aux médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine.

Nous avons prévu initialement de réaliser une thèse qualitative organisée autour de focus groupes mais compte tenu de la situation sanitaire, nous avons préféré modifier notre méthodologie et nous orienter vers une thèse quantitative sous forme d'un questionnaire adressé par mail et/ou disponible sur internet.

## **2. Population étudiée**

Nous avons fait le choix d'interroger les médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine pour deux raisons. D'une part, nous avons préféré élargir le public ciblé à la Nouvelle-Aquitaine plutôt qu'à la seule région bordelaise et ce, afin d'augmenter le nombre de réponses et la diversité des médecins interrogés. D'autre part, nous avons estimé que les médecins généralistes installés, dans la majeure partie des cas médecins traitants, sont en première ligne, donc directement impliqués dans le sevrage tabagique et entretiennent une relation proche avec leurs patients.

### **2.1. Critères d'inclusion**

- Médecins généralistes
- Installés en Nouvelle-Aquitaine
- Ayant une activité libérale ou mixte (hospitalière, universitaire, médecine du sport, etc...)

### **2.2. Critères d'exclusion**

- Médecins remplaçants
- Médecins avec une activité hospitalière seule
- Médecins spécialistes autres que généralistes

### **3. Modalités de recrutement**

Nous avons contacté par mail les 12 différents Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Nouvelle-Aquitaine (Gironde, Dordogne, Vienne, Haute-Vienne, Creuse, Charente-Maritime, Charente, Landes, Pyrénées-Atlantiques, Deux-Sèvres, Corrèze, Lot-et-Garonne) afin de leur demander s'ils pouvaient diffuser ce questionnaire aux différents médecins généralistes installés.

Ont répondu favorablement à cette demande : les CDOM des Landes, de Charente-Maritime, des Deux-Sèvres, de Creuse, de Charente-Maritime, de Vienne et de Gironde.

Pour diffuser ce questionnaire, les différents conseils de l'Ordre des Médecins ayant répondu favorablement l'ont envoyé, soit directement par mail aux médecins généralistes via une mailing list, soit en le postant sur leur site internet.

Nous tenons à les remercier pour leur participation à ce travail et ce d'autant plus que tout était plus compliqué depuis plusieurs mois en termes d'organisation, le site étant déjà surchargé d'annonces liées à la crise sanitaire.

Nous avons effectué une relance auprès des conseils de l'ordre qui ont accepté de la relayer auprès des médecins généralistes.

### **4. Questionnaire adressé aux médecins généralistes**

Pour la réalisation du questionnaire, nous avons utilisé Google Forms. Il s'agit d'une plateforme en ligne permettant d'élaborer un questionnaire puis de le diffuser à travers un lien et de recevoir au fur et à mesure les différentes réponses directement sur la plateforme.

Le questionnaire disponible en annexe comportait deux parties :

- Une première partie portant sur les caractéristiques générales du médecin interrogé afin de « *dresser un profil personnel* ». Elle nous renseigne sur :
  - Le sexe
  - L'âge
  - Le statut tabagique : fumeur(se), non-fumeur(se), ancien(ne) fumeur(se), vapoteur(se)
  - Le milieu d'exercice : rural, semi rural ou urbain
  - La modalité d'exercice : seul, en association avec d'autres médecins ou en maison de santé pluridisciplinaire

- La présence ou non d'une activité associée (hospitalière, universitaire, médecine du sport, médecine légale, etc...)
  - Si le médecin a déjà bénéficié ou non d'une formation en addictologie
- Une deuxième partie qui nous a permis de répondre à notre question de recherche et d'identifier auprès des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine les freins et leviers susceptibles de favoriser le recours à une prise en charge spécialisée chez les patients fumeurs.

En fonction des thèmes abordés, nous avons volontairement alterné entre des questions à choix multiples et des questions avec plusieurs réponses possibles et hiérarchisation des réponses (1 à 3).

La réalisation du questionnaire a été le fruit d'une collaboration entre thésards, directrice de thèse et autres médecins impliqués dans le lancement de Tabalib.

## **5. Recueil des données**

Les données ont été directement collectées par le questionnaire en ligne Google Forms qui permet d'enregistrer les réponses des médecins directement sur la plateforme. Chaque nouvelle réponse au questionnaire engendre une notification par mail.

Lors de la première sollicitation, 85 médecins ont répondu au questionnaire.

Nous avons effectué une relance auprès des différents conseils de l'Ordre des Médecins. Au total, notre questionnaire enregistre 116 réponses. Après 15 jours sans nouvelle réponse, nous avons mis fin au questionnaire. Au total, il sera resté 15 semaines en ligne.

## **6. Analyse des données**

Pour l'analyse des données, nous avons pris contact avec l'Institut en Santé Publique, Épidémiologie et Développement (ISPED) de l'université de Bordeaux. Un rendez-vous avec le Pr SALAMON nous a été accordé. Nous avons pu, au cours de cet entretien, cibler d'avantage nos objectifs et le but de ce travail.

Nous avons également beaucoup échangé par la suite avec Iban LAROUTURRE, interne de santé publique, qui nous a fait profiter de son expérience et de son expertise dans le domaine. L'étude étant purement observationnelle et descriptive sans comparaison entre différents groupes, il n'y avait donc pas lieu de réaliser de tests statistiques.



Cependant nous avons réalisé un test du X2 sur le sex-ratio des médecins généralistes sur ce qui nous a permis d'évaluer la représentativité de l'échantillon.

## **7. Aspects réglementaires et éthiques**

Il s'agit d'une enquête d'opinion non interventionnelle utilisant des données anonymisées sans aucuns critères permettant l'identification et destiné à un public de professionnels médecins. Le projet n'a donc pas nécessité la soumission au Comité de protection des personnes (CPP) ni à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)

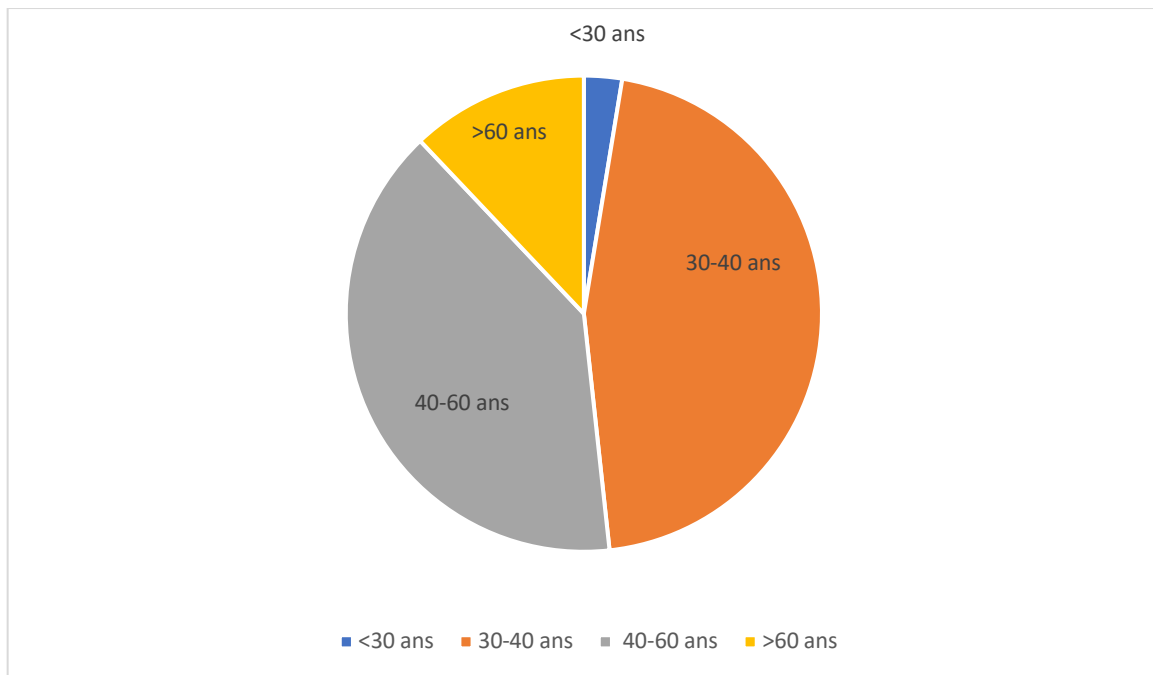
# RÉSULTATS

## 1. Population étudiée

Au total, 116 personnes ont répondu au questionnaire.

Il nous est impossible de connaître le taux de participation car les différents conseils de l'ordre n'ont pas sollicité les médecins de la même manière, certains ont adressé directement un mail aux praticiens, d'autres ont mis le questionnaire sur leur site.

- Age



- Caractéristiques de la population étudiée

<b>Sexe</b>	<b>N = 116</b>
○ Femmes	80 (69%)
○ Hommes	36 (31%)
<b>Statut tabagique</b>	<b>N = 116</b>
○ N'ont jamais fumé	76 (65,5%)
○ Ne fume plus et ne vapote pas	30 (25,8%)
○ Fume et ne vapote pas	9 (7,8%)
○ Ne fume plus mais vapote	1 (0,9%)
○ Fume et vapote	0 (0%)
<b>Milieu d'exercice</b>	<b>N = 116</b>
○ Urbain	54 (46,6%)
○ Semi rural	44 (37,9%)
○ Rural	18 (15,5%)
<b>Modalités d'exercice</b>	<b>N = 116</b>
○ Avec d'autres médecins	76 (65,5%)
○ Dans une maison de santé pluridisciplinaire	24 (20,7%)
○ Seul	16 (13,8%)
<b>Activité mixte</b>	<b>N = 116</b>
○ Non	91 (78%)
○ Oui	25 (22%)
<b>Formation en addictologie</b>	<b>N = 114</b>
○ Non	86 (75,4%)
○ Oui	28 (24,6%)

25 médecins ont déclaré avoir une **activité mixte**. Parmi ces activités autres que la médecine générale en cabinet, on retrouve :

Activité universitaire (maitre de stage, chef de clinique universitaire)	9
Addictologie	2
Médecine du sport et centre 15	2
Médecine du sport	2
Médecin de crèche	2
Acupuncture en centre anti-douleur	1
Régulation	1
Urgentiste	1
Sexologie	1
Médecine esthétique	1
Temps partiel 1/10 <sup>ème</sup> en foyer d'accueil	1
Médecin coordinateur foyer d'accueil médicalisé (FAM) et maison d'accueil spécialisée (MAS)	1
Suivi de la femme (dépistage, frottis, contraception)	1
Planification familiale	1
<b>Total</b>	<b>25</b>

L'existence d'une **formation en addictologie** a été retrouvée chez **28** médecins. Parmi ces formations, on retrouve :

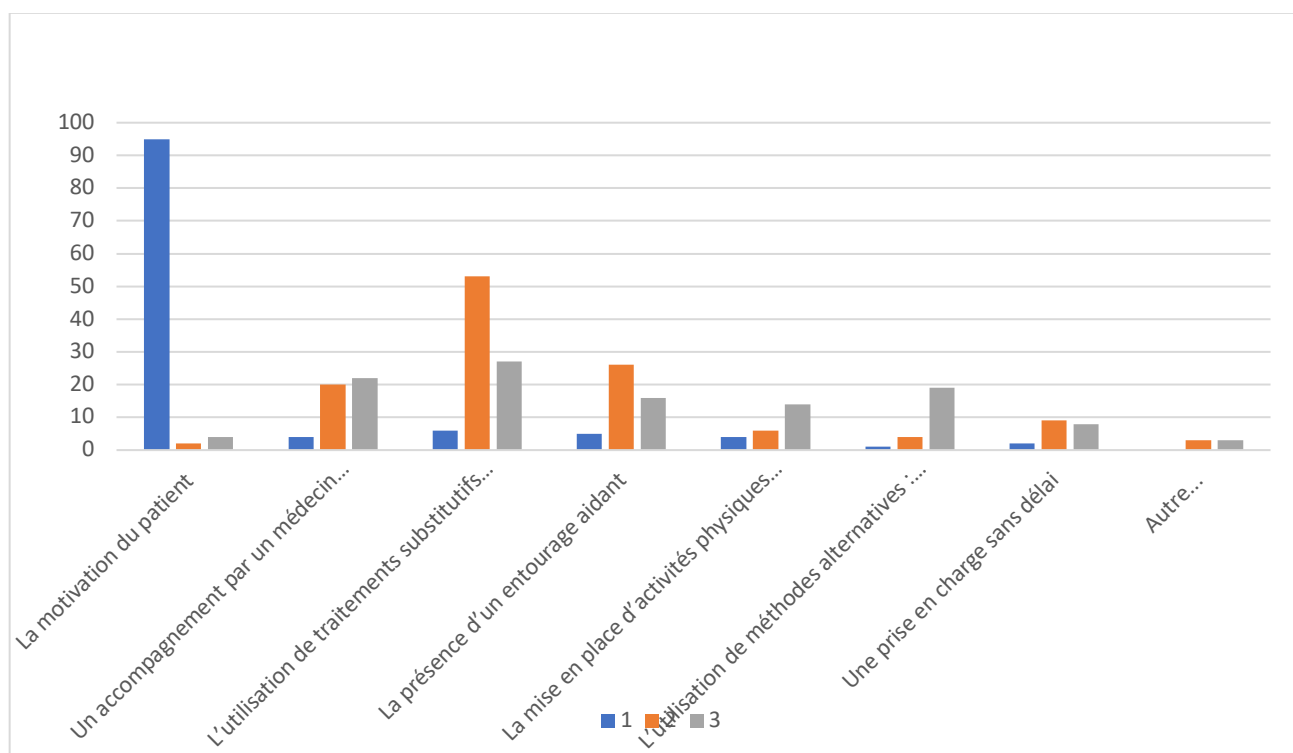
Formation universitaire type DIU/DU	12
Stage au cours de l'internat	3
Capacité d'addictologie	3
Journée de formation médicale continue (FMC)	2
Massive open online course (Mooc) addictologie	1
Unité Mixte de Formation Continue en Santé (UMFCS) journées des professionnelles de santé	1
Arrêt du tabac en hypnose sur deux jours	1
Formation une journée en centre médico-préventif universitaire	1
Entretien motivationnel	1
Congrès Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie (JESFC) tous les ans	1
Mgform 2 jours sevrage tabagique	1
Soirées de formation	1
<b>Total</b>	<b>28</b>

## 2. Le sevrage tabagique

### 2.1. Les clefs de la réussite

*Question 1 : Quels sont selon vous les principaux leviers de réussite d'un sevrage tabagique ? Parmi les propositions suivantes, choisissez-en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante)*

Pour cette question et certaines autres suivantes, nous avons demandé aux médecins de choisir parmi un certain nombre d'item, lesquels étaient selon eux les plus importants. Il fallait en choisir 3 et classer ces trois items de 1 à 3 selon leur importance, 1 étant le plus important.



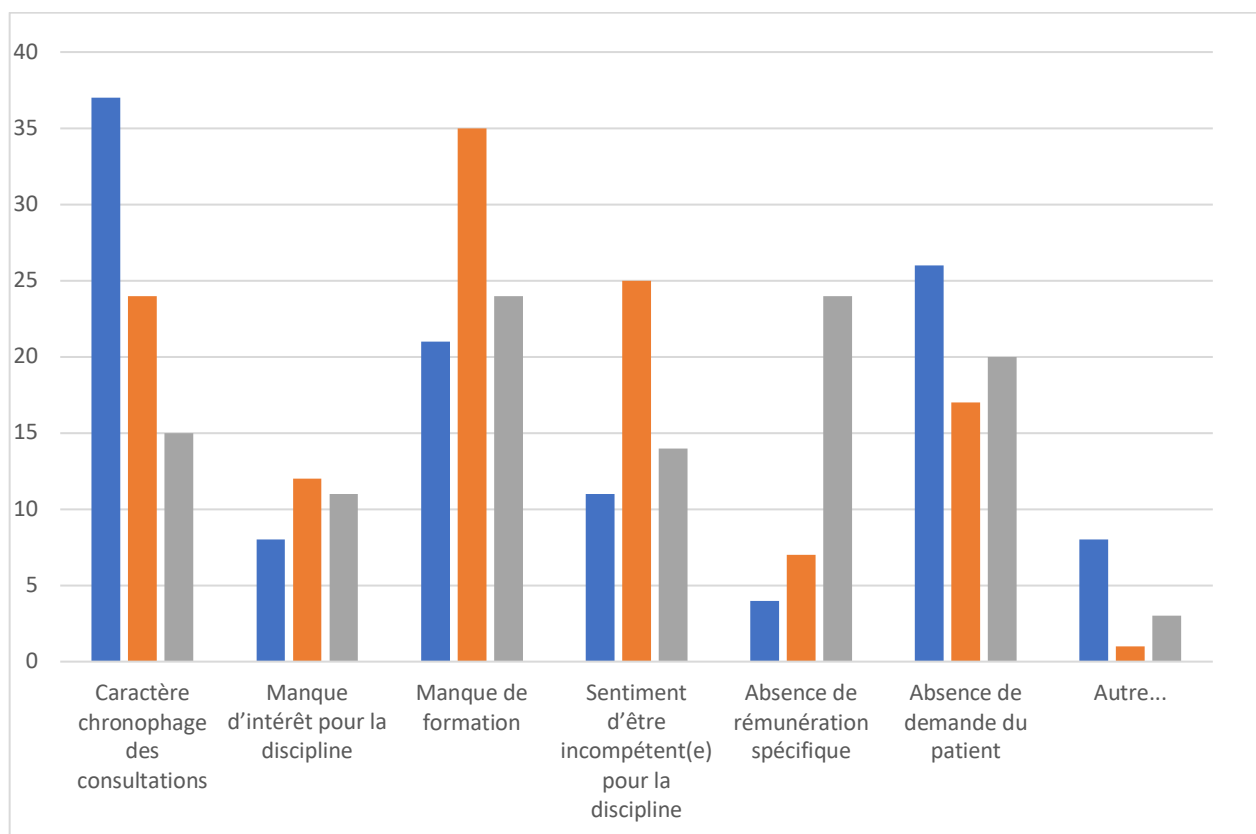
	1 <sup>er</sup> choix	2 <sup>ème</sup> choix	3 <sup>ème</sup> choix	Total
	n	n	n	n
La motivation du patient	95	2	4	101
Un accompagnement par un médecin formé en addictologie	4	20	22	46
L'utilisation de traitements substitutifs validés	6	53	27	86
La présence d'un entourage aidant	5	26	16	47
La mise en place d'activités physiques ou loisirs	4	6	14	24
L'utilisation de méthodes alternatives : hypnose, acupuncture, méditation...	1	4	19	24
Une prise en charge sans délai	2	9	8	19
Autre...	0	3	3	6
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>123</b>	<b>113</b>	<b>353</b>

6 médecins ont coché la case « autres » et ont précisé leur réponse :

- En 1<sup>er</sup> choix : n = 0
- En 2<sup>ème</sup> choix : (n=3)
  - « La mise en place de stratégies personnalisées »
  - « Un accompagnement par un médecin » (n=2)
- En 3<sup>ème</sup> choix : (n=3)
  - « Interdire le tabagisme des jeunes »
  - « Accompagnement par une personne formée au sevrage tabagique même non-médecin (infirmière ASALEE par exemple) »
  - « Le soutien du médecin pas forcément formé en addictologie mais connaissant les bases de l'entretien motivationnel et le renforcement positif pour le suivi »

## **2.2. Ce qui décourage les médecins généralistes**

*Question 2 : Qu'est ce qui selon vous peut décourager les médecins généralistes à se lancer dans l'accompagnement du sevrage tabagique des patients fumeurs ? Parmi les propositions suivantes, choisissez-en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance.*



	1 <sup>er</sup> choix N (%)	2 <sup>ème</sup> choix N	3 <sup>ème</sup> choix N	Total N (%)
Caractère chronophage des consultations	37 (32,2%)	24	15	76 (21,9%)
Manque d'intérêt pour la discipline	8 (6,9%)	12	11	31 (9%)
Manque de formation	21 (18,3%)	35	24	80 (23,1%)
Sentiment d'être incompetent(e) pour la discipline	11 (9,6%)	25	14	50 (14,4%)
Absence de rémunération spécifique	4 (3,5%)	7	24	35 (10%)
Absence de demande du patient	26 (22,6%)	17	20	63 (18,2%)
Autre...	8 (6,9%)	1	3	12 (3,4%)
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>121</b>	<b>111</b>	<b>347</b>

Parmi les 12 médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

- En 1<sup>er</sup> choix (n=8) :
  - « *Aucun* » (N= 6)
  - « *Taux faible de réussite de sevrage* »
  - « *L'impression que c'est inutile... que le patient n'arrêtera pas* »

- En 2<sup>ème</sup> choix (n=1) :
  - « Remboursement des substituts »
- En 3<sup>ème</sup> choix (n=3) :
  - « Le taux de récurrence élevé »
  - « La mise en échec »
  - « Aucun »

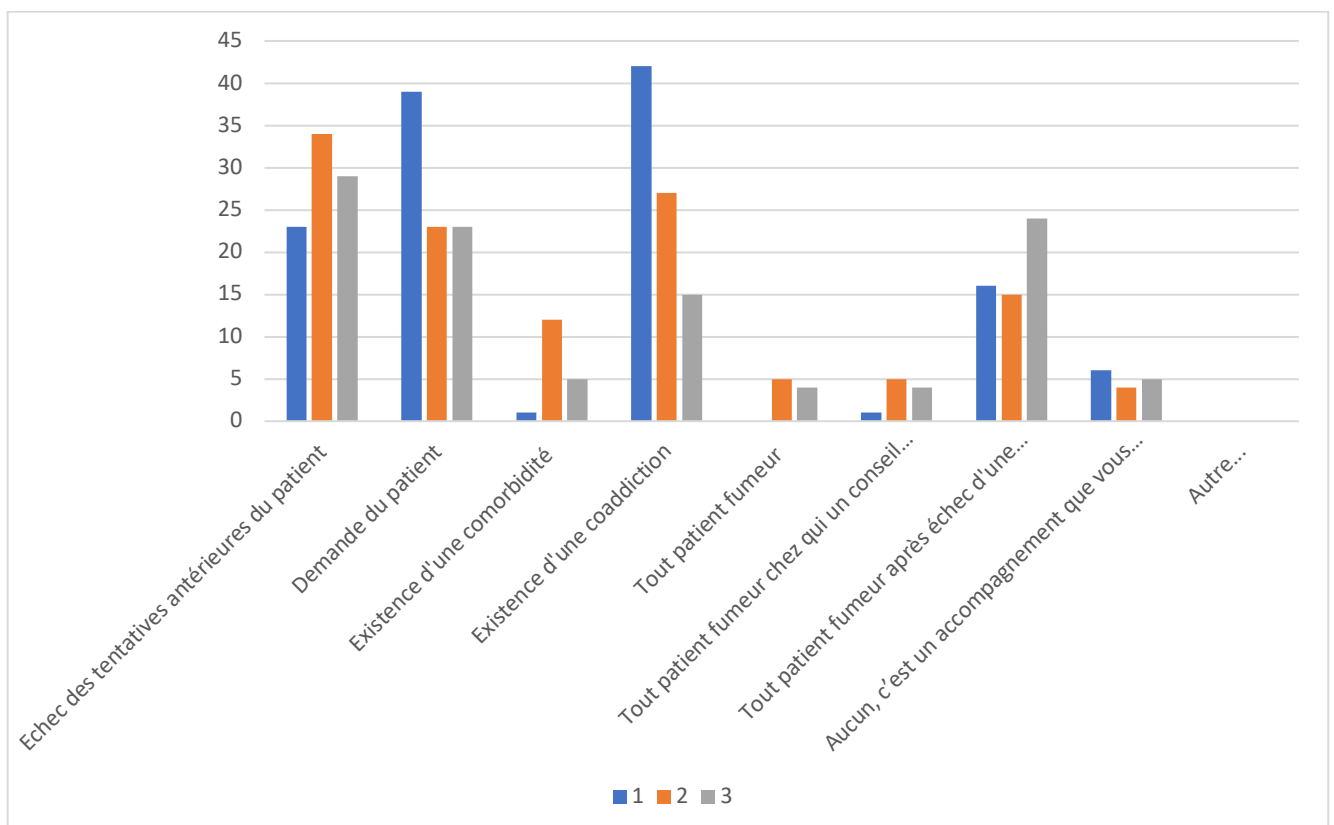
### **3. Freins et facteurs de mobilisation vers un suivi spécialisé en addictologie.**

Les réponses aux questions suivantes nous ont permis de répondre à notre objectif principal.

#### **3.1. Suivi spécialisé en addictologie**

##### **3.1.1. Les critères pour adresser un patient en tabacologie**

*Question 3 : Quels sont selon vous les critères pour adresser un patient en tabacologie ? Parmi les propositions suivantes, choisissez-en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante).*



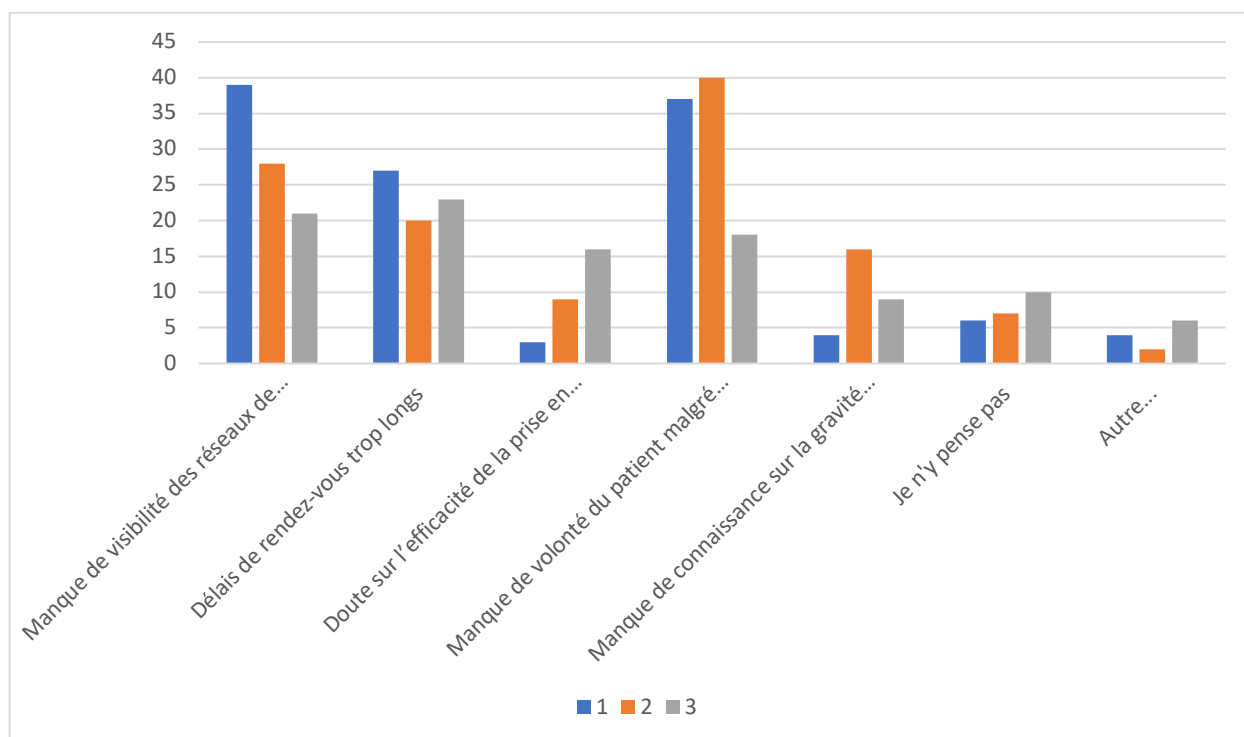


	1 <sup>er</sup> choix N (%)	2 <sup>ème</sup> choix n	3 <sup>ème</sup> choix n	Total N (%)
Échec des tentatives antérieures du patient	23 (18%)	34	29	86 (23,7%)
Demande du patient	39 (30,4%)	23	23	85 (23,4%)
Existence d'une comorbidité	1 (0,8%)	12	5	18 (4,9%)
Existence d'une coaddiction	42 (32,8%)	27	15	84 (23,1%)
Tout patient fumeur	0 (0%)	5	4	9 (2,5%)
Tout patient fumeur chez qui un conseil minimal est vain	1 (0,8%)	5	4	10 (2,8%)
Tout patient fumeur après échec d'une tentative de sevrage avec vous	16 (12,5%)	15	24	55 (15,2%)
Aucun, c'est un accompagnement que vous réalisez seul le plus souvent	6 (4,7%)	4	5	15 (4,1%)
Autre...	0 (0%)	0	1	1 (0,3%)
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>125</b>	<b>110</b>	<b>363</b>

Nb : La personne ayant coché « autres », n'a pas précisé sa réponse

### 3.1.2. Les freins

*Question 4 : Devant une situation parfois compliquée, le recours à une prise en charge spécialisée fait partie intégrante de notre pratique médicale (ex : un diabète déséquilibré en échec thérapeutique justifierait un avis auprès d'un diabétologue) Comment expliquez-vous que cette orientation du patient fumeur, en échec de sevrage, vers un tabacologue ne soit pas systématique alors qu'un fumeur sur deux décède des complications liées au tabac ? Parmi les propositions suivantes, choisissez- en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante).*



	1 <sup>er</sup> choix N (%)	2 <sup>ème</sup> choix n	3 <sup>ème</sup> choix n	Total n
Manque de visibilité des réseaux de tabacologie	39 (32,5%)	28	21	88 (25,4%)
Délais de rendez-vous trop longs	27 (22,5%)	20	23	70 (20,2%)
Doute sur l'efficacité de la prise en charge tabacologique	3 (2,5%)	9	16	28 (8%)
Manque de volonté du patient malgré vos recommandations	37 (30,8%)	40	18	95 (27,4%)
Manque de connaissance sur la gravité du tabagisme du petit fumeur	4 (3,3%)	16	9	29 (8,4%)
Je n'y pense pas	6 (5%)	7	10	23 (6,6%)
Autre...	4 (3,3%)	2	8	14 (4,0%)
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>122</b>	<b>105</b>	<b>347</b>

Les réponses des médecins ayant sélectionné l'item « autre » ont été intégrées dans la discussion.

### **3.2. Le point sur les centres existants (CSAPA, hôpitaux, associations)**

#### **3.2.1. Public concerné**

*Question 5.a) : Quel type de patient orienteriez-vous vers ces structures ?*

	Oui n	Non n	Total n
Tout public	74	28	102
Public précaire	76	10	86
Patient poly-pathologique ou ayant des complications liées au tabac	84	7	91
Autres patients	10	21	31

Parmi les médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

- « *Patients avec autres addictions (alcool notamment pour prise en charge conjointe)* »
- « *Poly-addiction (cannabis notamment)* »
- « *Les patients addictes à l'alcool et/ou aux autres toxiques (cannabis, héroïne, cocaïne, etc ...)* »
- « *Patients qui en font la demande* »
- « *Patients avec poly addiction ou sevrages multiples et récidence malgré les différentes approches* »
- « *Co-addiction* »
- « *Patient qui le demande* »

b) : Ces prises en charges hospitalières ou associatives sont-elles, selon vous, adaptées aux catégories des patients suivants ?

	Oui n	Plutôt oui n	Plutôt non n	Non n	Total n
Catégorie socio-professionnelle élevée	30	42	33	3	108
Patient avec activité professionnelle intense	15	23	56	18	112
Patient éloigné géographiquement	6	24	65	20	115
Patient sans poly-pathologie	33	52	23	6	114
Patient en prévention primaire	29	44	29	11	113
Autre...	1	4	0	7	12

Parmi les médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

- « *Patients poly-pathologiques, précaires, après échec de sevrage bien conduit en ville* »
- « *Je ne sais pas* »
- « *Chaque patient est différent, peu importe la catégorie socioprofessionnelle* »
- « *PRECARITE ET POLY- ADDICTION* »

c) : *Si vous avez répondu "non" ou "plutôt non" à au moins une catégorie, où orienteriez-vous ces patients ?*

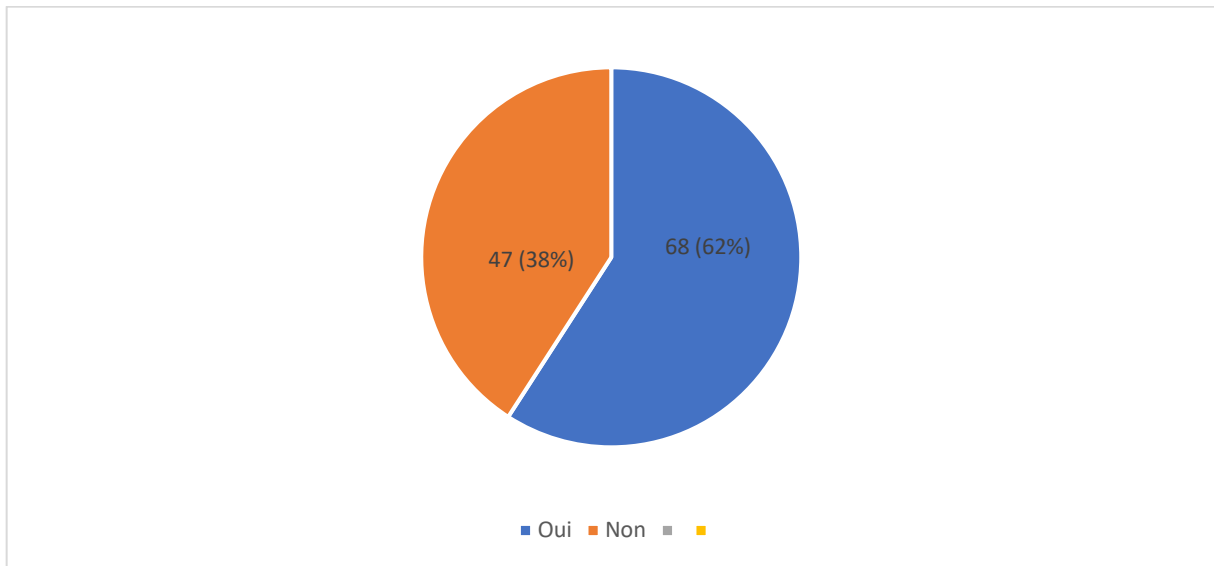
---

Médecin traitant	24
Tabacologue/Addictologue libérale :	20
Structure la plus proche	7
Aucune idée	6
Médecin traitant ou infirmière ASALÉE	5
Infirmière ASALÉE	5
Médecine alternative (hypnothérapie, acupuncture)	3
Psychiatre	1
Travail collaboratif entre médecin généraliste et pharmacie	1
Pneumologue	1
Total	73

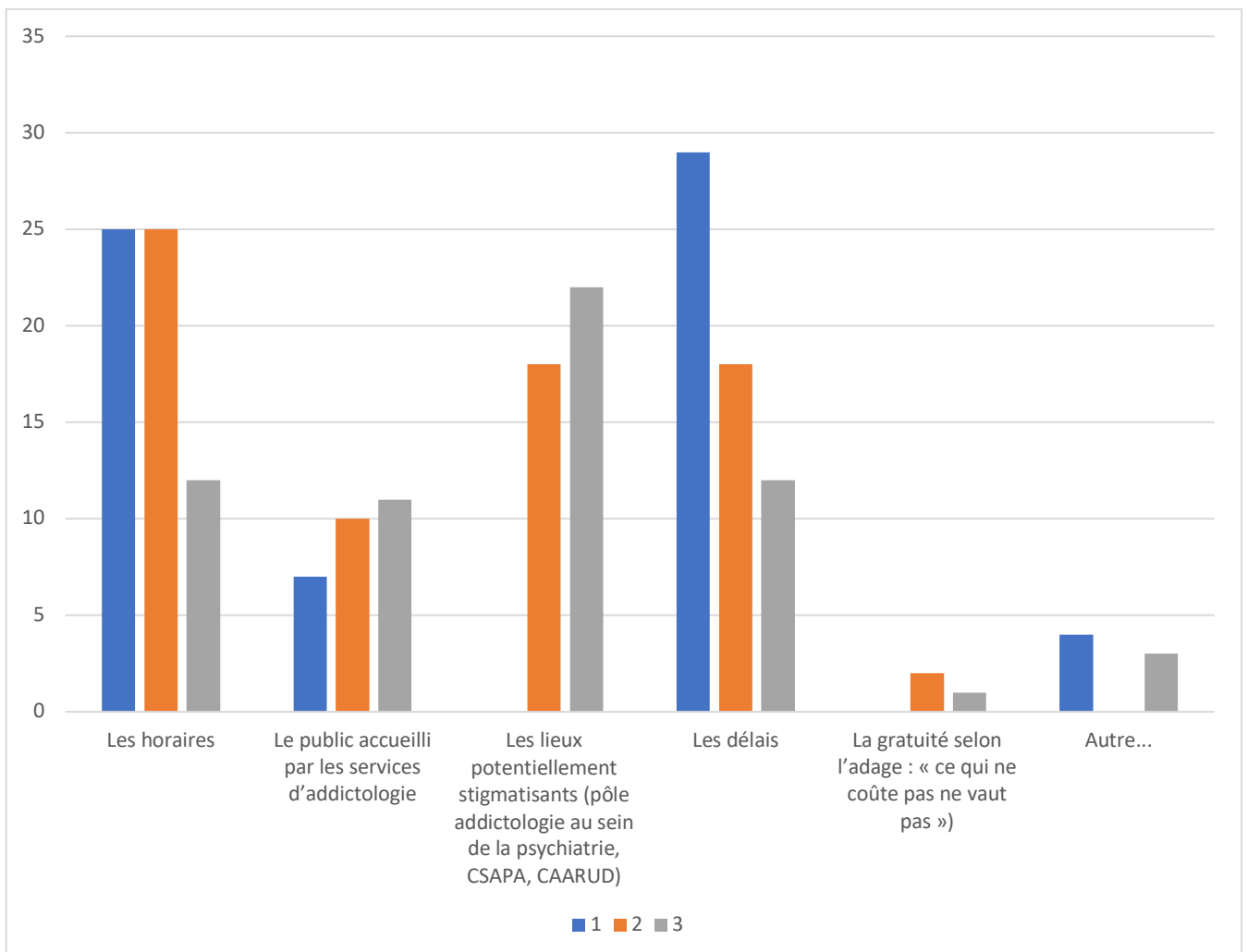
---

### **3.2.2. Les freins**

d) *Avez-vous identifié des freins, au sein de ces structures, pour y envoyer des patients ?*



*Si oui, lesquels ? Parmi les propositions suivantes, choisissez-en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante)*



	1 <sup>er</sup> choix N (%)	2 <sup>ème</sup> choix n	3 <sup>ème</sup> choix n	Total n
Les horaires	25 (28,4%)	25	12	62 (27,4%)
Le public accueilli par les services d'addictologie	7 (7,9%)	10	11	28 (12,4%)
Les lieux potentiellement stigmatisants (pôle	23(26,1%)	18	22	63 (27,9%)
Les délais	29 (32,9%)	18	12	59 (26,1%)
La gratuité selon l'adage : « ce qui ne coûte pas ne vaut	0 (0%)	2	5	7 (3%)
Autre...	4 (4,5%)	0	3	7 (3%)
Total	88	73	65	226

Parmi les médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

Distance, éloignement géographique	4
Délais très longs	1
Difficultés à joindre ces services	1
Manque de visibilité	1
Accompagnement « léger »	1
Motivation du patient	1
Total	9

#### **4. Mise en place d'un programme de sevrage tabagique**

##### **4.1. Caractéristiques optimales d'une structure de tabacologie**

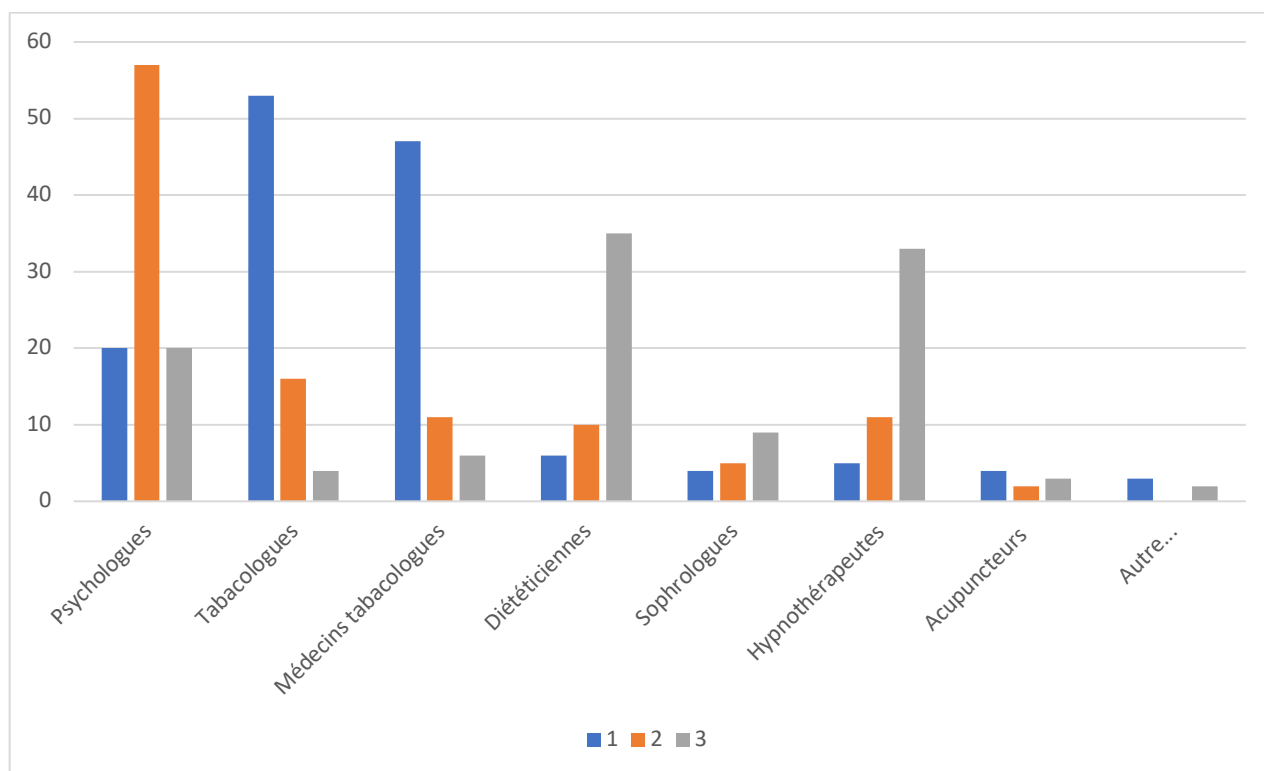
Les réponses aux questions suivantes ont été intégrées dans le tableau ci-dessous. Elles nous ont permis d'identifier les critères permettant de répondre au mieux aux attentes des médecins et aux besoins des patients dans la mise en place d'un programme de sevrage tabagique

*Question 6 : Si vous deviez adresser vos patients vers une structure spécialisée dans la lutte contre le tabac quelles en seraient les caractéristiques optimales ?*

- a) Avec ou sans rendez-vous ?
- b) Avec quel délai maximum ?
- c) Avec un contrat d'engagement ?
- d) Prise en charge gratuite ou payante ?
- e) Offre de séjour court ou sur un week-end ?

<b>Rendez-vous</b>	<b>Total : n = 115</b>
○ Avec rendez-vous	110 (95,7%)
○ Sans rendez-vous	5 (4,3%)
<b>Délai maximal</b>	<b>Total : n = 116</b>
○ < 7 jours	14 (12,1%)
○ Entre 7 et 15 jours	55 (47,4%)
○ Entre 15 jours et 1 mois	42 (36,2%)
○ Entre 1 et 3 mois	5 (4,3%)
<b>Contrat d'engagement</b>	<b>Total : n = 115</b>
○ Oui	76 (66,1%)
○ Non	39 (33,9%)
<b>Prise en charge</b>	<b>Total : n = 114</b>
○ Gratuite	91 (79,8%)
○ Payante	23 (20,2%)
<b>Offre de séjour court ou sur un week-end</b>	<b>Total : n = 114</b>
○ Oui	69 (60,5%)
○ Non	45 (39,5%)

*f) Quels intervenants souhaiteriez-vous y trouver ? Parmi les propositions suivantes, choisissez-en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante)*



	1 <sup>er</sup> choix	2 <sup>ème</sup> choix	3 <sup>ème</sup> choix	Total
	n	n	n	n
Psychologues	20	57	20	97
Tabacologues	53	16	4	73
Médecins tabacologues	47	11	6	64
Diététiciennes	6	10	35	51
Sophrologues	4	5	9	18
Hypnothérapeutes	5	11	33	49
Acupuncteurs	4	2	3	9
Autre...	3	0	2	5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>366</b>

Parmi les 5 médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

- En 1<sup>er</sup> choix : n = 3
- « *Assistant social, IDE clinicien ou ASALEE* »
- « *On ne peut pas mettre médecin tabacologue !* »

Un médecin n'a pas précisé sa réponse

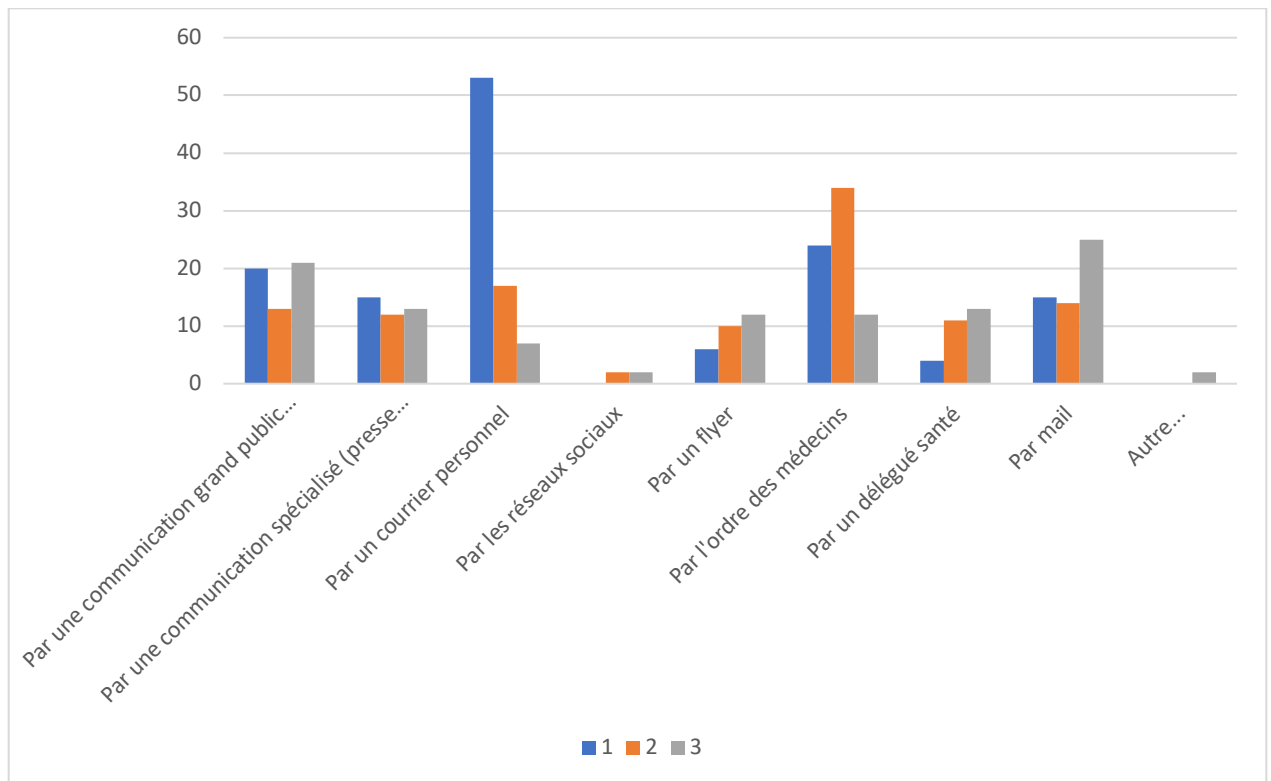
- En 2<sup>ème</sup> choix : n = 0



- En 3<sup>ème</sup> choix : n = 2
  - « Spécialiste du sport ou bien être »
- Un médecin n'a pas précisé sa réponse

## 4.2. TABALIB

*Question 10 : Un nouveau centre libéral d'accompagnement et de formation en tabacologie (et addictologie) proposant une prise en charge innovante a ouvert ses portes à Bordeaux en octobre 2020 : TABALIB. Par quels moyens souhaiteriez-vous être informé(e)s de l'existence d'une telle structure ? Parmi les propositions suivantes, choisissez-en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante).*



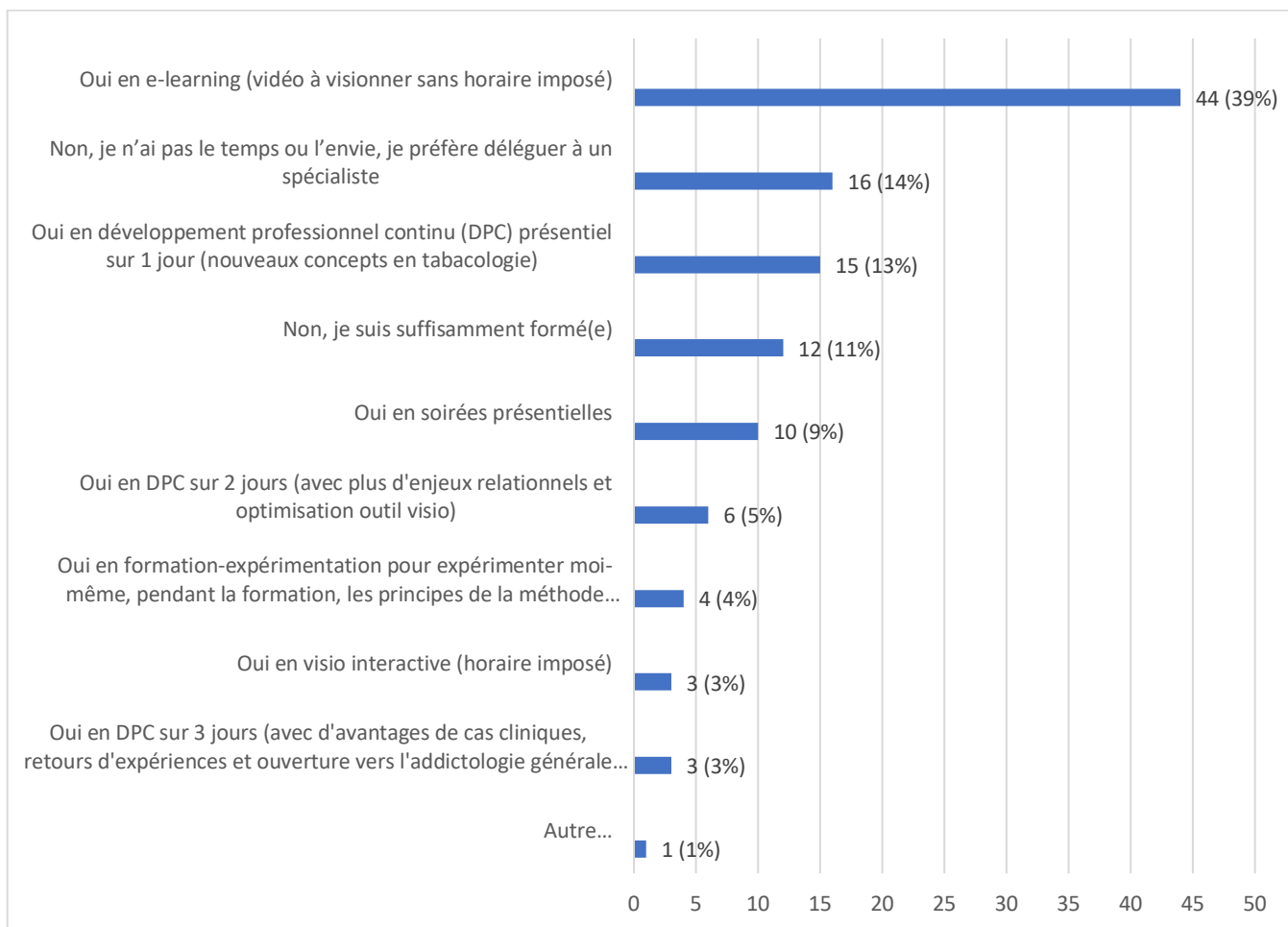
	1 <sup>er</sup> choix	2 <sup>ème</sup> choix	3 <sup>ème</sup> choix	Total
	n	n	n	n
Par une communication grand public (presse, radio, TV...)	20	13	21	54
Par une communication spécialisée (presse médicale)	15	12	13	40
Par un courrier personnel	53	17	7	77
Par les réseaux sociaux	0	2	2	4
Par un flyer	6	10	12	28
Par l'Ordre des Médecins	24	34	12	70
Par un délégué santé	4	11	13	28
Par mail	15	14	25	54
Autre...	0	0	3	3
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>113</b>	<b>108</b>	<b>358</b>

Parmi les médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

- En 1<sup>er</sup> choix : n = 0
- En 2<sup>ème</sup> choix : n = 0
- En 3<sup>ème</sup> choix : n = 3
  - « Hors de mon secteur de soins »
  - « URPS (Union Régionale des Professionnelles de Santé) »
  - Un médecin n'a pas précisé sa réponse

#### **4.3. Formation en tabacologie**

- *Question 11 : Une formation courte et pratique en tabacologie serait-elle susceptible de vous intéresser ?*



Parmi les médecins ayant coché la case « autres », on retrouve les réponses suivantes :

- « *Laxisme avec les jeunes qui commencent comme ils veulent* »
- « *Trop tard pour moi (fin de partie dans 15 mois)* »
- « *Oui sans préférence mais le plus complet possible avec le moins de temps dédié* »

# DISCUSSION

## **1. Les forces et limites de l'étude**

### **1.1. Les forces de l'étude**

#### Puissance de l'étude :

Le nombre de réponse est satisfaisant et donne de la puissance de l'étude.

Le questionnaire a été diffusé à 7 départements de Nouvelle-Aquitaine. Nous avons donc une diversité plus large en termes de milieu et de mode d'exercice que si nous nous étions contentés de la seule région bordelaise.

#### Exhaustivité des réponses :

L'option « autres » sur certaines questions notamment celle avec hiérarchisation des réponses nous ont permis ne pas passer à côté de certaines réponses que nous n'avions pas assez détaillées.

#### Enjeu majeur de société :

Le thème abordé au cours de ce travail est une des grandes forces de cette étude.

Malgré les politiques mises en œuvre depuis des dizaines d'années, le tabac certes recule mais pas autant que l'on souhaiterait.

Les résultats de cette enquête d'opinion vont nous permettre de cerner au mieux les attentes et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des programmes de sevrage tabagique et d'adapter l'offre de soin.

#### L'étude a pour vocation l'amélioration d'une structure innovante :

La structure Tabalib de par son caractère innovant et l'expérience solide de ses différents intervenants qui la compose en font un réel atout pour les patients fumeurs désireux de mettre fin à leur addiction. Elle constitue également une solution supplémentaire pour les médecins généralistes qui souhaitent et qui ont parfois du mal à réorienter leurs patients en échec de sevrage.

Les différentes réponses émises par les médecins généralistes permettront d'adapter le mode de fonctionnement de Tabalib pour qu'elle soit le plus efficace possible. En répondant aux besoins et aux attentes des médecins désireux d'adresser leurs patients en addictologie libérale, elle

permettra de renforcer les liens entre les deux spécialités et d'aider les patients fumeurs à mettre fin à leur addiction.

Ce travail a donc une réelle vocation d'utilité dans la lutte pratique contre le tabac.

## **1.2. Les limites de l'étude**

### Biais de représentativité :

L'échantillon analysé n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine. En effet, le sex-ratio de notre échantillon (72,2% de femmes) est significativement différent de celui de la population générale de médecins généralistes de Gironde (45%) et c'est pour cette raison que nous n'avons pas continué les analyses statistiques sur les autres caractéristiques de la population.

### Biais de non-réponse :

Même si nous enregistrons 116 réponses à notre questionnaire, le taux de participation reste relativement faible compte tenu du nombre de médecins visés par cette étude (ensemble des médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine).

### Biais de méthodologie :

Au total quelques médecins (<10) n'ont pas répondu correctement au questionnaire, notamment sur les questions qui demandaient une hiérarchisation des réponses (colonne 1 plusieurs fois cochée, toutes les réponses cochées, etc...). Étant conscient du risque que pouvaient engendrer ces questions, nous les avons reformulées à plusieurs reprises pour qu'elles soient le plus clair possible. Nous avons fait beaucoup de simulations auprès de notre entourage et tout semblait fonctionner. Malgré cela, certaines personnes l'ont interprété d'une façon différente et n'ont pas répondu correctement.

Les médecins étant surchargés de travail, il est compréhensible que les réponses aux questions ne soient pas « parfaites » et ce d'autant plus que le questionnaire était relativement dense.

Les questions à choix multiples avec hiérarchisation des réponses de 1 à 3 ont pu entraîner une confusion au sein des médecins interrogés et ce malgré plusieurs reformulations. Nous sommes conscients que ces questions ont pu entraîner un biais méthodologique. Si nous devions refaire cette étude, nous reformulerions les questions différemment, notamment en demandant de classer chaque item de 1 à 5 comme c'est le cas dans certains travaux de thèse.

Les données étant anonymisées, nous n'avons pas la possibilité de contacter directement les médecins traitant pour leur demander de préciser certaines réponses ou de leur expliquer comment répondre à certaines questions.

Nous aurions préféré réaliser une étude qualitative organisée autour de focus groupes, comme ce qui était prévu initialement mais nous avons été contraints de nous adapter au contexte épidémique actuel pour limiter les interactions.

Certains médecins ont coché plus de 3 items, certains n'ont pas répondu à une ou plusieurs questions. D'autres n'ont pas précisé après avoir coché la case « autres ». Nous avons pris la décision de ne pas exclure ces réponses car même si elles n'étaient pas « parfaites », elles n'empêchaient pas l'interprétations des résultats.

#### Biais de confirmation :

Même si nous avons essayé de faire en sorte de ne pas mettre en premier les réponses auxquelles nous nous attendions, certaines questions ont pu entraîner un biais de confirmation.

#### Biais de sélection :

Comme dans toutes les analyses statistiques réalisées sous forme de questionnaire adressé directement aux médecins, il peut exister un biais de volontariat. En effet les personnes volontaires pour participer à cette étude auront des caractéristiques différentes de celles ayant pris la décision de ne pas y participer. Les résultats ne seront donc pas totalement superposables à la population générale des médecins généralistes. En effet, 24,6% des médecins ayant répondu au questionnaire ont déjà bénéficié d'une formation en addictologie ce qui nous estimons être supérieur à la population générale et entraîne donc un biais de sélection.

## **2. Interprétations des résultats**

### **2.1. Les caractéristiques de la population**

Les médecins ayant accepté de répondre à notre questionnaire sont en majorité des **femmes (69%)**. Nous avons contacté le conseil de l'Ordre des Médecins de la Gironde qui nous a donné le sex ratio des médecins généralistes de Gironde (55% d'hommes et 45% de femmes).

D'après le test du X<sup>2</sup>, l'échantillon n'est pas représentatif de la population (X-squared = 26.919, df = 1, p-value = 2.122e-07).

La tranche d'âge la plus représentée était celle de **30-40 ans (46%)**.

Concernant le statut tabagique, la majeure partie des médecins **n'avait jamais fumé (65,5%)**.

Le milieu d'exercice était surtout urbain et **semi rural (37,9%)** et **urbain (46,6%)**.

La plus-part travaille **en association avec d'autres médecins (65,5%)** et possède une **activité unique (78%)**.

L'existence d'une **formation en addictologie** a été retrouvée chez **24,6%** des médecins. Parmi ces formations on retrouve en majorité les **diplômes universitaires et interuniversitaires (42,9%)**.

Nous pouvons donc constater dès la première réponse que l'échantillon de médecins interrogés n'est pas représentatif de la population générale des médecins généralistes.

## **2.2. Le sevrage tabagique**

### **2.2.1. Les clefs de la réussite**

La « **motivation** » est l'élément qui ressort très nettement de la question portant sur les clefs de la réussite du sevrage tabagique (*question 1*). En effet, il a été placé en 1<sup>ère</sup> position par **81% des médecins généralistes** et totalise **28,6% des réponses**.

La motivation influence sur la capacité à se sevrer d'une substance addictive (85).

Dans notre pratique de tous les jours en tant que médecin généraliste, la motivation joue un rôle primordial dans l'efficacité du sevrage. L'absence de motivation du patient peut avoir un côté décourageant pour le médecin traitant qui souhaite s'investir dans la prise en charge de son patient mais qui ne trouve pas forcément en retour la même implication.

La motivation et notamment son évaluation a été bien étudiée dans le travail de thèse de Hakim Ingo GIESEN portant sur « *l'état des lieux de l'évaluation de la motivation au sevrage tabagique par une revue de littérature* » (86). Ce travail a permis de mettre l'accent sur deux tests parfaitement utilisables en pratiques et visant à évaluer de manière standardisée la motivation des patients :

- Le Q-MAT composé de 4 questions qui établit une motivation de 0 à 20 (annexe 1)
- L'échelle visuelle analogique de la motivation de 0 à 10

Ces deux outils pourraient être utilisés aisément dans la pratique quotidienne afin de mieux percevoir d'emblée où se situe réellement le patient en termes de motivation. La motivation pourra par la suite être renforcée à l'aide d'entretiens motivationnels qui augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme, et est plus efficace que le conseil bref d'arrêt (RR = 1,27; IC95% = 1,14-1,42) (87).

L'entretien motivationnel nécessite une certaine formation de la part du médecin généraliste pour que celui-ci soit le plus efficace.

Même si la motivation est l'élément le plus important retrouvé chez les médecins généralistes comme la clef de la réussite du sevrage tabagique, l'addictologie est une discipline dans laquelle il appartient au soignant de :

- faire l'avance de la parole pour aller chercher l'information que le patient ne donne pas
- faire en sorte de mobiliser le patient même non-motivé car le tabagisme est par ordre d'importance le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, juste derrière les dyslipidémies comme l'a soulignée l'étude Interheart publié en 2004 dans la revue le Lancet (88).

Cependant, et après avoir échangé avec des spécialistes de la tabacologie comme le Pr DAUTZENBERG, il est nécessaire de changer nos représentations sur le sevrage tabagique notamment en soins primaires pour ne plus attendre que le patient soit motivé pour initier sa prise en charge. Comme le rappelle l'association francophone des soins oncologiques de support, « le rôle du médecin n'est pas d'attendre que le fumeur soit motivé pour arrêter, mais de faire évoluer sa motivation et de l'aider au sevrage après, éventuellement, une étape intermédiaire de réduction de consommation ». (89)

### **2.2.2. Ce qui décourage les médecins généralistes (question 2)**

- Le **caractère chronophage des consultations** est l'item qui a été choisi en première position par **32% des médecins** et a été sélectionné et totalise **22% des réponses**. La consultation de sevrage est vue comme une consultation qui prend du temps et ce d'autant plus que bien souvent le patient ne vient pas pour ce motif (ou pas uniquement) et le problème du tabac est généralement abordé au milieu voire en fin de consultation. La prise en charge du sevrage tabagique est considérée comme chronophage en médecine générale car bien souvent le patient ne vient pas pour ce motif. Cette notion rejoint la réponse d'un médecin : « *Point insuffisamment abordé lorsque la consultation porte sur un autre motif. Patient ne venant que rarement pour le motif tabac. Manque de temps* ». Il nous a paru important de rappeler ici l'intérêt de poser une consultation uniquement dédiée au sevrage tabagique pour tout fumeur.



- Le **manque de formation** est également un frein rapporté par les médecins généralistes pour se lancer dans le sevrage tabagique de leur patient. Cette réponse a été sélectionnée le plus grand nombre de fois soit 80 fois au total ce qui représente **23% des réponses**. L'item a été placé en première position par **18% des médecins**. Les médecins généralistes ne se sentent pas toujours très armés pour prendre en charge leurs patients fumeurs et a fortiori ceux qui n'en font pas la demande et/ou ceux qui n'ont pas envie d'arrêter de fumer. Le sentiment de ne pas être suffisamment formé est retrouvé dans un article paru dans la revue du praticien en juin 2019 : « Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau » (90).
- **L'absence de demande du patient** est le troisième frein qui est mis en avant par les médecins. Il a été mis en première position par **23% des médecins** et a été sélectionné 63 fois au total ce qui représente **18% des réponses**.
- Concernant le caractère chronophage des consultations d'addictologie, le problème peut venir de **l'absence de rémunération spécifique**. L'item a été sélectionné le plus de fois en 3<sup>ème</sup> choix (24 fois ce qui représente 22% des médecins). Il est difficile d'entamer un sevrage au cours d'une consultation pour un autre motif. Le patient n'est pas toujours motivé pour revenir en consultation uniquement pour parler de son addiction au tabac et ce d'autant plus s'il n'est pas décidé à arrêter de fumer. Envisager une cotation spéciale (supérieure à 25 euros) pour l'aide à l'arrêt du tabac, au même titre que les consultations d'obésité et/ou de contraception pourrait éventuellement constituer une piste pour inciter les médecins à d'avantage se lancer dans le sevrage tabagique de leurs patients en valorisant intellectuellement et financièrement cette prise en charge. Les consultations longues d'addictologie ne seraient alors plus un problème car rémunérées à hauteur du temps passé.

Les deux notions de **manque de temps** et de **manque de formation**, rapportées par les médecins généralistes, se retrouvent dans de nombreuses thèses de médecine générale :

- Margaux Fournols : « *Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise* » (69)

- Lucie Crevoisier : « *Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine* » (91)
- Sébastien Cliquennois : « *Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique* » (92)
- Paula Alvarez : « *Impact de la Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie. Université de Bordeaux. 2018* » (72)
- Marc Piardon : « *Évaluation des médecins généralistes du Val de Marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie* » (93)

Pour pallier ce manque de formation, on remarque que la majorité des médecins interrogés (81,9%) est intéressée par « **une formation courte et pratique en tabacologie** » (question 11). Parmi eux, la plus-part (44,2%) sont favorables à un « **e-learning constitué d'une vidéo à visionner à n'importe quel moment** ». Cette réponse peut s'expliquer par les emplois du temps des médecins surchargés et les horaires parfois décalés. La possibilité de visionner une vidéo à n'importe quel horaire de la journée semble être une option intéressante pour les médecins désireux de se former à la tabacologie. Dans le cadre du travail de recherche de Margaux Fournols, plus de 300 médecins étaient conviés à une soirée de formation et seuls 45 y ont participé (69). Cette insuffisance de participation peut sembler paradoxale alors même que les médecins ne s'estiment pas suffisamment formés pour faire des consultations de sevrage tabagique.

Le mode de formation en **e-learning** semble peut-être plus adapté de nos jours et permet aux médecins de la réaliser quand ils le souhaitent dès qu'ils ont un créneau de libre. Il pourrait donc constituer une bonne option de formation.

Concernant le caractère chronophage des consultations d'addictologie, il a été démontré que les interventions brèves mais rapprochées sont plus efficaces que les interventions longues et espacées (94).

La **téléconsultation** peut constituer un outil particulièrement intéressant en addictologie puisqu'elle permet un soutien rapproché et non chronophage car 15 minutes peuvent suffire à réévaluer un traitement nicotinique. Elle permet également de s'affranchir des contraintes liées à l'éloignement géographique, augmente la disponibilité du patient et renforce sa prise en

charge. Comme le rappelle le Pr Patrick Hardy, la téléconsultation a toute sa place en psychiatrie et en addictologie (95).

### **2.3. Freins et facteurs de mobilisation des patients fumeurs vers un suivi spécialisé en addictologie**

#### **2.3.1. Les freins**

- A la question « pourquoi les patients en échec de sevrage tabagique ne sont pas plus souvent redirigés vers un suivi spécialisé (*question 4*) », la réponse qui revient majoritairement est « **le manque de volonté du patient** ». Cette réponse a été placée par en première position par **31% des médecins** et a été sélectionnée le plus grand nombre de fois au total (95 fois soit **27% des réponses**). Un médecin a choisi l’item « autre » en précisant sa réponse : « *L’absence de motivation du patient pour une PEC en centre addictologie* ». Cette réponse rejoint la *question 1* sur la motivation du patient à entamer un sevrage tabagique. Malgré les recommandations du médecin, les patients n’envisagent pas un suivi spécialisé. A l’image du dépistage du cancer colo rectal trop peu réalisé en pratique (30,5% selon santé publique France) (96), ce refus de prise en charge peut là aussi avoir un côté décourageant pour le médecin traitant qui se trouve en face de son patient qui continue à fumer malgré une ou plusieurs tentatives de sevrage. Ça l’est d’autant plus que le patient présente déjà des comorbidités liées au tabac. Il serait intéressant de savoir pourquoi les patients ne souhaitent pas aller voir un addictologue quand les médecins les incitent à aller en voir un. C’est l’objectif du travail de Lalatiana Ralazamahaelo qui a cherché à identifier auprès des patients fumeurs les freins à un suivi spécialisé en addictologie.
- L’autre élément mis en avant est « **le manque de visibilité des réseaux de tabacologie** ». Cet élément a été placé en première position par la majorité des médecins (**33%**) et totalise **25% des réponses**. On retrouve cette notion dans la thèse de Myriam Sciolla (« *Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l’aide au sevrage tabagique* ») (97). Dans cette étude, les médecins dénoncent un manque cruel de communication entre les structures d’addictologie et les médecins traitants avec peu d’informations sur leur fonctionnement. Dans la thèse d’Estelle Diméglio (98), les médecins dénonçaient également le manque de visibilité des campagnes de prévention des pouvoirs publics et avaient le sentiment que la campagne « *Mois sans tabac : 2016* » était passé inaperçue, où « *15 médecins sur 22*

*n'ont pas eu le souvenir d'avoir été informés en tant que professionnel de santé* ». Ce manque de visibilité de la campagne « *Mois sans tabac* » a également été mis en évidence dans le travail de thèse de Julie Denepoux (99) où « *sur les 174 cabinets visités par la déléguée de prévention, seulement 48 médecins avaient reçu et lu le mail de SPF* ». Le manque de visibilité ressenti par les médecins généralistes nouvellement installés ainsi que le rôle de la visite des délégués santé prévention (DSP) dans cette visibilité a été parfaitement étudié dans le travail de Paula Alvarez (72). Elle a démontré qu'après leur passage, les jeunes généralistes libéraux se sentaient moins isolés et avaient moins de difficultés à adresser leurs patients vers un suivi spécialisé en addictologie. Ceci montre qu'une fois l'information délivrée, le processus s'intègre volontiers et concoure à une meilleure prise en charge des patients. On peut donc logiquement s'interroger sur la capacité des pouvoirs publics à informer les médecins des actions de santé publique et de prévention. Pour tenter de solutionner ce problème nous avons demandé aux médecins par quel moyen ils souhaitaient être informés directement des réseaux de tabacologie (*question 10*). La plus-part ont répondu vouloir recevoir un « *courrier personnel* », **38,7% des médecins** ayant placé cet item en première position.

- Les « *délais de rendez-vous trop longs* » sont également considérés comme un frein majeur à l'orientation des patients vers un tabacologue. Les médecins tabacologues libéraux sont peu nombreux et l'accès aux consultations d'addictologie est parfois compliquée. Dans le travail de Myriam Sciolla (97), les médecins dénonçaient déjà le manque d'effectif et donc un problème d'accessibilité. Les CSAPA proposent des rendez-vous à un mois de délais et parfois bien plus quand on souhaite consulter en fin de journée (cf. chapitre sur les centres existants). Le Centre Hospitalier (CH) du Bouscat propose des délais de rendez-vous d'un mois sur le créneau de 17h (dernier créneau de la journée). Le service de tabacologie de Pellegrin n'existe plus et a été rattaché à Haut-Lévêque, les délais de rendez-vous sont de 1 mois et demi sur le créneau de 17H00 (dernier créneau disponible).

La réponse d'un médecin interrogé ayant précisé rejoint cette notion de délai : « *Le patient est décidé demandeur et veut une réponse rapide à son attente* »

- Six médecins ont mis en avant la difficulté liée la distance.
  - « *Centre de tabacologie trop éloigné géographiquement* »

- « Distance avec le lieu de vie »
- « Manque de proximité »
- « Distance éloignée du cabinet »
- « Problème d'accessibilité dans certaines régions avec d'autres possibilités (dans notre maison de santé une infirmière ASALÉE participe à l'accompagnement) »
- « Les patients semblent préférer faire appel à des médecines alternatives locales qu'à un tabacologue (hypnose, etc...). Est-ce en lien avec le fait qu'en rural les tabacologues sont forcément éloignés (>30 min) et difficiles d'accès (stationnement, etc ...) ? »

Nous prenons conscience à travers ces réponses qu'il manquait un item « **éloignement géographique** » car il semble qu'il constitue un frein à l'orientation des patients vers un addictologue, frein qui peut être levé par la téléconsultation proposée par le centre.

### **2.3.2. Les facteurs de mobilisation (question 3)**

- Selon la majorité des médecins, le principal critère pour adresser un patient en tabacologie repose sur est « *l'existence d'une co-addiction* ». En effet, **33% des médecins** interrogés l'ont placé en première position et cet item totalise **23,1% des réponses**. On retrouve cette notion dans le travail de thèse de Myriam Sciolla (97) ou « *les médecins s'accordent à dire que le recours à un autre professionnel peut avoir un intérêt dans certaines situations : co-addictions, faible motivation, etc...* ». Si un médecin est en capacité de traiter une addiction comme le tabac ou du moins d'initier le sevrage, il peut parfois se trouver en difficulté quand le patient présente plusieurs addictions associées bien souvent à un contexte socio-économique difficile. L'orientation vers un médecin spécialisé dans l'addiction est alors justifiée. Un gros fumeur sera également plus souvent orienté directement vers un tabacologue (100).
- **30,5% des médecins** ont choisi « *la demande du patient* » en premier choix et cet item totalise **23,4% des réponses**. Cet élément rejoint la *question 4* sur le manque de volonté du patient. On retrouve cette notion dans la thèse de Lucie CREVOISIER (91) où les médecins mettent en avant « *l'absence de demande du patient* » comme freins à la réussite de leur sevrage tabagique. Même si dans la pratique quotidienne, il sera plus

facile d'initier un sevrage tabagique chez un patient qui en fait la demande, toute addiction doit être traitée médicalement. En effet, elle résulte d'un dysfonctionnement du système limbique et du cortex préfrontal qui comporte trois dimensions ; physique psychique et comportementale. Elle doit donc être traitée comme une pathologie organique et l'absence de demande et de motivation du patient ne doit pas constituer un frein à sa prise en charge (101). La lassitude des médecins face au tabagisme existe et il nous semble important de contribuer à changer les représentations pour amener progressivement tout patient fumeur vers une offre de soin (102). Notons que le conseil minimal a été remplacé par le « **Very Brief Advice** » (VBA) (103) qui comporte trois temps : établir et enregistrer le statut de fumeur, donner des conseils sur la façon d'arrêt de fumer et offrir de l'aide. Dans une étude menée dans toute l'Angleterre, il a été constaté que les fumeurs étaient presque deux fois plus susceptibles d'essayer d'arrêter si leur médecin généraliste leur avait proposé de l'aide que si on leur avait seulement conseillé d'arrêter de fumer (104).

- « *L'échec des tentatives antérieures du patient* » constitue le troisième facteur le plus évoqué par les médecins. Il totalise la majorité des réponses (86 soit **23,7%** des réponses) et a été placé en 2<sup>ème</sup> position par le plus grand nombre de médecins (**27,2%**). Bien souvent, c'est le médecin traitant qui initie le sevrage tabagique à la demande ou non du patient. De par sa relation avec les patients il constitue un interlocuteur privilégié. Cependant et ce au même titre que d'autres pathologies, le recours aux consultations spécialisées constitue une voie non négligeable pour le médecin et pour son patient, à fortiori quand celui-ci se trouve en situation d'impasse thérapeutique. Selon l'HAS, l'orientation vers un spécialiste est recommandée en cas « *d'échecs répétés* » (105).

#### **2.4. Le point sur les centres existants**

Actuellement, la majeure partie des centres d'addictologie se concentrent essentiellement au sein des hôpitaux, des CSAPA et autres associations.

Nous nous sommes intéressés à la répartition des addictions traitées et on remarque d'après un rapport de l'OFDT publié en 2013 que les patients qui se rendent dans les CSAPA le font en majorité pour des problèmes de consommation d'alcool (52,5%), de cannabis (15,0%), et d'opiacés (17,7%) et en moindre proportion pour l'addiction au tabac (5,4%) (106).

Les données de l'assurance maladie nous apprennent qu'en Nouvelle-Aquitaine sur l'année 2017, les TNS sont en majorité prescrits par les médecins généralistes (74%). Ceci signifie que la majeure partie du sevrage tabagique s'effectue en soins primaires dans le cabinet du médecin traitant ce qui corrobore son rôle majeur dans la stratégie de prise en charge.

Nous avons voulu interroger les médecins sur ces centres pour savoir si leurs caractéristiques de fonctionnement répondaient ou non aux différents profils des patients fumeurs.

Il semble que les médecins n'aient pas identifié de public particulier (*question 5.a*) et **72,5%** orientent volontiers le « *tout public* » à ces consultations.

Ces réponses peuvent contraster avec la question suivante (*question 5.b*) ; ces prises en charges hospitalières ou associatives ne semblent pas adaptées aux « *patients éloignés géographiquement* » ainsi qu'aux « *patients avec une activité professionnelle intense* » pour respectivement **56,2%** et **63,2%** des médecins.

Chez ces personnes, l'existence de structure de proximité serait probablement plus adaptée.

Les patients éloignés géographiquement seraient susceptibles d'éprouver plus de difficultés à se rendre dans ces centres éloignés de chez eux.

Ensuite, les patients ayant une activité professionnelle intense avec des horaires importants et des journées qui se terminent tard auront des difficultés à se calquer sur les horaires de ces centres, comme c'est le cas du CSAPA de Bordeaux qui a été contacté par téléphone : fermé entre midi et deux et dernière consultation à 17H30.

Pour résoudre cette problématique, la majorité des médecins sont favorables à adresser ces patients vers le « *médecin traitant* » (**33%**) et vers un « *addictologue libéral* » (**27%**)

L'émergence de la télémédecine est là aussi une solution à envisager et semble adaptée aux consultations d'addictologie qui ne nécessite pas un examen clinique systématique et dont les entretiens peuvent se faire par visio-conférence. Elle est susceptible de répondre aux nombreux freins mis en avant par les médecins concernant l'éloignement géographique.

La difficulté d'accès aux consultations spécialisés est un problème récurrent en médecine générale et touche préférentiellement les zones de désert médical. L'éloignement constitue un frein pour l'accès à un suivi spécialisé en addictologie (90). En proposant une prise en charge en **télémédecine** (télé-consultation et télé-expertise), le centre Tabalib est susceptible de répondre à ces différentes problématiques. A noter que les téléconsultations sont soumises à certaines conditions préalables comme il est mentionné sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)

- Le médecin consultant doit connaître le patient (nécessité d'avoir déjà eu au moins une consultation physique)
- Le parcours de soin doit être respecté

Il existe cependant certaines exceptions que nous ne détaillerons pas ici.

La majeure partie des médecins estiment que « *les horaires* » sont le principal problème de ces structures. Cet item a été placé en 1<sup>ère</sup> position par **31,8% des médecins** et totalise **27,4% des réponses**. Ceci rejoint les éléments mis en lumière précédemment, que ces structures étaient moins accessibles aux patients ayant une activité professionnelle intense.

Pour étayer la discussion, il est apparu pertinent de téléphoner au CSAPA de Bordeaux et pour un premier contact, un rendez-vous a été proposé à 1 mois et demi sans précision d'horaire. Les consultations sont du lundi au jeudi de 8h30 à 19h et le vendredi de 8H30 à 17h00. Il a été précisé que le créneau horaire de fin de journée était très prisé, le dernier rendez-vous étant à 17H30. Le prochain rendez-vous en semaine sur le créneau de 17H30 était dans 3 mois et demi. Ce mode de fonctionnement et en particuliers les horaires peuvent parfois contribuer à décourager les patients motivés sur le moment.

## **2.5. Attente des médecins dans la mise en place d'un programme de lutte contre le tabac**

Dans la deuxième partie de notre questionnaire, nous avons cherché à mettre en évidence, auprès des médecins, les caractéristiques optimales d'une structure de lutte contre le tabagisme afin d'en améliorer son efficacité.

La majorité des médecins (**93,6%**) était en faveur de « *consultations sur rendez-vous* ». Ce type de prise en charge est désormais prédominante dans la pratique des médecins et semble être la plus adaptée à des consultations de sevrage tabagique, sans caractère d'urgence.

La possibilité d'avoir un rendez-vous « *entre 7 et 15 jours* » était la durée choisie par la majorité des médecins (**41,8%**). En effet, comme nous l'avons vu précédemment dans le travail de Lucie Crevoisier (91), les délais de rendez-vous très longs pour consulter un addictologue, sans toutefois préciser ce qu'il entendait par « *très long* », était considéré comme un frein par les médecins généralistes interrogés. De ce fait nous avons cherché à savoir ce qui était pour eux un délai « *optimal* » et il semble qu'un rendez-vous entre une semaine et deux semaines soit le



plus adapté à une prise en charge de sevrage tabagique. En effet, la possibilité de rencontrer rapidement un addictologue aura un impact sur la motivation du patient et augmentera l'efficacité de son sevrage. Le patient pourra plus facilement se projeter si le rendez-vous est proche et a fortiori si la question du sevrage a été abordée au cours de la consultation et que le médecin a pu obtenir le rendez-vous lui-même. Dans la thèse de Lalatianna Ralazamahaelo, 37% des patients estimaient que le délai de rendez-vous rapide est le premier facteur de mobilisation vers un centre d'addictologie (107).

Les médecins dans leur majeure partie (**64,1%**) sont favorables à un « *contrat d'engagement* ». Ceci a pour but de renforcer l'implication du patient dans sa prise en charge afin qu'il se sente d'avantage concerné. Cette réponse est en accord avec le mode de fonctionnement de nombreuses structures d'addictologie comme le CH de Jonzac ou encore les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en Alcoologie/Addictologie de Royan, cette dernière demande également une lettre de motivation pour être admis.

Pour **79,8%** des médecins, la prise en charge doit également rester « *gratuite* » afin d'augmenter son accessibilité. En effet, comme on a pu le voir dans la partie « *Contexte* », le tabac touche préférentiellement les patients avec un niveau socio-économique faible. Une participation financière pourrait constituer un frein chez les fumeurs.

Dans son rapport de 2007 sur les « *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière* », l'HAS confirme la nécessité d'une prise en charge du sevrage tabagique afin d'augmenter son efficacité (108).

Cependant, on peut se demander si le patient ne serait d'avantage investi et motivé s'il participait financièrement à cette démarche. Dans sa thèse, Lalatiana Ralazamahaelo a interrogé les fumeurs pour savoir si le fait de payer la partie non médicale d'un centre de tabacologie libérale constituerait un frein et ils ont répondu non à **62,3%** (107).

Enfin, **60,5%** des médecins ont trouvé pertinente la proposition d'une prise en charge « *en séjour court ou week-end* ». En effet, la possibilité de partager en couple ou entre amis sur un temps dédié un objectif commun peut s'avérer efficace et productif. La possibilité également de se rendre seul dans un espace moins institutionnel et médical, plus axé sur la détente et de rencontrer d'autres personnes dont le but est de mettre fin à leur addiction peut être bénéfique en termes de résultats.

Concernant les intervenants susceptibles de favoriser la réussite du sevrage tabagique, les médecins ont majoritairement coché les **tabacologues** ainsi que les **médecins tabacologues**. Ces deux items ont été placés en première position par respectivement **37,3%** et **33,1%** des médecins et totalisent **73,2% des réponses**. Nous avons remarqué ces dernières années l'efficacité de la coopération entre spécialités médicales et para médicales (infirmières ASALÉE) et l'ensemble des médecins s'accordent à dire que la lutte contre le tabac requiert une prise en charge multidisciplinaire avec notamment la nécessité d'un suivi **psychologique (26,5% des réponses)** et **diététique (13,9% des réponses)** et parfois l'utilisation de « *médecines alternatives* » comme **l'hypnothérapie (13,4% des réponses)**. Ceci est en accord avec les résultats obtenus auprès des fumeurs dans la thèse de Lalatiana Ralazamahaelo où 26,3% des fumeurs interrogés souhaitent une prise en charge par des médecines alternatives (hypnose, etc...) (107).

La **thérapie cognitivo-comportementale**, recommandée par l'HAS (108) et proposée au sein du centre Tabalib, a montré son efficacité dans le sevrage tabagique puisqu'elle permet d'augmenter les chances de cesser de fumer de 40% à 80% par rapport au simple conseil minimal (109).

## CONCLUSION

La prise en charge du sevrage tabagique des patients fumeurs s'effectue majoritairement en soins primaires. Cependant, par manque de temps, de formation et par manque de motivation du patient, le traitement de l'addiction au tabac peut s'avérer être difficile et source de frustration pour le médecin traitant.

Pour les médecins interrogés, l'orientation vers une structure spécialisée en addictologie constitue une bonne indication pour les patients présentant plusieurs addictions et/ou en échec thérapeutique après plusieurs tentatives de sevrage et ce d'autant plus s'ils en font la demande. Cependant, le manque de visibilité des réseaux de tabacologie et les délais de rendez-vous constituent des freins à l'orientation des patients fumeurs. De plus les structures pluridisciplinaires existantes (CSAPA, hôpitaux, etc...) spécialisées dans la prise en charge des addictions présentent des caractéristiques qui ne répondent pas toujours aux attentes des médecins. L'éloignement géographique et les horaires de rendez-vous constituent aussi un frein à l'orientation des patients vers ces structures. Les consultations de tabacologies libérales peuvent alors constituer une réponse à ces problématiques même si là encore les médecins mettent en évidence un manque de ressource et des délais de rendez-vous parfois très longs.

Enfin, l'interconnexion entre les différentes spécialités médicales et para médicales spécialisées dans la lutte contre le tabac (médecins, tabacologues, psychologues, diététicien(ne)s) est un élément qui semble essentiel auprès des médecins pour majorer l'efficacité d'un programme de sevrage tabagique.

La création de structure pluridisciplinaire libérale, spécialisée dans le sevrage tabagique, est susceptible de répondre aux besoins des médecins traitants. Avec une prise en charge rapide par des médecins formés, des plages d'ouverture plus grandes, une possible offre de soin en séjour court, et une réponse à l'éloignement avec le recourt à la téléconsultation, elle pourrait constituer une alternative intéressante aux offres de soins classiques.

Quatre travaux de thèses sont en cours pour mesurer l'impact de cette modalité innovante de soin du patient fumeur.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Tabac [Internet]. OMS. 2020 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/tobacco>
2. LAST. Lieu d'Accompagnement à la Santé du Tabac | Arrêt tabac [Internet]. LAST. 2020 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.last-na.fr/>
3. Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. Paris: OFDT; 2020. 10 p. [https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\\_19bil.pdf](https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_19bil.pdf)
4. Santé publique France. Journée mondiale sans tabac 2020. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 26 mai 2020;24.
5. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):271-7.
6. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. Thèse de médecine, Reims : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2012.
7. Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeur(se)s sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur(se)s au stade d'intention et préparation. Thèse de médecine, Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019.
8. CNCT. Comité National Contre le Tabagisme. Le tabac - principal facteur de maladies non transmissibles [Internet]. CNCT. [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://cnct.fr/actualites/le-tabac-principal-facteur-de-maladies-non-transmissibles/>
9. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):273-81
10. Marques C, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Focus. Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):291-4.
11. OFDT. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Tabac. Évolution de l'usage occasionnel ou régulier parmi les 18-75 ans - OFDT [Internet]. [consulté le 5 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/>

12. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):278-84.
13. Kopp P. Le coût social des drogues en France, OFDT, 2015, Saint-Denis, 75 p.
14. Goodchild M, Nargis N, d'Espaignet ET. Global economic cost of smoking- attributable diseases. Tobacco Control. 1 janv 2018 ; 27(1) : 58-64.
15. Lermenier-Jeannet A. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. Tendances 126 - juillet 2018. OFDT
16. Le Blog Seton. La lutte contre le tabagisme en France [Internet]. Le Blog Seton. 2017 [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.seton.fr/blog/securite/lutte-contre-tabagisme-france/>
17. Santé publique France. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. Santé publique France. 2019 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: </determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
18. TPE : la lutte anti-tabac. a) 1976 : La loi Veil [Internet]. TPE : la lutte anti-tabac. [consulté le 11 janv 2021]. Disponible sur: <http://tpe-lutteantitabac.e-monsite.com/pages/legislation/a-1976-la-loi-veil.html>
19. Décret N°77-1042 Du 12 Septembre 1977 Relatif Aux Interdictions De Fumer Dans Certains Lieux Affectes à Un Usage Collectif Ou Cette Pratique Peut Avoir Des Conséquences Dangereuses Pour La Sante. 77-1042 sept 12, 1977.
20. CNCT. Comité National Contre le Tabagisme. Loi Evin : Le Bilan de 20 années [Internet]. CNCT. 2011 [consulté le 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://cnct.fr/loi-evin-le-bilan-de-20-annees/>
21. Légifrance.gouv. Article R3512-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Légifrance.gouv. [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033047122/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033047122/)
22. CNCT. Comité National Contre le Tabagisme. Strasbourg, ville pionnière en France dans la lutte contre le tabagisme [Internet]. CNCT. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://cnct.fr/actualites/strasbourg-pionniere-lutte-tabagisme/>
23. DGS. Direction Générale de la Santé. Anne M. Tabac et mineurs [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/tabac-et-mineurs>

24. JDN. Journal Du Net. Prix de la cigarette 2021 : prix de votre paquet à compter de mai [Internet]. JDN. 2021 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.journaldunet.com/patrimoine/guide-des-finances-personnelles/1421603-prix-de-la-cigarette-2021-prix-de-votre-paquet-a-compter-de-mai/>
25. Touteurope. Le prix du paquet de cigarettes dans l'UE [Internet]. Touteurope.eu. [consulté le 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.touteurope.eu/l-europe-et-moi/le-prix-du-paquet-de-cigarettes-dans-l-ue/>
26. Vie-publique. Déclaration de M. Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur le plan de lutte contre le cancer, Sénat le 25 mars 2003. [Internet]. Vie publique.fr. [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/139240-declaration-de-m-jean-francois-mattei-ministre-de-la-sante-de-la-fami>
27. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Plan cancer 2003-2007. [En ligne]. Santé Publique France. [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/cancers/cancers/plan\\_cancer\\_2003-2007\\_milc](https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/cancers/cancers/plan_cancer_2003-2007_milc)
28. OFDT. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Tabac : évolution des ventes [Internet]. OFDT. [consulté le 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>
29. Génération sans tabac. Qu'est-ce-que la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT)? [Internet]. Génération sans tabac. 2019 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/application-de-la-cclat-par-les-parties/>
30. Gravely S, Giovino GA, Craig L, Commar A, D'Espaignet ET, Schotte K, et al. Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *Lancet Public Health*. avril 2017;2(4):e166-74.
31. Dias Gomez C, Lermenier A, Milhet M, Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, OFDT, 2013, Saint-Denis, 134 p.
32. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris. Ministère des Solidarités et de la Santé, (décembre 2017), 54 p.
33. OFDT. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiques. OFDT [Internet]. [consulté le 3 avr 2021]. Disponible

- sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiniques/>
34. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
  35. Inserm. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paquets de tabac neutres : une politique de lutte contre le tabac efficace chez les adolescents [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2018 [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/paquets-de-tabac-neutres-une-politique-de-lutte-contre-le-tabac-efficace-chez-les-adolescents/33013/>
  36. Flor LS, Reitsma MB, Gupta V, Ng M, Gakidou E. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. Nat Med. févr 2021;27(2):239-43.
  37. Tabac-arrêt. La législation Irlandaise anti-tabac - Tabac Arrêt [Internet]. Tabac-arrêt. 2021 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.tabac-arret.com/la-legislation-irlandaise-anti-tabac.html>
  38. France TC. Ces pays qui ont gagné la bataille du tabac [Internet]. Le Point. 2017 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.lepoint.fr/sante/ces-pays-qui-ont-gagne-la-bataille-du-tabac-30-05-2017-2131484\\_40.php](https://www.lepoint.fr/sante/ces-pays-qui-ont-gagne-la-bataille-du-tabac-30-05-2017-2131484_40.php)
  39. Stallings-Smith S, Zeka A, Goodman P, Kabir Z, Clancy L. Reductions in cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory mortality following the national irish smoking ban: interrupted time-series analysis. PLoS One. 2013;8(4):e62063.
  40. Book (eISB) electronic IS. electronic Irish Statute Book (eISB) [Internet]. irishstatutebook. Office of the Attorney General; 2015 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2015/act/4/enacted/en/print.html>
  41. Génération sans tabac. La Suède, pays bonne élève de l'Union européenne ? [Internet]. Génération sans tabac. 2020 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/actualites/suede-bonne-eleve-union-europeenne/>
  42. WHO. World Health Organization. Prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older (age-standardized rate) [Internet]. WHO. 2018 [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-prevalence-of-current-tobacco-smoking-among-persons-aged-15-years-and-older>
  43. François J-B. La Suède étend l'interdiction de la cigarette à l'extérieur. La Croix [Internet]. 13 août 2019 [consulté le 12 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.la->

[croix.com/Monde/Europe/Suede-etend-linterdiction-cigarette-lexterieur-2019-08-13-1201040779](https://www.croix.com/Monde/Europe/Suede-etend-linterdiction-cigarette-lexterieur-2019-08-13-1201040779)

44. Despeux G. L'avocat général Saugmandsgaard Øe propose à la Cour de juger que l'interdiction de commercialisation du snus est valide. CVRIA. 2018;2.
45. Ferlay J, Parkin D.M, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer 2010;46(4):765–81.
46. Pasquier C. Le snus, tabac à sucer qui séduit et inquiète. Le Temps [Internet]. 26 mars 2018 [cité 12 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.letemps.ch/sciences/snus-tabac-sucer-seduit-inquiete>
47. Siddiqi K, Husain S, Vidyasagaran A, Readshaw A, Mishu MP, Sheikh A. Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: an updated analysis of data from 127 countries. BMC Medicine. 12 août 2020;18(1):222.
48. Australian Institute of Health and Welfare, 2014, « National Drug Strategy Household Survey detailed report: 2013 », Drug Statistics Series, No 28, Cat. No PHE 183, Canberra : Australian Institute of Health and Welfare, Figure 3.1.
49. Chipty T. Study on the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia. Appendix 1 to Australian Government Post-Implementation Review Tobacco Plain Packaging. 2016. Available from: <http://ris.pmc.gov.au/sites/default/files/posts/2016/02/Tobacco-Plain-Packaging-PIR--Appendix-A.pdf>
50. National Drug Strategy Household Survey detailed report: 2013, Summary [Internet]. Australian Institute of Health and Welfare. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/2013-ndshs-detailed/summary>
51. Thomas DP, McMahon E, Wang Z, Scollo MM, Durkin SJ. Impact of three annual tobacco tax rises on tobacco sales in remote Australian Aboriginal community stores. Tob Control. 23 sept 2020;
52. Le Point. En Australie, la nicotine des e-cigarettes sous ordonnance [Internet]. Le Point. 2020 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.lepoint.fr/monde/en-australie-la-nicotine-des-e-cigarettes-sous-ordonnance-30-12-2020-2407602\\_24.php](https://www.lepoint.fr/monde/en-australie-la-nicotine-des-e-cigarettes-sous-ordonnance-30-12-2020-2407602_24.php)
53. Australia T in. Prevalence of smoking—adults [Internet]. tobaccoaustralia. Tobacco in Australia; 2021 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.tobaccoaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-3-prevalence-of-smoking-adults>



54. Morel A, Favre JD, Rigaud A. Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ? Entre points communs et spécificités. AA [Internet]. 15sept.2001 [cité 13mai2021];23(3):393-0. Disponible sur: <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/50>
55. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie [Internet]. [page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>
56. Santé Publique France. Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/tabagisme-en-france-1-million-de-fumeurs-quotidiens-en-moins>
57. Direction générale de la santé. Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-15/a0151108.htm>
58. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac. Texte de recommandation. [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf>
59. Borgne A, Brücker G, Dautzenberg B, A L, Lagrue G, Meyer L. Module de formation des médecins généralistes à l'arrêt du tabac: programme « Nicomède ». Vanves: CFES (Comité Français d'Education pour la Santé); 1999.
60. Unité de coordination de tabacologie - CHU de Caen [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-caen.fr/tabacologie.html>
61. CHU Bordeaux. Consultation de Tabacologie [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
62. Organisation Mondiale de la Santé. Le rôle de professionnels de santé dans la lutte anti-tabac. Comment lutter contre l'épidémie de tabagisme. Journée Mondiale Sans Tabac. 31 mai 2005. [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_fr\\_final\\_cover\\_and\\_text.pdf](https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_fr_final_cover_and_text.pdf)

63. HAS, Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
64. AFSSAPS, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003 [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/160/?sequence=20>
65. Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, et al. Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tob Control*. mai 2013;22(e1):e2-9.
66. Condy I. Sevrage tabagique maintenu à 1 an obtenu après l'intervention d'une infirmière ASALEE dans un cabinet de médecine générale: une étude épidémiologique prospective. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Poitiers; 2019.
67. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes: évaluation qualitative croisée par méthode focus groupe. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2020.
68. Centre d'aide au sevrage tabagique [Internet]. Clinique des Cèdres. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://clinique-cedres-toulouse.ramsaygds.fr/vous-etes-patient-pourquoi-choisir-notre-etablissement/centre-daide-au-sevrage-tabagique>
69. Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
70. RESPADD, Réseau de prévention des addictions. 23e Rencontres du RESPADD. Colloque national juin 2018[Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/blog/2018/06/21/save-the-date-23e-rencontres-du-respadd/>
71. COREADD Coordination Régionale Addictions (COREADD) Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.coreadd.com>
72. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2018.

73. Gourlat N. Développement du site [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) : recherche-action en médecine générale pour faciliter l'accès aux ressources en addictologie sur les territoires d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019.
74. Santé publique France. 5e édition de #Mois Sans Tabac : en novembre, on arrête ensemble ! [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/>
75. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_8.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_8.html)
76. CEID Addictions, Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://ceid-addiction.com/>
77. Intervenir Addiction. CSAPA, [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>
78. Intervenir Addictions le portail des acteurs de santé. CAARUD [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/caarud/>
79. Association Addictions France. Qui sommes-nous ? [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/presentation/>
80. Tab'agir. Rapport d'activité 2019, association Tab'agir [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: [https://tabagir.fr/wp-content/uploads/2020/12/Rapport-dactivite-Site-internet\\_1\\_compressed.pdf](https://tabagir.fr/wp-content/uploads/2020/12/Rapport-dactivite-Site-internet_1_compressed.pdf)
81. Thermes de Luchon. Sevrage tabagique [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <http://thermes-luchon.fr/produit/sevrage-tabagique-2/>
82. Thalasso Pornic. Cure anti-tabac - Cures santé [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.thalassopornic.com/sejours-thalasso/cures-sante/cure-anti-tabac/>
83. Tabalib. Le centre d'addictologie et de tabacologie Tabalib; Bordeaux [Internet]. Tabalib - Centre d'addictologie Bordeaux. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.tabalib.com/>
84. Code de la santé publique. article R.4127-11 relatif au développement professionnel continu [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code->

[deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu](#)

85. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Res Health*. 1999 ; 23(2) : 86-92.
86. Giesen H. État des lieux de l'évaluation de la motivation au sevrage tabagique par une revue de littérature. Thèse de médecine, Toulouse : Université de Toulouse III ; 2018.
87. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 avr 2008 ; (2) : CD000165.
88. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S et coll. Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004 ; 364 (9438) : 937-52.
89. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. AFSOS. Sevrage tabagique - AFSOS [Internet]. AFSOS. [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/sevrage-tabagique/>
90. Wirth N, Béguinot E, Martinet Y. Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau ? *La revue du praticien*. 2019 ; 69 (6) : 653-7
91. Crevoisier L. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2019.
92. Cliquennois S. Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Thèse de médecine, Dijon : Université de Bourgogne ; 2017.
93. Piardon M. Evaluation des médecins généralistes du Val-de-Marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie. Thèse de médecine, Créteil : Université de Créteil-Paris Val-De-Marne ; 2006.
94. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. mai 2009;28(3):301-23.
95. Hardy P, Deschenau A. La télémédecine en psychiatrie et addictologie : l'heure est au déploiement. *Le courrier des addictions*. sept 2019;(Vol.21, n°3):4-6.
96. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018-2019 [Internet]. Santé publique France. 2020 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-](#)

[rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019](#)

97. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille: vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Thèse de médecine, Grenoble : Université de Grenoble ; 2012.
98. Dimeglio E. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes: enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2018
99. Denepoux-Tailliez J. Comment favoriser la participation des médecins généralistes à la campagne Moi(s) sans tabac 2017 ? : enquête qualitative en focus group auprès de médecins généralistes de Bordeaux Métropole. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
100. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante : enquête qualitative auprès de 20 praticiens de la région. Thèse de médecine, Nice : Université de Nice-Sophia-Antipolis ; 2013.
101. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Inserm. Vulnérabilité des adolescents aux addictions et corrélats neurobiologiques [Internet]. ipubli.inserm. 2014 [consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/Chapitre\\_6.html](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/Chapitre_6.html)
102. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. Santé Publique. 2016;28(2):187-95.
103. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 31 mars 2017;3:CD001292.
104. Fidler JA, Shahab L, West O, et al. 'The Smoking Toolkit Study': A national study of smoking and smoking cessation in England. BMC Public Health. Jun 18 2011;11(1):479.
105. Haute Autorité de santé. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014;562.
106. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. OFDT. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. juin 2013 - OFDT

[Internet]. [consulté le 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2013/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2010-juin-2013/>

107. Razalamahaelo L. Hiérarchisation des facteurs de mobilisations et des freins des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie lors du sevrage tabagique. Étude quantitative auprès des fumeurs majeurs de Nouvelle-Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de bordeaux ; 2021
108. Haute Autorité de Santé HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere](https://www.has-sante.fr/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere)
109. Arielle Fontaine. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients [Internet]. Haute Autorité de Santé. [consulté le 7 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients)

## ANNEXES

### ▪ **Annexe 1 : Questionnaire adressé au médecins traitants**

Travail de thèse  
portant sur  
l'identification des  
freins et des facteurs  
de mobilisation des  
patients fumeurs  
vers un  
accompagnement  
spécialisé en  
tabacologie.

Questionnaire destiné aux médecins  
généralistes installés en Nouvelle Aquitaine

#### 1ère partie : Profil

1. 1. Êtes-vous ?

*Une seule réponse possible.*

Une femme

Un homme

2. 2. Quel âge avez-vous ?

*Une seule réponse possible.*

<30

30-40

40-50

50-60

60-70

>70

3. 3. Quel est votre statut tabagique ?

*Une seule réponse possible.*

- Vous n'avez jamais fumé
- Vous ne fumez plus et ne vapotez pas
- Vous ne fumez plus mais vous vapotez
- Vous fumez et ne vapotez pas
- Vous fumez ET vous vapotez

4. 4. Exercez-vous en milieu ?

*Une seule réponse possible.*

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

5. 5. Êtes-vous installé(e) ?

*Une seule réponse possible.*

- Seul(e)
- Avec d'autres médecins
- Dans une maison de santé pluridisciplinaire



6. 6. Avez-vous une activité mixte (exemple : hospitalière, universitaire, médecine du sport, etc...) ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

7. Si oui, la(es)quelle(s) ?

\_\_\_\_\_

8. 7. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en addictologie ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

9. Si oui, la(es)quelle(s) ?

\_\_\_\_\_

## 2ème partie : Enquête

10. 1. Quels sont selon vous les principaux leviers de réussite d'un sevrage tabagique ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
La motivation du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un accompagnement par un médecin formé en addictologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation de traitements substitutifs validés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La présence d'un entourage aidant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise en place d'activités physiques ou loisirs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation de méthodes alternatives : hypnose, acupuncture, méditation...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une prise en charge sans délai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plait.

12. 2. Qu'est ce qui selon vous peut décourager les médecins généralistes à se lancer dans l'accompagnement du sevrage tabagique des patients fumeurs ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
Caractère chronophage des consultations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque d'intérêt pour la discipline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment d'être incompetent(e) pour la discipline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de rémunération spécifique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de demande du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plaît.

14. 3. Quels sont selon vous les critères pour adresser un patient en tabacologie ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
Echec des tentatives antérieures du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demande du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existence d'une comorbidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existence d'une coaddiction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout patient fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout patient fumeur chez qui un conseil minimal est vain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout patient fumeur après échec d'une tentative de sevrage avec vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucun, c'est un accompagnement que vous réalisez seul le plus souvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plait.

16. 4. Devant une situation parfois compliquée, le recours à une prise en charge spécialisée fait partie intégrante de notre pratique médicale (ex : un diabète déséquilibré en échec thérapeutique justifierait un avis auprès d'un diabétologue) Comment expliquez-vous que cette orientation du patient fumeur, en échec de sevrage, vers un tabacologue ne soit pas systématique alors qu'un fumeur sur deux décède des complications liées au tabac ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
Manque de visibilité des réseaux de tabacologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délais de rendez-vous trop longs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doute sur l'efficacité de la prise en charge tabacologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de volonté du patient malgré vos recommandations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de connaissance sur la gravité du tabagisme du petit fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'y pense pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plaît.

\_\_\_\_\_

**5. Des centres spécialisés dans la lutte contre le tabagisme existent notamment dans les hôpitaux, les associations et les CSAPA.**

18. a) Quel type de patient orienteriez-vous vers ces structures ?

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Tout public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Public précaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient poly-pathologique ou ayant des complications liées au tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Si vous avez répondu "Autres patients", précisez s'il vous plaît.

20. b) Ces prises en charges hospitalières ou associatives sont-elles, selon vous, adaptées aux catégories des patients suivants ?

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Catégorie socio-professionnelle élevée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient avec activité professionnelle intense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient éloigné géographiquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient sans poly-pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient en prévention primaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plaît.

22. c) Si vous avez répondu "non" ou "plutôt non" à au moins une catégorie, où orienteriez-vous ces patients ?

\_\_\_\_\_

23. d) Avez-vous identifié des freins, au sein de ces structures, pour y envoyer des patients ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

24. Si oui, lesquels ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
Les horaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le public accueilli par les services d'addictologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les lieux potentiellement stigmatisants (pôle addictologie au sein de la psychiatrie, CSAPA, CAARUD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les délais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gratuité selon l'adage : « ce qui ne coûte pas ne vaut pas »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plait



6. Si vous deviez adresser vos patients vers une structure spécialisée dans la lutte contre le tabac quelles en seraient les caractéristiques optimales ?

26. a) Avec ou sans rendez-vous ?

*Une seule réponse possible.*

- Sur rendez-vous  
 Sans rendez-vous

27. b) Avec quel délai maximum ?

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 7 jours  
 Entre 7 et 15 jours  
 Entre 15 jours et un mois  
 Entre un et trois mois

28. c) Avec un contrat d'engagement ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

29. d) Prise en charge ?

*Une seule réponse possible.*

- Gratuite  
 Payante

30. e) Quels intervenants souhaiteriez-vous y trouver ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
Psychologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabacologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecins tabacologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diététiciennes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sophrologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnothérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plaît.
32. f) Une offre de séjour court ou week-end pour enclencher le changement vous semble-t-elle pertinente ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

33. 10. Un nouveau centre libéral d'accompagnement et de formation en tabacologie (et addictologie) proposant une prise en charge innovante a ouvert ses portes à Bordeaux en octobre 2020 : TABALIB. Par quels moyens souhaiteriez-vous être informé(e)s de l'existence d'une telle structure ? Parmi les propositions suivantes, choisissez en 3 (et seulement 3) qui vous paraissent les plus importantes et classez ces 3 propositions en leur attribuant la colonne 1, 2 ou 3 selon leur importance (1 étant la plus importante) (exemple : A>2 C>1 D>3 ou B>1 D>2 F>3)

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3
Par une communication grand public (presse, radio, TV...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par une communication spécialisé (presse médicale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par un courrier personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par les réseaux sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par un flyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par l'ordre des médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par un délégué santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par mail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plait.

35. 11. Une formation courte et pratique en tabacologie serait-elle susceptible de vous intéresser ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui en soirées présentielles
- Oui en visio interactive (horaire imposé)
- Oui en e-learning (vidéo à visionner sans horaire imposé)
- Oui en développement professionnel continu (DPC) présentiel sur 1 jour (nouveaux concepts en tabacologie)
- Oui en DPC sur 2 jours (avec plus d'enjeux relationnels et optimisation outil visio)
- Oui en DPC sur 3 jours (avec d'avantages de cas cliniques, retours d'expériences et ouverture vers l'addictologie générale et le changement)
- Oui en formation-expérimentation pour expérimenter moi-même, pendant la formation, les principes de la méthode proposée sur 2 jours aux patients (pour les médecins fumeurs)
- Non, je suis suffisamment formé(e)
- Non, je n'ai pas le temps ou l'envie, je préfère déléguer à un spécialiste
- Autre : \_\_\_\_\_

36. Si vous avez répondu "Autre", précisez s'il vous plait

**Le questionnaire étant fini, il ne me reste plus qu'à vous remercier chaleureusement pour votre participation à ce travail de thèse.**

Bien confraternellement

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## ▪ Annexe 2 : Échelle Q-MAT

### Échelle Q-MAT\* motivation à l'arrêt du tabac

<b>1 - Pensez-vous que dans 6 mois ?</b>	
- Vous fumerez toujours autant ?	0
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
- Vous aurez arrêté de fumer ?	8
<b>2 - Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?</b>	
- Pas du tout	0
- Un peu	1
- Beaucoup	2
- Énormément	3
<b>3 - Pensez-vous que, dans 4 semaines :</b>	
- vous fumerez toujours autant ?	0
- vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
- vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
- vous aurez arrêté de fumer ?	6
<b>4 - Vous arrive t-il de ne pas être content(e) de fumer ?</b>	
- Jamais	0
- Quelquefois	1
- Souvent	2
- Très souvent	3
<b>Total</b>	
<b>/20</b>	
<b>Résultats</b>	
- <b>Score ≤ 6</b> : motivation insuffisante	
- <b>Score entre 7 et 13</b> : motivation moyenne	
- <b>Score &gt; 13</b> : bonne et très bonne motivation	

*L'analyse de la valeur prédictive de ce score sur le succès du sevrage tabagique est en cours.  
Ce guide d'interprétation est donné à titre indicatif et s'appuie sur la seule expérience des experts  
ayant établi et validé cette échelle.*

*\* Echelle élaborée sous l'égide du Dr P. Légeron, du Pr G. Lagrue avec la collaboration d'experts (Dr K. Abdennbi, Dr H.J. Aubin, Dr A. Burgne, Dr P. Dupont, Dr R. Humbert, Dr D. Renon).*

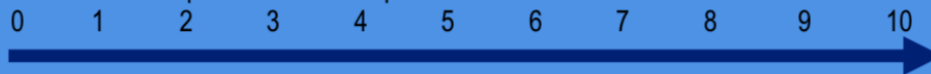
▪ **Annexe 3 : Échelle analogique d'évaluation de la motivation**

**Échelle analogique d'évaluation de la motivation**

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10  
0 signifie : « Ce n'est pas du tout important ».  
10 signifie : « C'est extrêmement important ».

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

## RÉSUMÉ

**Titre** : Étude quantitative auprès des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine  
Identification des freins et des moteurs à l'orientation des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie.

**Contexte** : Malgré les politiques de santé mises en œuvre pour lutter contre le tabagisme, sa prévalence reste un problème majeur de santé publique. Les patients en échec de sevrage tabagique sont rarement dirigés vers un accompagnement spécialisé en tabacologie. L'analyse des freins et des moteurs à cette orientation auprès des médecins généralistes est importante pour mettre en place des structures adaptées à leurs attentes et à celles des patients.

**Méthode** : Étude quantitative prospective observationnelle sous forme d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes. Un questionnaire en ligne a été diffusé via les différents conseils de l'Ordre des Médecins à l'ensemble des médecins généralistes installés dans sept départements de Nouvelle-Aquitaine.

**Résultats** : 116 médecins ont répondu au questionnaire. Le manque de volonté du patient (32,5%), le manque de visibilité des réseaux de tabacologie (32,5%) et les délais de rendez-vous des consultations d'addictologie (22,5%) et sont les 3 freins principaux rapportés par les médecins.

L'existence d'une co-addiction (32,8%), la demande du patient (30,5%) et l'échec des tentatives antérieures (17,9 %) sont les facteurs de mobilisations les plus importants pour justifier le recours à une consultation spécialisée.

**Conclusion** : La création de structure libérale spécialisée dans le sevrage tabagique est susceptible de répondre aux besoins des médecins traitants.

En proposant une prise en charge rapide et pluridisciplinaire, des plages d'ouverture plus grandes, le recours à la téléconsultation et la possibilité d'une offre de soin sur plusieurs jours, elle constitue une alternative intéressante aux centres existants.