



HAL
open science

Hiérarchisation des freins et leviers des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie : enquête quantitative observationnelle auprès de fumeurs majeurs de Gironde

Lalatiana Ralazamahaleo

► To cite this version:

Lalatiana Ralazamahaleo. Hiérarchisation des freins et leviers des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie : enquête quantitative observationnelle auprès de fumeurs majeurs de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03340754

HAL Id: dumas-03340754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03340754>

Submitted on 10 Sep 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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°83

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par RALAZAMAHLEO LALATIANA

Né le 01/04/1987 BRUGES

Le 2 JUIN 2021

Hierarchisation des freins et leviers des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie.

Enquête quantitative observationnelle auprès de fumeurs majeurs de
Gironde

Sous la direction du Docteur Géraldine VANDERSNICKT

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Président
Juge et Rapporteur
Juge

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
CONTEXTE.....	15
1. Épidémiologie	16
2. Rappel et chronologie des principales mesures de lutte contre le tabagisme	19
2.1 Les principales lois	20
2.2 Les politiques de santé.....	23
3. Focus sur trois pays : l'Irlande, la Suède et l'Australie	29
3.1 L'Irlande.....	29
3.2 La Suède.....	30
3.3 L'Australie.....	33
4. Structure d'accompagnement des fumeurs en 2021 : états des lieux.....	36
4.1 La lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.....	37
4.2 Les structures de prise en charge en ville	40
4.2.1 Les cabinets de médecine générale et de soins de premier recours	40
4.2.2 La proposition de soins ambulatoires par des établissements de santé.....	42
4.2.3 Le partenariat ville-hôpital en Gironde	42
4.3 Les réseaux de coordination régionale	44
4.3.1 La fédération COREADD	45
4.3.2 Les associations	46
4.3.3 Autres exemples de coordination entre soins premiers et soins spécialisés	47
4.4 Les centres d'accompagnement libéraux spécialisés en tabacologie	48
4.5 Focus sur le centre Tabalib	49
5. Justification de l'étude et question de recherche	51
5.1 Objectif principal	51
5.2 Objectif secondaire.....	51
MATERIELS ET METHODES.....	52
1. Choix de la méthode	53
2. Aspects réglementaires et éthiques	53
3. La population étudiée.....	53
4. Recrutement des patients	54
5. Le questionnaire	55
6. Traitement des résultats	56

RESULTATS	57
1. Caractéristiques des participants	57
1.1 Le genre	57
1.2 L'âge des participants.....	57
1.3 Antécédents médicaux des participants.....	58
1.4 Arrêt du tabac	59
1.4.1 Intention d'arrêt du tabac des participants	59
1.4.2 Abord du tabac en consultation.....	59
1.4.3 Abord du tabac en consultation lors des 12 derniers mois	60
1.4.4 Proposition de prise en charge du médecin généraliste après l'échange au sujet du tabac (question 7).....	61
1.4.5 Concernant leur(s) tentative(s) d'arrêt antérieure(s)	62
1.4.6 Les freins à la sollicitation d'aide lors des précédentes tentatives de sevrage (question 12)	64
2. Identification et hiérarchisation des freins et leviers à l'arrêt du tabac	65
2.1 Les trois principaux leviers	65
2.2 Les trois principaux freins	67
3. Evaluation de la prise en charge des professionnels de santé sollicités.....	68
3.1 Les professionnels consultés	68
3.2 Evaluation de la prise en charge	69
3.3 Les points positifs de la prise en charge	71
3.4 Les leviers attendus par les patients dans la prise en charge	72
4. Les leviers de la mobilisation vers le soin en tabacologie	73
4.1 Pour l'ensemble de l'échantillon	73
4.2 Pour les patients ayant sollicité de l'aide	74
4.3 Pour les patients n'ayant pas sollicité d'aide et n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt	76
5. Concernant les attentes des patients pour une structure d'accompagnement du sevrage	77
5.1 Cadre de la prise en charge.....	77
5.2 Leviers de mobilisation vers un centre de tabacologie.....	78
5.3 Prise en charge de la partie non médicale des soins	79
DISCUSSION	80
1. Limites et forces de l'étude.....	80
1.1 Limites de l'étude	80
1.2 Force de l'étude.....	82
2. Principaux résultats	82
2.1 Intention d'arrêt des patients	82
2.1.1 Les freins à l'arrêt du tabac.....	82

2.1.2	Les leviers mobilisables de l'arrêt du tabac	83
2.2	Abord du tabagisme en consultation et demande d'aide.....	85
2.3	Retour d'expériences sur les tentatives de sevrage précédentes	88
2.3.1	Les professionnels consultés	89
2.3.2	Evaluation de la prise en charge des professionnels	90
2.4	Les conditions idéales d'arrêt du tabac	91
2.4.1	Les principaux leviers de mobilisation vers le soin en tabacologie	91
2.4.2	Le centre de tabacologie idéal.....	93
2.4.3	Le cadre idéal de prise en charge	95
2.4.4	Prise en charge de la partie non médicale des soins.....	95
3.	Perspectives.....	96
4.	Le centre Tabalib	97
	CONCLUSION.....	98
	BIBLIOGRAPHIE.....	99
	ANNEXES.....	110
	RESUME.....	124

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur ALLA, président du jury. Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH. Vous avez accepté de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Madame le docteur Géraldine VANDERSNICKT, directrice de thèse. Merci de m'avoir épaulé tout au long de ce travail. Merci de votre disponibilité et de vos conseils.

A mon Père le docteur Dédé RALAZAMAHALEO, merci pour ta passion de la médecine et ton dévouement pour tes patients qui m'ont guidé depuis longtemps vers cette vocation.

Tu es parti trop tôt mais j'ai espoir que tu puisses juger mon travail d'un autre monde, il t'est dédié, en espérant qu'il empêche d'autres pères de quitter ce monde prématurément. Avec tout mon amour.

A mes grands-parents RALAZAMAHALEO Marofotsy Joseph, RAMANDRAIBE
Marcelline ;

A RASEHENO Victoire, sans qui je ne serai pas là.

A ma tante Jacqueline AUGUSTE.

A mon illustre arrière-grand-père RABEZAVANA et à tous nos disparus, puissiez-vous
reposer en paix.

A ma mère Claudine AUGUSTE, merci de la force que tu m'apportes et de l'amour que tu me donnes. Ton parcours, de la vente de mouchoirs dans les marchés de Tananarive à la thèse de ton fils, reste pour moi le plus incroyable des récits. Tu as toujours su te relever malgré toutes les épreuves difficiles que tu as dû affronter. Ta détermination restera à jamais inscrite en moi. Merci pour tout, avec tout mon amour.

A ma grande sœur le docteur Vero RANDRIANARISOA, merci de ton soutien et ta présence dans ma vie. Tu as aussi eu un parcours incroyable, merci d'avoir été l'ainée, celle qui ouvre la voie pour les autres, et a permis que j'aie des parents plus cools ! J'aimerais tant que tu reviennes à Bordeaux pour partager plus de choses avec toi. Tu tiens une place centrale dans ma vie, ta force de caractère m'aide chaque jour à affirmer le mien. Avec tout mon amour.

Au Docteur Mamy RALAZAMAHALEO, ma sœur. Tu es un de mes repères dans cette vie. Parfois, les mots ne sont pas nécessaires pour se comprendre (mais c'est quand même utile !). Tu as toi aussi connu des événements de vie très difficiles et aujourd'hui tu es un roc, une maman géniale ainsi qu'une sœur et une tatie en or. Merci pour tout. Avec tout mon amour.

A Gillou mon (beau) frère. Il est loin le temps où tu te cachais derrière ma sœur parce que tu avais peur de moi alors que je n'avais que cinq ans. Merci de m'avoir laissé gagner à FIFA pendant toute ma vie. Merci pour ton soutien, ta fiabilité et ta présence indéfectible toutes ces années.

A mon beau-frère Andry. Merci pour la joie que tu as apportée dans le cœur de Mamy, dans les nôtres aussi. Merci pour la douceur et la gentillesse incroyable que tu nous portes au quotidien. Je suis désolé d'avoir perdu les baskets que tu m'avais offert pour me corrompre lorsque tu essayais de séduire ma sœur !

A Axel, Inès, Gael et Noé, vous êtes les amours de votre vieil oncle, merci pour tous ces beaux sourires et votre affection sans limite pour moi, je vous porte chaque jour dans mon cœur.

A la famille RASEHENO, ma tante Liliane, mes cousins et cousines, neveux et nièces, merci pour votre présence. A mes tantes Aurore et Priscillia, mes oncles Hugues et Lucas.

A la famille RALAZAMAHALEO, à mes oncles docteur Toto et docteur Joujou, à mes cousins et cousines.

A la famille de France et à ceux restés à Mada.

A ma belle-famille, avec toute mon affection.

A Kiki et Manon, merci pour votre soutien et votre présence.

A Baby, Mummy, Duchesse, Frot, Toule, Dudy, Tin Wallace le King, Mitch Delalande, Péni, Burst, Dimon Paz, LaBrud, Lato, Minou, Double Tang, Gougou, Soso, Koji, Patpat, Segobitch, Oliv, Popo, Bruni, Jujuge, Juliette, Clara, Sophie et Mourthe. Ma meute, ma seconde famille. Nos aventures sont gravées à jamais dans ma mémoire. Que de plaisirs partagés avec vous, merci pour tout.

A mes co-internes de VSL : ces 6 mois en famille ont été parmi les meilleurs de mon cursus. Merci pour ces moments incroyables. Une pensée émue pour Labrousse et Fatna.

A ma Lantus, Arnaud de Bazin, fidèle compagnon dans 5 des – 6 semestres de cet internat. Merci pour tous ces fous rires, ton soutien lors des périodes de doute. J'espère que nos travaux sur la Bilitransfusion de De Ralazin seront un jour reconnus à leur juste valeur.

A Baza, à ce lien si cher à mon cœur. « Noali djenoba e » comme on dit chez nous.

A P-A Schteuglain, pour tous ces fous rires, tous ces moments partagés, pour ces Van-Houten que les rires ont projeté sur les murs de ta cuisine (Pardon Monique). Merci pour tout Samantha.

A Alban et G, à mes amis du lycées St Genès.

A ma fille Ellie... Tu me combles de bonheur depuis deux mois, je n'ai pas de mots assez forts pour décrire l'amour que j'ai pour toi. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien, tu es une de mes raisons de vivre et ma plus grande réussite. Peu importe la voie que tu choisiras, je serai toujours fier d'être ton père et fier de toi. Je t'aime.

A ma femme Rachel... Tu as bouleversé ma vie, m'as permis de me transformer, d'être fier de moi. Tu es d'un soutien sans faille, la meilleure partenaire de vie qu'il soit. Je suis un homme meilleur depuis que tu es dans ma vie. Merci pour ton aide précieuse dans ce travail et pour le reste, merci d'être ce que tu es, je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADDICLIM : Réseau de santé ville hôpital en addictologie

AGIR 33 Aquitaine : Réseau Addiction Gironde

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARIA : Association Ressources et Initiatives Addictions

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CEID Addictions : Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREADD-NA : COordination Régionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DMMO : désensibilisation par les mouvements oculaires

DSP : Délégué Santé Prévention

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

L.A.S.T : Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TIS : Tabac Info Service

TNS : Traitements Substitutifs Nicotiques

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 Bertrand 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 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% 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).

Cette sollicitation d'aide semble pourtant être une des clés de la réussite du sevrage.

Dans le cadre de notre étude nous avons souhaité référencer et hiérarchiser les freins et les leviers identifiés par les patients pour solliciter une aide dans leur sevrage tabagique, afin de mettre en évidence des solutions permettant de contourner les obstacles les plus bloquants pour les patients 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 huit millions de morts chaque année. Parmi ces huit millions, plus de 7 millions d'entre eux sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et environ 1,2 million, 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).

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

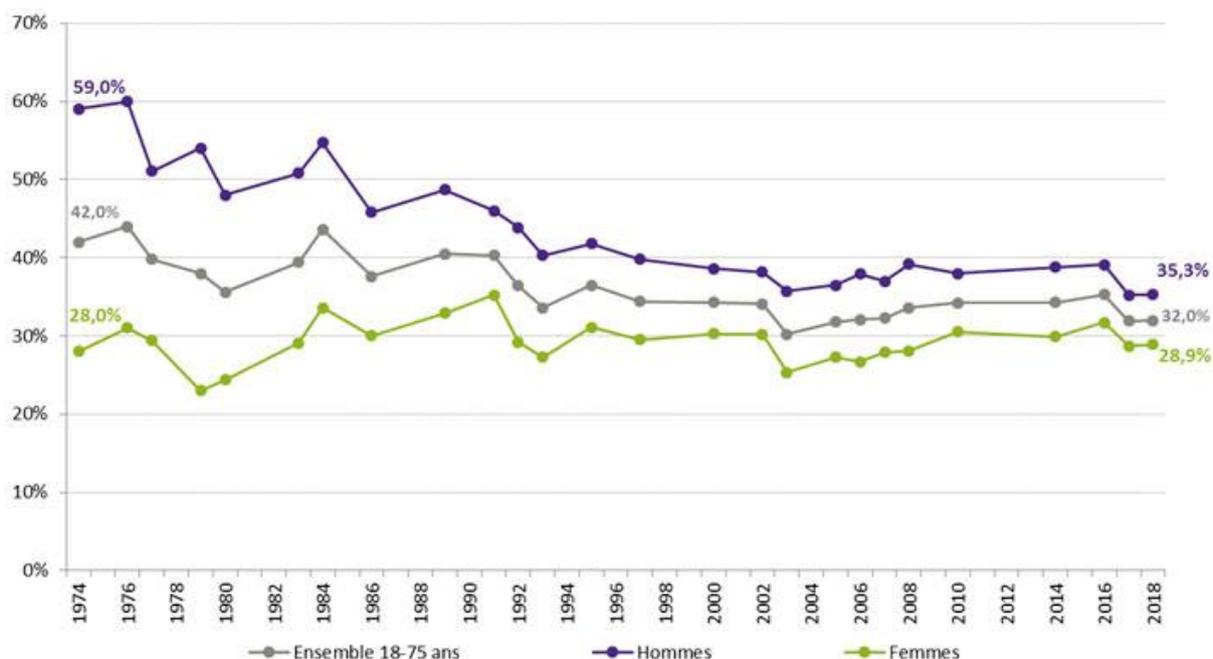
	Fumeurs %	Fumeurs quotidiens %
2014	34,3	28,5
2018	32,0	25,4
2019	30,4	24,0
Évolution 2018-2019	NS	NS
Évolution 2014-2019	<0,001	<0,001

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

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 :

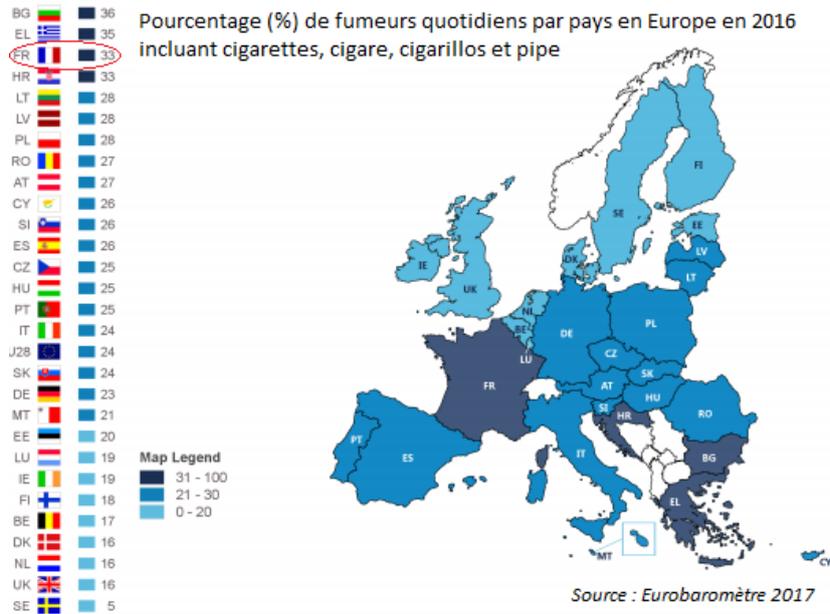
- 82% des décès dus aux cancers broncho-pulmonaires
- 68% des décès dus aux cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)
- 64% des décès dus aux maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
- 32% des décès dus aux cancers de la vessie
- 27% des décès dus au cancer du foie
- 24% des 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 coûtait environ 120 milliards d'euro par an (13).

En 2012, on estimait que le coût 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 2017 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^{er} 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 Weil 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 communs (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.

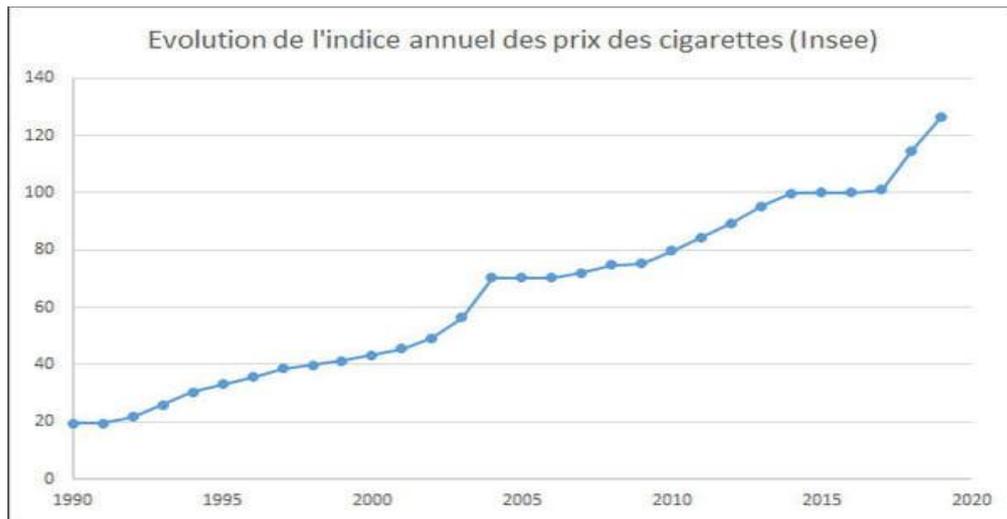
Une seule et même couleur est autorisée quelque-soit la marque, et les éléments dissuasifs déjà présents sur le paquet sont renforcés. Ils passent de 40% à 65%.

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^{ème} 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.

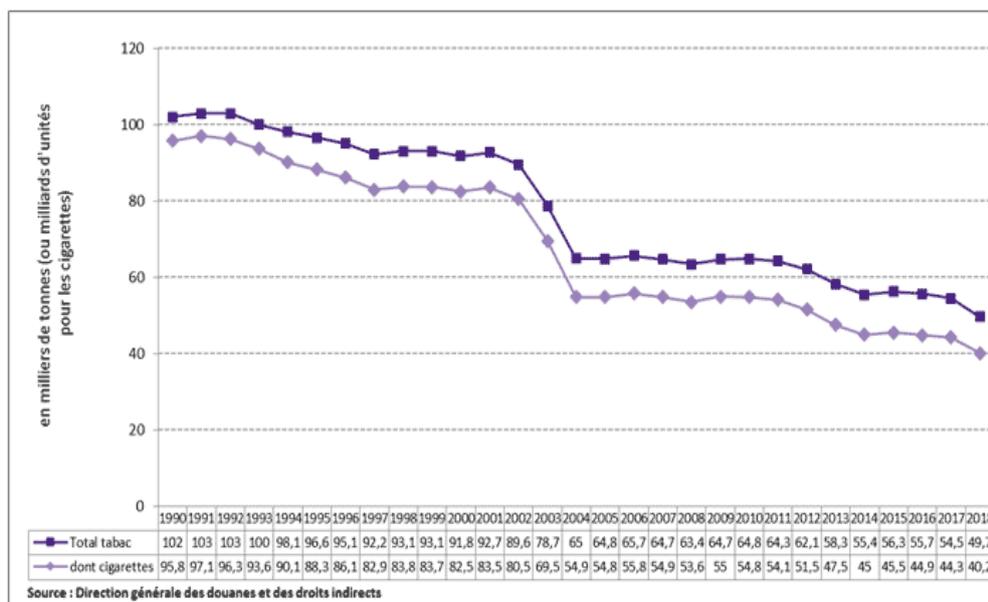
Ce plan cancer initié par le ministre de la santé de l'époque, Jean-François MATTEI présente 9 mesures (sur 70) destinées exclusivement à la lutte contre le tabac (26). Ces grands axes sont :

- 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 dans la lutte contre le tabac 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 :

- 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 des 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 (CF plus haut) 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 « *D'ici 2032, que 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 nicotiques (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.

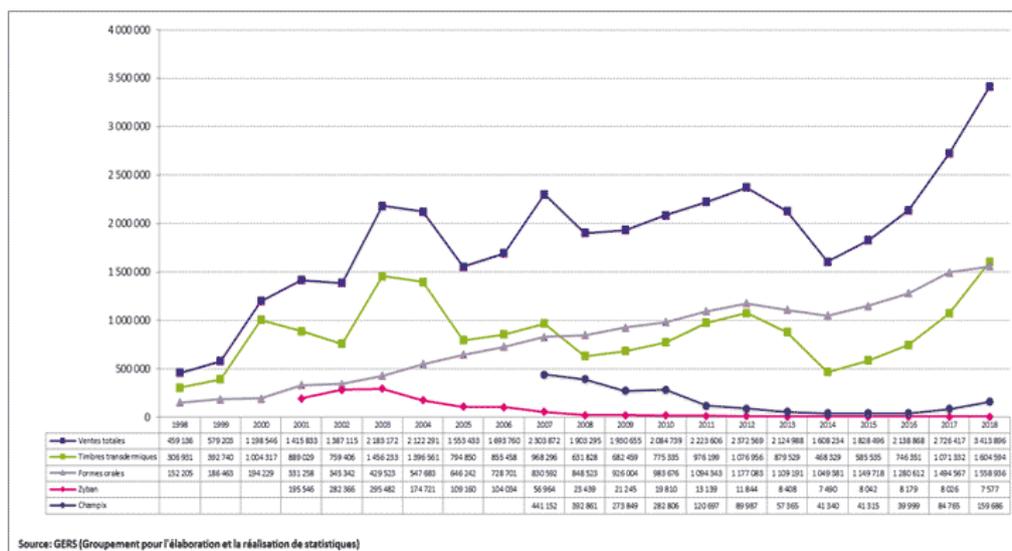
A partir du 1^{er} février 2007, les TNS (gommes, patches, pastilles, etc...) sont remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 50 euros par an et par bénéficiaire puis à hauteur 150 euros pour les femmes enceintes au 1^{er} septembre 2011.

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^{er} 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^{er} 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 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, cafés, 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 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 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).

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.

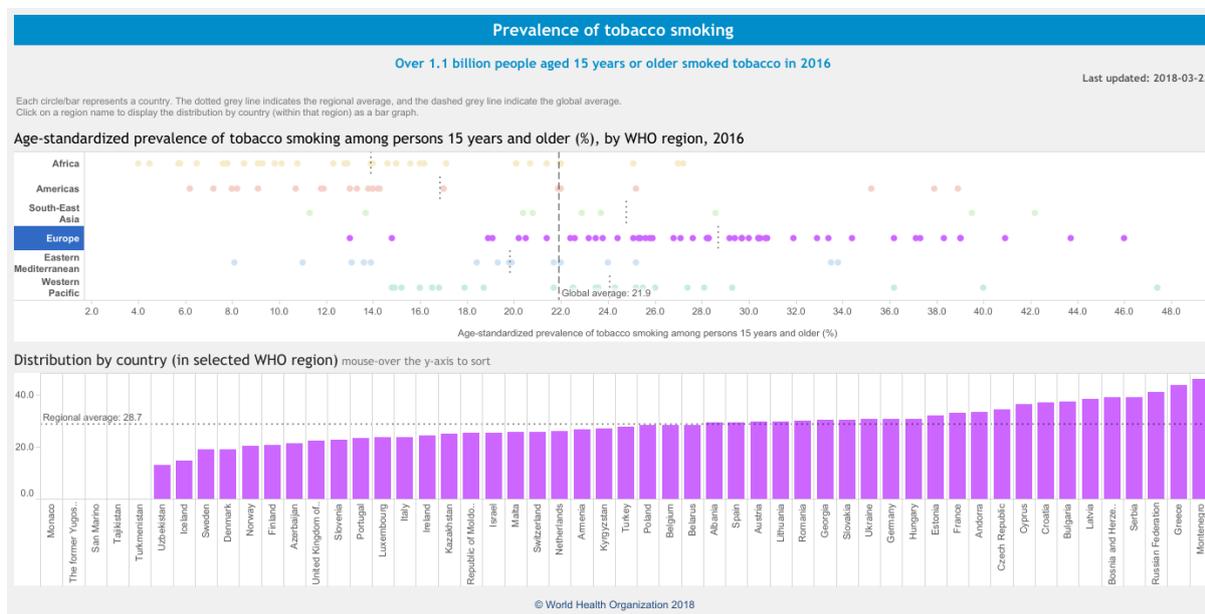
A noter que son voisin Ecossais est allé encore plus loin en 2016 en interdisant aux adultes de fumer dans leur voiture en présence d'enfants mineurs.

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 : Prevalence of tobacco smoking (42)



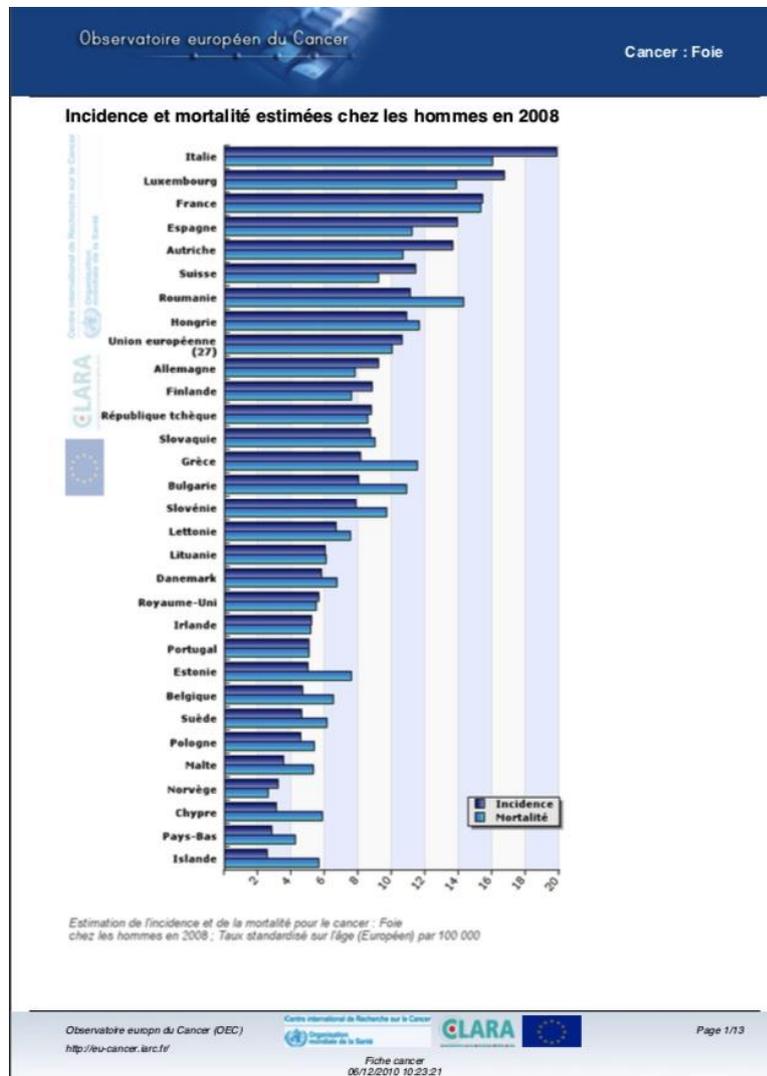
La Suède au même titre que les pays européens a interdit la consommation de tabac dans les lieux publics. Elle est cependant allée plus loin dans cette démarche en interdisant de fumer dans les lieux publics extérieurs tels que quais extérieurs, abribus, stations de taxi, marchés, terrains de jeux, sorties 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 Polyclinique 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).

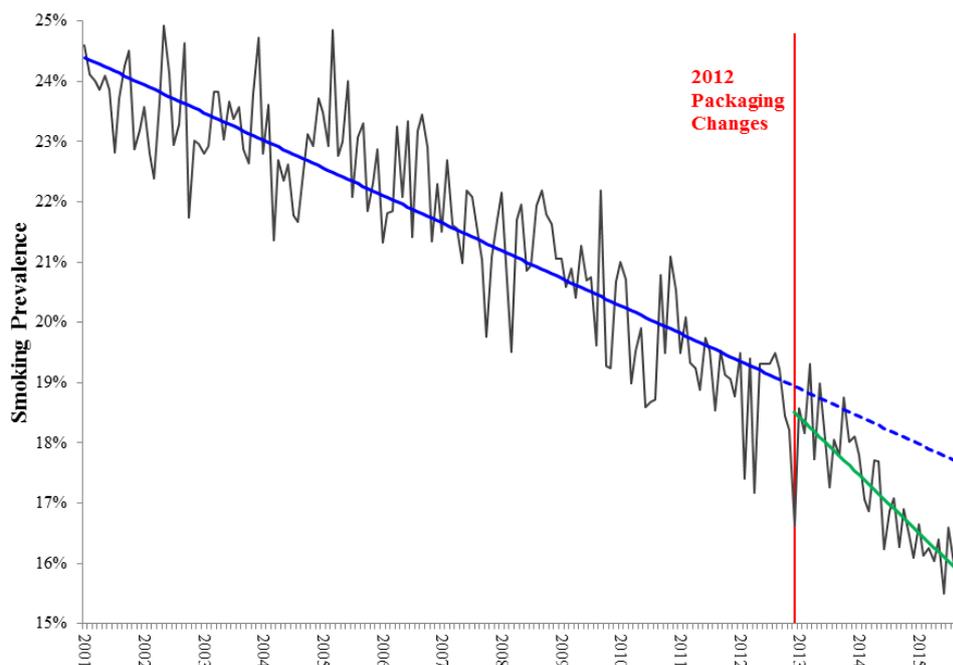
3.3 L'Australie

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).

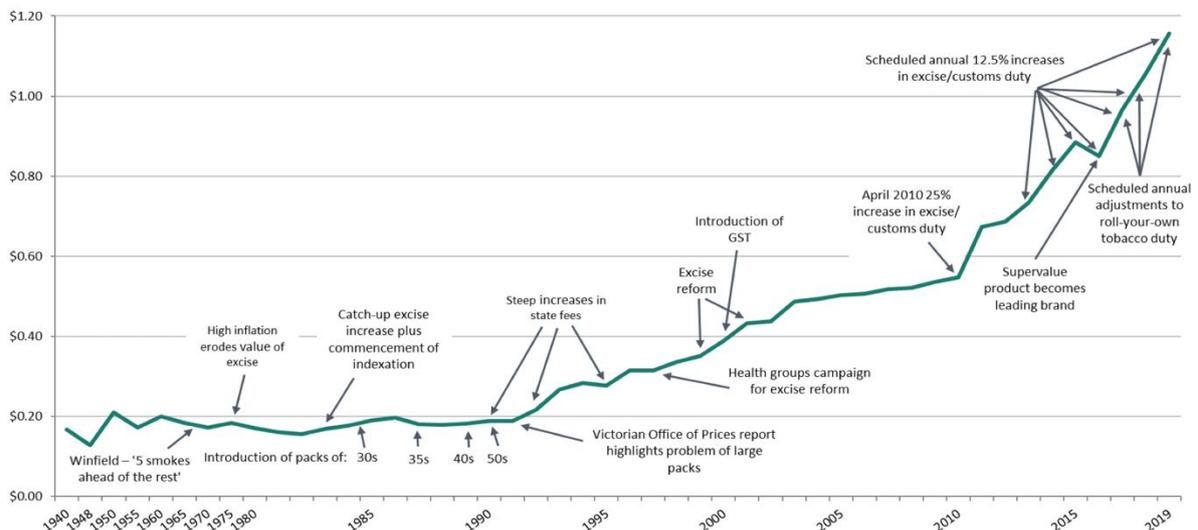
Figure 10 : Overall Monthly Smoking Prevalence (January 2001 to September 2015) (49)



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 réalisée s'est intéressée pendant trois ans (2016-2017-2018) à la vente de cigarettes de 32 magasins situés au sein de la communauté aborigène 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).

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

Year	Male	Female	Total
% différence 1995–2019	-15	-12	-14
1995	29	24	27

Year	Male	Female	Total
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%

* 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 personnes handicapés publie 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 ce 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 de la conférence de consensus de 1998 relative à l'arrêt de la consommation du tabac (58) :

- 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 comorbidités 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'abord 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 trois sites.

Il se compose de l'unité de tabacologie sous la responsabilité du Pr Raheison et d'un service d'addictologie comprenant trois 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 Equipe (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 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 de 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 terme, 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.

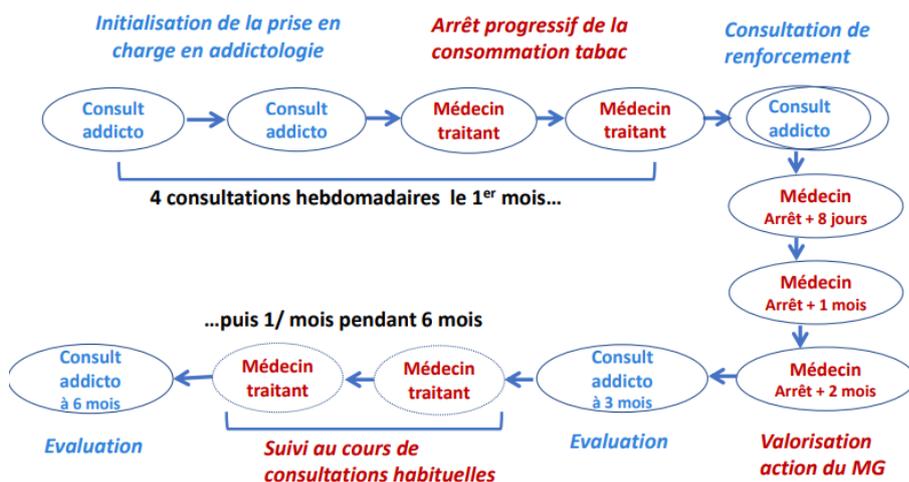
L'idée a été proposée par le Dr Lajzerowicz en 2017 (69). Médecin tabacologue à l'hôpital du Bouscat en Gironde, elle a constaté des difficultés de prise en charge spécialisée de patients complexes et/ou urgents (en attente de chirurgie, grossesses, etc...) et un accroissement des demandes d'arrêt résultant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

- Explosion du nombre de maladies chroniques ;
- Augmentation du nombre de demandes des spécialistes (chirurgiens, oncologues, 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 trois 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 (L.A.S.T.) (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 à l'exemple de l'annuaire Addictoclic (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 par 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 (ancien ANPAA) (79) 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.

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.

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 sevrage.

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-comportementale.

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.

4.5 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 VANDERSNICKT, 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 détaillée ci-dessous.

L'activité du centre se divise entre la 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.

La prise en soin des bénéficiaires s'articule principalement autour de 4 axes :

- 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 Starter* » ou « *Booster* » de 2 jours, précédé d'une préconsultation 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, paramédical, thérapies intégratives 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, remise en beauté.

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 pour 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 est un organisme de Développement Professionnel Continu et propose des formations permettant l'actualisation et la mise à jour des connaissances et des compétences des soignants et de faire évoluer leurs regards et représentations sur les addictions.

5. Justification de l'étude et question de recherche

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. » C'est d'ailleurs la devise que met en avant le Dispositif LAST (cf 4.3.1).

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).

Notre question de recherche est donc :

Parmi ceux qui ont été identifiés chez les patients fumeurs, quels sont les leviers plus susceptibles de les mobiliser vers un accompagnement professionnel à l'arrêt du tabac ?

5.1 Objectif principal

Au sein d'un groupe de fumeurs, identifier et hiérarchiser les freins et les leviers de la mobilisation vers la prise en charge d'un sevrage tabagique par un professionnel formé dans le but d'augmenter leurs chances de réussite.

5.2 Objectif secondaire

Déterminer si la structure TABALIB, proposant un nouveau mode d'accompagnement libéral dédié à la tabacologie, est susceptible de mettre en œuvre les leviers les plus pertinents.

MATERIELS ET METHODES

1. Choix de la méthode

Une étude observationnelle descriptive quantitative a été menée sous la forme d'une enquête afin de répondre aux objectifs de recherche.

Une étude quantitative est souvent précédée d'une ou plusieurs études qualitatives. Elles sont en effet complémentaires et n'ont pas le même objectif. L'étude qualitative met en avant les comportements et opinions de certains consommateurs, alors que l'étude quantitative mesure la quantité de consommateurs qui ont un certain comportement, ce qui nous apporte une idée concrète de la pensée générale.

Nous pensions initialement à faire une étude qualitative mais lors des recherches bibliographiques, nous nous sommes rendu compte de l'existence de données récentes sur le sujet. De plus, le contexte sanitaire lié à la crise de la COVID a rendu difficile la réalisation d'entretiens semi-dirigés ou de focus group. C'est pour la même raison que nous avons opté pour un questionnaire en ligne, accessible sur les smartphones de chacun.

Un avis auprès du Pr Salamon, de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement a également été pris afin de valider la méthodologie de l'étude.

Nous avons donc choisi de réaliser une étude quantitative afin d'observer et analyser les comportements et opinions des consommateurs de tabac de Gironde.

L'étude consistait en un auto-questionnaire fait sur Google Form®, disponible sur internet, accessible via un QR code et destiné à l'ensemble des patients fumeurs majeurs venant consulter un médecin généraliste pour tout type de motif.

2. Aspects réglementaires et éthiques

S'agissant d'une enquête d'opinion non interventionnelle, et, les données étant totalement anonymisées, il n'a pas été nécessaire de déposer le projet auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) ou de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

3. La population étudiée

La population cible était constituée des fumeurs majeurs, quotidiens ou occasionnels, de Gironde consultant un médecin généraliste quel que soit le motif de consultation. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

4. Recrutement des patients

Afin de diffuser le questionnaire, nous avons contacté par mail des cabinets de médecine générale de groupe de Gironde, contenant au moins 3 praticiens généralistes afin de potentialiser le nombre de patients cibles.

Nous avons choisi délibérément de contacter des praticiens dans des zones urbaines (Bordeaux, Pessac, Mérignac, Cenon), rurales (Coutras, Saint-Savin de Blaye Saint-Christoly de Blaye, Saint-André de Cubzac) et semi-rurales (Libourne, Marcheprime, Saucats) de Gironde pour obtenir une diversité dans la provenance des participants. Nous avons utilisé, pour cela, la mailing-list des remplaçants de Nouvelle-Aquitaine, recensant plus de trois cents cabinets de Nouvelle-Aquitaine. Nous avons privilégié les adresses mél indiquant qu'il s'agissait de cabinet de groupe et les avons appelés.

Nous avons choisi de ne pas passer par le conseil de l'ordre pour nous affranchir de la contrainte de temps et avons préféré contacter nous-même les cabinets pour personnaliser notre demande.

Lors de ce contact téléphonique, nous avons demandé de joindre un des médecins du cabinet. Lorsque cela a été possible, une description brève de l'étude et de ses objectifs leurs étaient présentée. Cas échéant, nous nous sommes entretenus seulement avec les secrétaires médicales qui, après accord des médecins, acceptaient de recevoir un mail explicatif.

Il leur était ensuite proposé par mail une affiche contenant un QR code à poser dans leur salle d'attente :



Figure 13 Affiche de diffusion du questionnaire

Dix-huit cabinets ont ainsi accepté de participer à l'étude. Il leur a alors été demandé de sensibiliser les patients fumeurs à la réalisation du questionnaire.

5. Le questionnaire

Nous avons élaboré le questionnaire, validé par notre directrice de thèse. Il a été établi en se basant sur des thèmes dégagés dans les travaux qualitatifs menés par P. Brousse et A. Bonnay-Hamon (7), de ceux d'A. Lauvaux (6) et des recommandations HAS de 2014 (85).

Il nous a paru intéressant de quantifier ces réponses par l'intermédiaire de ce questionnaire. Il a été rédigé sur Google Form®.

Sa réalisation était précédée d'un court argumentaire sur notre travail :

« Le tabac tue jusqu'à la moitié de ceux qui en consomment » soit plus de 8 millions de personnes chaque année dans le monde.

En entamant la démarche de sevrage 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. »

Dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale anonyme et non rémunéré, nous vous soumettons ce questionnaire rapide. L'objectif de ce travail est de hiérarchiser les leviers et les freins de la mobilisation des patients vers le soin en tabacologie.

Merci du temps que vous y consacrerez. »

Il comprenait entre 15 et 18 questions, les scénarios différaient en fonction du choix des items. Les questions étaient majoritairement à réponses fermées pour permettre une rapidité de réponse et d'exploitation de données.

Il se décomposait en trois parties (annexe 1) :

- La première partie recueillait le profil du patient : l'âge, le sexe, les antécédents médicaux et sur l'abord du tabagisme avec le médecin généraliste
- Une seconde partie divisée en deux volets :
 - o Pour recueillir les retours des patients ayant déjà fait une tentative d'arrêt et ayant sollicité de l'aide,
 - o Pour recueillir le retour des patients ayant déjà fait une tentative d'arrêt sans avoir sollicité d'aide.
- Une troisième partie concernant les freins et leviers à l'arrêt du tabac et à la mobilisation vers le soin en tabacologie,
- Une quatrième partie recueillant les attentes des patients au sujet de l'ouverture.

Le questionnaire était disponible en ligne du 25 mars 2021 au 6 avril 2021.

6. Traitement des résultats

Les données ont été entrées sous tableur Excel®. L'exploitation de ces données s'est faite grâce à Google Form®.

Pour ce faire, nous avons analysé chaque résultat indépendamment des autres afin d'établir des pourcentages descriptifs.

Si la majorité du questionnaire était à réponses fermées, certaines questions étaient ouvertes : la question 18 et les items « Autres ». Cette question concernait le règlement de la part non médicale des soins. Nous souhaitons en effet que les individus puissent s'exprimer librement sur ce sujet.

Pour ces questions, nous avons décidé de retranscrire les réponses à l'identique, après correction d'éventuelles fautes (orthographe, abréviation, ponctuation) et de les regrouper manuellement dans des catégories homogènes permettant de dégager des thèmes.

RESULTATS

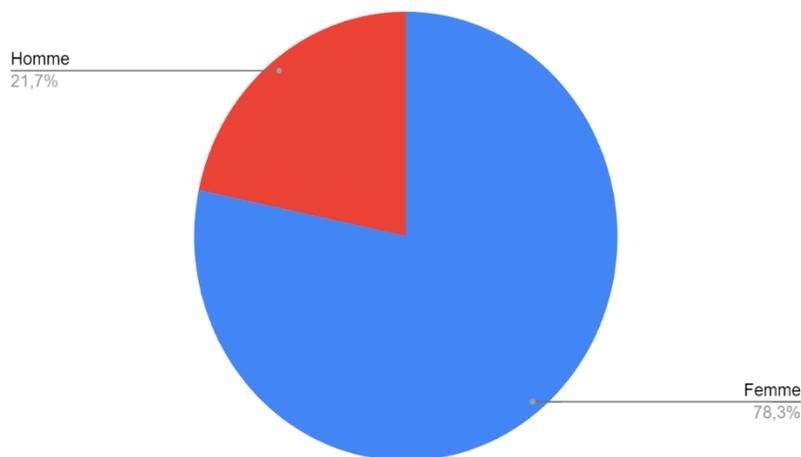
175 patients ont répondu à l'enquête. Le questionnaire est située en annexe de ce travail.

1. Caractéristiques des participants

1.1 Le genre

137 femmes (78,3%) et 38 hommes (21,7%) ont répondu au questionnaire.

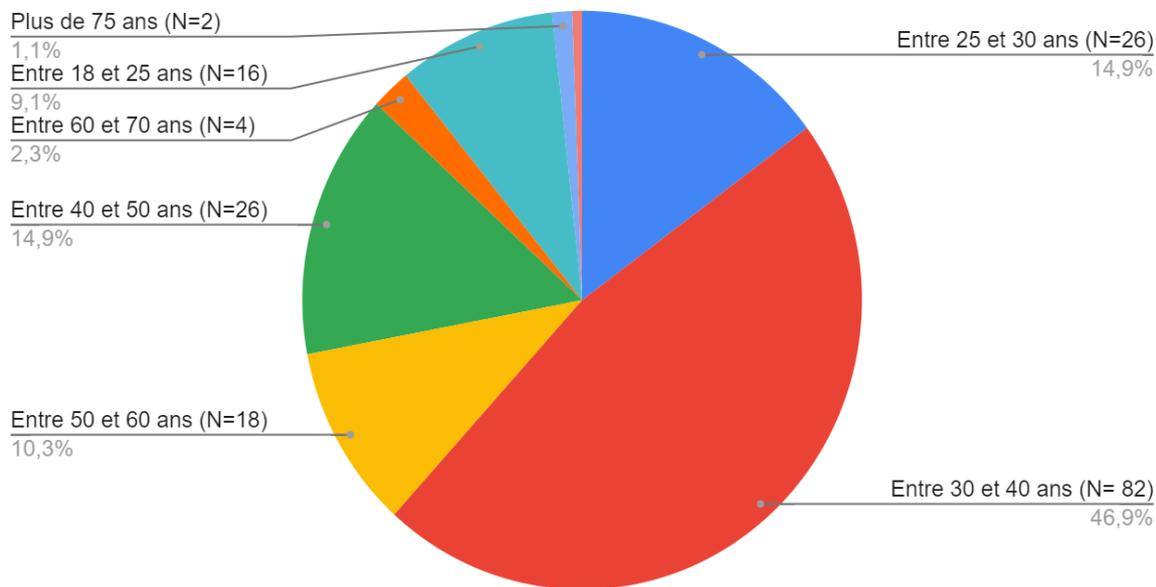
Figure 14 : Répartition des effectifs en fonction du genre (question 1)



1.2 L'âge des participants

On note une prédominance de la tranche 30 à 40 ans (N= 82 soit 46,9%). Les participants de plus de 60 ans est très peu représentés (N= 7 soit 4,0%). Il n'est pas possible de préciser la moyenne d'âge, les réponses étant données en tranches d'âge.

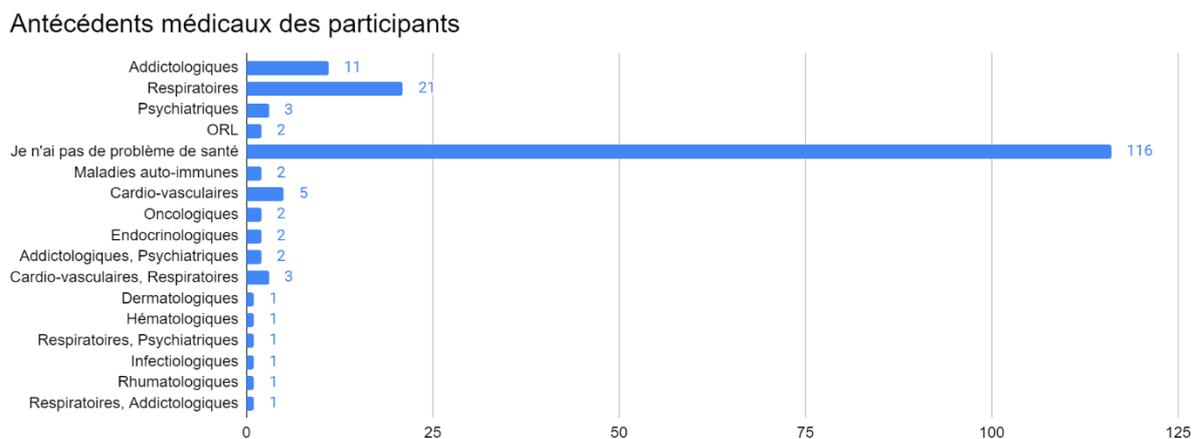
Figure 15 : Répartition des effectifs en fonction de l'âge des participants, 175 réponses ; (question 2)



1.3 Antécédents médicaux des participants

La majorité des 175 patients déclarait ne pas avoir d'antécédents médicaux (N=116 soit 66,3%). Les pathologies spécifiées dans « Autre » ont été regroupées par disciplines. Seuls 11 participants déclaraient avoir des antécédents addictologiques.

Figure 16 Antécédents médicaux des participants (question 3)



1.4 Arrêt du tabac

1.4.1 Intention d'arrêt du tabac des participants

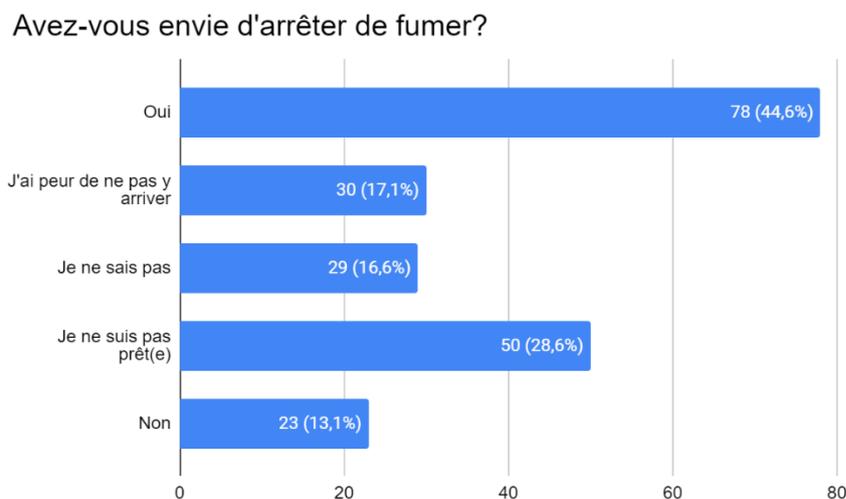
44,6% des 175 patients interrogés souhaitent arrêter de fumer (question 4). Cette question était à choix multiples, ce qui explique le nombre de réponse supérieur au nombre de participants. 8 participants ont répondu « oui » mais avaient peur de ne pas y arriver. 9 ont répondu « oui » mais avaient peur de ne pas être prêts.

2 participants ont choisi la catégorie « autre », ces réponses ont été replacées dans la catégorie « non » :

- « Je suis capable de ne pas fumer du tout pendant des semaines mais en communauté s'il y a des fumeurs je fume » ;
- « Je souhaite diminuer ».

13,1% des interrogés déclaraient ne pas avoir envie d'arrêter.

Figure 17 Intention d'arrêt

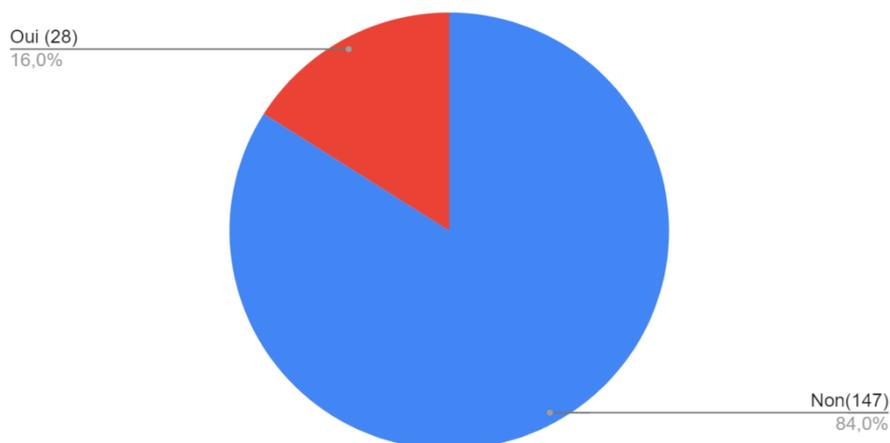


1.4.2 Abord du tabac en consultation

84 % des 175 patients interrogés n'avaient pas prévu de parler du tabac au médecin généraliste le jour de la consultation (question 5).

Figure 18 Abord du tabac en consultation

Aviez-vous prévu de parler du tabac à votre médecin généraliste aujourd'hui ?

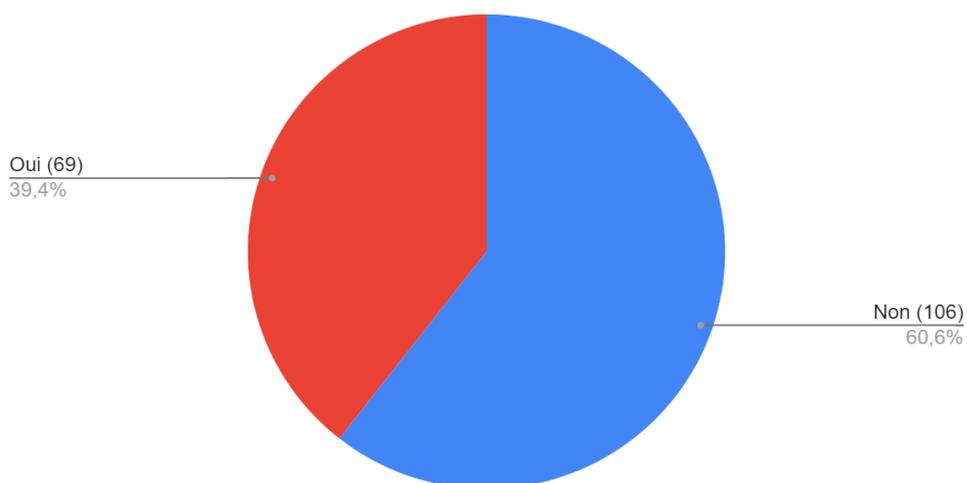


1.4.3 Abord du tabac en consultation lors des 12 derniers mois

60,6% des patients interrogés n'ont pas abordé le sujet du tabac avec leur médecin généraliste lors des 12 derniers mois (question 6).

Figure 19 Abord du tabac en consultation au cours des 12 derniers mois

Avez-vous échangé au sujet de votre tabagisme avec votre médecin généraliste au cours des 12 derniers mois?



1.4.4 Proposition de prise en charge du médecin généraliste après l'échange au sujet du tabac (question 7)

Seuls les patients ayant échangé au sujet du tabac au cours des 12 derniers mois pouvaient répondre à cette question. Sur les 69 personnes interrogées 46,3% se sont vu proposer un traitement.

Les médecins de 18,8% des interrogés ont proposé d'en reparler plus tard.

Parmi les patients interrogés, 14,5% ne se sont rien vus proposer et 5,8%, soit 4 patients, ont été orientés vers un tabacologue.

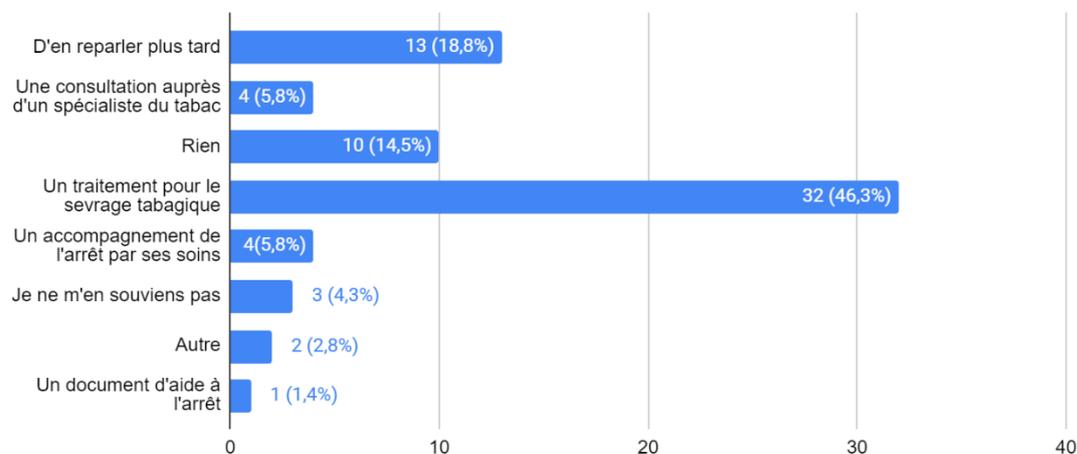
Un seul patient s'est vu proposé un document d'aide à l'arrêt.

Les deux patients ont répondu « Autre », en précisant :

- « Du sport »
- « Diminuer »

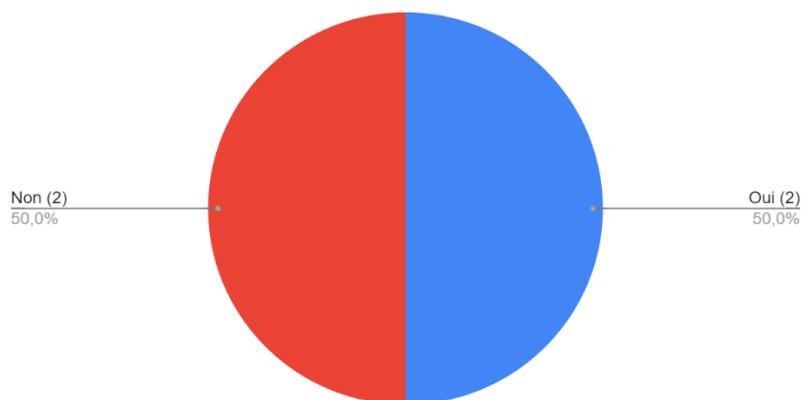
Figure 21 Proposition de prise en charge après l'échange au sujet du tabac, 69 réponses

Proposition de prise en charge par le médecin généraliste après l'échange au sujet du tabac (69 réponses)



Sur les 4 patients orientés vers un tabacologue, 2 patients sont allés le/la consulter (question 8) :

Figure 22 « L'avez-vous consulté ? » ; nombre de patients ayant consulté le tabacologue



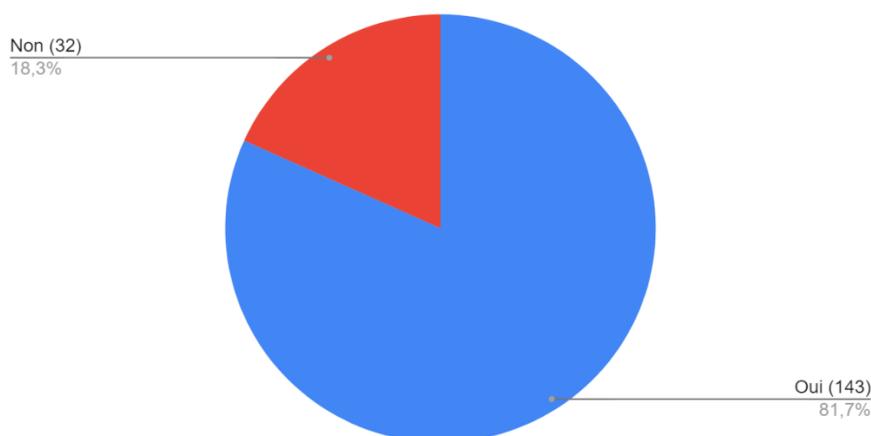
Il a été demandé aux patients n'ayant pas consulté pourquoi ils ne l'avaient pas fait, les réponses étaient :

- « Manque de temps »
- « Pas prête »

1.4.5 Concernant leur(s) tentative(s) d'arrêt antérieure(s)

Parmi les répondants, 81,7% ont déjà essayé d'arrêter de fumer

Figure 23 « Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? » (question 10), 175 réponses

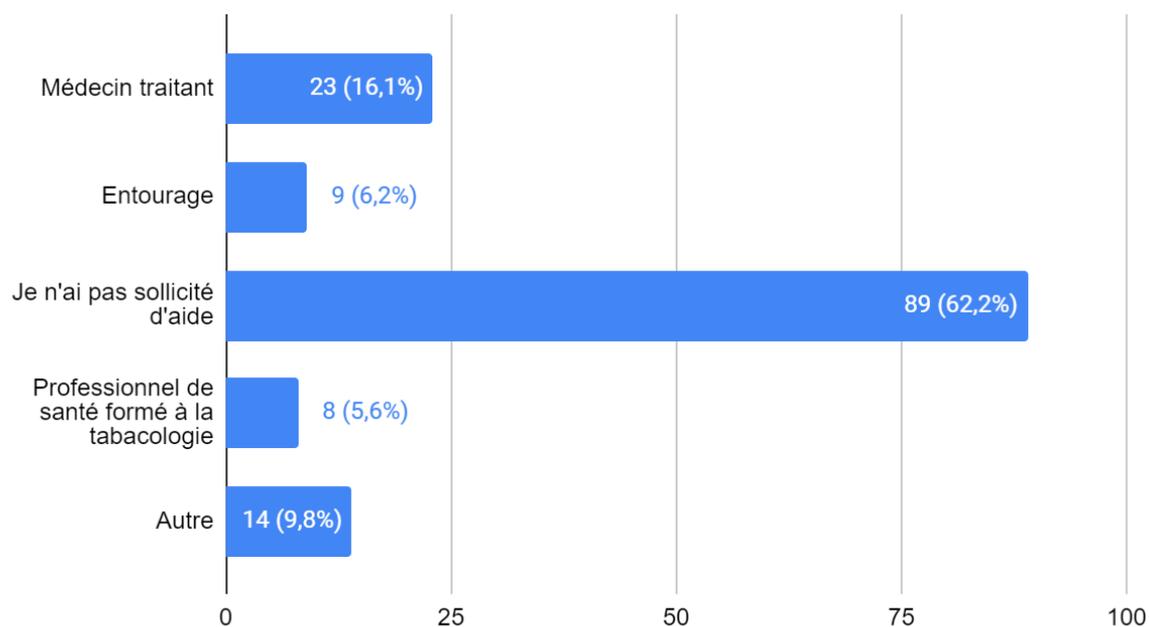


Parmi ces 143 personnes, 62,2% n'avaient sollicité aucune aide, ils étaient alors dirigés vers un scénario du questionnaire interrogeant les raisons de ce choix.

Parmi les patients, 16,1% s'étaient tournés vers leur médecin traitant et 5,6% vers un professionnel de santé formé à la tabacologie. 6, 2% des participants avaient sollicité l'aide de leur entourage.

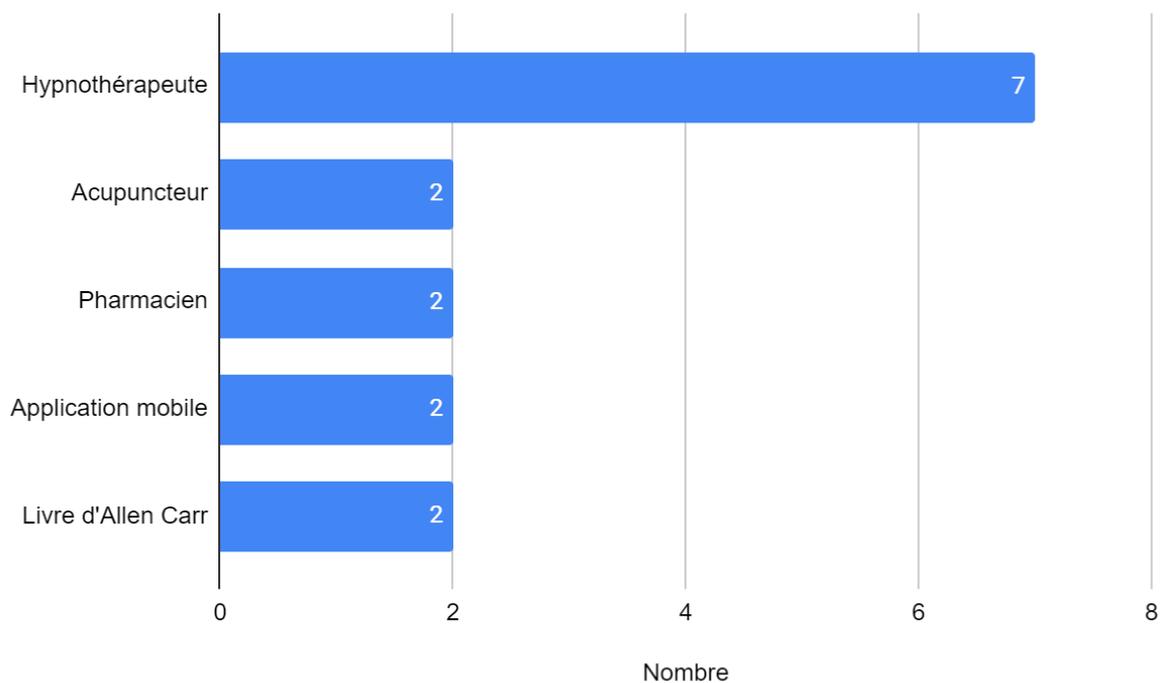
Figure 24 Aide sollicitée lors des tentatives d'arrêt (question 11)

Aide sollicitée lors de ces tentatives d'arrêt, 143 réponses



14 patients avaient sélectionné la réponse « Autre » et devaient préciser leur réponse ; cinq thèmes ont été dégagés :

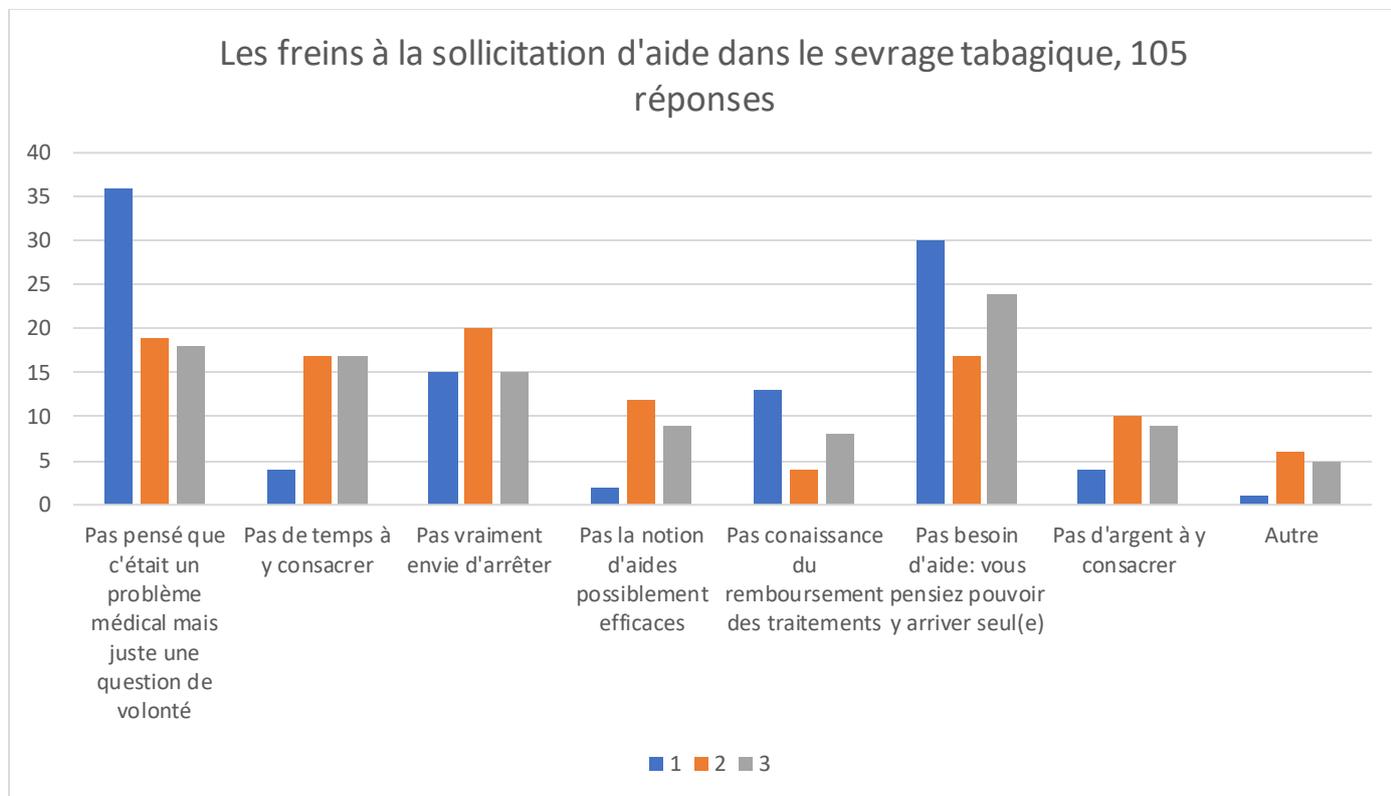
Figure 25 précision des réponses "Autre"



1.4.6 Les freins à la sollicitation d'aide lors des précédentes tentatives de sevrage (question 12)

Concernant les questions de hiérarchisations, il a été demandé aux patients de classer dans l'ordre croissant d'importance trois éléments parmi une dizaine d'item.

Figure 26 Frein à la sollicitation d'aide dans le sevrage tabagique



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Pas pensé que c'était un problème médical	36	19	18	73
Pas de temps à y consacrer	4	17	17	38
Pas vraiment envie d'arrêter	15	20	15	50
Pas notion d'aides possiblement efficaces	2	12	9	23
Pas connaissance du remboursement des traitements	13	4	8	25
Pas besoin d'aide	30	17	24	71
Pas d'argent à y consacrer	4	10	9	23
Autre	1	6	5	12
Total	105	105	105	315

Nous avons demandé aux patients ayant répondu « je n'ai pas sollicité d'aide » et « je n'ai pas consulté de professionnel de santé » de sélectionner et hiérarchiser les trois principales raisons de ce choix.

Le premier frein à la sollicitation d'aide lors de précédentes tentatives de sevrages était la perception non médicale du tabagisme pour 34,3% des 105 patients ayant répondu à cette question. L'item totalisait 23,8% des réponses.

Nous retenons également l'item « absence de besoin d'aide », qui totalisait 22,5% des réponses et était cité en première position par 28,6% des patients.

L'absence d'envie d'arrêter était ensuite citée. L'item totalisait 15,9% des réponses et était placé en seconde position par 19% des patients

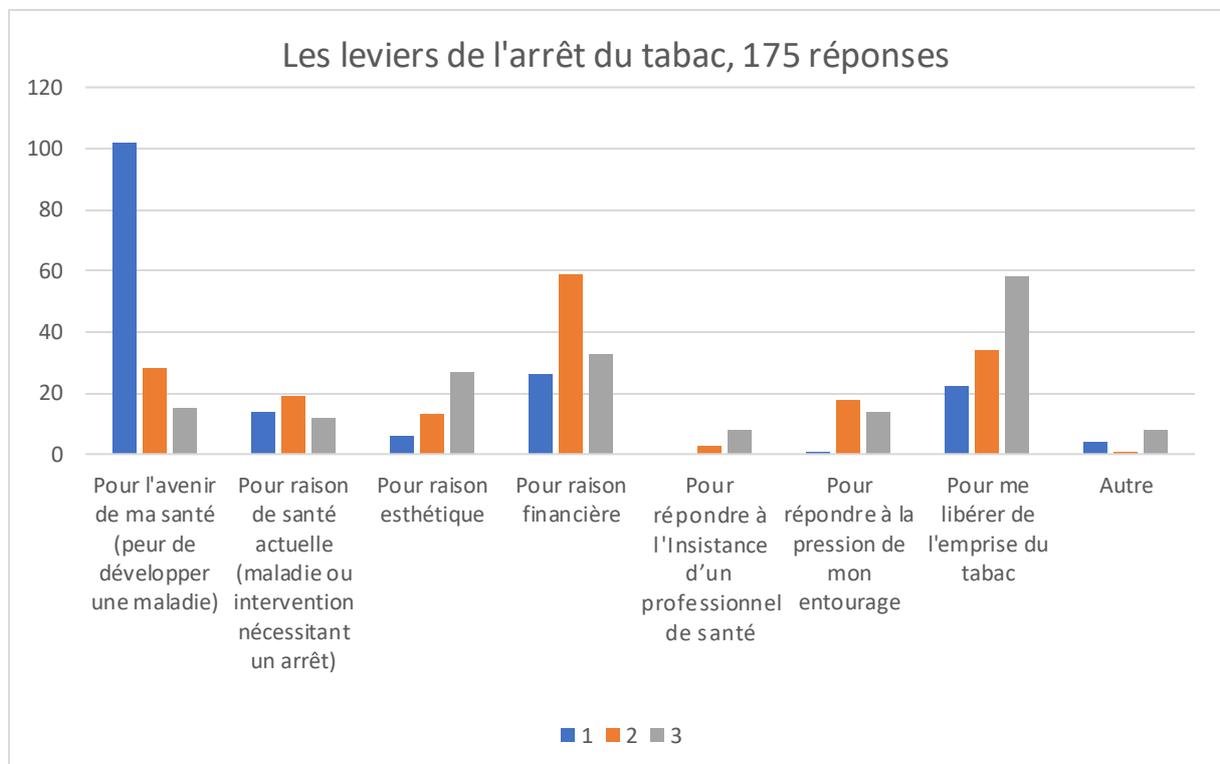
12 patients avaient répondu « Autre », parmi eux 4 précisaient :

- « Enceinte, arrêt du jour au lendemain ».
- Les trois autres précisaient : « Enceinte »

2. Identification et hiérarchisation des freins et leviers à l'arrêt du tabac

2.1 Les trois principaux leviers

Figure 27 les leviers de l'arrêt du tabac, (question 12)



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Pour l'avenir de ma santé (peur de	102	28	15	145

développer une maladie)				
Pour raison de santé actuelle (maladie ou intervention nécessitant un arrêt)	14	19	12	45
Pour raison esthétique	6	13	27	46
Pour raison financière	26	59	33	118
Pour répondre à l'Insistance d'un professionnel de santé		3	8	11
Pour répondre à la pression de mon entourage	1	18	14	33
Pour me libérer de l'emprise du tabac	22	34	58	114
Autre	4	1	8	13
Total	175	175	175	525

Ils étaient 58,3 % à avoir désigné comme premier levier l'avenir de leur santé. L'item totalisait 27,6% des réponses.

Le second levier désigné était le coût du tabac pour 33,7% des patients. L'item totalisait 22,5% des réponses.

Le troisième levier était le souhait de se libérer de l'emprise du tabac pour 33,1% des patients. L'item totalisait 21,7% des réponses.

13 patients ont répondu « Autre ». Parmi eux, 10 précisaient :

- « Grossesse »,
- « Projet enfant »,
- « La mort »,
- « Projet de parentalité »,
- « Grossesse »,
- « La peur de mourir »,
- « Grossesse »,
- « Si mes enfants me le demandaient »,
- « Parce que mon fils me l'a demandé »,
- « Meilleure forme physique »,

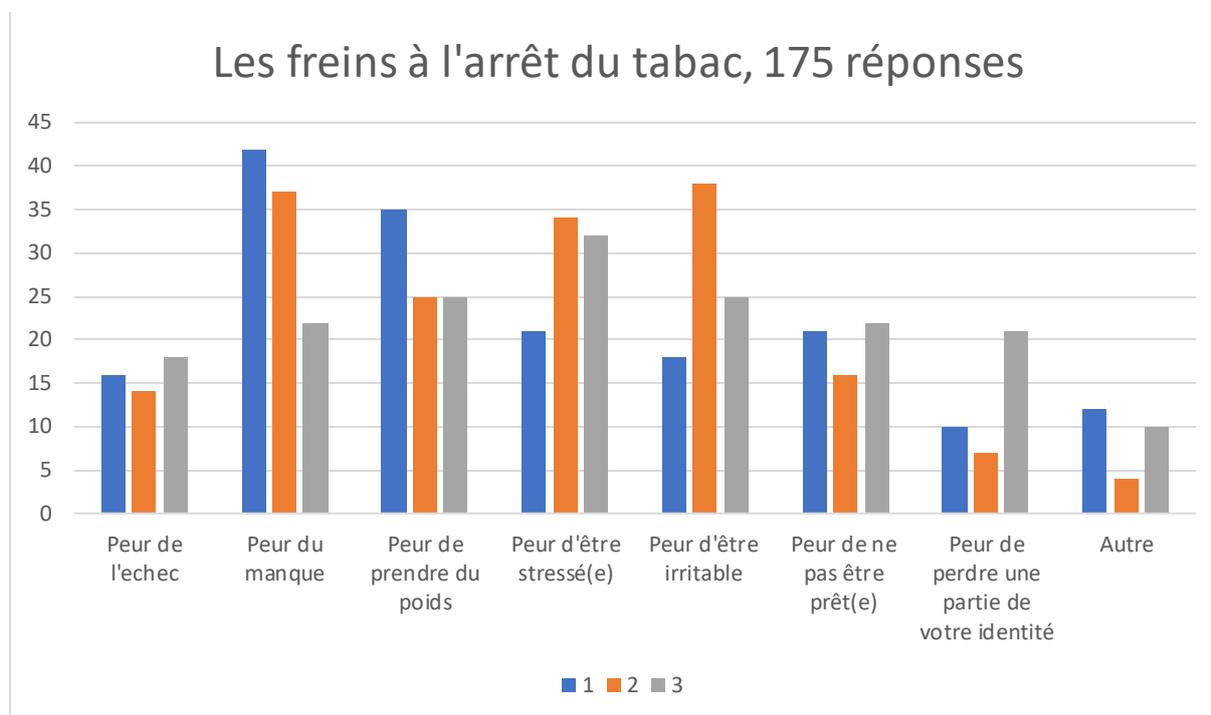
Plusieurs thèmes ont été dégagés :

- Le bien-être ;
- Pression de l'entourage,
- Grossesse,

- Projet de parentalité,
- Peur de la mort.

2.2 Les trois principaux freins

Figure 28 Freins à l'arrêt du tabac (question 14)



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Peur de l'échec	16	14	18	48
Peur du manque	42	37	22	101
Peur de prendre du poids	35	25	25	85
Peur d'être stressé(e)	21	34	32	87
Peur d'être irritable	18	38	25	81
Peur de ne pas être prêt(e)	21	16	22	59
Peur de perdre une partie de votre identité	10	7	21	38
Autre	12	4	10	26
Total	175	175	175	525

Selon les patients, la peur du manque constitue le premier frein à l'arrêt du tabac. En effet 24% des patients interrogés l'ont placé en première position et cet item a totalisé 19,2% des réponses.

La peur d'être stressé a été le deuxième item le plus évoqué par les patients. L'item a totalisé 87 voix soit 16,6 % des réponses et était placé en seconde position par 19,4% des patients.

La peur de prendre du poids était le troisième facteur désigné, il était cité en premier frein par 20% des patients et totalisait 85 votes soit 16,2%

26 patients avaient coché « Autre ». Parmi eux, 10 précisait :

- « Pas vraiment envie... »,
- « Habitude », constituant un nouveau thème,
- « Pas de motivation » ;
- « Plaisir de fumer » ; constituant un nouveau thème
- « Pas de motivation pour le moment ».
- « Entourage fumeur », constituant un nouveau thème ;
- « Plaisir de fumer », déjà cité précédemment,
- « Le lien social (pause cigarette, terrasse...) », dégageant un nouveau thème : la perte du lien social ,
- « Conjoint fumeur », classé dans le thème « entourage fumeur »,
- « Manque d'envie », rapporté au thème « manque de motivation ».

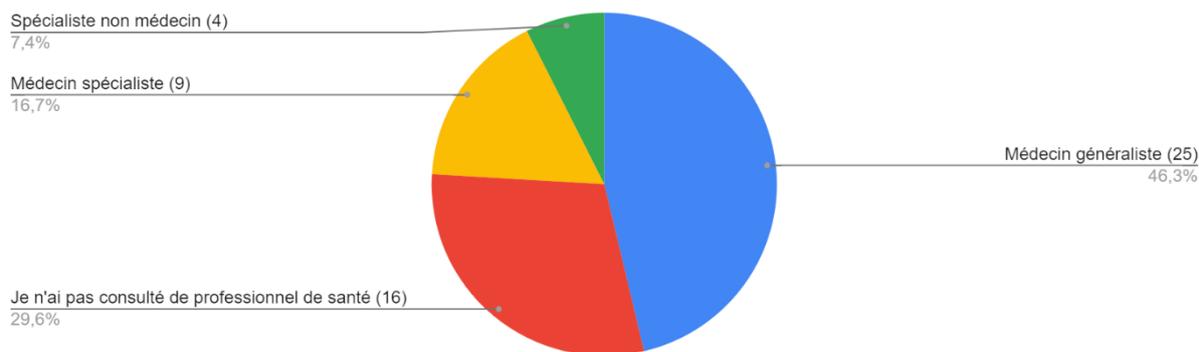
3. Evaluation de la prise en charge des professionnels de santé sollicités

3 questions ont été posées aux patients ayant sollicité de l'aide lors des tentatives ultérieures de sevrage tabagique.

3.1 Les professionnels consultés

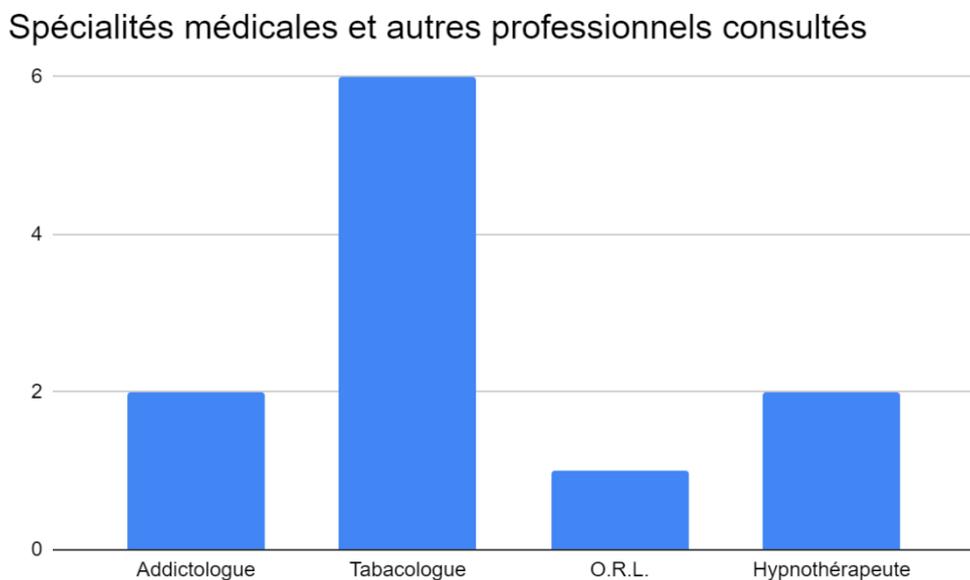
Ils étaient 46,3% à avoir consulté un médecin généraliste. 29,6% n'avaient pas consulté de professionnel de santé. 16,7% ont vu un médecin spécialiste, et 7,4% ont sollicité un professionnel non médical.

Figure 29 Les professionnels consultés lors des précédentes tentatives de sevrage, question 16



Il était demandé aux patients de préciser la spécialité des médecins et la profession des spécialistes non-

Figure 30 spécialités médicales et professionnels consultés



médecins consultés :

3.2 Evaluation de la prise en charge

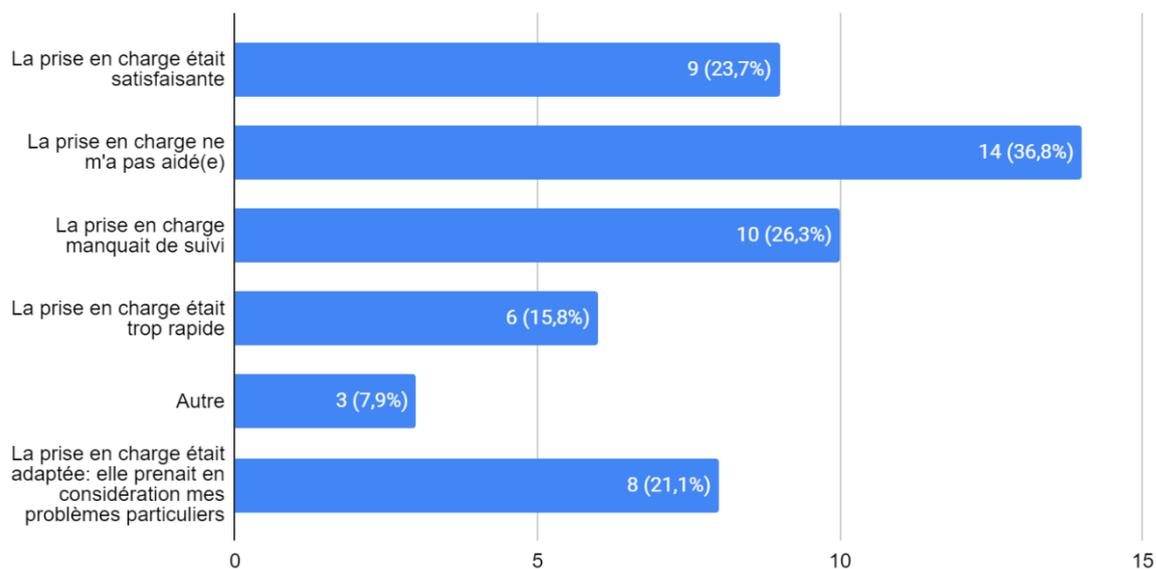
Il s'agissait d'une question à choix multiples (question 18).

36,8% des patients ayant consulté un professionnel ne se sont pas sentis aidés par la prise en charge. 26,3% des patients soulignaient le manque de suivi et 15,8% l'ont jugée trop rapide.

23,7% des patients interrogés se disaient satisfaits de la prise en charge et 21,1% l'ont trouvée adaptée.

Figure 31 Evaluation de la prise en charge

Evaluation de la prise en charge, 38 réponses.

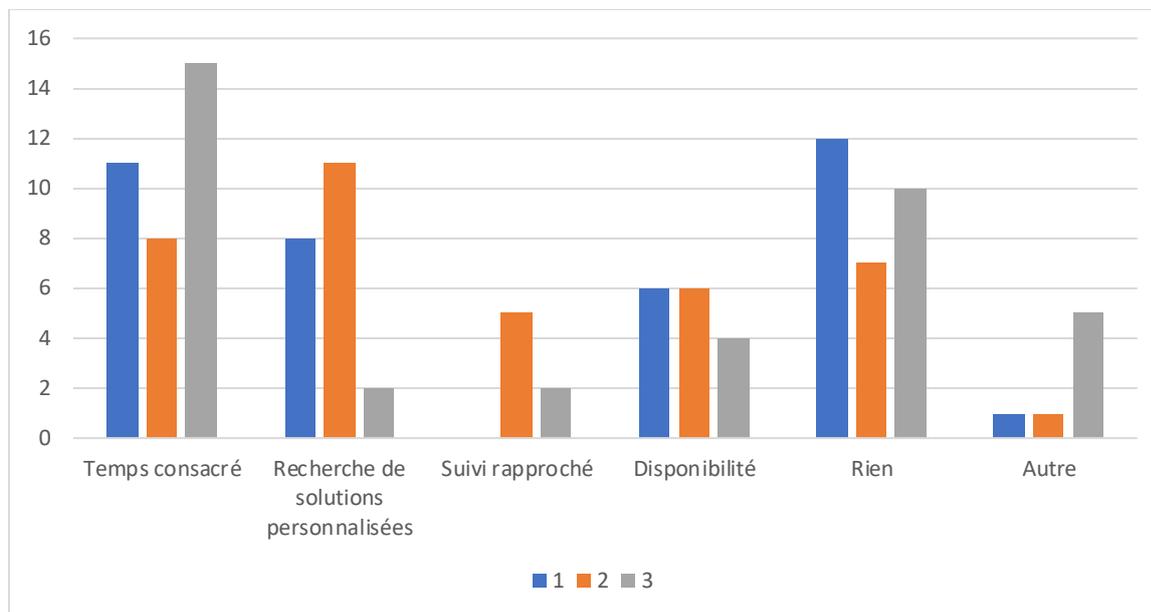


3 patients ont répondu « Autre » en précisant :

- « Abusée.... Il m'a dit que je devais être en burnout comme tout le monde à l'heure actuelle, c'est lui qui est en burnout ! », nous lui avons attribué le thème de « prise en charge non adaptée » ;
- « Pas d'aide proposée », nous lui avons attribué le thème « prise en charge sans proposition d'aide » ;
- « Non-fumeurs supra culpabilisants qui ne savent pas de quoi ils parlent » : nous lui avons attribué le thème « prise en charge culpabilisante ».

3.3 Les points positifs de la prise en charge

Figure 32 Les leviers de la prise en charge (question 19).



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Temps consacré	11	8	15	34
Recherche de solutions personnalisées	8	11	2	21
Suivi rapproché		5	2	7
Disponibilité	6	6	4	16
Rien	12	7	10	29
Autre	1	1	5	7
Total	38	38	38	114

Il a été demandé aux patients d'identifier et classer par ordre de préférence les trois principaux éléments qu'ils avaient appréciés dans la prise en charge, que nous considérons comme des leviers.

La majorité des patients ont déclaré ne rien avoir apprécié dans la prise en charge. Il était en effet 31,6% à avoir classé cet item en première position, qui a totalisé 25,4% des réponses.

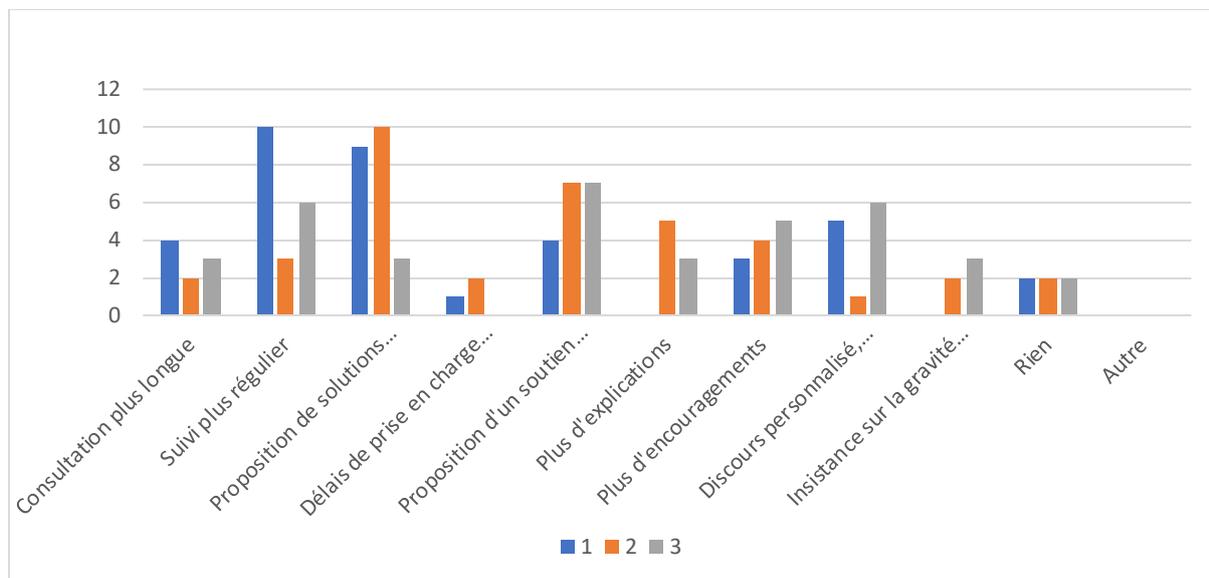
Le temps consacré venait en seconde position. C'est l'item qui a totalisé le plus de réponse avec 29,8% des réponses. Il a été cité patients en première position par 28,9% des patients.

Le dernier levier de la prise en charge était la recherche de solutions personnalisées. Positionné en première place par 21,1% des patients, l'item a totalisé 18,4% des réponses.

7 patients avaient coché « Autre » sans préciser leur réponse.

3.4 Les leviers attendus par les patients dans la prise en charge

Figure 33 Les leviers attendus par les patients lors de la prise en charge, question 21, 38 réponses



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Consultation plus longue	4	2	3	9
Suivi plus régulier	10	3	6	19
Proposition de solutions alternatives (sophrologie, hypnose, coaching...)	9	10	3	22
Délais de prise en charge plus rapides	1	2		3
Proposition d'un soutien psychologique	4	7	7	18
Plus d'explications		5	3	8
Plus d'encouragements	3	4	5	12
Discours personnalisé, adapté à mes problématiques	5	1	6	12
Insistance sur la gravité du risque (même pour les "petits fumeurs")		2	3	5
Rien	2	2	2	6
Autre				
Total	38	38	38	114

Il a été demandé aux patients d'identifier et classer par ordre d'importance les leviers qu'ils souhaitent voir mobiliser dans la prise en charge. 38 patients ont répondu.

L'item « un suivi plus régulier » a été mis en première position par 26,3% des patients et totalisait 16,7 % des réponses.

Le second levier, cité en première position par 23,7% des patients, était le souhait d'une proposition de solutions alternatives. L'item a totalisé 19,3% des réponses.

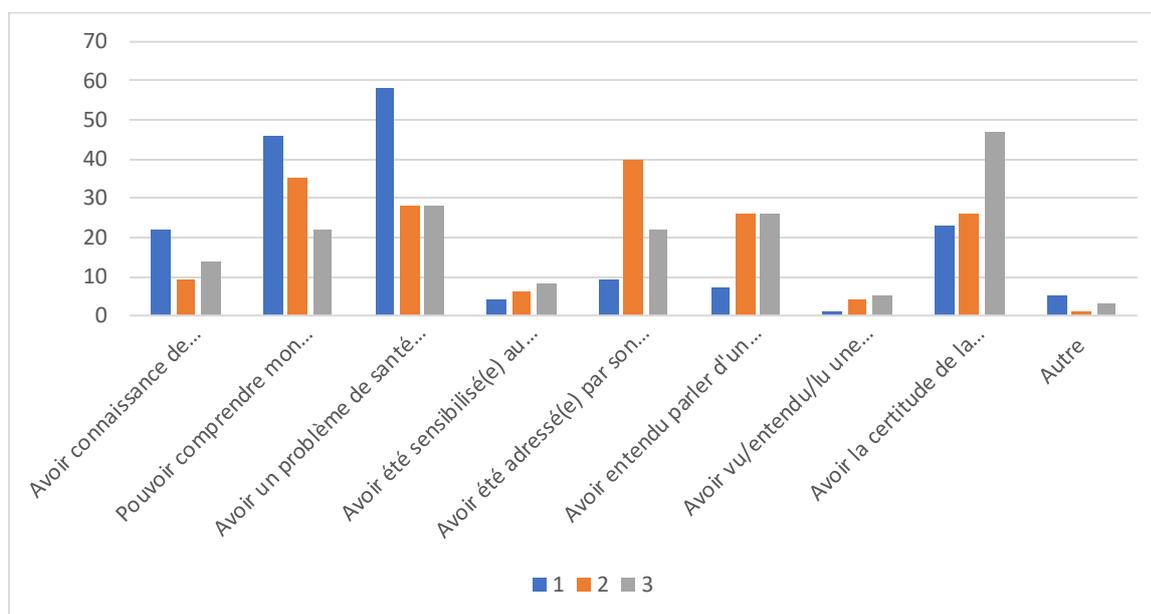
Le troisième moteur dégagé était la proposition d'un soutien psychologique. Cité en deuxième position par 18,4%, l'item totalisait 15,8% des réponses.

4. Les leviers de la mobilisation vers le soin en tabacologie

Nous avons demandé aux patients d'identifier et classer par ordre de préférence les leviers de leur mobilisation vers le soin en tabacologie (question 23).

4.1 Pour l'ensemble de l'échantillon

Figure 34 Les leviers de la mobilisation vers le soin en tabacologie de l'ensemble de la population, 175 réponses



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Avoir connaissance de l'existence de centres de tabacologie	22	9	14	45
Pouvoir comprendre mon addiction	46	35	22	103
Avoir un problème de santé rendant l'arrêt du tabac obligatoire	58	28	28	114
Avoir été sensibilisé(e) au problème du tabac via des messages de prévention	4	6	8	18
Avoir été adressé(e) par son médecin traitant à un spécialiste formé à la tabacologie	9	40	22	71
Avoir entendu parler d'un professionnel par le « bouche à oreille »	7	26	26	59
Avoir vu/entendu/lu une publicité	1	4	5	10
Avoir la certitude de la compétence de mon interlocuteur	23	26	47	96
Autre	5	1	3	9
Total	175	175	175	525

La survenue d'un problème de santé était le levier placé en première position par 33,1% des patients. L'item totalisait 21,8% des réponses.

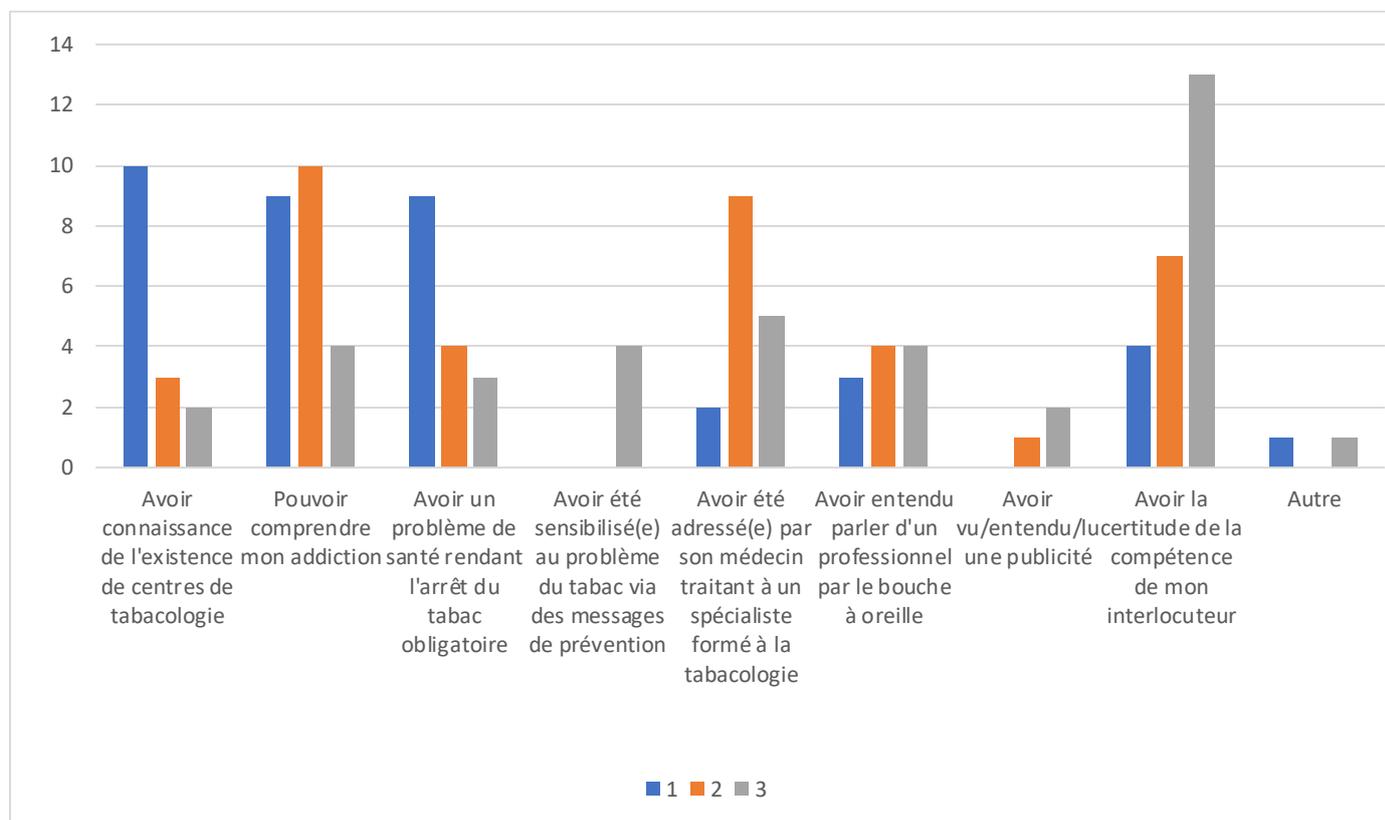
26,3% des patients ont cité en première position la compréhension de leur addiction. L'item totalisait 19,7% des réponses.

La certitude des compétences du professionnel totalisait 18,3% des réponses. 26,9% des patients ont placé cet item en troisième position.

Aucune des réponses « Autre » n'étaient précisées.

4.2 Pour les patients ayant sollicité de l'aide

Figure 35 Les leviers de la mobilisation vers le soin en tabacologie des patients ayant sollicité de l'aide, 38 réponses



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Avoir connaissance de l'existence de centres de tabacologie	10	3	2	15
Pouvoir comprendre mon addiction	9	10	4	23
Avoir un problème de santé rendant l'arrêt du tabac obligatoire	9	4	3	16
Avoir été sensibilisé(e) au problème du tabac via des messages de prévention			4	4
Avoir été adressé(e) par son médecin traitant à un spécialiste formé à la tabacologie	2	9	5	16
Avoir entendu parler d'un professionnel par « bouche à oreille »	3	4	4	11
Avoir vu/entendu/lu une publicité		1	2	3
Avoir la certitude de la compétence de mon interlocuteur	4	7	13	24
Autre	1		1	2
Total	38	38	38	114

Parmi les 38 patients ayant sollicité de l'aide, la connaissance de l'existence de centres de tabacologie constituait le premier levier. 26,3% avaient cité l'item en première position et il totalisait 13,2% des réponses.

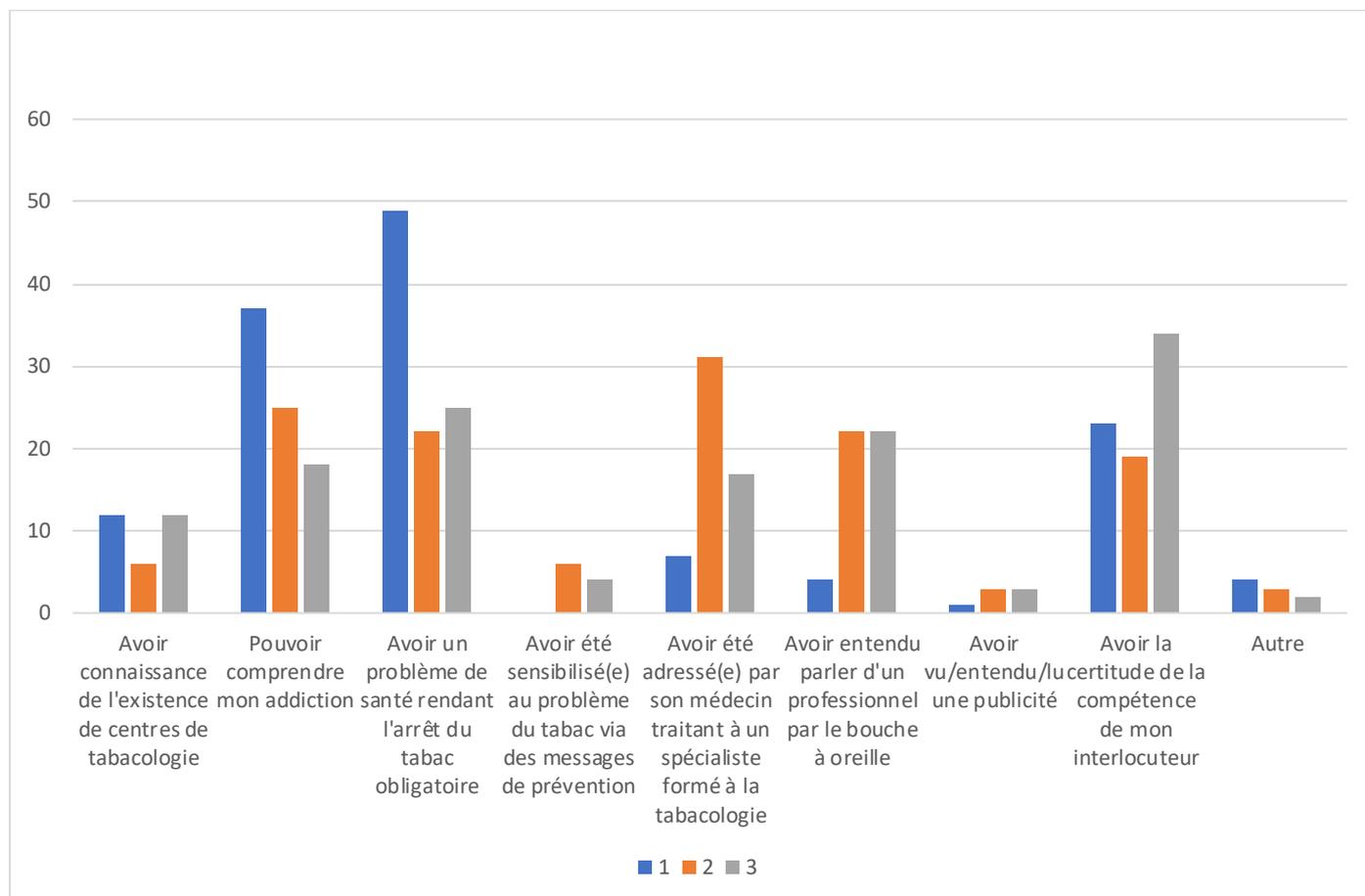
Le second levier identifié était la compréhension de l'addiction. L'item a été mis en première position par 23,7% des patients et totalisait 20,2% des réponses.

Les patients ont également identifié la certitude des compétences de l'interlocuteur. L'item été mis en troisième position par 34,2% des patients et totalise 21,1% des réponses.

Les 2 patients ayant répondu « Autre » n'ont pas précisé leurs réponses.

4.3 Pour les patients n'ayant pas sollicité d'aide et n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt

Figure 36 Les leviers de la mobilisation vers le soin en tabacologie des patients n'ayant pas sollicité d'aide, 137 réponses



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Avoir connaissance de l'existence de centres de tabacologie	12	6	12	30
Pouvoir comprendre mon addiction	37	25	18	80
Avoir un problème de santé rendant l'arrêt du tabac obligatoire	49	22	25	96
Avoir été sensibilisé(e) au problème du tabac via des messages de prévention		6	4	10
Avoir été adressé(e) par son médecin traitant à un spécialiste formé à la tabacologie	7	31	17	55
Avoir entendu parler d'un professionnel par le « bouche à oreille »	4	22	22	48
Avoir vu/entendu/lu une publicité	1	3	3	7
Avoir la certitude de la compétence de mon interlocuteur	23	19	34	76
Autre	4	3	2	9
Total	137	137	137	411

Le premier levier était la nécessité d'un sevrage immédiat face à un problème de santé. Cité en première position par 35,8%, l'item totalise 23,4% des réponses.

Le second levier de la mobilisation des patients vers le soin en tabacologie était le souhait de comprendre leur addiction. 27,1% des patients l'avaient cité en première position et l'item totalisait 19,5% des réponses.

Le troisième élément mis en évidence était le fait d'y être adressé par son médecin traitant. 22,6% des patients l'avaient placé en deuxième position et l'item totalisait 13,4% des réponses.

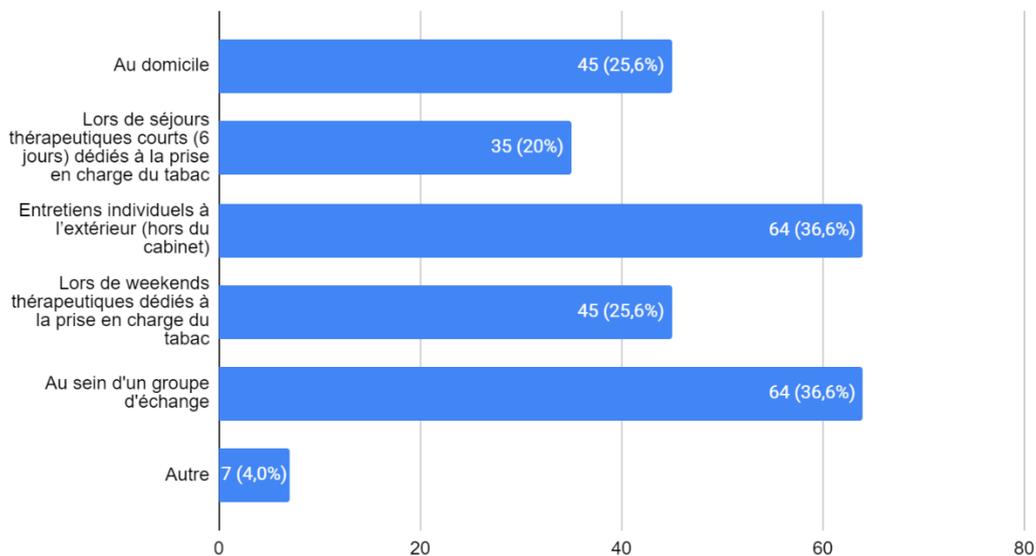
Les patients ayant répondu « Autre » n'ont pas précisé leurs réponses.

5. Concernant les attentes des patients pour une structure d'accompagnement du sevrage

5.1 Cadre de la prise en charge

Figure 37 cadre de la prise en charge, question 25

Cadre de la prise en charge, 175 réponses.

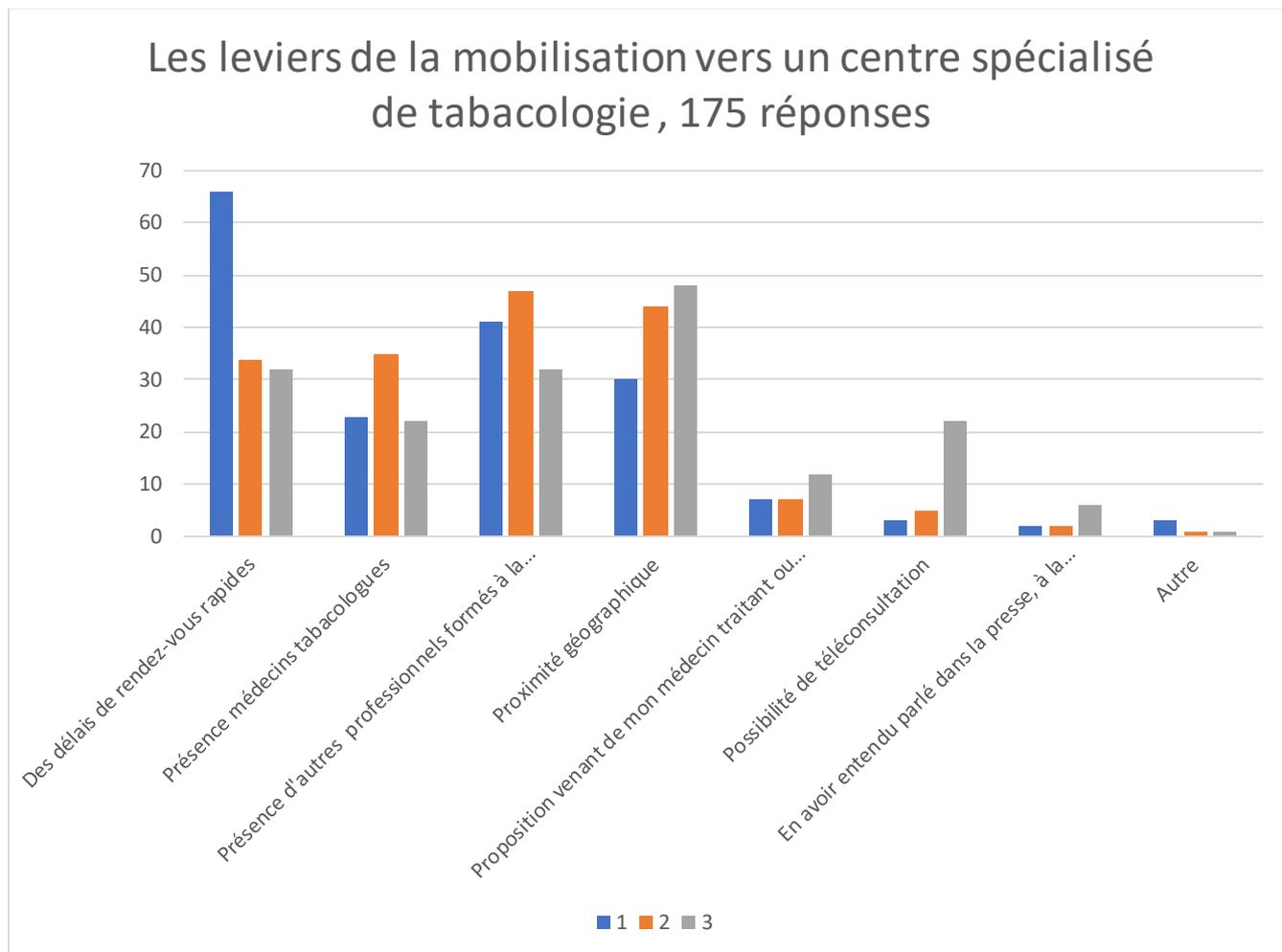


Nous avons demandé aux patients dans quel cadre ils pouvaient s'imaginer être pris en charge, en dehors des consultations en cabinet (question 25). Plusieurs réponses étaient possibles.

36,6 % étaient favorable à des entretiens hors du cabinet et 36,6% sous forme de groupe de parole, qui sont les deux modalités de cadre de prise en soin qui ont remporté le plus de suffrages.

5.2 Leviers de mobilisation vers un centre de tabacologie

Figure 38 leviers de la mobilisation vers un centre de tabacologie (question 26)



	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	Total
Des délais de rendez-vous rapides	66	34	32	132
Présence médecins tabacologues	23	35	22	80
Présence d'autres professionnels formés à la tabacologie: diététicien(ne), psychologue, coach, sophrologue, etc...	41	47	32	120
Proximité géographique	30	44	48	122
Proposition venant de mon médecin traitant ou d'un spécialiste	7	7	12	26
Possibilité de téléconsultation	3	5	22	30
En avoir entendu parlé dans la presse, à la télévision, sur les réseaux sociaux.	2	2	6	10
Autre	3	1	1	5
Total	175	175	175	525

37,7% des patients interrogés ont cité les délais rapides d'obtention de rendez-vous comme premier levier. L'item a totalisé 25,1% des réponses.

Ils plébiscitaient également la proximité géographique, dont l'item a été placé en troisième position par 27,4% des patients et a totalisé 23,2% des réponses.

La présence d'autres professionnels était citée en seconde position par 26,8% et totalisait 22,9% des réponses.

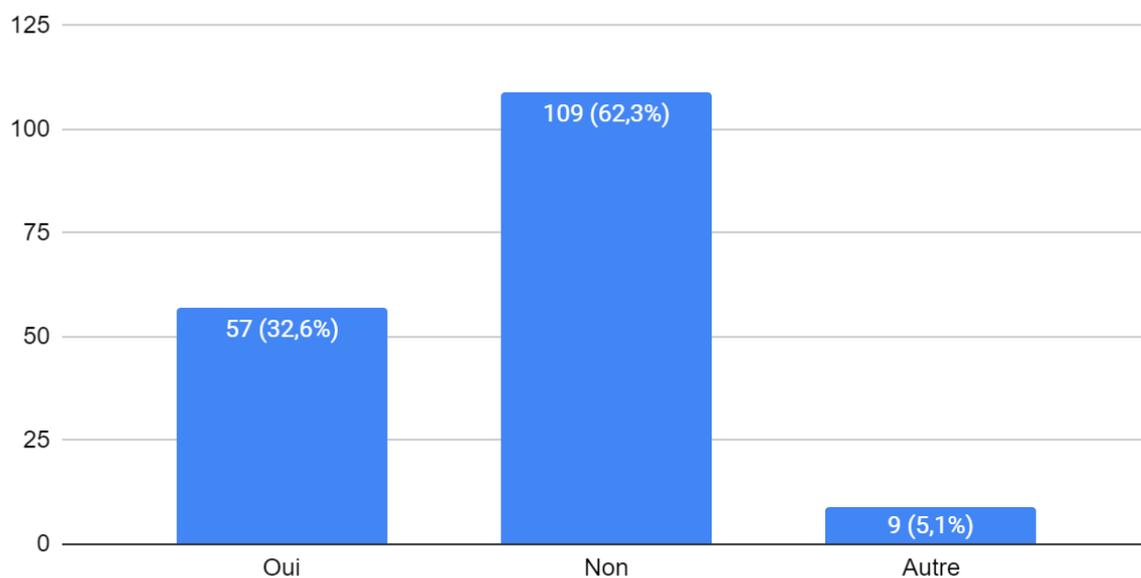
Les patients ayant répondu « Autre » n'ont pas précisé leurs réponses.

5.3 Prise en charge de la partie non médicale des soins

Nous avons demandé aux 175 patients interrogés si le fait de payer la partie non-prise en charge par la Sécurité Sociale pouvait constituer un frein à leur mobilisation vers un centre de tabacologie libérale (question 28). 62,3% des interrogés sont prêts à payer cette partie des soins.

Figure 39 : concernant la partie non médicale des soins

Payer la partie non médicale des soins constitue-t-il un frein à la mobilisation vers un centre de tabacologie ? 175 réponses



Nous avons ensuite demandé aux patients de justifier leur réponse en quelques mots. Les réponses obtenues ont été analysées et regroupées par catégories. La question a été soumise à

l'ensemble des participants. Nous avons obtenu 126 réponses, 106 ont été codées, 20 réponses ne pouvant être analysées.

Sur l'ensemble de l'échantillon, que les patients aient ou non sollicité de l'aide, les freins à participer financièrement à leurs accompagnements dégagés étaient :

- La préoccupation financière (N=30) ;
- Le souhait d'une prise en charge à 100% de la maladie addictive (N=11)

Les 38 patients ayant sollicité de l'aide envisageaient de participer financièrement à la prise en charge en évoquant :

- Le coût élevé de leur tabagisme (N=11) ;
- Leur responsabilité dans leur addiction (N=6).

Les 137 patients n'ayant pas sollicité d'aide et n'ayant jamais fait de tentative de sevrage pouvaient envisager assumer le coût de la part non médicale des soins lors d'un éventuel sevrage, en évoquant :

- Leur responsabilité dans leur addiction (N=22) ;
- La logique de rémunération des professionnels (N=17) ;
- L'importance de l'engagement du patient dans sa prise en charge (N=9).

DISCUSSION

1. Limites et forces de l'étude

1.1 Limites de l'étude

Biais de représentativité

Sur notre population de fumeur, on retrouvait 78,6% de femmes et 21,4% d'hommes. La tranche des 30 à 40 ans était la plus représentée (46,9%).

Santé publique France (86) brossait en 2017 le portrait du fumeur moyen Français. D'après ces données, il s'agissait le plus souvent d'homme (54%) de moins de 55 ans. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population des fumeurs de France concernant le sex-ratio.

Nous n'avons pas interrogé les patients sur leurs caractéristiques socioprofessionnelles. Nous souhaitons en effet nous faire une idée de la mobilisation vers un centre de tabacologie quelles que soient la catégorie socioprofessionnelle. Cela peut être une limite de notre étude.

Biais de recrutement

Le choix du questionnaire en ligne a permis de nous affranchir des problèmes sanitaires liés à l'utilisation de questionnaires papiers en période de COVID, d'obtenir et de traiter les résultats rapidement.

Ce choix a eu pour conséquence un biais de recrutement entraînant la faible participation des personnes de plus de 60 ans, qui bénéficiaient probablement d'un accès limité aux technologies permettant de réaliser le questionnaire.

De plus, le recrutement des patients était directement corrélé à l'implication des médecins contactés car dépendant du temps et de l'intérêt qu'ils pouvaient y porter.

Biais de sélection (biais de volontariat)

Les personnes volontaires pour participer à cette étude avaient probablement des caractéristiques différentes de celles ayant pris la décision de ne pas y participer. On peut supposer ici que les répondeurs étaient davantage investis contre le tabac et sensibilisés à leur problématique, en comparaison aux non-répondants.

Biais méthodologique

Le grand nombre de questions ouvertes dans le questionnaire a pu entraîner une lassitude des patients et un comportement d'évitement rendant l'exploitation plus difficile.

La question à choix multiple 18 (« Qu'avez-vous pensé de sa prise en charge ? ») comportait deux items similaires, ce qui a pu fausser le résultat.

Le questionnaire n'a permis d'obtenir qu'un nombre limité de réponses interprétables.

Malgré la proposition de questions ouvertes, certains thèmes ont pu ne pas être abordés alors que nous aurions souhaité parfois une corroboration de certaines réponses.

Biais de confirmation

Nous avons pu privilégier les informations susceptibles de confirmer nos idées préconçues.

Biais de désirabilité sociale

Quasiment inévitable, ce biais renvoie au fait que le répondant peut vouloir donner une image positive lors de l'enquête

1.2 Force de l'étude

Le questionnaire

L'enquête par questionnaire nous semblait être une solution pertinente. C'est une méthode simple et efficace pour étudier quantitativement les réponses des individus et les obtenir rapidement en nombre satisfaisant.

Le choix de la méthode : nous a permis d'interroger les patients dans une période de crise sanitaire complexe.

Exhaustivité des réponses

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

Enjeu de l'étude :

Les éléments importants qui se dégageront de notre étude seront mis en application au sein de la structure Tabalib, ce qui permettra d'adapter son fonctionnement aux besoins du patients. Ce travail participe donc concrètement à l'amélioration de l'offre de soins.

Thèses croisées :

Le croisement des données obtenues avec celles de l'étude de Bertrand Guillon mettra en lumière les attentes des patients et celles des médecins vis-à-vis de la mobilisation vers le soin en tabacologie, potentialisant la pertinence des perspectives apportées par les deux travaux.

2. Principaux résultats

2.1 Intention d'arrêt des patients

78,3% des patients interrogés souhaitaient arrêter de fumer et 81,7% avaient déjà tenté un sevrage. Ces résultats sont en adéquation avec ceux du Ministère des Solidarités et de la Santé qui annonçait en 2018 que « plus de la moitié des 13 millions de fumeurs désiraient arrêter » (87). Il faut donc les accompagner davantage dans cette démarche et trouver les moyens de les mobiliser vers le soin pour multiplier par 10 leurs chances de réussite (2).

2.1.1 Les freins à l'arrêt du tabac

Selon les patients, la peur du manque constitue le premier frein à l'arrêt du tabac. En effet 24% des patients interrogés l'ont placé en première position et cet item a totalisé 19,2% des réponses.

La peur d'être stressé(e) a été le deuxième item le plus évoqué par les patients. Il a totalisé 87 voix soit 16,6 % des réponses et était placé en seconde position par 19,4% des patients.

La peur de prendre du poids était le troisième facteur désigné, il était cité en premier frein par 20% des patients et totalisait 16,2% des suffrages.

Ils ont également mis en avant la peur de la perte d'une partie de leur identité et de l'échec.

L'analyse qualitative de l'item « Autre » a fait émerger trois autres thèmes :

- L'habitude,
- Le plaisir de fumer,
- La perte du lien social.

Tous ces freins sont également retrouvés dans de nombreux travaux notamment ceux de P. Brousse et A. Bonnay (7).

Les trois principaux freins évoqués font partie des symptômes de sevrage et de leurs conséquences. Il est important d'expliquer au patient la prévention possible et souhaitable des effets du sevrage. Un traitement médicamenteux avec une titration efficace permettra ainsi d'éviter le syndrome de sevrage et ses redoutés symptômes comme le préconisait la HAS en 2014 (85).

Les traitements nicotiques substitutifs sont utilisables en première intention sous plusieurs formes. Cette prescription augmente, selon l'étude de Stead et al en 2012 (88), les chances d'arrêter de fumer de 50 à 70% par rapport au groupe témoin sans aide.

2.1.2 Les leviers mobilisables de l'arrêt du tabac

L'avenir de leur santé était désigné comme premier levier par 58,3 % des patients. L'item concerné totalisait 27,6%.

Les discours alarmistes, effrayant ou culpabilisant s'avèrent toujours contre-productifs. (89). Il est donc plus pertinent de valoriser les bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de morbi-mortalité lors des échanges avec les patients.

Ces bénéfices ont été de nombreuses fois étudiées, Nous citerons trois exemples :

- Dans leur étude publiée dans le Lancet en 2013, Pirie et al ont montré qu'arrêter de fumer avant trente ans permettait de supprimer 97% de l'excès de mortalité due au tabac (97%). Arrêter avant 40 ans le réduirait de 90%. (90)

- Doll et al. ont estimé le taux de mortalité par cancers broncho-pulmonaires toutes tranches d'âge confondues à 15,9 pour 1 000 chez les fumeurs contre 2,0 à 7,5 pour 1 000 chez les ex-fumeurs (91).
- Pour l'étude du versant cardiovasculaire, la méta-analyse de Wilson et al. a inclus 12 études de cohorte (n=5878 patients) avec une durée de suivi comprise entre 2 et 10 ans, publiées entre 1966 et 1996 (92). Toutes les études concluaient à un bénéfice en termes de mortalité après la survenue d'un infarctus du myocarde.

A la vue de ce résultat, il est important de communiquer aux patients, non pas sur les risques encourus s'ils continuent de fumer, mais sur les bénéfices en termes de morbi-mortalité s'ils arrêtent et ce, d'autant plus rapidement. Cela souligne l'importance de la pédagogie dans la motivation au changement.

Le coût du tabac était placé en seconde position par 33,7% des patients. L'item totalisait 22,5% des réponses. Il est en constante augmentation en France depuis les années 90. On sait aujourd'hui qu'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 faible revenu ou intermédiaire selon la banque mondiale (1).

Le troisième levier était le souhait de se libérer de l'emprise du tabac. Placé en troisième position par 33,1% des patients, cet item totalisait 21,7% des réponses.

Les patients semblent identifier ici ce que la HAS définissait comme une caractéristique essentielle de l'addiction : « la perte de la liberté de s'abstenir » (85), se traduisant par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation. Les travaux de P.Brousse et A. Bonnay retrouvait également une sensation de libération du joug du tabac lorsque les patients rapportaient les bénéfices de l'arrêt du tabac. (6)

Les résultats concordent avec la littérature puisque, selon le baromètre santé cancer de l'INPES paru en 2010, les motivations à l'arrêt de consommation sont pour 75.2% des ex-fumeurs la santé, pour 25,1% d'entre eux le prix du tabac (93).

A la vue de ce constat nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Echanger avec les patients en valorisant les bénéfices en termes de qualité de vie lors de l'arrêt du tabac, en termes de morbi-mortalité mais aussi d'économie :**

Tableau 4 : grille d'économie pour un fumeur consommant un paquet de vingt cigarettes par jour, à 10 euros le paquet.

1 mois	300€
1 an	3600€
10 ans	36000€
20 ans	72000€

- **Utiliser le cagnottage pour permettre également de stimuler autrement le système de récompense lors du sevrage afin d'assouplir la frustration et le besoin de réconfort.**

2.2 Abord du tabagisme en consultation et demande d'aide

Si 78,3% des patients interrogés souhaitaient arrêter de fumer, 84 % n'avaient pas prévu de parler du tabac à leur médecin généraliste le jour de la consultation. 60,6% des patients interrogés n'ont pas abordé le sujet du tabac avec leur médecin généraliste lors des 12 derniers mois.

Ce contraste met l'accent sur un des enjeux de la prise en charge de la maladie addictive à savoir : convertir ces « intentions » en « actions ».

Le modèle transthéorique, développé par Prochaska et Di Clemente (94) est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes du sevrage. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer et propose d'adapter le discours et la prise en charge médicale en fonction du stade où se situe le patient pour le faire progresser d'étape en étape vers la réussite du sevrage. Ce modèle est facilement applicable au cours de l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick. C'est un mode d'entretien collaboratif aidant le patient à explorer et résoudre son ambivalence, à renforcer sa motivation intrinsèque et à soutenir son engagement vers le changement. (95).

La majorité des patients n'abordent donc pas spontanément leur tabagisme. Afin d'initier l'échange et le changement, il est recommandé par la HAS que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique, par tous les professionnels de santé au contact de la population et que leur statut de consommation soit

renseigné de façon régulière (85). Elle met pour cela un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) facile et rapide d'utilisation afin de :

- Repérer les consommations à risque ;
- Intervenir auprès des consommateurs dans un but de réduction des risques de dommages ;
- Accompagner et soutenir leurs efforts vers un changement de comportement durable.

D'après l'étude de D. Hammond et al, 78 % des fumeurs ont indiqué qu'ils ne pourraient envisager d'arrêter de fumer que lorsqu'ils recevraient de l'aide (96). Or, la thèse VIJGIL de P. Alvarez a montré que 89,1 % des professionnels n'abordent pas la question de l'addiction tant que la demande n'est pas spécifiée par le patient (72).

A la vue de ce constat, il semble important de faire l'avance de la parole en informant les fumeurs, à l'exemple de Tabac Info Service.

Nous soulignons également l'importance des formations dédiées pour rendre cette évocation systématique.

Nous avons cherché à déterminer et hiérarchiser les freins à la sollicitation d'aide des patients ayant tenté de se sevrer par eux-mêmes lors de tentatives ultérieures.

La perception non médicale du tabagisme constituait le premier frein (34,3%) ; l'addiction était perçue par ces patients comme un problème de volonté. L'item totalisait 23,8% des réponses.

Une étude qualitative Australienne étudiant les comportements des fumeurs vis-à-vis du sevrage retrouvait que la majorité des fumeurs souhaitaient arrêter seuls en ne s'appuyant que sur leur volonté (97). Cela entrave grandement la réussite du sevrage puisque seul, un patient fumeur a un taux de réussite à un an de 2% (2).

Le second frein identifié était l'absence de besoin d'aide qui totalisait 22,5% des réponses et était cité en première position par 28,6% des patients. Ce frein est vraisemblablement lié au fait que les patients considèrent le tabagisme comme un comportement choisi et non comme une pathologie, ce qui pourra être travaillé en éducation thérapeutique.

En revendiquant d'aider les patients à comprendre ce qui se joue dans l'addiction, le centre Tabalib répond à cet objectif et annonce d'emblée que « comprendre » sa pathologie est un levier de changement majeur contre l'addiction, et propose d'aider ses patients à le faire au sein de groupe éducatifs (83).

Le troisième frein était le manque d'envie d'arrêter. L'item était placé en seconde position par 19% des patients et totalisait 15,9% des réponses. Certains des répondants ayant sélectionné ce frein faisaient pourtant partie des 78,3% de patients de notre étude souhaitant arrêter de fumer, ce qui met en valeur l'ambivalence des patients, qui sera un des moteurs de la prise en charge en entretien motivationnel (95) ;

Il faut donc peut être éviter d'utiliser le terme « arrêter de fumer », qui pourrait sous-tendre frustration et renoncement, mais plutôt employer le terme « se libérer du tabac », pour retrouver d'autres plaisirs à explorer avec chaque patient.

C'est pour évoquer cette liberté que le centre « Tabalib » se nomme ainsi et qu'il met en avant son crédo : « le plaisir d'arrêter de fumer » (83).

Une partie des patients soulignaient le manque de temps, qui recueillait 12,1% des suffrages. Une étude de l'université de Bristol montrait pourtant qu'une cigarette retrancherait onze minutes de vie (98).

Enfin il semble d'après nos résultats que certains des patients ne soient pas informés de l'existence d'aides efficaces et remboursables (99). L'item a recueilli 7,9% des suffrages.

Dans l'étude de Bertrand Guillon, qui aborde la problématique du point de vue des médecins généralistes, la motivation est l'élément qui ressort très nettement de la question portant sur les clefs de la réussite du sevrage tabagique, plébiscitée par 81% des médecins interrogés. De même, le manque de volonté du patient a été placé en première raison d'échec de sevrage par 31% des médecins interrogés. Il semble urgent de changer les représentations des professionnels de santé, afin de ne plus attendre que le patient soit motivé pour initier son sevrage.

Ce constat confirme :

- **L'importance des campagnes de communication et du marketing social pour sensibiliser les patients à leur problématique, les amener à aborder le sujet spontanément, leur apporter des connaissances sur les mécanismes physiopathologiques afin d'inscrire dans la mémoire collective que l'addiction n'est pas un problème de volonté,**
- **La nécessité d'informer les patients sur l'efficacité et le remboursement des TNS,**

- **L'importance de la formation des professionnels de santé afin qu'ils puissent continuer ce travail d'information des patients en proximité.**

2.3 Retour d'expériences sur les tentatives de sevrage précédentes

81% des patients interrogés ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de sevrage. Pour autant ils ont répondu au questionnaire en tant que fumeurs, illustrant l'échec de ces tentatives. Ils étaient seulement 28,3% à avoir demandé de l'aide lors de ces tentatives. L'étude menée par Looze-Renault (100) mettait pourtant en évidence la nécessité d'un accompagnement par un médecin généraliste ou spécialiste. La littérature nous rappelle aussi qu'en se débrouillant seul, un patient fumeur a un taux de réussite à un an de 2%. « 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)

L'étude de Bertrand Guillon faisait le même constat puisque 23% des médecins interrogés déploraient l'absence de demande d'aide.

2.3.1 Les professionnels consultés

Parmi les 28,3% ayant sollicité de l'aide, **46,3% des patients ont consulté un médecin généraliste**, ce qui illustre bien l'identification du médecin traitant comme intervenant de premier recours.

16,7% (N=9) ont vu un médecin spécialiste. Sur les 9 spécialistes qui ont été consultés, 8 étaient addictologues. Sur l'ensemble des 175 fumeurs, seul 4,6 % ont donc consulté un addictologue pour la prise en charge de leur sevrage tabagique.

Nous n'avons pas trouvé de chiffre concernant le recours à la consultation de tabacologie en France ou en Gironde. Nous savons cependant grâce au rapport de l'INPES que 22 % des bénéficiaires d'au moins un entretien téléphonique avec un tabacologue de Tabac Info Service sont non-fumeurs six mois après leur premier entretien (101).

Le rapport d'activité de l'association Tab'agir pour 2019 (80) affiche un taux d'arrêt du tabac à 6 mois à 41,84% et de 35,94% à un an, après une prise en charge par des professionnels de santé formés à la tabacologie.

Ces chiffres illustrent bien l'efficacité d'une prise en charge spécialisée de tabacologie.

A la vue de ce constat il semble important de poursuivre et améliorer le marketing social. De même, il convient d'œuvrer pour une meilleure identification des ressources, des lieux de soins et des professionnels formés à la tabacologie, à l'image du projet « L.A.S.T. » (73).

L'étude de Bertrand Guillon 33% des médecins mettaient également en avant le manque de visibilité des réseaux de tabacologie lorsqu'ils étaient interrogés sur le manque d'orientation vers le suivi spécialisé en tabacologie.

7 patients ont sollicité l'hypnose, qui est également mentionnée dans les leviers attendus de la prise en charge. La revue systématique de Barnes et al. en 2010 (102) a évalué l'efficacité de l'hypnothérapie pour arrêter la consommation de tabac. Cette revue faisait apparaître deux résultats significatifs :

- L'hypnothérapie sans autre traitement associé comparée à l'absence de traitement montrait un effet important et significatif (RR=19,00, IC95 %=[1,18- 305,88], 1 essai, n=40) ;
- La combinaison de l'hypnothérapie et de traitements psychologiques, comparativement aux seuls traitements psychologiques, était associée à une

augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois (2 essais, n=65, RR commun=4,80, IC95 %= [1,71-13,49].

Ces études étaient cependant limitées par leurs faibles effectifs et des biais méthodologiques importants. La HAS n'émettait donc aucune contre-indication à l'hypnothérapie, en complément des méthodes ayant fait preuve d'efficacité (85).

2.3.2 Evaluation de la prise en charge des professionnels

Concernant les patients ayant sollicité de l'aide, il semble que la plupart des demandes n'ait pas évolué vers un accompagnement efficace et correspondant aux attentes des patients puisque ceux-ci évaluaient la prise en charge comme non aidante (36,8%), trop rapide (23,7%) et manquant de suivi (15,8%) ; au total notre enquête retrouvait 44% de satisfaction et 56% d'insatisfaction.

Il a été demandé aux patients de hiérarchiser les 3 trois principaux éléments qu'ils avaient appréciés dans la prise en charge.

La majorité des patients ont déclaré ne rien avoir apprécié dans la prise en charge. Ils étaient en effet 29% à avoir classé cet item en première position, qui a totalisé 25,4% des réponses.

Le temps consacré venait en seconde position. C'est l'item qui a totalisé le plus de réponse avec 29,8% des réponses. Il a été cité patients en première position par 28,9% des patients.

Le dernier levier de la prise en charge était la recherche de solutions personnalisées avec proposition d'une prise en charge pluridisciplinaire « sur mesure ». Positionné en première place par 21,1% des patients, l'item a totalisé 18,4% des réponses.

Nous avons ensuite demandé aux patients de hiérarchiser les principaux leviers qu'ils souhaitaient voir mobiliser :

- L'item « un suivi plus régulier » a été mis en première position par 26,3% des patients et totalisait 16,7 % des réponses.
- Le second levier, cité en première position par 23,7% des patients, était le souhait d'une proposition de solutions alternatives. L'item a totalisé 19,3% des réponses.
- Le troisième moteur dégagé était la proposition d'un soutien psychologique. Cité en deuxième position par 18,4%, l'item totalisait 15,8% des réponses.

- Nous soulignons également que 10,5% des patients avaient classé en troisième position la disponibilité et le suivi rapproché.

Dans l'étude de Looze-Renaut (100), les patients souhaitaient également plus de temps médical consacré à leur addiction et déplorait le manque d'information concernant la psychothérapie.

Dans les travaux de M. Fournol (69), les médecins rapportaient les difficultés habituellement rencontrées dans la prise en charge de l'arrêt du tabac :

- Consultations chronophages et lourdes ;
- Plusieurs motifs à traiter en 15 à 20 minutes ;
- Manque de formation.
- L'importante charge de travail ;

L'étude de Bertrand Guillon retrouvait les mêmes freins et mettait en lumière l'absence de rémunération spécifique.

A la vue de ce constat, pour améliorer les freins et solliciter les leviers dégagés, nous soulignons l'importance de :

- **Mettre en place de consultation et téléconsultation dédiée dans les cabinets de médecine générale, si le temps disponible le permet, pour répéter les interventions brèves ;**
- **Cas échéant, orienter systématiquement les patients vers un professionnel formé à la tabacologie ;**
- **Faire appel au partenariat ville-hôpital pour améliorer ses connaissances, obtenir un suivi spécialisé tout en gardant un rôle important dans le suivi.**
- **Faire intervenir les DSP, comme le suggère la thèse VIJGIL de P. Alvarez. (72)**
- **Soutenir la formation des professionnels, ce que propose le centre Tabalib.**

2.4 Les conditions idéales d'arrêt du tabac

2.4.1 Les principaux leviers de mobilisation vers le soin en tabacologie

La survenue d'un problème de santé était levier placé en première position par 33,1% des patients. L'item totalisait 21,8% des réponses. Les bénéfices de l'arrêt du tabac sont pourtant

bien connus du grand public : d'après l'INPES, en 2015, plus de neuf personnes sur dix considéraient ainsi que fumer du tabac favorisait l'apparition d'un cancer (103). Il serait préférable de « provoquer un déclic » chez les patients, en amont de l'apparition de comorbidités du tabac, en se servant notamment du RPIB, du conseil d'arrêt et de l'entretien motivationnel (85).

Nous soulignons à nouveau l'intérêt des actions de préventions et du marketing social, pouvant sensibiliser les patients fumeurs à leur problématique addictive.

26,3% des patients ont cité en première position la compréhension de leur addiction. L'item totalisait 19,7% des réponses.

La physiopathologie de la maladie addictive est encore peu connue du grand public et tous les médecins n'y sont pas formés. L'acquisition de ces connaissances permettrait au patient de ne plus percevoir son addiction comme le reflet d'une faiblesse ou d'un manque de volonté.

Enfin, la certitude des compétences du professionnel totalisait 18,3% des réponses. 26,9% des patients ont placé cet item en troisième position.

D'après un sondage mené auprès d'un échantillon de 1000 personnes représentatif de la population, les diplômes, la formation et le niveau d'expérience étaient des critères importants dans le choix des professionnels de santé pour 86% des gens (104). En effet, les propositions de prise en charge du sevrage tabagique se font de plus en plus nombreuses. Il est parfois difficile pour les patients de faire le tri dans les intervenants, de savoir s'ils sont formés en tabacologie et si cette formation est certifiée.

Il semble primordial d'améliorer les moyens d'identification des lieux de soins et des professionnels formés à la tabacologie. Le projet L.A.S.T. apporte une réponse efficace à cette problématique (2).

22,9% des patients, sur l'ensemble de l'échantillon, souhaitaient être orientés par le médecin traitant vers le soin en tabacologie. De même, 22,6% des patients n'ayant pas sollicité d'aide lors de tentatives de sevrage ultérieures l'avaient placé en deuxième position et l'item totalisait 13,4% des réponses.

Cela confirme à nouveau la place centrale du médecin généraliste, acteur incontournable du parcours de soin au quotidien. En repérant précocement les fumeurs et en leurs proposant une prise en charge adaptée et personnalisée, il est une des clés de la réussite du sevrage.

D'après un sondage réalisé en 2021, 91% de la population Française aurait confiance en leur médecin traitant (105). Dans les travaux d'A. Lauvaux, 76,5 % des patients étaient prêts à

faire confiance à leur médecin pour mener le sevrage (6). Si celui-ci n'avait pas la capacité de le faire, l'orientation systématique vers un confrère formé à la tabacologie devrait permettre au patient d'initier un changement de comportement.

Parmi les patients ayant sollicité de l'aide lors de tentatives de sevrage ultérieures, le premier levier cité était la connaissance de l'existence de centre de tabacologie. 26,3% des patients avaient cité l'item en première position et il totalisait 13,2% des réponses.

Cela vient bien confirmer le problème d'identification des ressources de proximité, pourtant nombreuses.

Face à ce constat nous soulignons l'importance de :

- **Poursuivre le travail de prévention et de repérage précoce.**
- **Mettre en place des consultations et/ou téléconsultations dédiées au sevrage tabagique si les conditions le permettent.**
- **Améliorer l'identification des ressources de proximité, en faisant notamment appel aux DSP.**
- **Mettre à disposition des patients et des professionnels un annuaire de professionnels et de structures dédiés à la tabacologie, à l'exemple du site internet www.addictoclic.com (73).**

2.4.2 Le centre de tabacologie idéal

Le premier point important était de pouvoir obtenir des créneaux rapides de rendez-vous (moins de deux semaines). L'item était placé en première position par 37,7% des participants et a totalisé 25,1% des réponses. L'intention de changement est fragile, labile et multifactorielle. Pour les patients ayant pris la décision d'arrêter, une prise en charge adaptée et efficace doit être donnée dans des délais rapides pour encourager le changement.

Le second levier se dégageant était la proximité géographique, dont l'item a été placé en troisième position par 27,4% des patients et a totalisé 23,2% des réponses. Nous avons noté que la possibilité de téléconsultation était ensuite citée en troisième position par 12,6% des patients. La télémédecine apporterait en effet une réponse efficace au problème de proximité.

Le dernier levier identifié était la présence d'autres professionnels (26,8%) non médicaux formés à la tabacologie. Les patients semblent en effet en attente de méthodes intégratives.

Nous avons pu constater dans notre étude qu'ils avaient sollicité presque autant d'hypnothérapeutes (N=7) que d'addictologues (N=8) lors de leurs précédentes tentatives de sevrage.

Une étude récente retrouvait que l'hypnose faciliter le passage des étapes du changement d'habitudes vers le renoncement au tabac (106). De même une revue de la littérature de l'INSERM mettait en évidence une efficacité de l'auriculothérapie (107).

Toutefois, les résultats sont à manipuler avec prudence, les études présentant des biais importants. Pour la HAS (85) ces approches non médicamenteuses n'ont pas montré à ce jour de risque majeur. Si un patient est désireux d'employer l'une d'entre elles, le praticien doit être en mesure de le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt de l'effet placebo. Il se devra de signaler au patient qu'en cas d'échec, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée. En s'appuyant sur les croyances et les envies des patients nous améliorons les chances de réussite.

La présence de médecins tabacologues, n'était citée en première position que par 20% des patients et totalisait 15,2% des réponses. Cela montre la méconnaissance de cette spécialité auprès du grand public, pourtant efficace.

Parmi les méthodes non médicamenteuses, la TCC a fait preuve d'efficacité dans la littérature. Dans son article sur les modèles cognitivo-comportementaux des addictions, Aubin (108) présentait les principales techniques et leurs avantages dans la prise en charge de la maladie addictive. Son adaptabilité à chaque individu, la grande acceptabilité des patients, l'approche scientifique du traitement et sa vérifiabilité, son utilisation individuelle ou en groupe, la possibilité de conjointre d'autres thérapies font de la TCC un outil efficace dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Face à ce constat nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Soutenir la création de structure, idéalement de proximité, proposant des consultations dans des délais rapides, comme le centre Tabalib,**
- **Mettre davantage en application la télémédecine, permettant de s'affranchir des limites géographiques.**
- **Proposer aux patients des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses efficaces**

2.4.3 Le cadre idéal de prise en charge

36,6% des patients souhaitaient une prise en charge de groupe. La force du groupe et de la récompense a été mise en avant dans la thèse de S. Casant (109). La HAS recommande également le soutien psychologique de groupe (85).

36,6 % étaient également favorable à des entretiens hors du cabinet.

20% ont plébiscité les séjours de courte durée (2 à 6 jours) et 20% soulignaient l'attrait d'une prise en charge à domicile.

Pour répondre à ces attentes et mobiliser ces leviers, nous pouvons proposer :

- **D'échanger au sein de groupe de parole au sujet de l'addiction ;**
- **De créer des séjours thérapeutiques pour s'affranchir du stress quotidien et initier le sevrage dans des conditions optimales**
- **D'intervenir de manière brève et répétée lors de téléconsultation**

2.4.4 Prise en charge de la partie non médicale des soins.

62,3% des patients interrogés sont prêts à payer la partie non médicale des soins.

Sur l'ensemble de l'échantillon, que les patients aient ou non sollicité de l'aide, les freins à participer financièrement à leurs accompagnements qui ressortait, étaient :

- : les patients avaient peur de ne pas pouvoir assumer le coût de la prise en charge
La préoccupation financière
- Le souhait d'une prise en charge du coût de l'ensemble des soins lié à la maladie addictive.

Une étude réalisée en 2018 montrait pourtant « qu'une personne fumant un paquet par jour depuis seulement un an a déjà dépensé 3 775 €, contre 38 956 € pour celle consommant autant depuis 20 ans » (110).

Les 38 patients ayant sollicité de l'aide envisageaient de participer financièrement à la prise en charge en évoquant le coût élevé de leur tabagisme et leur responsabilité dans leur addiction.

Les 137 patients n'ayant pas sollicité d'aide et n'ayant jamais fait de tentative de sevrage pouvaient envisager assumer le coût de la part non médicale des soins lors d'un éventuel sevrage, en évoquant une logique de rémunération des professionnels et l'importance de l'engagement dans la prise en charge.

Face à ce constat nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Proposer une prise en charge incluant des soins au frais du patient pour un coût inférieur à celui du tabac à l'année.**
- **Proposer des contrats d'engagement en mobilisant activement le système de récompense en le réorientant vers d'autres sources de gratification que le patient choisira.**

Les médecins interrogés par Bertrand Guillon étaient dans leur majeure partie (64,1%) favorables à un « contrat d'engagement » afin de renforcer l'implication du patient dans sa prise en charge.

3. Perspectives

Dans notre étude la majorité des patients souhaitaient arrêter de fumer. Ils ont identifié le médecin traitant comme premier intervenant dans cette démarche. Malheureusement, la perception non médicale du tabagisme, le manque d'envie d'arrêter et l'absence de besoin d'aide les empêchent d'aborder spontanément leur tabagisme en consultation. La peur du manque, d'être stressé et de prendre du poids sont les principaux freins à l'arrêt du tabac qui sont ressortis de notre étude.

Grâce au RPIB et au conseil d'arrêt, les médecins pourront susciter l'envie d'arrêter aux patients n'en ayant pas encore pris la décision et pourront initier la prise en charge du sevrage en actionnant les leviers de l'arrêt du tabac, comme son impact financier ou l'emprise qu'il exerce sur les fumeurs. Ceux-ci pourront alors agir en amont de la survenue d'un problème de santé

A l'aide des méthodes médicamenteuses, non médicamenteuses et de l'entretien motivationnel qui ont fait preuves d'efficacité, soignants et patients pourront, en collaboration, appréhender cette pathologie chronique.

Par manque de formation, de temps et de disponibilité, les professionnels de premiers recours ne sont parfois pas en mesure d'apporter une prise en charge adéquate, le médecin traitant pourra alors orienter ses patients vers des professionnels de santé spécialisés en tabacologie.

Pour ce faire, patients et médecins ont besoin d'identifier les professionnels compétents et disponibles, dans une proximité géographique et temporelle. Des outils sont disponibles en lignes comme le site <http://www.addictoclic.com> pour aider tous les protagonistes.

Une des clés de l'amélioration des prises en charge addictologiques est la formation. Les connaissances évoluent et les études sont nombreuses. Pour s'actualiser, les professionnels ont accès à des formations en ligne. La fédération COREADD met ainsi à disposition des fiches en lignes sur www.addictutos.com permettant de synthétiser et de mettre à jour les nouvelles connaissances pour améliorer la prise en charge addictologique.

La formation est primordiale, une partie des médecins reconnaît elle-même ses lacunes ce qui peut avoir des conséquences sur la qualité des soins : les patients interrogés ayant déjà eu recours à des professionnels lors de tentatives ultérieures jugeaient leur prise en charge comme non aidante, trop rapide et manquant de suivi. 56% d'entre eux en étaient insatisfaits. Ils étaient dans l'attente d'un suivi régulier, d'un soutien psychologique et d'autres solutions alternatives.

La formation est également importante pour changer la représentation collective de l'addiction, pour les patients mais aussi les soignants, afin de ne plus la percevoir comme un manque de volonté car elle est en fait, une véritable « pathologie de la volonté ». (109)

4. Le centre Tabalib

La structure Tabalib semble susceptible de mobiliser les leviers cités précédemment :

- La prise en charge y est avant tout médicale par des médecins addictologues et/ou tabacologues ;
- Elle y est personnalisée avec un programme sur mesure ;
- Elle est pluridisciplinaire ;
- Tous les intervenants y sont formés à la tabacologie selon leur niveau d'implication avec, par exemple, une formation minimale pour les intervenants ponctuels (comme les coach vocal ou esthéticiennes) se déroulant sur deux journées et abordant la posture éducative, le processus de changement, la pathologie addictive et la relation d'aide) ;
- Le centre met à disposition des thérapeutiques non médicamenteuses, souvent plébiscitées par les patients, proposées par des intervenants compétents : hypnose médicale, sophrologie, méditation pleine conscience, auriculothérapie ;

- Il propose systématiquement de participer aux quatre « groupes pédagogiques interactifs » qui représentent six heures d'information interactive et non moralisatrice alliant éducation thérapeutique et temps de partage collectif ;
- Il propose des séjours thérapeutiques semblant être une alternative séduisante pour aborder son addiction et réorienter le système de récompense vers d'autres sources que le produit pour au cœur même des mécanismes de l'addiction.
- Elle met également à disposition un annuaire de professionnels formés à la tabacologie permettant de bien identifier les ressources du territoire.
- Le centre est facilement accessible pour les résidents de Bordeaux et de son agglomération. La télémédecine rend accessible le centre à tous les patients francophones ;
- Le centre propose aussi des formations DPC, pour les professionnels de santé qui souhaitent parfaire leur apprentissage. Et des formations pour les non professionnels de santé intervenant dans le champ des addictions (travailleurs sociaux, éducateurs, conseillers d'éducatifs, chargés de missions pour les institutions).

Ces formations novatrices proposent aux professionnels des leviers permettant de contourner tous les freins évoqués dans notre étude.

- Des séances d'informations sont également proposées aux accompagnants ainsi que des consultations médicales de couple ou de famille
- Sur le plan financier, les soins de praticiens non conventionnés ne sont pas pris en charge. Cela pourrait constituer un frein pour certains patients. Cependant la majorité des patients interrogés était d'accord pour assumer ce coût, comprenant que le coût de la prise en charge serait inférieur au coût annuel du tabac. De plus pour s'affranchir de ce frein, le centre propose des facilités de paiements. L'avenir verra peut-être l'avènement du remboursement des thérapeutiques non médicamenteuses faisant preuve d'efficacité à l'exemple du projet en cours du remboursement des consultations libérales de psychologie.

Il est encore tôt pour se prononcer sur l'efficacité du dispositif Tabalib, mais deux thèses d'impact et une thèse qualitative sont déjà en cours d'élaboration

CONCLUSION

Le tabac reste un fléau mondial et ce malgré les avancées permanentes en addictologie. Il fait l'objet de nombreuses mesures de santé en France et semble présent comme un danger dans les esprits de la majorité de la population. Malgré cela, la prévalence du tabagisme reste élevée en France et concernait 30,4% des 18-75 ans en 2019. Il est donc nécessaire de continuer de diversifier les solutions de prise en charge tabacologique afin d'optimiser les chances d'arrêt du tabac et de son maintien.

Afin de se mobiliser vers le soin en tabacologie, la majorité des patients interrogés attendaient un déclic, comme un problème de santé. Ils souhaitaient également comprendre leur addiction et avaient besoin d'être sûrs de la compétence de leurs interlocuteurs. On sait aujourd'hui qu'un des enjeux de l'addictologie se trouve dans les capacités du soignant à induire ce déclic. Les freins à la demande d'aide étaient la perception non médicale de la problématique addictive qui est perçue comme un manque de volonté, le manque d'envie d'arrêter et la croyance de pouvoir y arriver seul.

La prise en charge idéale devait se faire dans des délais rapides et associer thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, prodiguées par des professionnels compétents, tout en étant proche géographiquement des patients. Ces derniers ont identifié les groupes de paroles comme cadre intéressant de travail et semblaient séduits par l'idée de séjours thérapeutiques et d'entretiens hors du cabinet.

Le centre Tabalib récemment ouvert semble pouvoir mobiliser l'ensemble de ces leviers. Il apparaît comme un nouveau moyen efficace d'accompagnement du sevrage tabagique.

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/fact-sheets/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
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 Epidemiol 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 Epidemiol 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 Epidemiol 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 Epidemiol 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/
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 Matteï, 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

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-nicotiques/>
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
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>
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, Vidyasagan 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
53. Australia T in. Prevalence of smoking—adults [Internet]. tobaccoinaustralia. Tobacco in Australia; 2021 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.tobaccoinaustralia.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'Évaluation 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'Éducation 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
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
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 : 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
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
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. HAS, Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. 2014; [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
86. Santé Publique France. Journée mondiale sans tabac. Quelle prévalence du tabagisme en France ? Qui sont les fumeurs ? [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/journee-mondiale-sans-tabac.-quelle-prevalence-du-tabagisme-en-france-qui-sont-les-fumeurs>
87. Direction Générale de la santé. Dispositif d'accompagnement à l'arrêt du tabac [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 2019 [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/dispositif-d-accompagnement-a-l-arret-du-tabac>
88. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 23 janv 2008;(1):CD000146.
89. Réseau Régional De Cancérologie En Île-De-France. Référentiels en Oncologie Thoracique. Sevrage tabagique. [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/>
90. Pirie K et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet. 12 janv 2013;381(9861):133-41.

91. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 24 juin 2004;328(7455):1519.
92. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med*. 10 avr 2000;160(7):939-44.
93. Santé Publique France. Baromètre santé 2010 [Internet]. 2019 [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010](https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010)
94. Benyamina A. Modèle transthéorique du changement [Internet]. Vol. 2e éd., *Traité d'addictologie*. Lavoisier; 2016 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-311.htm>
95. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement*. Malakoff, France: InterÉditions; 2019. xiv+434.
96. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*. août 2004;99(8):1042-8.
97. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why don't smokers want help to quit ? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2015;12:6591:6607.
98. Shaw M, Mitchell R, Dorling D. Time for a smoke? One cigarette reduces your life by 11 minutes. *BMJ*. 1 janv 2000;320(7226):53.
99. Guignard R, François B, Richard J-B, P. P-W. *Tobacco smoking in France*. 2013.
100. Looze-Renault C. *Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord-Pas-de-Calais*. Thèse de médecine, Lille : Université du droit et de la santé; 2017.
101. Santé Publique France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_9.html
102. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 oct 2010;(10):CD001008.
103. Santé Publique France. *Evolution de la perception des risques du tabagisme en France : Baromètre cancer 2015* [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/evolution-de-la-perception-des-risques-du-tabagisme-en-france-barometre-cancer-2015>

104. Viavoice. Baromètre de confiance à l'égard des professionnels de santé [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.institut-viavoice.com/barometre-de-confiance-a-l-egard-des-professionnels-de-sante/>
105. Santéclair. Observatoire des parcours de soins des Français[Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medecine-de-ville-Santeclair.pdf>
106. Munson SO, Barabasz AF, Barabasz M. Ability of Hypnosis to Facilitate Movement Through Stages of Change for Smoking Cessation. *Int J Clin Exp Hypn.* mars 2018;66(1):56-82.
107. Gueguen J, Barry C, Seegers V, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie [Internet]. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteAuriculotherapie_2013.pdf
108. H.J A, M R, Aubin H.J. Modèles cognitivo-comportementaux des addictions. Paris: Flammarion médecine sciences; 2006. pp. 74-80. (Traités).
109. Casant S. Réduction des risques en tabacologie : identification des leviers et des freins de l'implication des fumeurs dans un challenge antitabac inter-lycées ; thèse qualitative en « focus group » sur les élèves de terminale de quatre lycées bordelais. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux.
110. Statista. Infographie: ce que dépensent les fumeurs en cigarettes [Internet]. Statista Infographies. [Page consultée le 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/infographie/14050/ce-que-depensent-les-fumeurs-en-cigarettes/>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

« Le tabac tue jusqu'à la moitié de ceux qui en consomment » soit plus de 8 millions de personnes chaque année dans le monde.

En entamant la démarche de sevrage 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. »

Dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale anonyme et non rémunéré, nous vous soumettons ce questionnaire rapide. L'objectif de ce travail est de hiérarchiser les leviers et les freins de la mobilisation des patients vers le soin en tabacologie.

Merci du temps que vous y consacrerez.

1. Quelques informations à votre sujet. Vous êtes: *

Une seule réponse possible.

- Une Femme
 Un homme

2. Vous avez: *

Une seule réponse possible.

- Entre 18 et 25 ans
 Entre 25 et 30 ans
 Entre 30 et 40 ans
 Entre 40 et 50 ans
 Entre 50 et 60 ans
 Entre 60 et 70 ans

Entre 70 et 75 ans

Plus de 75 ans

3. Avez-vous des problèmes de santé ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Cardio-vasculaires
- Respiratoires
- Addictologiques
- Psychiatriques
- Je n'ai pas de problème de santé

Autre : _____

4. Avez-vous envie d'arrêter de fumer? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- J'ai peur de ne pas y arriver
- Je ne sais pas
- Je ne suis pas prêt(e)

Autre : _____

5. Aviez-vous prévu de parler du tabac à votre médecin généraliste aujourd'hui ?

*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. Avez-vous échangé au sujet de votre tabagisme avec votre médecin généraliste au cours

des 12 derniers mois? * *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 7*
- Non *Passer à la question 10*

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

7. Lors de cet échange, votre médecin traitant vous a-t-il proposé: *

Une seule réponse possible.

- Un accompagnement de l'arrêt par ses soins *Passer à la question 10*
 - Un traitement pour le sevrage tabagique *Passer à la question 10*
 - Un document d'aide à l'arrêt *Passer à la question 10*
 - Une consultation auprès d'un spécialiste du tabac *Passer à la question 8*
 - D'en reparler plus tard *Passer à la question 10*
 - Rien *Passer à la question 10*
 - Je ne m'en souviens pas *Passer à la question 10*
 - Autre :
-

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

8. Etes-vous allé(e) le consulter? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Si vous avez répondu "non", expliquez pourquoi:

Passer à la question 12

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

10. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 11*
- Non *Passer à la question 32*

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

11. Lors de cette tentative d'arrêt, vers quelle personne vous êtes-vous tourné(e) ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant *Passer à la question 12*
- Entourage *Passer à la question 12*
- Professionnel de santé formé à la tabacologie *Passer à la question 12*
- Je n'ai pas sollicité d'aide *Passer à la question 30*
- Autre :
-

Passer à la question 12

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

12. Sélectionnez les trois principales raisons pour lesquelles vous arrêteriez de fumer et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pour l'avenir de ma santé (peur de développer une maladie)	Pour raison de santé actuelle (maladie ou intervention nécessitant un arrêt)	Pour raison esthétique	Pour raison financière	Pour répondre à l'insistance d'un professionnel de santé	Pour répondre à la pression de mon entourage	Pour libérer l'emploi
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

14. Sélectionnez les trois principaux freins à votre arrêt du tabac et classez les par ordre d'importance: (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Peur de l'échec	Peur du manque	Peur de prendre du poids	Peur d'être stressé(e)	Peur d'être irritable	Peur de ne pas être prêt(e)	Peur de perdre une partie de votre identité	Autre
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

16. Si vous avez consulté un professionnel de santé, quelle était sa spécialité? *

Une seule réponse possible.

- Médecin
- généraliste
- Médecin spécialiste
- Spécialiste non médecin

Je n'ai pas consulté de professionnel de santé

Passer à la question 30

17. Si vous avez répondu "médecin spécialiste" , indiquez sa spécialité. Si vous avez répondu "spécialiste non médecin", précisez sa profession.

Section sans titre

18. Qu'avez-vous pensé de sa prise en charge ? Plusieurs réponses possibles. *

Plusieurs réponses possibles.

- La prise en charge était satisfaisante
- La prise en charge était adaptée: elle prenait en considération mes problèmes particuliers
- La prise en charge était trop rapide
- La prise en charge manquait de suivi
- La prise en charge ne m'a pas aidé(e)

Autre : _____

19. Sélectionnez les 3 éléments que vous avez le plus appréciés dans la prise en charge et classez les par ordre de préférence (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Temps consacré	Recherche de solutions personnalisées	Suivi rapproché	Disponibilité	Rien	Autre
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

21. Sélectionnez les 3 éléments que vous auriez attendus dans la prise en charge et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Consultation plus longue	Suivi plus régulier	Proposition de solutions alternatives (sophrologie, hypnose, coaching ...)	Délais de prise en charge plus rapides	Proposition d'un soutien psychologique	Plus d'explications	d' c
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

◀ _____ ▶

22. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

23. Sélectionnez les 3 éléments qui vous motiveraient le plus à aller consulter un professionnel de santé formé à la tabacologie et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Avoir connaissance de l'existence de centres de tabacologie	Pouvoir comprendre mon addiction	Avoir un problème de santé rendant l'arrêt du tabac obligatoire	Avoir été sensibilisé(e) au problème du tabac via des messages de prévention	Avoir été adressé(e) par son médecin traitant à un spécialiste formé à la tabacologie	Avoir entendu parler d'un professionnel par le bouche à oreille
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

25. Les rendez-vous médicaux se font majoritairement dans un cadre formel, sous forme de consultation en cabinet. Dans quelle autre cadre vous imagineriez-vous aborder votre problématique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Au domicile
- Entretiens individuels à l'extérieur (hors du cabinet)
- Lors de séjours thérapeutiques courts (6 jours) dédiés à la prise en charge du tabac
- Lors de weekends thérapeutiques dédiés à la prise en charge du tabac
- Au sein d'un groupe d'échange Autre :

26. Un centre dédié à la tabacologie ouvre ses portes: sélectionnez les 3 éléments qui vous donneraient envie de vous mobiliser vers ce centre de soins et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Des délais de rendez- vous rapides	Présence médecins tabacologues	Présence d'autres professionnels formés à la tabacologie : diététicien(ne), psychologue, coach, sophrologue, etc...	Proximité géographique	Proposition venant de mon médecin traitant ou d'un spécialiste	Possibilité téléconsultati
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



27. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

28. La sécurité sociale ne prenant en charge qu'une partie médicale des soins, est-ce que le fait qu'il y ait une partie à votre charge représente un frein ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre

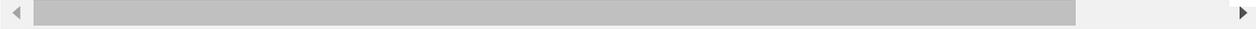
29. Pourquoi? *

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

30. Selon vous, vous n'avez pas sollicité d'aide parce que vous n'aviez: (sélectionnez les 3 raisons principales et classez les par ordre d'importance ;faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions) *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas pensé que c'était un problème médical mais juste une question de volonté	Pas de temps à y consacrer	Pas vraiment envie d'arrêter	Pas la notion d'aides possiblement efficaces	Pas connaissance du remboursement des traitements	Pas besoin d'aide: vous pensiez pouvoir y arriver seul(e)	Pa d'arge y consa
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



31. Si vous avez répondu "autre" à la précédente question, précisez votre réponse.

Enquête auprès des fumeurs majeurs de Gironde consultant un médecin généraliste

32. Sélectionnez les trois principales raisons pour lesquelles vous arrêteriez de fumer et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pour l'avenir de ma santé (peur de développer une maladie)	Pour raison de santé actuelle (maladie ou intervention nécessitant un arrêt)	Pour raison esthétique	Pour raison financière	Pour répondre à l'insistance d'un professionnel de santé	Pour répondre à la pression de mon entourage	Pour n
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

34. Sélectionnez les trois principaux freins à votre arrêt du tabac et classez les par ordre d'importance: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Peur de l'échec	Peur du manque	Peur de prendre du poids	Peur d'être stressé(e)	Peur d'être irritable	Peur de ne pas être prêt(e)	Peur de perdre une partie de votre identité	Autre
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

36. Sélectionnez les 3 éléments qui vous motiveraient le plus à aller consulter un professionnel de santé formé à la tabacologie et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions) : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Avoir connaissance de l'existence de centres de tabacologie	Pouvoir comprendre mon addiction	Avoir un problème de santé rendant l'arrêt du tabac obligatoire	Avoir été sensibilisé(e) au problème des messages de prévention	Avoir été adressé(e) par son médecin traitant à un spécialiste formé à la tabacologie	Avoir entendu parler d'un professionnel par le bouche à oreille
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

38. Les rendez-vous médicaux se font majoritairement dans un cadre formel, sous forme de consultation en cabinet. Dans quelle autre cadre vous imagineriez-vous aborder votre problématique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Au domicile
- Entretiens individuels à l'extérieur (hors du cabinet)
- Lors de séjours thérapeutiques courts (6 jours) dédiés à la prise en charge du tabac
- Lors de weekends thérapeutiques dédiés à la prise en charge du
-

39. Un centre dédié à la tabacologie ouvre ses portes : Sélectionnez les 3 éléments qui vous donneraient le plus envie de vous mobiliser vers ce centre de soins et classez les par ordre d'importance (faites glisser l'écran vers la droite pour afficher l'intégralité des propositions): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Des délais de rendez- vous rapides	Présence médecins tabacologues	Présence d'autres professionnels formés à la tabacologie : diététicien(ne), psychologue, coach, sophrologue, etc...	Proximité géographique	Proposition venant de mon médecin traitant ou d'un spécialiste	Possibilité téléconsultati
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



40. Si vous avez répondu "autre", précisez votre réponse :

41. La sécurité sociale ne prenant en charge qu'une partie médicale des soins, est-ce que le fait qu'il y ait une partie à votre charge représente un frein ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre

42. Pourquoi?

Annexe 2 : 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Titre : Hiérarchisation des facteurs de mobilisation et des freins des patients fumeurs vers un accompagnement spécialisé en tabacologie. Etude quantitative auprès des fumeurs majeurs de Gironde.

Introduction : Avec trois français de 18-75 ans sur dix qui fument de manière régulière ou occasionnelle, le tabagisme constitue un enjeu majeur de santé publique en 2021. La grande majorité des patients souhaite arrêter de fumer et si la plupart souhaite une aide de soignant dans leur tentative de sevrage, ils n'ont que peu recours à la tabacologie. Notre étude a pour objectif de hiérarchiser les freins et les leviers de la mobilisation des patients vers le soin en tabacologie dans le but d'augmenter leurs chances de réussite.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative prospective observationnelle sous forme de questionnaire adressé aux patients fumeurs majeurs de Gironde, recrutés entre mars et avril 2021. Le questionnaire en ligne a été diffusé auprès de cabinet de groupe situé en zone rurale, semi-rurale et urbaine.

Résultats : 175 patients ont répondu au questionnaire. La perception non médicale du tabagisme (23,8%) vu comme un manque de volonté, l'absence de besoin d'aide (22,5%) et le manque d'envie d'arrêter (15,9%) sont les trois freins principaux rapportés par les patients. La survenue d'un problème de santé (21,8%), la compréhension de leur addiction (19,7%) et la certitude des compétences du professionnel (26,9%) sont pour les patients les trois principaux leviers de mobilisation vers le soin en tabacologie.

Conclusion : Afin de se mobiliser vers le soin en tabacologie, les patients ont identifié comme principaux leviers : survenue d'un problème de santé, la compréhension de leur addiction, et la certitude des compétences du professionnel. Le centre libérale Tabalib, spécialisé dans le sevrage tabagique est susceptible de répondre aux besoins des patients. En y étant adressé par le médecin généraliste, le patient accédera à une prise en charge pluridisciplinaire auprès d'intervenants qualifiés. La structure Tabalib semble être une alternative intéressante aux centres existants susceptible de mobiliser les patients vers le soin en tabacologie.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Arrêt du tabac / Fumeurs / Freins et leviers/ Mobilisation/ Tabacologie / Médecine générale

Intitulé et Adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux