



HAL
open science

Sevrage tabagique et entretien motivationnel : analyse qualitative en médecine générale

Hary Clerc

► **To cite this version:**

Hary Clerc. Sevrage tabagique et entretien motivationnel : analyse qualitative en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04050261

HAL Id: dumas-04050261

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04050261v1>

Submitted on 29 Mar 2023

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Sevrage tabagique et entretien motivationnel :
analyse qualitative en médecine générale**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 22 Mars 2023

Par Monsieur Hary CLERC

Né le 28 décembre 1989 à Orléans (45)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GIORGI Roch

Président

Monsieur le Professeur SIMON Nicolas

Assesseur

Monsieur le Docteur RECORBET Guy

Directeur

Monsieur le Docteur TRIGUI Youssef

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Sevrage tabagique et entretien motivationnel :
analyse qualitative en médecine générale**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 22 Mars 2023

Par Monsieur Hary CLERC

Né le 28 décembre 1989 à Orléans (45)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GIORGI Roch

Président

Monsieur le Professeur SIMON Nicolas

Assesseur

Monsieur le Docteur RECORBET Guy

Directeur

Monsieur le Docteur TRIGUI Youssef

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Assesseurs :

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

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI



ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
Chargés de mission		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
Chargés de mission		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUBE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT**2020**

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020**2022**

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIELLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciements

Au Professeur Roch GIORGI,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

Au Professeur Nicolas SIMON,

Vous avez accepté de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Au Docteur Guy RECORBET,

Vous avez accepté de m'accompagner dans cet exercice de thèse. Je vous remercie pour votre soutien.

Au Docteur Youssef TRIGUI,

Vous avez accepté de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie pour vos conseils.

Aux participants de l'étude,

Vous avez donné corps à ce travail.

A ma famille

A ma mère. Pour tous tes sacrifices, pour ton rire tonitruant, pour les tapettes et les pincettes, pour toutes les lubies dans lesquelles tu m'as suivi et pour tout ce que j'ai hérité de toi. "I hope you don't mind that I put down in words how wonderful life is while you're in the world" Je t'aime Môman.

A mon père. Pour le cœur brisé du petit garçon que j'étais quand le tien s'est arrêté. J'espère te rendre fier. Ce n'est qu'un « au revoir ». Je t'aime Papa.

A Niry, mon frère. Pour toutes les bêtises, pour tous les moments, pour tous les copains. Pour ton romantisme. Je t'aime Guigui.

A Laurent, mon frère. Pour le beau jeune homme que tu es devenu et que je n'ai pas assez vu grandir. Je t'aime Lolopim.

A ma très nombreuse famille, aty Andafy sy any Madagasikara.

A Sophia. Pour ta douceur, pour tes yeux en amandes, pour ta patience, pour ta voix de diva. On y arrive aujourd'hui et ce n'est qu'un début. Le début d'une belle aventure auréolée de jasmins et de roses. Je t'aime Beautété.

A mes amis

A mes oiseaux de nuit. **Navid**, le sang de la veine, pour ton occiput plat, pour les 135.3 dB, pour les danses endiablées, pour la folie qui te sied, pour tout ce que je ne peux pas dévoiler, pour ce petit qui ferait mieux de ressembler à **Camille** (cœur sur toi). **Guillaume**, la machine, pour m'avoir fait suer du Génépi, pour tes bons petits plats en terrasse, pour nos mâchoires serrées, pour la LdC du PSG. **Youssef**, la ventripotence, pour nos débats enflammés, pour mes papilles brûlées à la harissa, pour nos approximations capillaires, pour ta dysarthrie nocturne. **Nouredine**, le bellâtre, pour ta tempérance à géométrie variable, pour ton classique chemise en lin rayée-Birkenstock. **Michel**, le montagnard, pour ta voix de stentor, pour tes vanes affutées, pour cet œuf qui a vécu son plus beau vol avant d'embrasser un joli mur blanc. **Loïc**, la longueur, pour cette plante qui n'aura pas survécu à l'été marseillais. **Anis**, pour tes crochets de feu. **Gildas**, pour tes mille facettes, pour ton jacuzzi.

Aux membres de la Confrérie Autonome de Chant Arménien. **Cindy**, pour le bitch-volley, pour les blind-tests, pour toutes ces aventures nocturnes. **Anne-Sophie**, pour les beer-pongs, pour les cheesecakes. **Sophie**, pour ton déhanché fatal, pour ton amour pour la musique de renoi. **Mathias**, pour ton érudition en gastronomie italienne. **Gaéliz**, pour ton rire communicatif, pour avoir dompté Mathias. A **Anna**, pour tes histoires rocambolesques.

A **Anne** et **JB**, pour l'osmose que vous partagez, pour les plantes que vous faites pousser. A **Noémie**, pour la cuisine au soja et pas que. A **Yannis**, pour ton homéopathie. A **Lisa**, ma Galak, pour ton style de ouf. A **Romain**, pour l'objectif, pour ton sens du groove. A **Manon**, pour ton sourire, pour ta boîte de nuit. A **Alexis**, pour la bûche, pour ton rachat du boulevard.

Aux Loutres. **Dimeh**, le D, mon suisse, pour être mon grand depuis Tours, pour m'avoir fait découvrir Marseille, pour l'amateur de hip-hop que tu es, pour cette petite nuit aux urgences. Aux Tambal, **Priya** et **Nour** (cœur sur vous). **Anne-Sophie**, mon negro, pour les photomaton du Chapiteau. **Rapholo**, la loutre en chef, pour cette chose qui nous hante. **Sadok**, pour ton génie incompris, pour le mot qui t'est interdit. **Mehdi**, pour Lacanau, pour la mouette et le bat.

Au 56. A **Ludo**, pour cette coloc' un peu foutraque, pour ce voyage au Nigéria (inch'Allah), pour l'amour de l'OM. A **Vico**, pour le tour en yacht que tu nous as promis. A Raz, pour tes kilos en trop.

Au 54. **Léo**, mon Niak, pour les sombres soirées d'anniversaires, pour les fibres, pour le feu, pour les memes, pour toutes ces années où on s'est vu grandir. **Talal**, mon Pakpak, pour le foie gras-FIFA, pour les bpm de bon matin, pour ton amitié à l'épreuve de mon sale caractère. **Roathar**, mon Cambo, pour ces pops à en faire trembler le sol, pour les « doudounj », pour toutes les guinguettes, pour le mot de passe. **François**, mon Maze, pour toutes ces journées à creuser un peu plus ce canapé, pour le carve. **Mathieu**, mon 3T, pour l'exploration des tréfonds du rap. **Demdy**, pour Triple H, pour le gorille. **Keram**, pour les rimes que tu dois débiter là-haut.

Aux majors. **Vincent**, pour le Dr M'Foudi, pour PT, pour nos séances de Lafay, pour cet internat à La Réunion que je n'ai pas fait (plutôt pardon). **Vincent**, pour les métaux lourds, pour les notes nocturnes de guitare. **Vincent**, pour ta deutsche qualitat et tes ischios trop courts. **Marie**, pour ton sourire, pour « Bresseh ». **Humphrey**, pour ton dandisme. **Simon**, mon Babar.

A mes Tourangeaux. Marie, ma JC, pour tes blagues de beauf. **Madou**, pour m'avoir permis d'être à l'heure aux ECN. A **Elise**, pour les C-Walk, pour les après-midis télé-réalité. **Ismaël**, mon petit fennec, pour Super Mario Bros 3, pour les gâteaux de l'espace, pour ton hyperactivité. **Saïd**, mon kabyle trapu, pour mes pantalons trop serrés, pour nos nuits d'errance place Plum'. **Ismo**, pour ta sagesse versatile. **Nkodo**, pour tes siestes verticales. **Brahim**, pour ces pâtes au thon, pour toutes ces chansons. **Noémie**, pour ta douceur, pour tes confitures. **Valise**, pour la compil de bouts de chansons.

A mes Orléanais. Des Magnolias, **Mehdi, Rodney, Momo, Gaby, Dimitri, Arnaud, Naël, Nawfel, Gaya, Juba, Kafwa, Shungu, Hugo, les Aurélie, Jérôme, Laurie.** De Dauphine, de Saint-Marceau, les Parcassiens, l'ASELQO, **Lotyé, Lassana, Mehdi.** De la Source, **Mamadou, Namory, Muhammad, Ba.** De l'Argonne, **Jethro, Hawa, Amy.** A **Andrew-Michel** et à tous les danseurs.

Aux autres. Je ne vous oublie pas, vous êtes au creux de moi, de ma vie, dans tout ce que je fais...

Sommaire

Remerciements

Abréviations..... 3

Introduction 4

1. Histoire du tabac et de la lutte contre le tabagisme 4
2. Epidémiologie du tabagisme 4
3. Conséquences du tabagisme..... 5
4. Bénéfices à l'arrêt 5
5. Dépendance au tabac..... 5
6. Aide au sevrage tabagique 6
7. La motivation au sevrage tabagique 7
8. Problématique et objectifs..... 7

Méthode 8

1. Design de l'étude 8
2. Recrutement 8
3. Entretiens..... 8
4. Recueil des données..... 8
5. Analyse des données..... 8

Résultats 9

1. Caractéristiques des entretiens et des MG interrogés..... 9
2. Qui sont les patients tabagiques ? 9
3. Quelles motivations au sevrage ?..... 10
4. Comment aborder le tabagisme et accompagner son sevrage ? 13
5. Quels outils pour le sevrage ? 15
6. Comment motiver au sevrage ? 17
7. Quelle efficacité à motiver ? 18

Discussion 20

1. Discussion sur la méthode 20
 - A. Matériel d'étude 20
 - B. Population de l'étude..... 20
2. Discussion des résultats 21
 - A. Les déterminants de la motivation..... 21
 - B. Perspectives 28

Conclusion	30
Bibliographie.....	32
Annexes	41
1. Guide d'entretien.....	41
2. Questionnaire quantitatif.....	42
3. Test de Fagerström	43
4. Questionnaire Q-mat	44
5. Modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente	45
6. Colonnes de Beck	46
7. Guide de repérage et d'intervention dans la prise en charge des conduites addictives.....	47
8. Infographie présentée aux MG interrogés ne connaissant pas l'EM.....	49
Serment d'Hippocrate	

Abréviations

ASALEE =	Action de Santé Libérale en Equipe
BD =	Balance Décisionnelle
CCAM =	Classification Commune des Actes Médicaux
CNAM =	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CRES-PACA =	Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
CSAPA =	Centre de Soins et d'Accompagnement Pluridisciplinaires en Addictologie
DPC =	Développement Professionnel Continu
HAS =	Haute Autorité de Santé
IDSP =	Infirmier Diplômé en Santé Publique
INSEE =	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MG =	Médecin Généraliste
OFDT =	Office Français des Drogues et des Tendances addictives
PNLT =	Plan National de Lutte contre le Tabac
Q-mat =	Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac
ROSP =	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SPF =	Santé Publique France
TCC =	Thérapie cognitive et comportementale
TNS =	Traitement Nicotinique de Substitution

Introduction

1. Histoire du tabac et de la lutte contre le tabagisme

Issu du Nouveau Monde, le tabac est introduit en France au XVI^e siècle par l'intermédiaire de Jean Nicot pour ses vertus médicinales. La mécanisation de la fabrication de cigarette au XIX^e siècle en fait un produit de consommation courante. Les campagnes de promotion de l'industrie le rendent omniprésent dans la culture populaire au début du XX^e siècle. Le changement de vision à propos du tabac s'opère quand l'étude de Doll et Hill démontre statistiquement le lien entre le tabac et le cancer du poumon. (1) Elle donne lieu à nombre de publications allant dans le sens de la dangerosité du tabac et aux politiques anti-tabac dans le monde.

En France, la lutte s'amorce avec la loi Veil de 1976 renforcée par la loi Evin de 1991 puis le décret Bertrand de 2006. Elles réglementent progressivement la promotion, la vente, les prix et les usages du tabac tout en autorisant les actions en justice contre les industriels du tabac. (2–5) Le Plan National de Réduction du Tabac 2014 (6) a permis le lancement en 2016 de la campagne annuelle « Mois sans tabac » (7), la mise place du paquet neutre (8) et le remboursement à 65% des TNS (9).

2. Epidémiologie du tabagisme

En France comme dans le monde, le tabagisme reste une problématique majeure de santé publique. D'après le Baromètre SPF 2021 (10), 31,9% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent fumer du tabac : 34,7% des hommes pour 29,2% des femmes. La prévalence du tabagisme quotidien s'élève à 25,3%, soit 27,8% parmi les hommes et 23,0% parmi les femmes. Rapporté à la population française recensée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2022 (11), ce chiffre représenterait autour de 15 millions de fumeurs quotidiens. La proportion d'ex-fumeurs (31,8%) se révèle stable par rapport à 2020 (32,7%) et 2019 (31,9%) comme la part de personnes déclarant n'avoir jamais fumé (36,3%). 30,3% des fumeurs quotidiens déclarent avoir fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année comme en 2020.

3. Conséquences du tabagisme

La mortalité attribuable au tabac en 2015 est estimée à 75000 décès, soit 13% des décès survenus en France Métropolitaine. Ces chiffres font du tabac le premier facteur de risque de décès évitables en France (12). Le tabagisme, actif comme passif (13), est notamment associé à un risque accru de cancers (14–16), de maladies cardiovasculaires (17–19), de maladies respiratoires (12), de complications obstétricales (20), de complications périopératoires et de cicatrisation (21).

4. Bénéfices à l'arrêt

L'arrêt du tabagisme est associé à des bénéfices en termes de mortalité et de morbidité (22). Le gain d'espérance de vie globale est associé à la précocité de l'arrêt avec une courbe de survie qui se superpose à celle des non-fumeurs si l'arrêt a lieu à 35 ans (23). La seule réduction du tabagisme n'est pas associée à un bénéfice à long terme (24).

Les recettes fiscales engendrées par les ventes de tabac sont de 10 milliards d'€, une somme dérisoire par rapport au coût social du tabagisme estimé à 122 milliards d'€ (25).

L'arrêt du tabac, qui doit être le plus précoce possible dans la vie du fumeur, se révèle donc bénéfique à tous les âges de la vie, à l'échelle individuelle comme collective.

5. Dépendance au tabac

La consommation tabagique est le fruit d'une dépendance à la nicotine qui démontre un potentiel addictif plus fort que l'héroïne, la cocaïne ou l'alcool. Elle s'appuie sur plusieurs composantes : pharmacologique avec le shoot de nicotine qui stimule le système mésolimbique dopaminergique de la récompense, comportementale avec la mise en place d'habitudes et d'adaptations de la consommation, et psychologique avec l'association à des croyances. Le sevrage tabagique entraîne un cortège de symptômes : irritabilité, impulsivité, dysphorie, anxiété, dépression, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit et prise de poids, et enfin craving, sensation impulsive et irrépressible de fumer (26).

6. Aide au sevrage tabagique

La HAS recommande une prise en charge du sevrage tabagique par tous les professionnels de santé qui s'articule sur le principe des 5A (27).

- « Ask » comme interroger le patient sur sa consommation tabagique,
- « Advise » comme conseiller au patient d'arrêter de fumer,
- « Assess » comme évaluer la dépendance et la motivation,
- « Assist » comme proposer un soutien pharmacologique et psychologique,
- « Arrange » comme proposer des visites de suivi pour contrôler l'abstinence du patient.

Dépistage

Le dépistage de la consommation tabagique est recommandé chez tous les patients sous la forme d'une question simple « Fumez-vous ? ». La réponse affirmative à cette question conditionne alors le questionnement de la motivation au sevrage « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? ».

Conseil minimal bref

Le conseil d'arrêt consiste à indiquer oralement à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Il s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. Il peut être accompagné par la délivrance d'une brochure informative.

Evaluation de la dépendance

La dépendance au tabac se mesure à l'aide du score de Fagerström, constitué de six questions. Les éléments les plus importants, résumés dans sa forme « mini », sont le nombre de cigarettes quotidiennes et le délai entre le réveil et la première cigarette. (Annexes)

Accompagnement du sevrage tabagique

La prise en charge du tabagisme s'effectue par la conjonction d'un traitement pharmacologique et d'un accompagnement psychologique mis en œuvre dans le cadre de la consultation tabacologique.

7. La motivation au sevrage tabagique

Evaluation de la motivation

Le Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac (Q-Mat) évalue de manière quantitative la motivation d'un patient à arrêter de fumer tout au long du parcours de sevrage. (Annexes)

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente

Cette théorie de changement comportemental se base sur une série d'étapes de motivation que traverse une personne dans l'optique de modifier un comportement. Pour atteindre ce changement aux contours dynamiques, fluctuants et multidimensionnels, le thérapeute doit donc adapter son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant (28).

L'Entretien Motivationnel (EM)

Décrit pour la première fois par Miller et Rollnick en 1983, l'EM est « une méthode de communication, à la fois directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (29).

8. Problématique et objectifs

L'arrêt du tabac est donc une démarche complexe par les différentes composantes de la dépendance à la nicotine. Elle impose la correction du syndrome de sevrage et implique la motivation du patient fumeur.

L'objectif principal de cette étude sera donc d'étudier la place de l'EM dans l'accompagnement au sevrage des patients fumeurs en consultation de médecine générale.

Son objectif secondaire sera l'analyse des déterminants de la motivation au sevrage tabagique.

Méthode

1. Design de l'étude

Ce travail consiste en une étude qualitative par entretiens semi-dirigés basés sur un guide d'entretien. Il aborde quatre thématiques principales : la population des fumeurs parmi les patientèles, l'abord du tabagisme et de son sevrage en consultation, les motivations et freins au sevrage tabagique et les compétences développées pour susciter la motivation.

Les thèmes et les questions du guide d'entretien ont été définis en fonction des résultats d'une revue documentaire ciblée. Le guide d'entretien a été spécifiquement conçu de façon à commencer par des questions ouvertes, puis à proposer des questions complémentaires en lien avec les sujets abordés par les interrogés.

2. Recrutement

Les participants de cette étude ont été recrutés par démarchage téléphonique à la suite d'une recherche « médecin généraliste » combinée aux données géographiques de localisation sur le site pagesjaunes.fr. Sur les 42 médecins contactés, 9 ont accepté de participer. Les raisons invoquées pour le refus de l'entretien étaient majoritairement le manque de temps, plus rarement le manque d'intérêt ou le non-rappel.

3. Entretiens

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés au cabinet lors d'un rendez-vous dédié convenu à l'avance. Les interrogés, avertis de l'exercice, ont consacré à la demande de l'enquêteur un créneau de 30 à 45 min pour l'entretien. Les entretiens ont débuté par des questions larges et ouvertes pour obtenir les réponses les plus libres et naturelles des interviewés puis orientées par des reformulations, des demandes de précision, ou des pauses actives. Ils se sont terminés par le recueil de données démographiques des interrogés.

4. Recueil des données

Le contenu des entretiens a été enregistré de façon numérique via le dictaphone du smartphone de l'enquêteur. Après garantie de l'anonymat des interviewés, leur consentement à la participation à l'enquête a été recueilli oralement.

5. Analyse des données

Le contenu des entretiens a été retranscrit manuellement par l'enquêteur sur des fichiers de type Word. L'encodage des entretiens a été assisté par la version 12 du logiciel NVivo et a consisté en un codage ouvert, axial puis sélectif, permettant une catégorisation thématique des

données recueillies. Les citations des interrogés sont retranscrites sans modification ni censure.

Résultats

1. Caractéristiques des entretiens et des MG interrogés

	Date	Durée	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Spécialisation addictologie / tabacologie	Formation à l'EM	Tabagisme
M1	05/01/2023	34'28	Femme	53	Aubagne	Cabinet de groupe	Non	Non	Non
M2	16/01/2023	33'19	Homme	38	Marseille	Cabinet de groupe	Non	DPC obésité	Non
M3	18/01/2023	32'17	Homme	54	Marseille	Cabinet seul	Non	Non	Sevré
M4	25/01/2023	38'31	Femme	41	Marseille	Cabinet de groupe	Non	Non	Non
M5	08/02/2023	32'03	Homme	30	Marignane	Cabinet de groupe	DIU tabacologie	DIU tabacologie	Actif
M6	08/02/2023	57'43	Femme	43	Marseille	Cabinet seul	Formation professionnelle	Non	Actif
M7	09/02/2023	28'47	Homme	62	Martigues	Cabinet seul	Non	Non	Non
M8	10/02/2023	39'04	Femme	41	Marseille	Cabinet de groupe	Non	DPC dépression	Non
M9	13/02/2023	24'06	Femme	47	Marseille	Cabinet de groupe	Non	Non	Non

2. Qui sont les patients tabagiques ?

Les médecins interrogés décrivent une **grande diversité des profils de fumeurs** dans leurs patientèles. **M5** « *Je vois toutes sortes de patients, tout âge, toutes catégories socio-professionnelles* » **M7** « *Il y a des gars du bâtiment comme des avocats* »

Cependant, les **inégalités sociales** semblent influencer la consommation tabagique. Les médecins associent les **milieux défavorisés** à une surexposition tabagique. **M3** « *J'ai l'impression que les plus gros fumeurs sont les plus pauvres* » **M8** « *Quand tu n'as pas de travail, tu traînes entre gens qui n'ont pas de travail donc pour passer le temps, tu fumes plus* » **M2** « *Le combo café-clope-PMU* » Ils associent une moindre exposition et de meilleures capacités au sevrage dans les **populations plus aisées**. **M6** « *Ici, c'est un quartier bobo, les gens fument moins. J'ai l'éduc spé soixante-huitard, le jeune cadre stressé ou la jeune maman récemment convertie au bio, très éduqués et renseignés qui viennent me consulter, et c'est*

plus facile d'arrêter chez eux » M7 « Mes patients riches, ils fument moins de 10 cigarettes par jour, surtout en société, pour se donner une contenance » M2 « Beaucoup de mes amis médecins ont arrêté de fumer »

Les **jeunes** et les **adolescents** représentent une catégorie de consommateurs aux habitudes et aux représentations bien spécifiques. **M6** « *Je vois des lycéens, des apprentis, peu d'étudiants à la fac bizarrement » M1 « Quand on est jeune, on se sent fort, on veut essayer, on ne se dit pas « je risque de mourir d'un cancer ou d'un infarctus si je fume »* Leur consommation est associée à une recherche de **sociabilisation** et d'**identification à un groupe** **M4** « *Les ados, ils fument, ils ne savent pas pourquoi... Pour faire comme les copains... Ils se sentent intégrés* », à des **excès** et des **expérimentations multiples**. **M4** « *On n'a pas mal d'ados qui fument... La cigarette, la chicha... Le shit... Je ne sais pas où ils trouvent l'argent pour ça* », **M7** « *Les jeunes, ils ne fument souvent pas que du tabac... Ils ont les excès qui vont avec la vie de jeune, on fume, on boit, on conduit vite* » et à un **âge d'initiation** de plus en plus précoce **M6** « *J'ai l'impression qu'ils y viennent de plus en plus tôt* » **M8** « *Il y en a de plus en plus qui ont essayé, de plus en plus tôt, et avec du cannabis... On a beau leur montrer des images dégueulasses, ça n'a pas l'air de faire beaucoup d'effets* »

La **féménisation de la consommation** est associée à des **consommations sporadiques** **M6** « *Je vois de plus en plus de femmes, qui ont vers 30 ou 40 ans, elles ne fument pas beaucoup, se sont arrêtées plusieurs fois, genre pour des grossesses* » Des consommations liées au stress vis-à-vis de leur **rôle familial** **M9** « *Les femmes qui fument, c'est souvent des mères anxieuses* » ainsi qu'à la **grossesse** **M6** « *Ce qui me dépote le plus c'est les femmes enceintes, elles arrivent à arrêter de fumer pendant la grossesse et elles reprennent direct après la grossesse* »

La récente épidémie de la **COVID** et ses conséquences sur les modes de vie a modifié certains comportements pendant les confinements **M2** « *Avec le télétravail, les gens étaient chez eux, avec les enfants, ils ne pouvaient pas fumer comme ils voulaient* » **M3** « *J'ai plus de patients qui veulent arrêter depuis la Covid* » **M9** « *Pendant la Covid, j'ai vu plein de gens se remettre à fumer ou augmenter leur consommation, ils étaient stressés, ils avaient peur... Les enfants, le travail... Enfermés chez eux, ça n'a pas aidé* »

3. Quelles motivations au sevrage ?

L'arrêt du tabac est une **épreuve**. **M3** « *Au début, ce n'est jamais facile, on les voit passer par tous les états* », **M7** « *Y en a ils ont déjà essayé 2, 3, 4 fois, ça leur semble une montagne, ils*

en ont marre », **M2** « Quand tu t'arrêtes de fumer, tu te sens seul... Pour peu que tu aies autour de toi des gens qui fument, ce n'est pas facile »

Les patients semblent **conscients des risques**. **M7** « Ils ont tous vu les campagnes, ils savent tous que ça file le cancer du poumon », **M4** « Les images dégueulasses sur les paquets, ça leur parle, même s'ils en rient », **M1** « On leur rabâche tout le temps... Leur femme ou leur mari, leurs enfants, leurs collègues, le docteur, la télé... Ils savent que c'est de la merde »

Malgré tout, ils persistent dans le tabagisme à cause de **représentations** qui mêlent **plaisir** **M6** « Fumer, ça reste un plaisir », **M5** « La clope, c'est une récompense... Ça parle bien au circuit de la récompense » **M1** « La cigarette après un bon repas, ça fait toujours du bien » **refuge** **M6** « Quand ton patron te stresse, tu sors prendre une pause et tu t'allumes une clope » **M8** « Quand tu t'ennuies, tu fumes » et **marqueur social** **M2** « Tu vas en soirée, tu vois des gens fumer dehors, tu vas les rejoindre pour discuter, forcément tu vas t'en griller une » **M3** « Fumer c'est Rock'n'Roll »

Elles rendent l'idée du **sevrage difficile**. **M3** « Ils y pensent, mais comme ils ont peur de pas y arriver, ils préfèrent regarder ailleurs » **M6** « Tu te vois arrêter alors que tu as d'autres problèmes plus importants ? » **M1** « Ils savent que c'est mieux pour eux, mais ils ont tout un tas d'excuses, plus ou moins valables, pour ne pas le faire... Ou au moins remettre à plus tard »

Les **motivations à l'arrêt** évoquées en consultation sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Pathologies et risques liés au tabac	<p>M2 « La maladie ça leur fait peur... Que ce soit un rhume, un essoufflement, une toux, un cancer dans la famille, c'est toujours une occasion, pour eux comme pour moi d'en parler »</p> <p>M5 « L'alerte, c'est une maladie... Le cancer ou l'infarctus d'un proche... Un décès, ça remet les idées en place »</p> <p>M6 « Tu n'arrives plus à monter les escaliers, tu tousses comme un fou, ton père ou ta mère meurt d'un cancer, t'as un gamin asthmatique... Tu te sens coupable, ça trotte dans la tête... Tu te dis « Allez, j'arrête » »</p>
Coûts de la consommation	<p>M9 « Le prix du paquet, ça pique quand tu n'as déjà pas assez pour nourrir ta famille »</p> <p>M7 « Avec l'augmentation générale des prix, y en a beaucoup qui préfèrent diminuer les clopes »</p> <p>M1 « Je tente parfois le coup « Vous mettez 10 euros à chaque fois que vous n'achetez pas votre paquet de clope, on</p>

	<i>voit ce que vous économisez et ce que vous pouvez vous offrir » Une fois ça a marché, sur 3 mois, ils sont partis en vacances en Italie en famille »</i>
Grossesse et parentalité	M6 « <i>Les femmes enceintes arrêtent souvent d'elles-mêmes donc elles essayent d'entraîner leur mari</i> » M1 « <i>Après la grossesse, on leur dit « C'est con, le bébé ça sent bon, la maman ça doit sentir le bébé »</i> »
Amélioration de l'image personnelle	M6 « <i>On veut tous donner la meilleure image de soi-même donc on reprend le sport, on mange bien... Donc on arrête de fumer</i> » M7 « <i>On est gris, on pue, on n'arrive pas à bouger sans cracher ses poumons, ça donne plus envie</i> »
Pression / encouragement de l'entourage	M4 « <i>Des épouses de patients chroniques qui viennent avec eux en consult en glissant « Et le tabac, vous en pensez quoi docteur ? » »</i> » M3 « <i>J'ai eu une petite fille qui a dit à sa mère « Tu sais Maman, c'est pas bien de fumer ! » »</i> »
Lassitude	M8 « <i>Il y en a, ils en ont juste marre</i> » M4 « <i>C'est marrant, j'ai souvent des jeunes qui ont fumé pendant 1 ou 2 ans, puis qui arrêtent parce que ça ne les intéresse plus, c'est plutôt cool</i> »

Les freins au sevrage tabagique rapportés par les médecins sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Manque de motivation, absence d'envie d'arrêter de fumer	M6 « <i>Si le patient ne veut pas, ça ne marchera pas</i> » M5 « <i>Si le patient n'est pas motivé, ça va être dur,</i> »
Dépendance trop importante	M9 « <i>J'en ai, ils sont triple pontés, d'autres ils parlent par un tuyau, mais ils ne s'arrêteront jamais</i> » M7 « <i>Certains patients, ils sont en galère, ils n'ont pas une thune, mais ils trouvent toujours de quoi acheter un paquet</i> »
Syndrome anxieux / dépressif	M4 « <i>La dépression, ça ne donne pas envie d'arrêter</i> » M6 « <i>La patiente anxieuse, toute maigre, pâlotte, qui dort 2h par nuit, ballotée dans son taf, elle a d'autres problèmes à régler avant le tabac</i> » M5 « <i>Même moi, si je ne suis pas bien, tu m'enlèves la clope, je ne vais pas te suivre</i> »
Co-consommations	M5 « <i>Les polytox, je préfère qu'ils fument</i> » M6 « <i>Quand il y a de l'alcool avec la cigarette, la priorité c'est d'arrêter l'alcool, c'est ça qui les désociabilise</i> » M9 « <i>Le problème du cannabis, c'est qu'ils coupent avec du</i> »

	<i>tabac, et quand ils arrivent à arrêter le shit, ils se vengent sur la cigarette »</i>
Environnement fumeur	<i>M8 « C'est un lien social fort la cigarette, en soirée, au boulot... Couper la clope, c'est comme se couper des autres » M3 « Dur dur de pas fumer quand ça fume à la maison ou au travail »</i>
Echecs antérieurs de sevrage	<i>M3 « Il y en a qui ont très envie d'arrêter, ils ont déjà essayé, mais ils ont peur de rater... Encore une fois » M4 « La vie des patients, ce n'est déjà pas simple, alors risquer d'échouer encore, ça les tente pas »</i>
Précarité socioprofessionnelle	<i>M3 « C'est difficile de penser à arrêter la cigarette quand tu as un boulot précaire, des gosses à nourrir et des factures à payer » M7 « Pour certains, la clope c'est un bon refuge, tu ne peux pas leur enlever »</i>
Peur de la prise de poids	<i>M6 « La cigarette, c'est un coupe-faim » M5 « Tu as des patientes, elles ont essayé d'arrêter, elles ont pris 5 ou 10 kg, elles préfèrent continuer de fumer »</i>

Les **politiques de lutte et de prévention contre le tabagisme** sont souvent abordées comme un déterminant supplémentaire de la **motivation**. **M6** « J'ai pas mal de gens qui me reparlent de la cigarette en novembre avec le Mois Sans Tabac, c'est un bon truc pour motiver les gens » **M7** « Avec l'interdiction de fumer en intérieur, on a une bonne motivation pour moins fumer, sortir dans le froid pour 5 petites minutes pas si plaisantes au final » Elles sont parfois associées à une **efficacité relative**. **M3** « C'est sûr que le paquet neutre avec des images dégueulasses, le prix à 10 euros, ça fait réfléchir... Mais à ce compte-là, on met le paquet à 15 ou 20 euros comme en Australie, ça calmera pas mal de monde » **M3** « J'ai beau mettre des panneaux d'information dans la salle d'attente, les gens ne les lisent pas » **M4** « Tout le monde sait que fumer tue et que ça coûte des ronds mais le gouvernement n'a pas l'air de vouloir en faire plus... Quand on voit ce que ça rapporte »

4. Comment aborder le tabagisme et accompagner son sevrage ?

Le **statut tabagique** des patients est systématiquement interrogé par les médecins et renseigné dans le dossier des patients. **M8** « Je demande toujours si les patients fument » **M7** « Ca fait partie des antécédents donc je note systématiquement dans le dossier » **M4** « Même pour les jeunes, je demande... Discrètement pendant l'examen quand ils viennent avec leurs parents » **M2** « On a une case pour ça dans le logiciel, pour pas avoir à redemander quand il y a un remplaçant ou que les patients ont rendez-vous avec un autre médecin du cabinet »

Le **test de Fagerström** est modérément utilisé. La plupart le trouvent peu adapté et peu pratique en consultation, même dans sa version « mini ». **M2** « *Je le fais parce que j'ai un ongles intégré à mon logiciel, mais je trouve que ça ne sert à rien* » **M6** « *J'essaie plus de voir la routine du patient qui définit ses clopes, comment il fume. Fagerström ce n'est plus aussi intéressant* »

L'arrêt du tabac n'apparaît **jamais comme urgent**. Cependant, la découverte ou le traitement d'une pathologie en lien avec le tabac rend le sujet **prioritaire**. Ils abordent alors plus activement l'arrêt même si le patient reste dans le **déni**. **M3** « *Quand ils reviennent d'hospit pour un infarctus ou un cancer, je leur dis « Bon, maintenant faut arrêter sinon ça va être pire »* » **M7** « *C'est un bon déclic pour les faire arrêter, même s'ils pensent que c'est déjà trop tard* » **M4** « *Je laisse souvent venir le patient à parler de la cigarette, mais quand il vient d'être stenté ou qu'il a chopé une pneumonie, je le prend par la main et je lui explique* »

Le sujet peut parfois sembler **tabou**. **M1** « *Un patient sous chimio, ou qui s'effondre devant moi parce qu'il a perdu sa mère, je le laisse tranquille on en reparle une prochaine fois* » **M8** « *J'ai du mal à parler de l'arrêt du tabac quand le motif de consultation sonne grave* » **M6** « *Des fois, même si on sait que c'est la cause principale du problème, on préfère repousser le sujet à plus tard* »

L'**imposition** du sevrage tabagique semble **inefficace**. **M3** « *Avant j'imposais le sevrage, mais ça ne marchait franchement pas... Maintenant j'explique comment on peut arrêter, puis quand le patient se sent, on y va* » **M1** « *J'évite de négocier, ça prend du temps, ça fatigue, pour au final un résultat plutôt médiocre* » La tendance va de la simple **proposition** à des stratégies plus ou moins actives de **motivation**. **M3** « *Ton patient il a le teint gris et le drapeau en berne, tu lui glisses une petite allusion, il comprend de suite, puis il t'en parle à la consultation d'après* »

Les **médecins fumeurs actifs** ne parlent pas spontanément de leur consommation à leurs patients. **M5** « *Je ne leur dis pas que je fume, mais quand ils demandent, je leur dis que j'ai arrêté, ils se disent « Si le docteur, il a arrêté, pourquoi pas moi ? »* » Leur expérience personnelle est toutefois perçue comme une forme de **légitimité**, à l'instar des **ex-fumeurs**. **M3** « *Comment tu veux savoir ce que vit un fumeur quand tu n'as jamais ressenti l'envie d'arracher la tête de quelqu'un quand tu n'as pas de clope ?* » Ils estiment contrôler leur consommation et éprouvent eux-mêmes des freins à s'arrêter de fumer. **M6** « *Ils me voient fumer quand j'suis en pause... Après je leur dis que je m'astreins à 10 cigarettes par jour* »

maximum et je m'y tiens » **M5** « Je sais pourquoi j'ai repris la cigarette, j'arrêterai quand ce sera résolu, j'ai déjà réussi à arrêter, je sais que je peux le faire »

L'accompagnement par un professionnel de santé est ressenti comme un pilier du sevrage tabagique. **M6** « Ils sentent qu'ils ont besoin d'aide » **M9** « Même s'ils viennent te voir pour autre chose, quand tu leur parle de leur sevrage, tu les captes » **M5** « On ne les lâche pas, même quand ils ont arrêté » **M4** « Il y en a, ils ont surtout besoin qu'on soit avec eux, qu'on les motive, qu'on les félicite... Ils ont l'impression qu'on fait la moitié du boulot »

Les médecins interrogés admettent **suivre volontiers les évolutions de la consommation** de leurs patients. **M2** « On est amenés à les revoir de toute façon... Donc même quand ils viennent pour autre chose, je leur demande entre la poire et le fromage » **M5** « Au début je les fais revenir toutes les semaines pour discuter du sevrage et au bout de 3-4 consultations, ils viennent juste pour renouveler le traitement » **M8** « Je n'hésite pas à leur demander où ils en sont, même si on n'en parle pas après, ils y repensent à force »

5. Quels outils pour le sevrage ?

L'Entretien Motivationnel et l'exploration d'outils relationnels est le sujet principal de l'étude, mais l'ensemble des médecins interrogés a abordé le sujet des **outils d'aides au sevrage tabagique**.

TNS	<p>M1 « Les gommes, les patchs, c'est le mieux pour commencer... C'est remboursé en plus maintenant donc les patients sont partants pour essayer »</p> <p>M5 « J'aime bien les patchs, mais faut bien leur doser si on veut que ça marche »</p> <p>M9 « Les patchs, ça marche bien, mais faut expliquer aux patients qu'il peut y avoir des effets indésirables genre des troubles du sommeil, etc. sinon ils courent droit à l'échec »</p> <p>M6 « J'utilise les patchs mais surtout les pastilles à sucer ou les gommes, ils peuvent gérer en fonction de leurs envies, puis ça donne bonne haleine »</p> <p>M2 « Le problème, c'est pour les cardiaques, ils n'ont pas le droit à la nicotine, on essaye d'autres trucs »</p>
Cigarette électronique	<p>M2 « La cigarette électronique, je ne suis pas forcément pour mais si ça aide, pourquoi pas, mais je dis aux patients « C'est zéro nicotine et on met le patch » »</p> <p>M8 « La vapoteuse, ce sera toujours moins nocif qu'une cigarette, donc je préfère. Tant qu'à faire, je les accompagne »</p> <p>M6 « La vapoteuse c'est pas mal, mais comme c'est interdit dans les lieux publics, ça perd un peu de son intérêt, c'est considéré comme une clope, donc dans la tête des patients, ils sont confus »</p>

	<p>M5 « La cigarette électronique, c'est bien mais faut souvent la reprendre, les patients se sous-dosent »</p> <p>M1 « La cigarette électronique c'est bien, mais ça n'enlève pas le geste »</p> <p>M3 « J'ai plein de patients avec la cigarette électronique, je les empêche pas, c'est toujours mieux que la clope... Mais je ne trouve pas ça dingue de tirer 20 fois par jour sur un truc qui brûle du liquide dont on ne connaît pas bien la composition, surtout si ça doit durer des années »</p>
Médecines alternatives (hypnose, acupunture)	<p>M1 « S'ils veulent essayer l'hypnose ou l'acupunture, je les laisse faire »</p> <p>M5 « Je ne leur dis pas que les résultats sont pas prouvés scientifiquement, si ça marche, tant mieux »</p> <p>M9 « Ce sont les patients qui me parlent de l'hypnose ou de l'acupunture le plus souvent... J'en parle surtout à ceux qui ont échoué plusieurs fois ou ceux qui sont anti-médicaments »</p>
TCC	<p>M4 « Quand j'adresse à un psy, dans le courrier, je mets toujours les consommations du patient, je mets que je prescris un traitement substitutif et que si on peut l'aider à arrêter de fumer dans la foulée »</p> <p>M7 « 50 euros, j'suis gentil, par semaine pour 30 min de séance, il n'y en a pas beaucoup qui peuvent suivre, vaut mieux qu'il y ait des résultats »</p> <p>M5 « J'utilise le calendrier des cigarettes. Quand le patient est dans une situation où il veut fumer, il note ses émotions et ce qu'il pourrait faire au lieu de fumer, puis on en discute »</p>
Tabacologue / addictologue / CSAPA	<p>M6 « Je gère seul les arrêts de mes patients. Ils me font confiance pour ça »</p> <p>M5 « S'il veut arrêter ou qu'il n'y arrive pas, je précise que je suis tabacologue et que comme quand on a un problème de cœur, on va chez le cardiologue ou des poumons on va chez le pneumologue, pour le tabac on va chez le spécialiste »</p> <p>M4 « Les cardios, les pneumos, même les endocs, je les sollicite pour pousser les patients à arrêter mais pour les addicto, je fais un courrier et je laisse les patients trouver eux-mêmes »</p> <p>M3 « J'ai un CSAPA pas loin, je m'en sers pour les polytoxicomanes, pour les drogues dures, mais pour le tabac pas trop... Ça craint un peu là-bas »</p>
E-coaching	<p>M3 « J'ai arrêté de fumer avec l'appli Tabac-Info-Service sur mon smartphone, ça m'a bien aidé donc je m'en sers en consultation, surtout chez les jeunes, ça fait un peu réseau social »</p> <p>M7 « Ouais je sais que ça existe, des patients l'utilisent mais comme je ne sais pas comment ça fonctionne, je ne préfère pas en parler »</p>
Activité physique	<p>M4 « Le sport, ça aide bien, les gens sentent qu'ils reprennent du poil de la bête »</p> <p>M8 « Ils mettent leur jogging et leurs baskets, ils ne pensent pas à fumer, ils se vident la tête »</p>

Sevrage progressif	<p>M6 « Un patient qui passe d'un paquet par jour à 1 paquet pour 2 ou 3 jours, je lui dis que c'est déjà un bon pas, qu'il peut y arriver »</p> <p>M5 « Pour les patients genre de 50 ans qui fument 1 paquet par jour, les arrêter du jour au lendemain c'est dur, tu bouleverses leur quotidien, ils le vivent mal... Alors diminuer, avec une substitution, c'est une solution qui paraît acceptable »</p>
--------------------	--

6. Comment motiver au sevrage ?

Le **conseil minimal** est appliqué par tous les médecins. **M8** « Je conseille toujours d'arrêter de fumer, ça prend 5 minutes » Il n'est **pas toujours systématique**. **M4** « Faut profiter, dès qu'on a une ouverture, pour conseiller d'arrêter... Parfois, j'avoue je n'ai pas le temps » Il est majoritairement dirigé vers les **patients pas ou peu motivés**. **M2** « Ceux qui ne sont pas motivés, je leur dis vite fait qu'il faudrait arrêter, le pourquoi du comment, mais surtout que j'suis là pour en reparler avec eux »

Les **compétences relationnelles** développées par les interrogés pour accompagner la motivation au sevrage de leurs patients fumeurs sont regroupées dans le tableau ci-dessous.

Empathie	<p>M1 « Je ne juge pas les fumeurs, j'essaye de rester neutre »</p> <p>M7 « Le patient ne doit pas avoir honte de dire ce qu'il pense, même si c'est faux »</p> <p>M6 « Je fume, moi aussi, je sais bien ce que c'est »</p>
Exploration de l'ambivalence	<p>M9 « On essaye de peser les pour et les contre, ça fait tilt »</p> <p>M3 « Fumer, ce n'est pas tout blanc ou tout noir, il faut chercher dans le gris »</p>
Ecoute	<p>M9 « Ca prend du temps, mais quand ils se sentent écoutés, ils suivent mieux les conseils »</p> <p>M6 « Quand tu prends du temps sans rien dire, à juste écouter, ils ont l'impression d'être considérés, ça les renforce dans la confiance qu'ils peuvent t'accorder »</p>
Respect de l'autonomie	<p>M4 « C'est lui qui décide, si tu le braques, tu le perds »</p> <p>M5 « Je ne suis qu'un guide, c'est son chemin »</p> <p>M9 « C'est le patient qui décide, je ne peux pas le faire à sa place »</p>
Valorisation	<p>M1 « Ça ne paraît pas grand-chose mais un « Bravo » du docteur, ça conforte, ça pousse à continuer »</p>

	<i>M5 « Faut croire en ton patient, sinon il n'y croira pas lui-même »</i>
--	--

Trois médecins utilisent l'EM de manière active. Par le biais du DIU d'addictologie pour l'un d'entre eux. Via des formations DPC en lien avec la dépression et l'obésité pour les deux autres. **M2** « *Je connais l'Entretien Motivationnel, je l'utilise plus pour l'alcool ou la dépression, ça aide quand même un peu pour motiver la personne à se bouger. Mais pour le tabac, c'est surtout quand la personne est déjà motivée, ça l'aide à se décider* » **M5** « *On nous a appris pendant ma formation que ça peut aider à mener quelqu'un qui ne souhaite pas arrêter de fumer à une envie d'arrêter. Je ne suis pas spécialement partisan de ça, parce que c'est comme du lavage de cerveau... Donc l'EM je m'en sers beaucoup mais quand il a déjà son idée, pour renforcer et l'accompagner dans la démarche, mais je ne vais pas le convaincre* » **M8** « *C'est une bonne méthode. Les patients se sentent écoutés, ils te disent les difficultés qu'ils rencontrent, leurs petites victoires... ça ne mange pas de pain... Tu rebondis sur ce qu'ils disent et ils trouvent la solution tous seuls* »

Une infographie résumant les **principes de Miller & Rollnick** a été présentée aux praticiens qui ne connaissaient pas l'EM. (Annexes) Ils semblent porter un **intérêt à la méthode** et associent l'efficacité de cet outil à une bonne formation et de l'expérience. **M7** « *En fait, je fais déjà tout ça. Mais c'est avec l'expérience qu'on y arrive. Avant ça, ce n'est pas tous les jours facile* » **M4** « *C'est intéressant comme truc, ça paraît simple comme ça mais je pense que sans formation, ça ne doit pas être si facile* » **M6** « *C'est bien résumé, ça pourrait être utile... Mais il faudrait sûrement beaucoup pratiquer pour se sentir vraiment à l'aise* »

Les médecins interrogés admettent que l'Entretien Motivationnel trouve sa place dans **d'autres domaines que le sevrage du tabac**. **M4** « *Pour l'alcool ou le shit, ça peut être pas mal* » **M6** « *Je m'en sers plus pour l'alcool, parce que contrairement au tabac, c'est une consommation un peu honteuse* » **M8** « *Avec ma formation, c'est vrai que ça marche bien dans l'obésité... Ça aide pour changer les habitudes alimentaires et pousser les patients à faire du sport* »

7. Quelle efficacité à motiver ?

Les résultats perçus par les médecins dans leur capacité à motiver au sevrage semblent mitigés avec une différence du **sentiment d'efficacité personnelle** des **praticiens formés** à la tabacologie ou à l'addictologie **M6** « *Je n'ai que des réussites* » **M5** « *Ouais ça marche bien, je n'ai pas les chiffres en tête... Puis quand ça rate, ils reviennent quand même me voir* » par

rapport aux **praticiens non formés** **M4** « J'y arrive moyennement » **M8** « Je ne me trouve pas très efficace, mais je me bats » **M1** « J'ai quand même pas mal d'échecs... Je ne sais pas si c'est moi ou les patients »

Ces derniers l'expliquent par un **manque de formation** au sujet du tabac et de son sevrage **M4** « Je fais ce que je peux avec ce que j'ai mais clairement, je ne me sens pas assez armée » **M2** « On ne nous apprend pas, en cours, comment gérer une consultation avec un fumeur ou un alcoolique chez qui on aimerait qu'il arrête » **M8** « Les DPC, c'est tout le temps l'HTA, l'arthrose et le diabète, on ne m'a jamais proposé de thématique sur l'arrêt du tabac ou l'Entretien Motivationnel », le **temps** à consacrer en consultation **M1** « Quand je vois un patient pour l'arrêt du tabac, le temps d'expliquer les risques, de parler de sa consommation et d'essayer de chercher des solutions, j'en ai facile pour 30 min » **M5** « Mes consultations normales c'est 20 minutes mais pour le sevrage tabagique, c'est 30 min » et le sentiment de **faible valorisation** de l'exercice **M2** « J'y passe plus de temps que pour une consultation normale... Donc pour 25 euros, ce n'est pas encourageant » **M5** « Déjà, que ma capacité de tabacologue soit revalorisée ce serait bien » **M7** « Quand on n'a que 15 min, qu'on en passe 30 à aider quelqu'un pour le tabac, se faire rabrouer après parce que les autres s'impatientent pour 25 euros, ça fait mal ».

Un seul médecin, formé par expérience professionnelle à l'addictologie, évoque un sentiment contraire « Mes consultations c'est 15 min » « On sait que les patients on va les revoir donc il n'y a pas besoin de revaloriser. Finalement, on va le voir au moins deux ou trois fois » « Ça ne sert à rien de faire un trou à la sécu juste pour dire voilà, on a fait du tabac »

Discussion

1. Discussion sur la méthode

A. Matériel d'étude

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés recouvre le vécu et le ressenti d'un échantillon modeste. Elle ne permet pas d'extrapoler ses résultats à l'ensemble de la population des médecins généralistes.

Le recrutement a débuté fin novembre 2022 et a souffert de la période des fêtes approchant ainsi que des épidémies hivernales. Elles ont monopolisé du temps médical comme personnel aux praticiens qui auraient pu participer à l'étude. La proximité d'un participant à l'enquêteur peut être à l'origine d'un biais de sélection.

La durée des entretiens était plutôt satisfaisante avec 5 h 10 min d'enregistrement total. La durée d'entretien la plus courte était de 24 min 06 sec et la plus longue de 57 min 43 sec, avec une durée moyenne de 34 min 28 sec. Un appel téléphonique seulement a interrompu un entretien durant 7 min 03 sec.

La grille d'entretien, structurée sur 4 grands thèmes, a permis une certaine liberté de parole aux interviewés. L'unique enquêteur inexpérimenté dans l'exercice a toujours cherché à garder une attitude neutre. Cela a permis d'aborder un vaste ensemble de sujets au gré du discours de chaque interviewé.

L'analyse thématique des données recueillies a reposé sur un triple codage assisté par le logiciel NVivo. La maîtrise autodidacte de cet outil a demandé du temps à l'enquêteur. Une aide extérieure aurait probablement permis d'exploiter toutes les capacités du logiciel. La triangulation des données aurait pu faire intervenir un tiers.

B. Population de l'étude

La population étudiée ne comporte que des médecins généralistes d'exercice libéral de ville. A Marseille pour six des praticiens interviewés, à Aubagne, à Marignane et à Martigues pour les trois autres. Le ressenti en milieu rural n'a donc pas pu être étudié. Deux des six praticiens Marseillais exerçaient au sein de Zones Urbaines Sensibles (quartiers Sainte Marthe, Belsunce).

Elle est constituée de 5 hommes (55.5%) pour 4 femmes (44.5%). La répartition en médecine générale sur le territoire national compte 52.5% de femmes (30).

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 45.4 ans, inférieure à la moyenne d'âge de 50 ans des médecins généralistes. Parmi les interrogés de plus de 50 ans, on compte 2 hommes pour 1 femme. Parmi ceux de moins de 50 ans, on compte 2 hommes pour 3 femmes. La proportion nationale des médecins généralistes âgés de plus de 50 ans est de 43.5% de femmes pour 56.5% d'hommes. Parmi les médecins de moins de 50 ans, elle est de 62.3% de femmes pour 36.7% d'hommes. La féminisation croissante de la profession se retrouve sans comparaison possible dans la population de l'étude (30).

2 médecins étaient fumeurs actifs, 1 ancien fumeur qui a arrêté 10 ans auparavant et 2 étaient fumeurs occasionnels. En 2017, 16% des médecins généralistes déclaraient fumer et 14% quotidiennement. (31)

Les écarts retrouvés s'expliquent par l'échantillonnage modeste de l'étude.

2. Discussion des résultats

A. Les déterminants de la motivation

Cette enquête a identifié des représentations de patients fumeurs ainsi que des biais de motivation au tabagisme et à son sevrage. L'analyse combinée de ces paramètres a permis d'extraire les facteurs déterminants de la motivation au sevrage tabagique.

a. Les déterminants internes des fumeurs

Derrière les représentations communes du tabagisme se retrouvent majoritairement des problématiques de **précarité économique, sociale, professionnelle et de santé, mentale comme physique.**

La surexposition au tabagisme des **classes sociales les moins favorisées** est associée à une réponse au stress et pour faire face au quotidien. Par ailleurs, le tabagisme est facteur de risque de maladies et peut entraîner la perte d'emploi et accentuer la précarité sociale. L'augmentation de la **consommation tabagique féminine** est associée à l'augmentation de leur charge mentale, particulièrement pendant les confinements (10).

La poursuite du **tabagisme périnatal** est associée à un niveau d'études et de revenus bas. Elle est expliquée par une moindre compréhension des risques périnataux, l'isolement social, le tabagisme et le manque de soutien du partenaire. Par ailleurs, la multiparité est associée au stress du rôle parental et au sentiment de futilité de l'arrêt tabagique devant l'absence de

complications retrouvé chez les aînés. Enfin, un âge maternel entre 30 et 35 ans, le statut d'étudiante ou femme au foyer et la réaction négative à la découverte de la grossesse sont aussi des facteurs favorisant le tabagisme périnatal (32).

La récente **crise épidémique de COVID-19** a modifié les usages. L'augmentation des consommations est retrouvée chez les personnes âgées de 18 à 34 ans, les diplômés universitaires, les habitants de logements surpeuplés, les sujets anxieux et dépressifs (33). Elle est expliquée par le besoin de compenser la pénibilité, l'ennui, l'anxiété et la frustration du confinement comme de s'autoriser un petit plaisir dans cette situation exceptionnelle et éprouvante. Le contrôle de la consommation a été associé à 3 ensembles. Les consommateurs en contexte social de sorties qui n'ont pas toujours remplacé ces consommations au domicile. Ceux qui n'ont pas l'habitude de fumer à l'intérieur du domicile pour cause d'habitat collectif, par souci de protection des non-fumeurs du foyer ou de leurs enfants contre le tabagisme passif. Ceux qui ont eu du mal à s'approvisionner à cause d'un accès aux bureaux de tabac moins facile (34).

Le **tabagisme chez les adolescents** est associé par les médecins interrogés à une précocité croissante, une dimension excessive ainsi qu'à la multiplication des usages et des expérimentations. L'enquête nationale ENCLASS de 2021 retrouve pourtant un niveau d'expérimentation et d'usages en diminution des produits du tabac que sont la cigarette et la chicha ainsi que du cannabis. La tendance à la progression concernant la cigarette électronique interroge sur les motivations de cet usage hors de toute volonté de sevrage tabagique contrairement à la population adulte (35).

b. Le rôle de l'action publique

Les médecins interrogent l'implication de l'action publique dans la sensibilisation aux possibilités de sevrage et l'éradication du tabac dans la sphère publique autant que dans l'accès aux soins et à la prévention.

A l'origine d'une diminution importante du tabagisme entre 1970 et 2010, l'influence des politiques de lutte contre le tabac sur les chiffres d'usages du tabac semble se stabiliser depuis 2010, fluctuant au gré des campagnes de sensibilisation et de l'actualisation des mesures restrictives (36). 30 ans après la loi Evin, les politiques de prévention semblent donc faire la preuve d'une adaptation plus lente aux évolutions du marché que les lobbies des industriels du tabac (37).

Les **solutions citées comme les plus efficaces** pour diminuer la consommation tabagique dans la population générale sont dans l'ordre le respect de l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, l'amélioration de l'accompagnement au sevrage tabagique, la multiplication des campagnes de prévention, l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de la vente de tabac, l'élargissement à plus de lieux de l'interdiction de fumer et enfin l'invisibilisation du tabagisme dans les films et séries (38).

Les **actions politiques de lutte contre le tabagisme** permettent la débanalisation du tabagisme par la **conscientisation** de sa problématique et la concrétisation de son **éradication de la sphère publique**.

Pour répondre aux objectifs du PNLT 2018-2022 et atteindre l'objectif « génération sans tabac » d'ici à 2032 (39), les mesures s'intensifient sur le plan local par l'intermédiaire des campagnes « Moi(s) sans tabac ». Le CRES-PACA conjugue à cette occasion mobilisation des acteurs de la lutte contre le tabagisme, valorisation et communication autour de la campagne, formation des professionnels et financement des actions de terrain (40).

c. Le rôle des médecins

Repérer le tabagisme et aborder le sevrage

Le **repérage de la consommation tabagique** constitue le premier pas de la démarche d'aide au sevrage tabagique. Il est **systématique** pour la majorité des médecins. Son **renouvellement** est ensuite fonction du motif de consultation, de la présence d'une pathologie en lien avec le tabac ou du profil du patient. La plus grande fréquence du renouvellement du repérage est associée aux médecins les plus jeunes, à l'exercice en cabinet de groupe et aux médecins à formation complémentaire en addictologie (41).

Cette observation se heurte à la **perception des patients**. En 2017, un patient sur trois déclare que la question du tabac a été abordée en consultation dans l'année, à l'initiative du médecin pour un patient sur quatre et à celle du patient une fois sur dix. Un peu plus de la moitié des fumeurs déclare avoir abordé la question du tabagisme, deux fois sur trois à l'initiative du médecin, une fois sur trois à leur initiative (42).

Les **facteurs limitant** l'abord du sevrage par les médecins sont associés à la crainte de nuire à la relation avec le patient doublée de celle d'exacerber des problèmes de santé mentale (43).

L'abord du tabagisme et de son sevrage se doit de mieux résonner dans l'esprit des patients en fin de consultation. La **bienveillance** du médecin doit toutefois sauvegarder la relation avec le patient fumeur.

Evaluer la dépendance et la motivation

Le **test de Fagerström** ne semble pas adapté à la pratique en consultation. Il gagnerait à être révisé à des fins d'adaptabilité (44). L'exploration de la consommation tabagique au travers du mode de vie, des habitudes, des émotions ressenties ou des représentations suscitées semble plus pertinente dans une démarche de sevrage.

Le **questionnaire Q-mat** n'a pas été évoqué par les interrogés. Il explore le stade de changement où se situe le patient, l'idée de réussite de l'arrêt du tabac et l'adhésion à la nocivité du tabagisme (45). La généralisation de ce questionnaire peut aider les médecins à adapter les stratégies d'aides au stade de motivation de leurs patients.

Accompagner la motivation

Le **modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente** illustre des repères que les médecins suivent pour planifier le sevrage tabagique en fonction de la motivation (46).

En phase de **pré-intention**, le patient nie le caractère problématique de sa consommation et n'envisage pas le sevrage. Le **conseil minimal d'arrêt** est délivré par les interrogés tout en assurant les patients de leur disponibilité à la discussion (47). Cette démarche permet la conscientisation de la problématique du tabagisme tout en évitant la confrontation et la dégradation de la relation avec un patient réfractaire au sevrage.

En phase **d'intention**, le patient fait face à l'ambivalence entre un changement désiré et un statu quo ressenti comme bénéfique ou confortable. La **balance décisionnelle (BD)**, théorisée par Janis et Mann, permet au patient d'énumérer les avantages et les inconvénients ressentis à poursuivre et à arrêter le tabagisme (48). Elle évolue au fil du temps et garde sa pertinence dans les phases suivantes. Elle documente le chemin parcouru par le fumeur en sevrage et lui rappelle les arguments qui l'ont motivé à entreprendre ce changement. Cette démarche est associée à un doublement des chances de passer à la phase d'action (49).

En phase de **préparation**, le patient est déterminé à arrêter. **Fixer une date d'arrêt** et **discuter des outils d'aide** envisagés par le patient permet au médecin de proposer une solution adaptée et personnalisée :

- Les **TNS** sont le traitement de première intention du sevrage. La nicotine transcutanée permet d'anticiper les symptômes de sevrage et réduit considérablement les risques de rechute. Les formes rapides par voie transmuqueuse permettent de pallier l'effet « shoot » de la cigarette et de contrôler le craving. (26,50)
- **La cigarette électronique** prend une place croissante dans l'arsenal des médecins. Elle est considérée moins nocive que la cigarette bien que la composition des liquides et leurs effets à long terme soient méconnus (51,52). Elle est considérée comme efficace dans l'aide au sevrage tabagique par son utilisation mais les restrictions d'usage liées à celles du tabac peuvent décourager son utilisation (53).
- Les **médecines alternatives** comme l'hypnose et l'acupuncture n'ont pas démontré une efficacité significative dans l'aide au sevrage tabagique. (54–56) Mises en avant par les patients, leur utilisation fait la preuve d'une certaine motivation dans la démarche de sevrage qui ne doit pas être découragée.
- L'initiation ou la reprise de l'**activité physique** agit sur le syndrome de sevrage par distraction cognitive, stimulation du circuit dopaminergique de la récompense comme de la sécrétion de cathécolamine et d'endorphines, modération des variations de la pression artérielle en période de stress et des perturbations de l'humeur. (57) Elle est associée au reconditionnement cardiorespiratoire consécutif au tabagisme et à la maîtrise de la prise de poids potentielle du sevrage.
- **Le sevrage progressif** est considéré comme une solution temporaire avant un éventuel arrêt chez des patients très dépendants, aux habitudes ou au plaisir trop ancrés. Cette solution semble plus acceptable qu'un arrêt net qui conduirait à un syndrome de sevrage, une rechute et la perte de confiance dans la capacité à arrêter de fumer.
- Le recours à une **consultation spécialisée** par un tabacologue ou une structure d'addictologie est très peu systématisé. Deux des médecins interrogés justifient ce non-recours par leur orientation spécialisée en addictologie et tabacologie. Le sentiment majoritaire reste le manque de connaissance du réseau d'aide spécialisée dans le domaine, pourtant développé sur le plan local (58), et le sentiment de décalage de la patientèle tabagique de médecine générale vis-à-vis de la population polyaddictologique des centres spécialisés.
- Le recours aux **TCC** est associé à la prise charge concomitante de troubles de l'humeur. Certaines techniques comme les colonnes de Beck ou la BD peuvent pourtant être mises en place en consultation de médecine générale (59).

- Tabac-Info-Service propose des solutions de **coaching numérique** via son site internet et son application mobile. Leur contenu est peu connu par les médecins de l'étude. Leur efficacité relative dans l'abstinence est associée au niveau d'exposition à l'application (60).

En phase d'**action** et de **maintien**, le patient est engagé dans le sevrage et le risque de rechute est grand. Les **colonnes de Beck** font émerger les situations à risque de rechute et explorent les émotions et les pensées ressenties. Le rôle du thérapeute est de travailler avec le patient sur la recherche de pensées et d'actions alternatives à la cigarette. (Annexes)

La **rechute** est une étape possible et normale dans le processus de changement. Elle ramène le patient à la phase de pré-intention ou d'intention et peut être nécessaire à la réussite finale du sevrage tabagique. La **déculpabilisation** et la **dédramatisation** sont des attitudes positives qui évitent le découragement et la perte de confiance.

Le **sevrage permanent** est l'objectif final de la démarche commune entre le patient et son médecin. Le **suivi** à distance du sevrage permet la recherche de potentielles rechutes.

La méthode de Miller et Rollnick

L'**esprit de l'EM** se retrouve dans l'**alliance thérapeutique** développée par les médecins de l'étude avec leurs patients fumeurs.

Le médecin est expert dans son domaine scientifique, diagnostique et thérapeutique. Le patient est expert dans la connaissance de ses ressources et de ses difficultés dans l'optique du changement. La mise en commun de ces expertises place le patient au centre d'une **relation de soin horizontale et collaborative**. L'**empathie** du médecin permet d'accepter le patient avec ses croyances, ses habitudes, ses doutes et ses envies. Cette relation engage le médecin dans une **attitude de guide** qui n'a rien d'une technique comportementale.

Le patient est engagé dans une démarche difficile de changement. **Valoriser** cette démarche conduit à augmenter la **confiance du patient** dans ses capacités à surmonter les obstacles et à renforcer son **sentiment d'efficacité personnelle**.

Le patient est un individu libre et responsable de ses choix. La persuasion, l'opposition ou la lutte peuvent menacer ce sentiment, à l'origine d'une dissonance cognitive chez le patient. Un phénomène de **réactance psychologique** décrit par Brehm se met alors en place et le dresse en **résistance** (61). Le **respect de son autonomie** permet d'abaisser cette résistance.

L'énergie de la résistance s'exploite au travers de l'exploration de son motif pour inviter le patient à **agir pour trouver le chemin de sa résolution**.

Le patient est un individu **ambivalent**. L'émergence de ses divergences tend à **augmenter la perception des inconvénients du statu quo**. La pratique de **l'écoute réflexive** laisse libre la parole du patient tout en l'orientant sur la construction de son **discours-changement**.

Cette relation met en jeu la **communication verbale** permettant l'échange d'informations, la **communication non verbale** renforçant le lien médecin-patient et l'**adaptabilité** du médecin sur ces deux plans (62). L'étude n'a pas interrogé les MG de l'étude sur les techniques de communication qui permettraient la mise en œuvre de cette méthode comme :

- L'utilisation de **questions ouvertes** qui permet l'évocation des valeurs, des représentations et des objectifs du patient
- Le **résumé** et la **récapitulation** régulière qui permettent au patient d'entendre et d'intégrer son discours au fil de sa construction.

Les interrogés estiment la place de l'EM dans l'accompagnement du sevrage fumeur en **intention d'arrêt**. Or, l'EM complète le conseil minimal et participe aux phases suivantes de motivation par l'adhésion, l'engagement et la poursuite de cette démarche. Il mène à la planification des actions à suivre pour concrétiser la démarche de sevrage tabagique (59).

La méthode a suscité l'intérêt des interrogés. Elle a démontré un **impact positif discutable** sur l'amélioration de **paramètres cliniques et biologiques** ainsi que l'adoption de **comportements bénéfiques de santé** (63,64). Cet impact est associé à la durée des interventions au-delà de 15 minutes et la répétition de celles-ci (47). La formation est toutefois encouragée et sa pratique est associée à une influence positive professionnelle comme personnelle. Elle réduit le stress et la frustration en plus de renforcer les médecins dans leur sentiment d'efficacité personnelle (65).

B. Perspectives

La formation

Les médecins plaident pour une amélioration de la formation dans la prise en charge des conduites addictives a fortiori du tabac.

L'enseignement universitaire est souhaité pratique et interdisciplinaire sur les enjeux relationnels, de communication et d'éducation thérapeutique (66). La généralisation des ECOS répond à cette volonté par l'évaluation clinique et relationnelle via la simulation de cas (67,68).

Dans la pratique post-universitaire, les médecins évoquent les programmes de **Développement Professionnel Continu** (DPC) (69). Les objectifs de 2020 de l'ANDPC visaient 35% de médecins parmi les professions de santé éligibles. 52% des professionnels de santé inscrits dans des actions portant sur la lutte contre le tabagisme sont des médecins (70). Cette implication est le signe d'une volonté des professionnels de santé d'enrichir leurs connaissances et leurs pratiques au sujet du sevrage tabagique. Elle encourage les organismes, privés comme publics (71), à **sensibiliser davantage les médecins** à l'existence de formations en adéquation avec leurs contraintes géographiques, de temps et de financement.

La volonté politique de formation des professionnels de santé est affichée dans les plans successifs nationaux et régionaux de lutte contre le tabagisme (72).

La rémunération

La consultation d'aide au sevrage tabagique en cabinet de médecine générale est ressentie comme chronophage et peu valorisée par les médecins de l'étude.

La HAS recommande l'accompagnement du sevrage dans une « **consultation tabacologique** » structurée autour d'une première séance de 45 minutes d'évaluation, d'une seconde séance de 30 minutes d'approfondissement et de planification de l'arrêt puis des consultations de suivis à distance (27). L'exercice libéral de la médecine reste majoritairement **rémunéré à l'activité**. Cette rémunération pourrait alors prendre la forme d'une thématique « Sevrage tabagique » avec des cotations aux nomenclatures CCAM type « Première consultation de repérage et d'évaluation », « Entretien motivationnel », « Planification et initiation du sevrage tabagique » et « Suivi du sevrage ». Elle valoriserait le temps consacré à la prise en charge optimale du sevrage tabagique. Elle pourrait par ailleurs s'étendre à une thématique plus globale d'éducation thérapeutique du patient.

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins, le système de ROSP introduit en 2011 la notion de **paiement à la performance** pour les médecins. Elle sanctionne la déclaration d'une intervention brève d'aide au sevrage tabagique (Annexes) pour un quota défini de patients par l'obtention de 20 points correspondant à 140 euros annuels (73). Ce système de rémunération est **controversé** parmi les médecins généralistes qui remettent en cause la pertinence des indicateurs et son mode de calcul. Ce système jugé concurrentiel renvoie un sentiment de surveillance des pratiques par l'Assurance Maladie avec un faible intéressement financier (74–76).

Selon le rapport Aubert de 2018 sur les modes de financement des soins (77), la tarification à l'activité induit la réalisation d'actes peu pertinents voire inutiles et favorise insuffisamment la prévention et la coordination des soins. Il plaide pour une **évolution du financement des soins** qui se baserait sur des indicateurs de qualité ressentie par les patients et de pertinence des soins apportés. Elle mènerait à une **rémunération combinée** : à l'activité pour les consultations ou les séquences de soins qui concerneraient des pathologies ponctuelles sans caractère chronique après révision et maintenance active des nomenclatures, et sous la forme de forfaits de suivi groupés autour des différentes professions impliquées dans la prise en charge de pathologies chroniques ou d'actions préventives.

La rémunération des médecins est aujourd'hui en débat au sein de la convention médicale 2022. Les acteurs de santé et leurs représentants syndicaux négocient avec l'Etat par l'intermédiaire de la CNAM (78). Pour un accès aux soins optimisé, elle fait notamment la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

La collaboration

Les médecins de l'étude prennent en charge seuls le sevrage tabagique de leurs patients.

L'association **ASALEE**, imaginée en 2002, met en place une collaboration de médecins généralistes avec des infirmiers spécialisés en santé publique pour la **prise en charge ambulatoire de l'éducation thérapeutique** des patients atteints de maladies chroniques. Cette prise en charge, **financée par l'Assurance Maladie**, concerne notamment l'accompagnement du sevrage tabagique. En 2022, elle est implantée sur l'ensemble du territoire (79).

Ce dispositif n'a pas été évoqué par les interrogés. Il semble associé à une bonne **acceptabilité** dans le cadre de l'accompagnement au sevrage tabagique (80,81). Son efficacité doit encore être quantifiée dans cette indication. La **sensibilisation des médecins** à son

existence et sa **généralisation** permettraient de favoriser la **collaboration interprofessionnelle** pour optimiser le temps médical et personnaliser la prise en charge des patients.

Conclusion

Le tabagisme est une consommation complexe dont l'arrêt implique la correction du syndrome de sevrage ainsi que la stimulation de la motivation au changement.

La motivation au sevrage est déterminée par le contexte global du patient, l'action politique d'accès aux soins et de lutte contre le tabagisme ainsi que l'accompagnement par un professionnel de santé.

L'entretien motivationnel participe à l'alliance thérapeutique entre le médecin généraliste et le patient fumeur dans cet accompagnement en consultation.

Son enseignement et sa valorisation permettraient la généralisation de sa pratique polyvalente dans un objectif d'éducation thérapeutique du patient. Cet objectif peut être optimisé par la collaboration interprofessionnelle.

Bibliographie

1. Doll R, Hill AB. Smoking and Carcinoma of the Lung. British Medical Journal. 30 septembre 1950;2(4682):739-48.
2. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 Relative a la lutte contre le tabagisme. 76-616 juillet 9, 1976.
3. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janvier 10, 1991.
4. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 novembre 15, 2006.
5. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>
6. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT). PromoSanté IdF. 2017. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/programme-national-de-reduction-du-tabagisme-2014-2019-pnrt>
7. Site Mois Sans Tabac | Vous avez manqué le rendez-vous cette année ? Disponible sur: <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
8. Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes.
9. Article 134 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913827
10. SPF. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-nationale-et-regionale-du->

tabagisme-en-france-en-2021-parmi-les-18-75-ans-d-apres-le-barometre-de-sante-publique-france

11. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
12. Lermenier A. Morbidité et mortalité liées au tabac.
13. SPF. Les effets sur la santé du tabagisme passif. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/les-effets-sur-la-sante-du-tabagisme-passif.-numero-thematique.-journee-mondiale-sans-tabac-31-mai-2011>
14. Bonaldi C. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 / Estimation of deaths attributable to tobacco smoking, in France from 2000 to 2015. 2019;
15. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *International Journal of Cancer*. 2008;122(1):155-64.
16. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer*. 2009;124(10): 2406-15.
17. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 20 août 2016;388(10046):761-75.
18. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*. 10 juill 2010;376(9735):112-23.
19. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The Lancet*. 19 août 2006;368(9536):647-58.

20. Castles A, Adams K, Melvin C, Kelsch C, Boulton M. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *American journal of preventive medicine*. 1 mai 1999;16:208-15.
21. Iida H, Kai T, Kuri M, Tanabe K, Nakagawa M, Yamashita C, et al. A practical guide for perioperative smoking cessation. *J Anesth*. 1 oct 2022;36(5):583-605.
22. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé 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
23. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *Br J Cancer*. févr 2005;92(3):426-9.
24. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control*. 1 oct 2005;14(5):315-20.
25. KOPP P. Le coût social des drogues en France. Note 2015-04. Saint-Denis: OFDT; 2015. 10 p. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
26. Lejoyeux M. *Addictologie*. Elsevier Health Sciences; 2017. 471 p.
27. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé. 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
28. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
29. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. *L'entretien motivationnel aider la personne à engager le changement*. Paris: InterÉditions; 2013.
30. Arnault DF. *Atlas de la démographie médicale en France*.

31. SPF. Tabagisme des professionnels de santé en France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/tabagisme-des-professionnels-de-sante-en-france>
32. SPF. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/evolution-de-la-consommation-de-tabac-a-l-occasion-d-une-grossesse-en-france-en-2016>
33. Guignard R, Andler R, Quatremère G, Pasquereau A, du Roscoät E, Arwidson P, et al. Changes in smoking and alcohol consumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France. *Eur J Public Health*. 26 oct 2021;31(5):1076-83.
34. Quatremère G, Guignard R, Andler R, Sempé S, Houzelle N, Nguyen-Thanh V. Changes in Tobacco and Alcohol Consumption in France during the Spring 2020 Lockdown: Results of the Coviprev and Viquop Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2022;19(22):14808.
35. Enquête EnClass - OFDT. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/enquete-enclass/>
36. Guignard R, Andler R, Richard JB, Pasquereau A, Quatremère G, Arwidson P, et al. Effectiveness of 'Mois sans tabac 2016': A French social marketing campaign against smoking. *Tob Induc Dis*. 19 juill 2021;19:60.
37. Jossieran L. Bilan de la loi Evin, 30 ans après - Le tabac. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*. 2021;28(1):26-9.
38. SPF. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
39. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Lutte contre le tabagisme. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>

40. Déploiement du Moi(s) sans tabac en région Provence-Alpes-Côte d'Azur - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/87333>
41. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients - Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-medecins-generalistes-face-aux-conduites-addictives-de>
42. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 nov 2020;68(6):319-26.
43. Pilnick A, Coleman T. Death, depression and 'defensive expansion': Closing down smoking as an issue for discussion in GP consultations. *Social Science & Medicine*. 1 mai 2006;62(10):2500-12.
44. Sharma MK, Suman LN, Srivastava K, Suma N, Vishwakarma A. Psychometric properties of Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: A systematic review. *Ind Psychiatry J*. 2021;30(2): 207-16.
45. Aubin H, Lagrue G, Légeron P, Azoulay G, Pelissolo S, Humbert R, et al. Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT): Construction and validation. In 2005. Disponible sur: [https://www.semanticscholar.org/paper/Smoking-cessation-motivation-questionnaire-\(Q-MAT\)-Aubin-Lagrue/0fa5b3f2bd903b1b717bdad89716ef55235fd3ba](https://www.semanticscholar.org/paper/Smoking-cessation-motivation-questionnaire-(Q-MAT)-Aubin-Lagrue/0fa5b3f2bd903b1b717bdad89716ef55235fd3ba)
46. Girardot L, Boumedien D, Magar Y, Abdennbi K. Aide au sevrage tabagique en médecine générale. *Concours médical*. 2011. Disponible sur: <https://www.semantic-scholar.org/paper/Aide-au-sevrage-tabagique-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-Girardot-Boumedien/47f60d4f8c90e995f97ce6befe069798bd73ea2b>
47. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 1 avr 2005;55(513):305-12.

48. Janis IL, Mann L. Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York, NY, US: Free Press; 1977. xx, 488 p. (Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment).
49. Castera P, Roux J, Ducos G, Demeaux JL. Expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 oct 2013;61:S320.
50. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 mai 2018;2018(5):CD000146.
51. Vanderkam P, Boussageon R, Underner M, Langbourg N, Brabant Y, Binder P, et al. Efficacité et sécurité de la cigarette électronique pour la réduction du tabagisme : revue systématique et méta-analyse. *La Presse Médicale*. novembre 2016;45(11):971-85.
52. Berlin I. La cigarette électronique : outil thérapeutique, phénomène social ou business ? *La Revue de Médecine Interne*. 1 juin 2015;36(6):405-10.
53. SPF. Baromètre de Santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-de-sante-publique-france-2017.-usage-de-la-cigarette-electronique-tabagisme-et-opinions-des-18-75-ans>
54. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001008.pub3/full>
55. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000009.pub3/full>
56. Etude de l'action spécifique de l'acupuncture dans la cure de sevrage tabagique. [Study of specific action of acupuncture in the treatment of smoking cessation]. *Epistemonikos*. Disponible sur: <https://www.epistemonikos.org/fr/documents/9af27b397e4b84cee395fbc8ff19048bf5c8ef28>

57. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice JC. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 juin 2016;33(6): 431-43.
58. Parcours santé et addictions. 2020. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/parcours-sante-et-addictions>
59. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 févr 2007;24(2):171-82.
60. Affret A, Luc A, Baumann C, Bergman P, Le Faou AL, Pasquereau A, et al. Effectiveness of the e-Tabac Info Service application for smoking cessation: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open*. oct 2020;10(10):e039515.
61. Brehm SS, Brehm JW. *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. Academic Press; 2013. 447 p.
62. Malak S. Que se passe t'il en termes de communication lors de l'évocation du tabac ? Université Aix-Marseille. 28 octobre 2020.
63. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/references/fr>
64. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 18 oct 2018;13(10):e0204890.
65. Solty C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. Université Caen. 2013.
66. Margo C. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience. Université de Nice Sophia Antipolis. 16 avril 2019.

67. Pour les étudiants et leurs futurs patients, des études médicales renouvelées. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pour-les-etudiants-et-leurs-futurs-patients-des-etudes-medicales-renovees>
68. Carnet A, Audia S. Ecos: mastering clinical reasoning and communication. Paris: Ellipses; 2022.
69. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet 21, 2009.
70. Agence nationale du DPC : des actions de DPC en soutien de la politique de lutte contre l'addiction au tabac. Agence DPC. Disponible sur: <https://www.agence-dpc.fr/agence-nationale-du-dpc-des-actions-de-dpc-en-soutien-de-la-politique-de-lutte-contre-l-addiction-au>
71. Formations. Disponible sur: <https://www.cres-paca.org/formations-du-cres>
72. Le Programme de lutte contre le tabac 2018-2022 (National/Régional). 2020. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/index.php/le-programme-de-lutte-contre-le-tabac-2018-2022-nationalregional>
73. Rosp médecin traitant de l'adulte. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
74. Cousin S. Les positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Université Lille 2 Droit et Santé; 2014. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-4737>
75. Godefroy C. Les médecins généralistes et la rémunération sur objectifs de santé publique. Université de Nice Sophia Antipolis. 16 mars 2018.
76. Picard A, Coissac L, Merviel N. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : quelle perception en ont les médecins généralistes ? Etude qualitative réalisée auprès de soixante médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. Angers: Université Angers; 2016.

77. Rapport AUBERT Réforme des modes de financement et de régulation. Fédération Nationale des Centres de Santé. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/fichiers/2019-rapport-aubert-reforme-des-mode-de-financement-et-de-regulation-pdf>
78. Egora. EGORA – Engagement territorial, forfaits, assistants médicaux, télémedecine... Ce que la Cnam propose aux médecins libéraux. Les Généralistes-CSMF. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2023/02/22/egora-engagement-territorial-forfaits-assistants-medicaux-telemedecine-ce-que-la-cnam-propose-aux-medecins-liberaux/>
79. Asalée. Disponible sur: <http://asalee.org/>
80. Sorel M. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique? Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 25 avril 2019.
81. Thil P. Sevrage tabagique en médecine de premier recours : point de vue des patients consultant les infirmières ASALEE. Université de Bordeaux. 17 juin 2019.

Annexes

1. Guide d'entretien

Les questions en gras sont les questions permettant d'aborder les grandes thématiques.

Les questions en italique sont les questions énoncées spontanément par l'enquêteur durant les différents entretiens et qui ont permis les relances, reformulations, demandes de précision pour les orienter en fonction des réponses des participants. Elles n'ont donc pas toutes été posées à tous les interviewés.

Qui sont vos patients tabagiques ?

- *Des profils particuliers ?*
- *Des profils socio-économiques ?*
- *Les adolescents ?*
- *Quelles motivations vous présentent les patients pour arrêter de fumer ?*
- *Quels freins vous présentent les patients pour continuer de fumer ?*
- *Trouvez-vous la prévention efficace ?*

Comment abordez-vous la question du tabac et de son sevrage avec vos patients ?

- *Vous leur demandez ?*
- *Vous utilisez le test de Fagerström ?*
- *Vous servez-vous de votre expérience de fumeur ?*

Comment accompagnez-vous vos patients à arrêter de fumer ?

- *Quels conseils ou astuces donnez-vous à vos patients ?*
- *Que pensez-vous des médecines douces ?*
- *Vous utilisez la psychothérapie ?*
- *Que pensez-vous de la cigarette électronique ?*
- *Faites-vous appel aux professionnels ou aux structures spécialisé(e)s ?*

Comment suscitez-vous la motivation chez vos patients ?

- *Quels sont vos atouts pour motiver vos patients ?*
- *Quelles sont vos faiblesses pour motiver vos patients ?*
- *Connaissez-vous l'entretien motivationnel ?*
- *Que pensez-vous de l'entretien motivationnel ?*
- *Vous trouvez-vous efficace ?*
- *Qu'est-ce qui vous permettrait de vous améliorer dans l'aide au sevrage tabagique ?*

2. Questionnaire quantitatif

Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme

Quel est votre âge ?

Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire en tabacologie ou en addictologie ?

- Oui
- Non

Avez-vous bénéficié d'une formation à l'entretien motivationnel ?

- Oui
- Non

Quel est votre type d'exercice ?

- Urbain
- Semi-urbain
- Rural

Fumez-vous ?

- Oui
- Non
- J'ai arrêté

3. Test de Fagerström

TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE (FAGERSTRÖM)

▶ Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
▶ Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
▶ À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
▶ Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
▶ Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
▶ Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Score de votre test ▶		

- ▶ **Score de 0 à 2** : vous n'êtes pas dépendant(e) de la nicotine. Vous pouvez vous arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant.
- ▶ **Score de 3 à 4** : vous êtes faiblement dépendant(e) de la nicotine.
- ▶ **Score de 5 à 6** : vous êtes moyennement dépendant(e). L'utilisation de substituts nicotiques va augmenter vos chances de réussite. Demandez conseil à votre médecin traitant ou à votre pharmacien pour choisir le traitement le plus adapté à votre cas.
- ▶ **Score de 7 à 10** : vous êtes fortement ou très fortement dépendant(e) de la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiques est recommandée pour vous aider à surmonter votre dépendance à la nicotine. Le traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, prenez conseil auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien.

4. Questionnaire Q-mat

TESTS D'ÉVALUATION

Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Échelle Q-MAT*)



Le sevrage tabagique nécessite une prise en charge globale, prolongée dans le temps, et parfaitement structurée.

L'intervention du médecin, ou prescripteur de substituts nicotiques, doit comporter une phase de préparation du fumeur, de sevrage ou réduction du tabagisme, et de suivi après arrêt du tabac. Les éléments principaux sur lesquels doit porter l'évaluation initiale sont le niveau de dépendance physique, de motivation à l'arrêt et l'existence de troubles anxio-dépressifs.

Le test de Q-MAT est un autoquestionnaire qui évalue le niveau de motivation à l'arrêt du tabac en 4 questions et définit 4 niveaux de motivation : insuffisante, moyenne, bonne ou très bonne.

Il est par ailleurs essentiel que le professionnel de santé augmente et maintienne la motivation du fumeur ou patient tout au long de son parcours vers l'arrêt du tabagisme.

Le test de Q-MAT est validé en France.

Source : HJ Aubin et al. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 :311-316

1 Pensez-vous que dans 6 mois :

a	Vous fumerez toujours autant ?	0
b	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
c	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
d	Plus de 60 minutes	8

2 Avez-vous actuellement, envie d'arrêter de fumer ?

a	Pas du tout	0
b	Un peu	1
c	Beaucoup	2
d	Énormément	3

3 Pensez-vous que dans 4 semaines :

a	Vous fumerez toujours autant ?	0
b	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
c	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
d	Vous aurez arrêté de fumer ?	6

4 Vous arrive t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

a	Jamais	0
b	Quelquefois	1
c	Souvent	2
d	Très souvent	3

Résultats

TOTAL /20

Score ≤ 6 :
Motivation
insuffisante

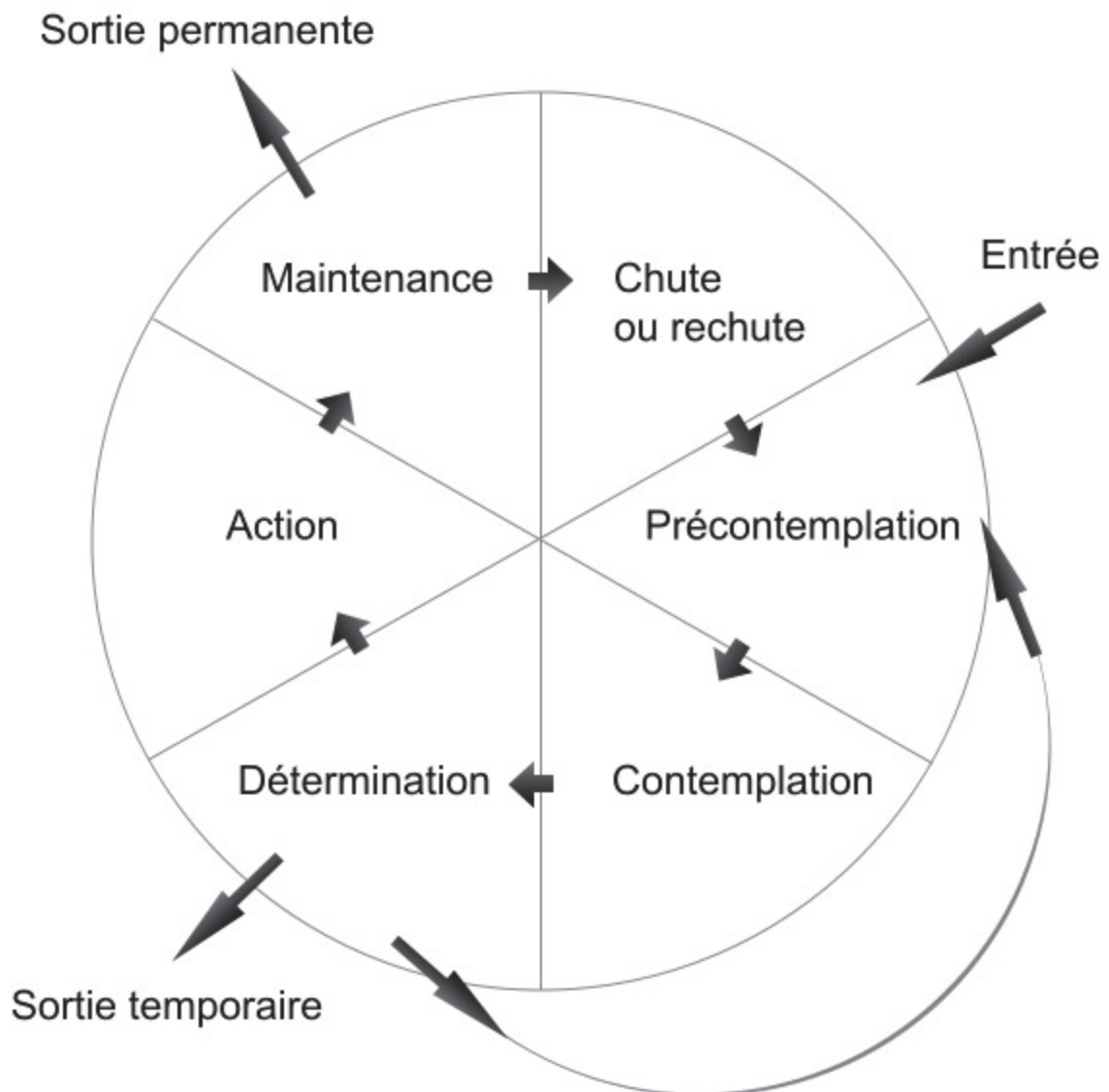
Score entre 7 et 13 :
Motivation moyenne

Score > 13 :
Bonne et très
bonne motivation

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

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

5. Modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente



6. Colonnes de Beck

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Adaptation des colonnes de Beck à la prévention de la rechute

Il s'agit de l'adaptation d'une technique simple pour mettre en évidence les pensées dysfonctionnelles des patients afin de les aider à mieux les analyser. Ces pensées dysfonctionnelles entraînent des actes ou des croyances inadaptés. Le médecin et les patients disposent ainsi d'un outil qui leur permet d'avoir une approche plus rationnelle et plus efficace des différentes situations à risques.

Il s'agit d'un tableau à quatre colonnes que l'on remplit de gauche à droite.

Exemples :

Événements Situations	Émotions Réactions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
<i>Ce qui se passe</i>	<i>Ce que je ressens Ce que je fais</i>	<i>Ce que je me dis</i>	<i>Ce que je pourrais me dire d'autre</i>
« Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance. »	Content, j'allume une cigarette.	Juste une, pour une fois !	Tout va bien...et je risque de me faire avoir...
« Mon chef / mon conjoint/etc. m'a fait des reproches... »	Découragé, frustré, j'allume une cigarette.	Ça va me calmer.	Ça ne règle rien...et je vais avoir deux problèmes si en plus je recommence à fumer.
« Mon fils est malade... »	Anxieux, stressé, j'allume une cigarette.	Ce n'est pas pareil, il faut faire face.	D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne réglera pas les problèmes.
« J'ai du mal à me concentrer sur mon travail. »	Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette.	Ça va me stimuler.	Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien.

- ▶ **1^{ère} colonne. Événements, Situation** : le patient décrit rapidement l'événement ou la situation qui a déclenché l'envie de fumer. On n'y inscrit aucune émotion, ni aucune pensée, mais uniquement des faits.
- ▶ **2^{ème} colonne. Émotions, Réactions** : le patient décrit le plus précisément possible les émotions ressenties et les comportements associés.
- ▶ **3^{ème} colonne. Pensées automatiques** : le patient décrit les pensées qui l'ont amené « automatiquement » à prendre une cigarette. Les pensées automatiques sont à l'origine de l'émotion décrite dans la 2^{ème} colonne, mais elles sont généralement identifiées dans un second temps par le patient. Ces pensées automatiques paraissent évidentes lorsqu'elles se présentent, et le patient est alors incapable d'envisager une autre possibilité ou une alternative à cette pensée.
- ▶ **4^{ème} colonne. Pensées alternatives** : l'objectif ici est de préparer une alternative vers laquelle se tourner lorsque le patient se retrouvera dans la même situation, avec les mêmes pensées automatiques. Ces pensées alternatives ne sont pas spontanées, sinon le problème n'existerait pas, et il faut souvent aider le patient à les construire, et à prévoir de les utiliser lorsque l'événement ou la situation se reproduira.

Au début de la prise en charge, le patient apprendra à remplir ces fiches avec l'aide de son médecin afin de bien en comprendre les principes. Il pourra ensuite utiliser cette technique seul et acquérir de plus en plus d'autonomie dans la gestion au quotidien de ces situations à risques.

Le patient est invité à remplir ce tableau à chaque fois qu'il ressent l'envie ou le besoin de fumer ou à chaque fois qu'il a « craqué ». Il peut ainsi être amené à identifier plusieurs situations par jour. Même si un événement donné a déjà fait l'objet d'une fiche, le patient ne doit pas hésiter à en remplir une autre sur le même sujet. Le patient pourra conserver ces fiches afin de les commenter avec son médecin.

Au fil du temps, accompagné par son médecin, le patient apprendra à repérer les situations et les lieux associés à l'envie de fumer, à identifier ses pensées et comportements dans ces contextes, et comment y remédier. Cette prise de conscience est progressive et nécessite un apprentissage avec des essais et des faux pas. Chaque faux pas donne l'occasion de compléter une nouvelle ligne du tableau et permet donc de s'améliorer.

7. Guide de repérage et d'intervention dans la prise en charge des conduites addictives

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Substance	Questions	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
 quantité et fréquence	Combien de verres standard par jour ?	> 2 verres/jour	Évaluation du risque	 Renforcement des conduites favorables à la santé <i>Voir cas particuliers</i>
	Combien de verres standard par semaine ?	> 10 verres/semaine		
	Combien de jours d'abstinence par semaine ?	< 2 jours/semaine		
	Fumez-vous du cannabis ?	Oui		
	Fumez-vous du tabac ?	Oui		

À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psycho-social).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de Santé publique France, de la Fédération Addiction, de la Fédération Française d'Addictologie et de l'Association Addictions France.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **Intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alco-pops-prémix]),
 10 cl de vin à 12°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40°
 (whisky, vodka), 2,5 cl d'alcool à 45° (pastis, digestif)

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
www.agir-pour-bebe.fr





Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt
 « Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »
Proposer un accompagnement
 « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »
 Si non, le patient n'a jamais fumé.
 Si oui :
 - « pendant combien de temps ? »
 - « depuis quand avez-vous arrêté ? »

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.



→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

DROGUES-INFO-SERVICE.FR
 07 80 00 23 13 13

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR
 07 80 00 980 930

tabac
 info
 service
 agirpourbébé

8. Infographie présentée aux MG interrogés ne connaissant pas l'EM



D'après W. Miller et S. Rollnick

L'entretien motivationnel (EM) est une « méthode de communication directive centrée sur le patient visant à l'augmentation de la **motivation intrinsèque** par l'exploration et la résolution de l'**ambivalence** ». Cette approche de la relation de soins permet de renforcer les capacités du patient au changement. Les principes généraux de l'EM sont de **faire preuve d'empathie**, de **faire émerger les divergences** entre le comportement actuel du patient et ses valeurs afin de renforcer sa perception des inconvénients du *statu quo*, de **accepter la résistance du patient** et de l'amener à devenir acteur de la résolution de ses problèmes, et enfin de **renforcer le sentiment d'efficacité personnelle** du patient.



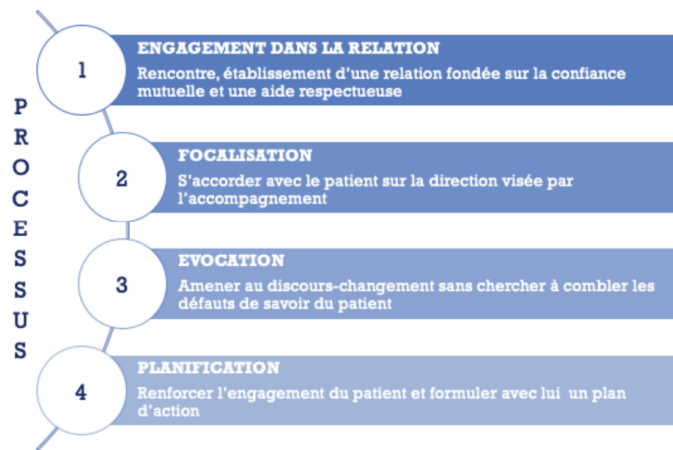
Compétences : OuVER = faire émerger le discours-changement.

Poser des questions **Ouvertes**: faire émerger les préoccupations du patient.

Valoriser: valoriser la démarche pour renforcer l'estime de soi du patient.

Pratiquer l'**Écoute** réflexive: répétition, reformuler, reflet des sentiments, laisser la main au patient sur le contenu du discours, en l'orientant dans le développement ou l'explication de son ambivalence.

Résumer: récapitulations courtes et fréquentes pour ponctuer l'entretien, sélectionner les éléments motivationnels pour les faire réentendre au patient.



Etat d'esprit de l'EM :

Autonomie
Liberté et responsabilité des patients
Partenariat
Non jugement
Altruisme

— **Ce que l'entretien motivationnel n'est pas** —

1/ Le modèle transthéorique de changement, 2/ Un moyen d'inciter les gens à faire ce que l'on veut qu'ils fassent, 3/ Une technique pure, 4/ La balance décisionnelle de Janis et Mann, 5/ Un « réflexe correcteur » ou la théorie de la réactance psychologique de Brehm, 6/ Une thérapie cognitive comportementale, 7/ Une thérapie centrée patient, 8/ Facile à apprendre, 9/ Une pratique habituelle, 10/ Une panacée.

Références :



1. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
2. D Lécailler, P michaud, L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique, *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (2) : 129-134
3. WR Miller, S. Rollnick. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*. 2009 Mar;37(2):129-40.

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.

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

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

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

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

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

Résumé

Introduction

Le tabagisme reste le premier facteur de risque évitable de morbi-mortalité. La lutte contre le tabagisme s'inscrit dans un combat contre la dépendance entraînée par la nicotine ancrée dans les comportements quotidiens et dans la psyché des fumeurs. Les médecins généralistes accompagnent le sevrage tabagique grâce à des outils pharmacologiques et psychothérapeutiques. L'élément clé reste la motivation. Quels est la place de l'Entretien Motivationnel dans l'aide au sevrage tabagique en consultation de Médecine Générale ?

Méthode

Etude qualitative par analyse thématique d'entretiens semi-dirigés menés entre janvier et février 2023 pour recueillir les ressentis et les pratiques de neuf médecins généralistes dans la recherche, l'accompagnement et l'entretien de la motivation au sevrage tabagique.

Résultats

Le tabagisme est une consommation aux contours complexes et aux risques connus. Les actions politiques de lutte contre le tabagisme ont permis par la dénormalisation du tabac dans la sphère publique ainsi qu'à la conscientisation de la problématique du tabac et des possibilités d'arrêt. L'accompagnement du sevrage tabagique par les professionnels de santé comme les médecins généralistes implique la correction du syndrome de sevrage et le soutien de la motivation dans cette démarche. Le repérage du tabagisme et l'abord de son arrêt, l'identification de leurs déterminants globaux ainsi que l'évaluation de la motivation des patients à l'arrêt permettent l'adaptation des stratégies des médecins. Le sevrage tabagique engage les médecins et leurs patients dans une relation d'alliance thérapeutique. L'attitude du médecin qui écoute avec empathie le patient, explore avec lui son ambivalence et valorise sa démarche conduit à la construction par le patient d'un discours-changement. L'entretien motivationnel trouve donc sa place dans l'accompagnement du sevrage tabagique en consultation de médecine générale en complément des outils à disposition. La complexité du tabagisme, des pathologies qui y sont liées et de son sevrage requiert une formation initiale pratique et interdisciplinaire complétée par une formation continue pour enrichir l'exercice quotidien des médecins tout au long de leur parcours professionnel. L'accompagnement du sevrage tabagique et la pratique de l'EM méritent une valorisation transparente, juste et adaptée aux contraintes quotidiennes des médecins libéraux ainsi qu'aux recommandations. La collaboration interprofessionnelle optimiserait l'éducation thérapeutique du patient.

Conclusion

L'accompagnement du sevrage tabagique en consultation de médecine générale implique une alliance thérapeutique qui fonde l'esprit de l'entretien motivationnel. Son enseignement, sa valorisation et la collaboration interprofessionnelle permettraient l'amélioration de la démarche d'éducation thérapeutique du patient.

Mots-clés : tabac, sevrage, entretien motivationnel, médecine générale, santé publique, addictologie, éducation thérapeutique.