

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

- 1. ETAT DES LIEUX DU TABAGISME**
 - 1.1. Le tabagisme dans le monde**
 - 1.2. Le tabagisme en France**
- 2. POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE
(LA LEGISLATION ET AUTRES MESURES)**
- 3. CONSEQUENCES DU TABAGISME**
 - 3.1. Tabagisme et cancers**
 - 3.1.1. Cancer bronchique
 - 3.1.2. Autres cancers
 - 3.2. Tabagisme et pathologies respiratoires**
 - 3.2.1. Broncho Pneumopathie chronique Obstructive
 - 3.2.2. Autres affections respiratoires
 - 3.3. Tabagisme et maladies cardio-vasculaires**
 - 3.3.1. Un risque majeur d'infarctus du myocarde
 - 3.3.2. Le tabac est également un important facteur de risque d'accident vasculaire cérébral
 - 3.4. Autres conséquences du tabagisme**
- 4. SEVRAGE TABAGIQUE**
 - 4.1. Le conseil minimal**
 - 4.2. Evaluation de la motivation et de la position du sujet face au tabagisme**
 - 4.3. L'entretien motivationnel**
 - 4.4. Définir l'histoire du comportement tabagique**
 - 4.5. Evaluation et prise en charge des dépendances**
 - 4.6. Les différentes phases d'intervention du médecin**
 - 4.7. Dépistage et prise en charge des comorbidités**
 - 4.8. Evaluation des situations particulières**
 - 4.9. Le suivi et l'accompagnement du patient**
- 5. DEPENDANCE AU TABAC**
 - 5.1. Définition de la dépendance**
 - 5.1.1. Le syndrome du sevrage
 - 5.1.2. Mesure de la dépendance physique
 - 5.2. Prise en charge de la dépendance**
 - 5.2.1. Dépendance pharmacologique
 - 5.2.2. Dépendance psycho-comportementale
- 6. TRAITEMENTS DU SEVRAGE TABAGIQUE**
 - 6.1. Traitements pharmacologiques**
 - 6.1.1. Les TSN
 - 6.1.2. Le Bupropion LP (ZYBAN®)
 - 6.1.3. La Varenicline (CHAMPIX®)
 - 6.2. Traitements non pharmacologiques**
- 7. LES BENEFICES DE L'ARRET DU TABAGISME**
- 8. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE**
 - 8.1. L'enquête Baromètre santé médecins généralistes 2009**
 - 8.2. Intérêt du MG comme premier recours**
 - 8.3. Rôle crucial en santé publique**

- 8.4. Missions du MG contre le tabagisme**
- 8.5. Freins à la prise en charge du sevrage tabagique**
 - 8.5.1. Le manque de temps, occupe le première place
 - 8.5.2. Le manque de motivation du patient
 - 8.5.3. Le manque d'efficacité
 - 8.5.4. Le manque de formation
 - 8.5.5. La crainte de dégrader la relation médecin-malade
- 9. LE CONSEIL MINIMAL**

MÉTHODES

- 1. OBJECTIFS**
 - 1.1. Objectif principal**
 - 1.2. Objectifs secondaires**
- 2. SELECTION**
 - 2.1. Choix et taille de l'échantillon**
 - 2.2. Critère d'inclusion et de non inclusion**
- 3. INTERVENTION**
 - 3.1. Matériel**
 - 3.2. Méthode**
 - 3.3. Analyse et traitement des données**

RÉSULTATS

- 1. ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON**
 - 1.1. Caractéristiques démographiques et mode d'exercice**
 - 1.1.1. En fonction du sexe
 - 1.1.2. En fonction de l'âge
 - 1.1.4. Statut tabagique des MG
 - 1.1.5. Exercez-vous dans une maison de santé pluridisciplinaire
 - 1.1.6. Etes-vous maître de stage universitaire
 - 1.1.7. Enseignement post-universitaire
 - 1.2. Pratiques en tabacologie et du sevrage tabagique**
 - 1.2.1. Nombre de patients vus par mois pour sevrage tabagique
 - 1.2.2. Temps moyen passé pour ce type de consultation
 - 1.2.3. Délai entre la première et la seconde consultation de sevrage tabagique
 - 1.2.4. Posez-vous la question « êtes-vous fumeur » systématiquement à tous vos patients ?
 - 1.2.5. Connaissez-vous le Conseil Minimal à l'arrêt du tabac?
 - 1.2.6. Et l'utilisez-vous?
 - 1.2.7. Avec vos patients fumeurs, évoquez-vous l'arrêt du tabac à chaque consultation?
 - 1.2.8. Connaissez-vous le test de Fagerström?
 - 1.2.9. Et l'utilisez-vous?
 - 1.2.10. Pourquoi ne pas l'utiliser?
 - 1.2.11. Vous arrive-t-il d'orienter un patient désireux d'arrêter de fumer vers...?
 - 1.2.12. Disposez-vous, dans votre cabinet médical, de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs?
 - 1.2.13. Si oui, en distribuez-vous à chaque consultation du patient tabagique?
 - 1.2.14. Possédez-vous, dans votre salle d'attente, des affiches anti-tabac?

1.2.15. Participez-vous à un réseau de lutte anti tabac?

1.3. Croyances sur le sevrage tabagique

1.3.1. Que pensez-vous du sevrage tabagique en ville?

1.3.2. Dans votre pratique courante, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'aide à l'arrêt du tabagisme?

1.3.3. Estimez-vous être suffisamment formé pour aider vos patients fumeurs à arrêter de fumer?

1.3.4. Le tabac fait-il partie de la vie privée

2. ETUDE LIMITEE AUX PATIENTS FUMEURS

DISCUSSION et CONCLUSION

1. DISCUSSION

1.1. Description de la population cible

1.2. Le suivi d'un enseignement post universitaire

1.3. Participation à un réseau de lutte

1.4. Statut tabagique des médecins sondés

1.5. Nombre de patients vus pour sevrage tabagique

1.6. Temps passé entre deux premières consultations

1.7. Abord systématique du tabagisme

1.8. Utilisation du conseil minimal

1.9. Croyances sur le sevrage tabagique

1.10. Distribution de brichures de l'INPES

1.11. Comparaison médecins fumeurs / échantillon

2. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

La lutte contre le tabac est un phénomène de société depuis de nombreuses années.

En effet, le tabac est la première cause mondiale de mortalité évitable. (1)

Selon l'OMS, le tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année dont plus de 600 000 sont des non fumeurs involontairement exposés à la fumée. (2)

Les chiffres en France viennent compléter ce sombre tableau : le tabagisme serait à l'origine de 78 000 décès par an (3) soit 200 personnes par jour. (4)

Le tabagisme serait responsable de 81% des décès par cancer du poumon, soit 28 700 décès estimés en 2010. (5)

Le cancer du poumon est la conséquence la plus spécifique du tabagisme, mais le tabac augmente aussi considérablement le risque d'autres affections respiratoires, cancéreuses et neurocardiovasculaires.

L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans. (6)

Objectif majeur de santé publique en France, tous les personnels de santé, en particulier les médecins généralistes placés en première ligne, doivent intervenir dans ce domaine.

Le médecin généraliste, spécialiste des soins primaires, joue un rôle central dans la prévention du tabagisme et de ses risques.

Il est le premier recours en cas de demande de sevrage tabagique.

Or peu de patients trouvent une aide adaptée à leur demande. Soit parce que les MG ont un défaut de connaissances en la matière, soit qu'ils considèrent la question du tabac comme déplaisante, chronophage, inefficace....

Pour toutes ces raisons et ces interrogations, et en me rendant compte par moi-même de la difficulté d'un sevrage tabagique et du taux d'échec important qui en découle, j'ai porté l'intérêt du travail sur l'évaluation des connaissances et des pratiques des MG en tabacologie.

C'est dans cet objectif que j'ai effectué une enquête exploratrice des connaissances, attitudes et pratiques des MG vis-à-vis du tabagisme dans la région Pays de la Loire.

Il s'agit donc plus d'un travail dit d'observation-évaluation des MG dans leur approche et croyance de la tabacologie que d'une élaboration d'une formation destinée à ces derniers.

De plus, n'étant pas fumeuse et face à mon ignorance sur le tabac et le tabagisme, j'ai voulu aborder différents points dans mon introduction tels que les différents aspects de la dépendance tabagique, les difficultés du sevrage et à fortiori la grande complexité de l'aide au sevrage.

1. ETAT DES LIEUX DU TABAGISME

1.1. LE TABAGISME DANS LE MONDE (7)

Selon l'OMS, l'épidémie de tabagisme tuerait près de 6 millions de personnes chaque année parmi un peu plus d'un milliard de fumeurs dans le monde.

Une personne environ meurt toutes les six secondes de ce fléau, ce qui représente un décès d'adulte sur dix.

Le tabac tue la moitié de ceux qui en consomment.

Si la tendance actuelle tend à perdurer, on déplorera, d'ici 2030, plus de 8 millions de décès dus au tabac !

Les principales victimes du tabagisme étant dans près de 80% des cas, les pays en voie de développement.

La Convention Cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) est le premier traité initié par l'Assemblée nationale de la Santé, l'organe décisionnel suprême de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Celle-ci a été adoptée en mai 2003 et est entrée en vigueur en février 2005.

Cette convention ratifiée par la France en 2004, regroupe 192 parties dont tous les Etats membres de l'Union Européenne ainsi que la Commission Européenne.

Les trente-huit articles de la convention sont le socle de la stratégie contre le tabac à l'échelon mondial.

L'objectif de la CCLAT est de « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation du tabac et de l'exposition à la fumée de tabac ».

Le programme MPOWER ainsi établi en 2008 par l'OMS, est un programme de lutte anti-tabac au niveau mondial.

Les six stratégies MPOWER sont les suivantes :

- Monitoring : surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- Protecting : protéger la population contre la fumée du tabac
- Offering : offrir une aide à ceux qui veulent arrêter de fumer
- Warning : mettre en garde contre les méfaits du tabagisme
- Enforcing : interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage
- Raising : augmenter les taxes sur le tabac

Selon le Directeur général de l'OMS, Dr Chan, « des efforts de plus en plus grands sont déployés pour lutter contre le tabagisme mais la quasi-totalité des pays doivent en faire davantage. Ces six stratégies sont à la portée de tous les pays, riches ou pauvres. Si nous les appliquons simultanément, nous avons toutes les chances de faire reculer cette épidémie qui progresse. »

Aucun pays n'applique complètement toutes les stratégies MPOWER et 80% des pays n'en appliquent aucune.

5% seulement de la population mondiale habite dans des pays qui protègent totalement leur population en appliquant l'une des mesures fondamentales pour réduire la consommation de tabac.

1.2. LE TABAGISME EN FRANCE

La France compte 13 millions de fumeurs. (8)

La consommation de tabac a pu être évaluée auprès des français grâce aux Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

D'après le Baromètre santé 2010, la France compte actuellement 29,1% de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans et 33,7% en incluant les fumeurs occasionnels. (9)

Près de 50% des hommes de 26 à 34 ans déclarent fumer quotidiennement, en faisant la sous population la plus touchée.

Chez les femmes plus d'un tiers des 20-54 ans déclarent fumer quotidiennement.

A noter une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien assez forte parmi les femmes depuis 2005 (de 23,3% à 26,1%).

Chez les plus jeunes, 26% des garçons et 20% des filles déclarent fumer quotidiennement, alors que 70% des adolescents déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette.

Depuis 2005, ces chiffres sont globalement en hausse. (8)

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge et le sexe.

Ainsi seuls les jeunes hommes de 20 à 25 ans présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5%.

Tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans.

Parmi les femmes, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7% sur cette tranche d'âge) et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âge.

La hausse constatée entre 2005 et 2010 constitue la première hausse véritablement significative du tabagisme observée en population générale depuis la loi Evin promulguée en 1991.

Les derniers résultats d'une telle enquête datent de 2014. (10)

Le Baromètre santé de l'INPES 2014 montre une prévalence du tabagisme stable par rapport à 2010 : 34% chez les 15-75 ans.

Le tabagisme masculin reste toujours élevé alors que le tabagisme féminin est en baisse.

Le tabagisme reste plus fréquent chez les hommes (38%) que chez les femmes (30%), cependant l'écart entre sexes se réduit avec le temps.

Parmi les hommes, l'analyse par tranche d'âge montre que seuls les 65-75 ans présentent une évolution significative entre 2010 et 2014 dans le sens d'une augmentation de la prévalence du tabagisme régulier.

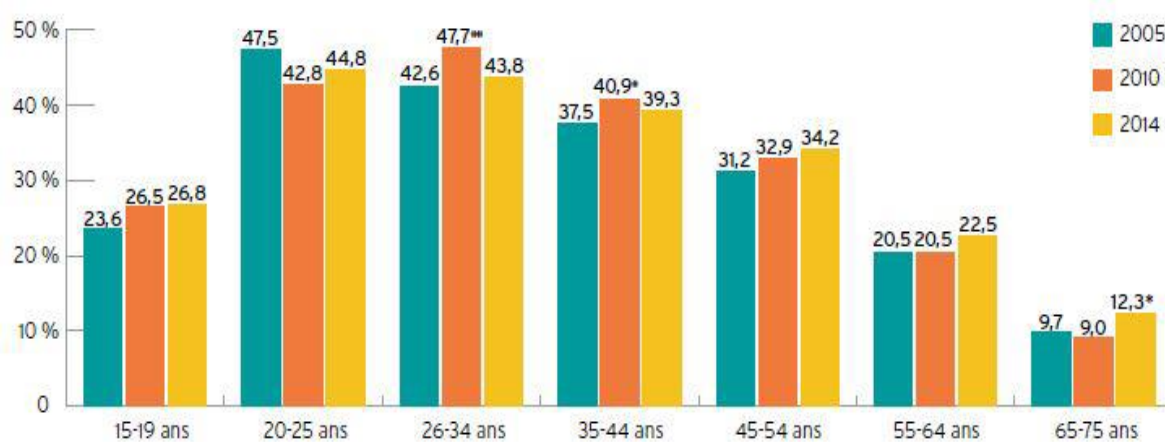


Figure 1. Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes, France 2005-2010-2014.

Parmi les femmes, la proportion de fumeuses quotidiennes est en baisse passant de 26% en 2010 à 24% en 2014 surtout chez les 20-44 ans. Alors qu'elle est en hausse chez celles âgées de 55 à 64 ans prolongeant ainsi la tendance déjà observée en 2010 sur les femmes de 45 à 64 ans.

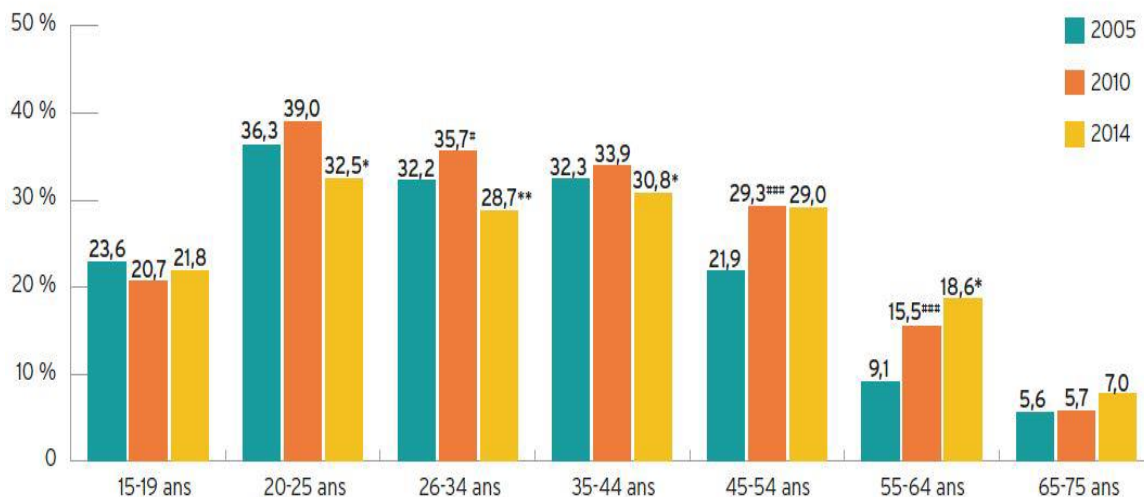


Figure 2. Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes, France 2005-2010-2014.

Concernant les quantités consommées, comme en 2010, 68% des fumeurs quotidiens déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour, les hommes un peu plus souvent que les femmes (72% vs 64%).

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est de 13,5, chiffre similaire à celui observé en 2010 (13,8 cigarettes) et qui était en nette baisse par rapport à 2005 (15,3 cigarettes) parmi les 18-75 ans.

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, sur 55 415 tonnes de tabac vendues au sein du réseau des buralistes en 2014, plus de 80% est constitué de cigarettes.

Le niveau de vente de tabac et de cigarettes baisse depuis 2011 (un recul de 5% est observé entre 2013 et 2014) néanmoins les achats transfrontaliers représenteraient 15% de la consommation des fumeurs français. (3)

Parallèlement à cela, on note une diminution du marché des traitements pour l'arrêt du tabac depuis 2012, tant pour les formes orales, les patchs et le Champix. (17)

Quelques chiffres dans les Pays de la Loire :

En 2010, 25% des ligériens âgés de 15 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement. Comme en France, cette prévalence est en hausse puisqu'elle était de 23% en 2005.

De plus, la prévalence du tabagisme actuel (quotidien ou occasionnel), dans les Pays de la Loire, est en nette hausse depuis 2005 passant ainsi de 29 % à 31,5% en 2010. (11)

Comme au niveau national, les hommes de la région se déclarent plus souvent fumeurs quotidiens que les femmes (30% contre 20%).

Chez les jeunes de 15-25 ans, la prévalence du tabagisme quotidien atteint 32% en 2010. 11% des ces jeunes ligériens présentent des signes de moyenne ou de forte dépendance physique au tabac.

(12)

2. POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EN France (la législation et autres mesures)

La France a une histoire en de nombreux points remarquable en matière de lutte contre le tabagisme dans l'Union Européenne.

La loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil), constitue le premier pas en faveur de la lutte contre le tabagisme en France. Elle réglemente la publicité en faveur du tabac, instaure l'apposition de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes ainsi que le principe d'un usage restreint dans certains lieux publics.

La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Evin) complète et renforce considérablement le dispositif législatif. Outre une meilleure information sur la composition des produits du tabac et des restrictions sur la publicité et la consommation dans les lieux publics, la loi Evin permet une augmentation régulière des prix des cigarettes durant les années 1990, en excluant le tabac de la liste des produits entrant dans le calcul de l'indice des prix à la consommation. Elle autorise également, sous certaines conditions, les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

La loi du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes notamment, interdit désormais la vente de paquets de moins de dix-neufs cigarettes (dits « paquets-enfants ») et la vente et offre à titre gratuit de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Le taux maximal de goudron est abaissé de 15 à 12 mg.

Le décret Bertrand, paru le 15 novembre 2006, impose l'interdiction totale de fumer dans tout lieu public. Il vise à renforcer la lutte contre le tabagisme passif.

Cette interdiction a été introduite en deux temps. En février 2007, il est devenu interdit de fumer sur les lieux de travail, dans les centres commerciaux, aéroports, gares, hôpitaux et écoles.

En janvier 2008, l'interdiction a été étendue aux lieux de convivialité (cafés, bars, restaurants, hôtels, casinos et discothèques).

La réforme de l'Hôpital relative aux patients, à la santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a étendu l'interdiction de la vente et d'offre à titre gratuit de tabac aux mineurs de moins de 18 ans. Elle a également interdit la vente de cigarettes aromatisées dites « bonbons », dont le goût sucré visait particulièrement à attirer les jeunes.

En Avril 2010, un arrêté du ministre de la santé impose des images chocs et dissuasives sur les paquets de cigarettes.

Depuis l'application des lois visant à lutter contre le tabagisme, une diminution du tabagisme de 13 % a été enregistrée sans qu'il soit possible d'affirmer que cette réduction soit exclusivement liée à ces mesures législatives puisqu'en parallèle plusieurs autres mesures ont été mises en place. (13)

- L'augmentation des prix est considérée par les organisations internationales (Banque mondiale, OMS) comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme. (8)

Le centre International de recherche sur le Cancer (CIRC) a rappelé dans sa publication sur les méthodes d'évaluation des politiques de contrôle du tabac qu'une augmentation de 10 % des taxes et du prix des produits du tabac réduit la consommation de tabac entre 2.5 et 5 %. (5)

En 2003-2004, l'Etat a décidé, dans le cadre du premier plan cancer, d'augmenter le niveau de taxation des produits de tabac, avec donc pour conséquence de renchérir subitement les prix. Ainsi, le paquet de cigarettes le plus vendu est passé de 3,60 euros en décembre 2002 à 5 euros en janvier 2004. Soit une hausse inédite de 39 % qui a provoqué une baisse des ventes de tabac de 27%.

Après ces fortes hausses, un gel des taxes sur les produits du tabac a été décidé par le gouvernement, qui n'y mettra fin qu'en 2011.

Des augmentations sont néanmoins intervenues entre temps mais n'ont eu presque aucun impact sur les ventes. (14)

Ainsi entre 2007 et 2008, cette augmentation était affichée comme étant de 6 % et les ventes n'ont baissé que de 3 %. (15)

Entre 2010 et 2014, on constate également une augmentation des prix régulière avec le prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu passant de 5,30 euros en octobre 2009 à 7 euros en janvier 2014 soit une hausse de plus de 32 % au total. (14)

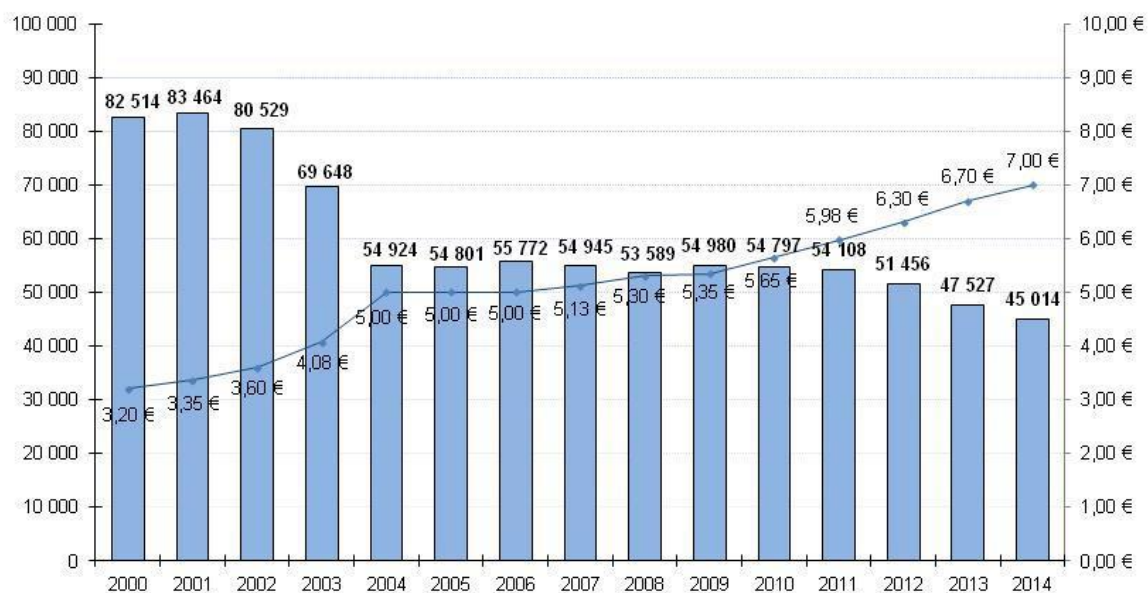


Figure 3. Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue (17)

- Des mesures d'avertissements et d'information se sont aussi mises en place :

L'instauration d'avertissements sanitaires sur les produits de tabac est la mesure phare du second plan cancer, effective en avril 2011.

L'INPES organise régulièrement des campagnes d'information et de prévention sur le tabagisme.

- Des mesures d'aide au sevrage :

L'INPES met à disposition des usagers une ligne nationale d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac (ligne Tabac Info Service 39 89) ainsi qu'un site internet dédié (www.tabac-info-service.fr) avec la mise en ligne d'un coaching personnalisé.

- Un dispositif de consultations d'aide au sevrage tabagique :

Depuis 2004 tous les départements disposent d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie s'adressant avant tout aux fumeurs les plus dépendants notamment ceux qui souffrent déjà de maladies provoquées par le tabac ou de comorbidités psychiatriques. A noter ainsi une augmentation de plus de 70 % du nombre de centres de consultations de tabacologie entre 2003 et 2008.

- L'accès aux substituts et traitements visant à faciliter le sevrage tabagique mis en place par l'Assurance maladie en février 2007. Il s'agit d'un système de prise en charge d'un forfait de remboursement d'un montant de 50 euros par an.

Le 3^{ème} plan cancer lancé le 4 février 2014 a pour objectif une réduction d'un tiers de la prévalence du tabagisme quotidien dans la population adulte.

Il lance pour cela le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) en septembre 2014.

(16)

Le gouvernement se fixe plusieurs objectifs :

- Dans 5 ans : le nombre de fumeurs doit avoir chuté de 10%.
- Dans 10 ans : il devra être passé sous la barre de 20% de la population, comme en Grande-Bretagne, contre 30% aujourd'hui en France. Ce qui pourrait ainsi sauver près de 15 000 vies chaque année.
- Dans 20 ans : 95% des jeunes devront être des non fumeurs. « les enfants qui naissent aujourd'hui seront la première « génération sans tabac » ».

Le PNRT repose pour cela sur trois grands principes : dissuader l'entrée dans le tabagisme pour éviter que celui-ci ne touche les enfants et ne s'installe chez les jeunes, faciliter son arrêt et agir sur l'économie du tabac en menant une politique des prix cohérente avec l'objectif de santé publique.

Axe 1 : **Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme**

- Adopter des paquets neutres de cigarettes pour les rendre moins attractifs.
- Interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans.
- Rendre non fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants.
- Encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques et interdire le vapotage dans certains lieux publics.

Axe 2 : **Aider les fumeurs à arrêter de fumer**

- Diffuser massivement une campagne d'information choc.
- Impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme.
- Améliorer le remboursement du sevrage tabagique.

Axe 3 : **Agir sur l'économie du tabac**

- Créer un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme.
- Renforcer la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac.
- Renforcer la lutte contre le commerce illicite.

Les deux mesures phares de ce programme sont, d'une part, l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans, et d'autre part, la mise en place d'une augmentation de la prise en charge du montant du forfait de sevrage tabagique passant ainsi de 50 à 150 euros pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et les patients en ALD pour cancer.

Finalement, le 1^{er} juillet 2015, la loi votée visant à interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans a été élargie aux enfants de moins de 18 ans.

- En parallèle, la France est engagée depuis 2011, dans le projet ITC (International Tobacco Control Policy Evaluation Project), première étude de cohorte sur ce sujet, dont l'objectif principal est d'évaluer au niveau national l'impact psychologique et comportemental des dispositions fondamentales de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT).

(18)

En conclusion, il s'agit de dissuader le consommateur en majorant les obstacles au tabagisme par des lois et des taxes et dans un même temps de promouvoir la santé en finançant diverses actions de prévention et en instaurant des aides efficaces à l'arrêt du tabagisme.

3. CONSEQUENCES DU TABAGISME

Un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation de tabac toute son existence décèdera d'une maladie liée à cet usage.

On considère que sa consommation régulière diminue l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non fumeur. (19)

Il n'existe pas de consommation de tabac sans risque.

La pathologie induite par le tabagisme est largement dépendante de la dose, mais c'est le plus souvent l'ancienneté que la dose qui est la plus déterminante du risque de pathologies.

3.1. Tabagisme et cancers (20)

3.1.1. Cancer bronchique

Le tabagisme est la première cause de cancer bronchique.

Il est responsable de 81% des décès par cancer des poumons en France, soit plus de 28000 décès estimés en 2010, (23 000 chez l'homme et 5 000 chez la femme). (3)(5)

Chaque année, il y a 30000 nouveaux cas qui induisent 25000 décès.

Le fumeur a 30 fois plus de risque que le non fumeur d'avoir un cancer bronchique.

Le sex-ratio est de 1,7 mais la fréquence décroît chez l'homme tandis qu'elle augmente chez la femme.

3.1.2. Autres cancers

Le tabagisme est impliqué dans la genèse de nombreux autres cancers : cancer des voies aéro-digestives supérieures, vessie, reins, pancréas, œsophage, estomac, foie, colorectal, col de l'utérus chez la femme et leucémies myéloïdes chroniques.

Les cancers de la tête et du cou représentent 7400 décès (6500 chez l'homme et 900 chez la femme). (3)

Chez la femme, il augmente le risque global du cancer du sein avant la ménopause.

Et en cas de cancer, il accroît le risque de métastases pulmonaires.



Cancer	Hommes			Femmes			Total		
	0-34	35-69	70+	0-34	35-69	70+	0-34	35-69	70+
Poumon	-/0	13/14	10/11	-/0	3,1/4,2	2,2/4,0	-/0	16/18	12/15
Bouche, ...	-/0	4,3/5,3	2,2/3,3	-/0	0,5/0,8	0,4/1,1	-/0	4,8/6,1	2,6/4,4
Autres	-/0,2	4,1/9,6	5,4/18	-/0,1	0,6/4,1	1,1/12	-/0,3	4,7/14	6,5/30

Figure 4 : Mortalité par cancer attribuable au tabac/mortalité totale (milliers) en 2010 par cause, âge et sexe. (3)

3.2. Tabagisme et pathologies respiratoires

3.2.1. Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

Le tabagisme est responsable de 85% des BPCO.

La BPCO est la 5ème cause de décès en France (16 000/an) et touche près de 3,5 millions de personnes.

La prévalence de la BPCO en France est de 7,5%.

L'étude de Doll et Hill, portant sur 40 000 médecins britanniques de 1951, étendue jusqu'en 2001, a montré que le risque de mortalité par BPCO est de 2,61% chez les fumeurs de plus de 25 cigarettes par jour et de 1,41% chez les fumeurs de 15 à 24 cigarettes par jour contre 0,11% chez les non fumeurs. (21)

3.2.2. Autres affections respiratoires

Le tabagisme est un facteur de non contrôle de l'asthme, favorise la survenue de pneumothorax spontané et de pneumopathie interstitielle.

3.3. Tabagisme et maladies cardio-vasculaires

Le tabac est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur.

Environ 25% des décès d'origine cardio-vasculaire des hommes de moins de 70 ans sont attribuables au tabagisme, ce pourcentage pouvant atteindre 40% dans les pays industrialisés. (22)

3.3.1. Un risque majeur d'infarctus du myocarde

Le tabagisme augmente fortement le risque d'infarctus du myocarde tant chez les femmes que chez les hommes.

Avant 45 ans, plus de 80% des victimes d'infarctus du myocarde, homme ou femme, sont des fumeurs.

3.3.2. Le tabac est également un important facteur de risque d'accident vasculaire cérébral, avec un risque multiplié de 2,5 à 6 selon le tabagisme.

Il interagit dans de nombreuses autres pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, les anévrismes, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (à noter que le tabac est responsable de 90% des artérites avant 65 ans). (23)

3.4. Autres conséquences du tabagisme (20)

Le tabagisme augmente le risque d'infections bactériennes ou virales sévères chez l'adulte ou l'enfant.

Le tabac fumé et le tabac non fumé sont des facteurs de maladies parodontales, caries et de leucoplasies de la muqueuse buccale.

Le tabagisme est également un facteur aggravant de fibroses hépatiques chez le fumeur excessif en cas d'hépatite C ou de cirrhose biliaire primitive.

C'est aussi un facteur de risque pour la maladie de Crohn.

Il est aussi un facteur d'aggravation des néphropathies chroniques et favorise les thromboses de l'artère rénale, et est également un facteur d'échec des greffes de rein.

Il diminue la densité minérale osseuse et favorise ainsi la survenue de fractures. Il multiplie par 8 le retard à la consolidation osseuse.

Cause de décès	Hommes	Femmes	Total
Cancers	39/89	7,9/63	47/152
	44%	13%	31%
Poumon	23/25	5,3/8,2	28/34
Bouche, pharynx, œsophage, larynx	6,5/8,6	0,9/1,9	7,4/11
Estomac, foie, pancréas, col, rein, vessie, leucémie	9,5/27	1,7/17	11/44
Maladies cardiovasculaires	13/67	7,0/76	20/143
Maladies respiratoires	7,2/17	4,0/15	11/32
Tuberculose	0,06/0,3	0,02/0,3	0,08/0,6
Total	59/276	19/265	78/541
	21%	7%	14%

Figure 5 : Mortalité attribuable au tabac/ mortalité totale (milliers) en 2010 par cause et par sexe.

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de trois facteurs : la consommation moyenne quotidienne de tabac, la durée du tabagisme et l'âge de début du tabagisme. (24)

En France, selon l'OMS, en 2004, le tabac était responsable de 73 000 décès soit 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. (19)

En 2010, 78 000 décès sont attribuables au tabac en France : 59 000 chez les hommes et 19 000 chez les femmes.

On observe une baisse de 11 % entre 1985 et 2010 chez les hommes (de 66 000 à 59 000 décès) et en revanche une multiplication par 7 du nombre de décès chez les femmes (de 2 700 à 19 000 décès). (3)

Année	Hommes			Femmes			Total		
	Décès (milliers)		% attribuable	Décès (milliers)		% attribuable	Décès (milliers)		% attribuable
	Attribuable tabac	Total		Attribuable tabac	Total		Attribuable tabac	Total	
1980	63	285	22%	2.7	262	1,0%	66	547	12%
1985	66	287	23%	4.7	266	1,8%	71	552	13%
1990	64	273	23%	5.9	254	2,3%	69	526	13%
1995	64	275	23%	11	257	4,3%	75	532	14%
2000	60	272	22%	11	258	4,3%	71	530	13%
2005	61	271	23%	16	257	6,2%	77	528	15%
2010	59	276	21%	19	265	7,2%	78	541	14%

Figure 6 : Mortalité attribuable au tabac en France par sexe et par an, tous les 5 ans. (3)

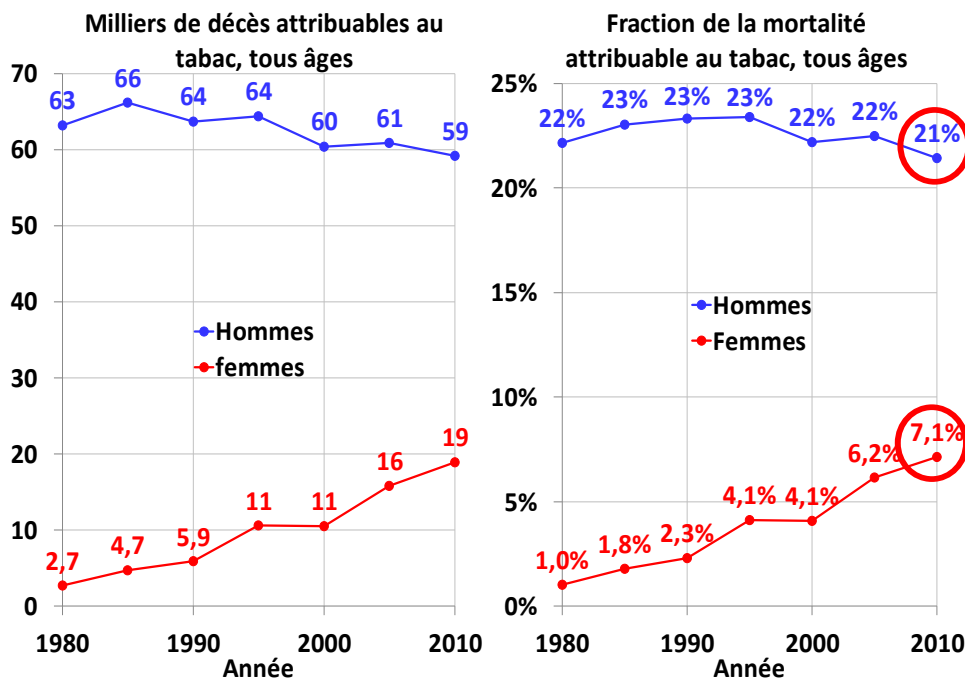


Figure 7 : Mortalité attribuable au tabac chez les hommes et les femmes à tout âge.

Les conséquences du tabagisme sur la population féminine restent sous estimées. On considère qu'il s'écoule environ 30 ans entre le moment où une fraction de la population commence à fumer régulièrement et celui où les conséquences sur la santé deviennent détectables.

Ainsi la mortalité liée au tabac dans la population féminine devrait continuer à augmenter dans les vingt prochaines années et le risque de décès par cancer du poumon devrait dépasser le risque de décès par cancer du sein en France d'ici 2 à 3 ans. (19)

Une catastrophe annoncée depuis longtemps !

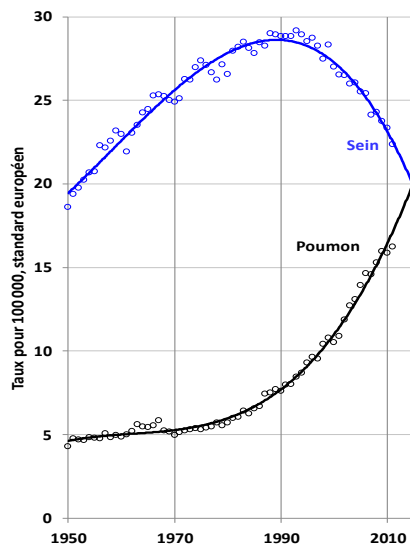


Figure 8 : Mortalité par cancer du poumon versus mortalité par cancer du sein, tous âges.

Les dépenses imputables aux conséquences du tabagisme sur la santé sont très importantes pour la société, de l'ordre de 10 milliards d'euros qui sont justes compensées par les taxes imposées sur les ventes. (25)

4. SEVRAGE TABAGIQUE

Synthèses des recommandations concernant l'aide au sevrage tabagique à l'intention des MG.

Plusieurs recommandations sont parues dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique.

Le sevrage tabagique a pour objectif de réduire les risques sur la santé et si la maladie est déjà présente, d'améliorer le pronostic et la qualité de vie.

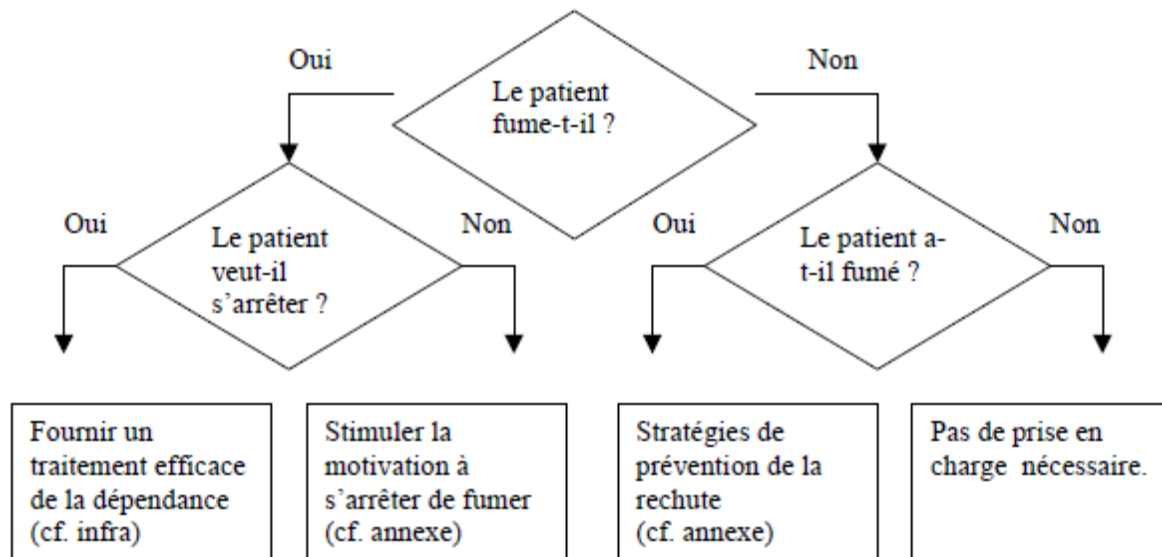


Figure 9. Algorithme de prise en charge d'un patient fumeur (26)

4.1. LE CONSEIL MINIMAL

Il concerne tous les MG lors de chaque entretien avec un patient.

Il consiste à demander de façon systématique à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité d'arrêter de fumer.

A noter qu'on parle parfois d'intervention brève, celle-ci consiste à délivrer un conseil minimal associé à une information sur le sevrage tabagique.

4.2. EVALUATION DE LA MOTIVATION ET DE LA POSITION DU SUJET FACE A SON TABAGISME

L'analyse de la motivation doit être minutieuse car elle conditionne les modalités de la prise en charge et le pronostic d'arrêt.

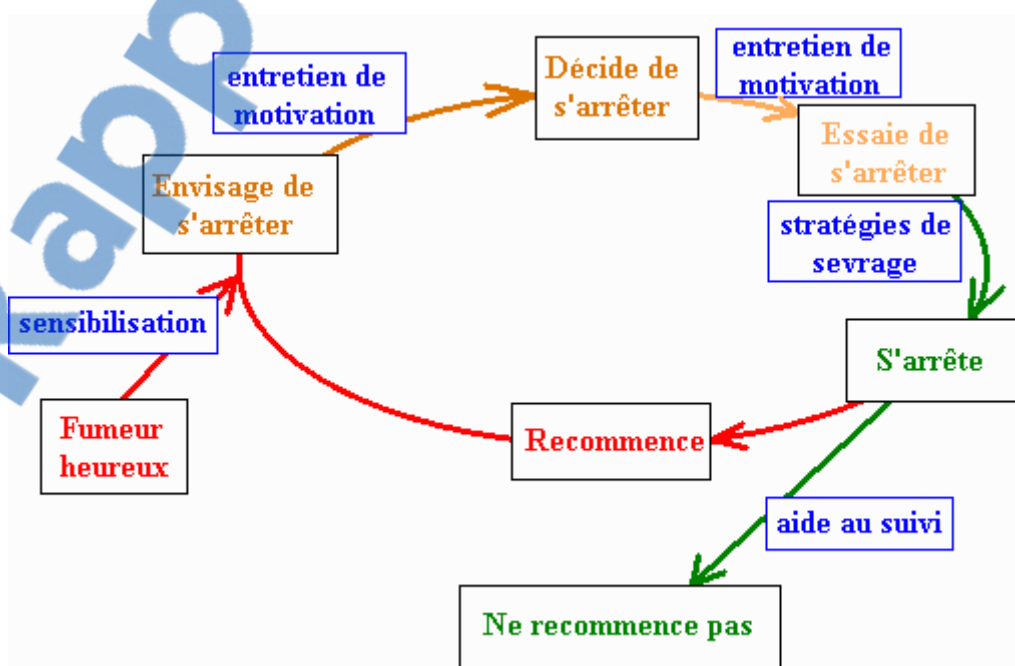
Il existe différents tests d'évaluation de la motivation tels que l'échelle en quatre questions appelée l'échelle Q-MAT. (Annexe 1)

Prochaska et DiClemente ont mis au point un modèle des processus de changement du comportement appelé modèle trans-théorique du changement ou modèle des stades du changement.

(27)

Ce modèle décrit les phases par lesquelles le fumeur passe avant de devenir un non fumeur.

- . Stade de pré-intention : le fumeur se complait dans son état actuel et n'a aucune pensée de sevrage tabagique.
- . Stade d'intention : le fumeur pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent.
- . Stade de préparation : prise de décision, le fumeur planifie l'arrêt de fumer.
- . Stade d'action : il est activement engagé dans le changement, il arrête de fumer.
- . Stade de maintien/liberté : il a fait des changements mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.
- . La terminaison ou achèvement : le patient est sorti du tabagisme.



Même s'il peut paraître compliqué, ce cycle est important à connaître afin de situer le patient dans son processus de changement lors du sevrage tabagique.

Indépendamment de ces stades, le modèle intègre la rechute comme un processus normal qui ramène le patient au stade d'intention.

Le fumeur apprend de chaque rechute, il sort plus fort de son expérience ce qui l'aide pour les tentatives d'arrêt ultérieures.

4.3. L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (28)

Il a pour but de motiver l'hésitant dans sa décision.

Il s'agit d'une méthode de communication directive centrée sur la personne et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

L'entretien se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante en évitant la confrontation et la persuasion.

L'entretien motivationnel est orienté vers un objectif déterminé, il est directionnel.

La relation qui s'installe entre l'intervenant et le patient vise à augmenter la motivation au changement du patient en respectant son ambivalence.

L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer.

L'entretien motivationnel repose sur un partenariat coopératif et collaboratif, favorisant l'évocation et valorisant l'autonomie du patient.

Les données montrent que l'entretien motivationnel augmente la probabilité de l'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt.

4.4. DEFINIR L'HISTOIRE DU COMPORTEMENT TABAGIQUE

Il s'agit de recueillir l'histoire du comportement tabagique : son ancienneté, les raisons de l'initiation de la consommation, la quantité fumée, le mode de consommation (préciser les éléments ou facteurs déclencheurs : réunion, amis, alcool, émotions...), les tentatives d'arrêt s'il y en a eu avec les méthodes utilisées et les causes de l'échec, la survenue d'un trouble anxio-dépressif ou d'un syndrome de sevrage.

Il faut également interroger le patient sur ces préférences par rapport au traitement et s'il a déjà prévu une date d'arrêt.

Préciser la présence de fumeurs dans l'entourage est indispensable car c'est un facteur prédictif de rechute.

4.5. EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES DEPENDANCES

- Pharmacologique ou physique : son intensité s'apprécie par l'auto-questionnaire de Fagerström. (Annexe 2)
- Psychologique et comportementale : son évaluation se fait par l'interrogatoire et la recherche de l'histoire personnelle du tabagisme du patient. Elle se traite surtout par les TCC.

4.6. LES DIFFERENTES PHASES D'INTERVENTION DU MEDECIN

Il convient effectivement d'adapter la prise en charge d'un patient en fonction du niveau du stade du cycle de Prochaska dans lequel il se trouve.

D'après le tabacologue Jean Perriot, à chaque stade de ce cycle correspond un type d'intervention du médecin : (29)

- Stade de pré intention : le médecin informe le fumeur et induit sa dissonance en pratiquant le conseil minimal.
- Stade d'intention : le médecin accroît la dissonance par l'entretien motivationnel.
- Stade de préparation : le médecin obtient la décision d'arrêt, le patient choisissant sa date. Il rassure, explique les modalités de prise en charge et peut remettre un manuel d'auto assistance à celui qui veut tenter de s'arrêter seul.
- Stade d'action : le médecin évalue motivation, dépendance, pronostic de l'arrêt puis prend en charge (dépendances pharmacologique et psycho comportementale, effets secondaires de l'arrêt ; il induit une attitude générale nouvelle) et assure un suivi prolongé.
- Stade de maintenance : le médecin développe une stratégie de prévention de la reprise du tabagisme et accroît le niveau de confiance en soi du patient, sa capacité à gérer le stress et les situations de reprise.
- Stade d'achèvement : le médecin renforce l'arrêt à chaque fois qu'il le peut.

4.7. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES

- Les troubles anxio-dépressifs : ils diminuent les chances de succès du sevrage tabagique et doivent donc être impérativement pris en charge.

Il convient également de repérer l'anxiété et la dépression et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.

Les questionnaires HAD (Hospital Anxiety Depression) et Beck ont pour but de rechercher une symptomatologie dépressive et sa sévérité. La note de 8 en constituant le seuil. (Annexes 3 et 4)

- Les co-addictions : il est recommandé de se renseigner auprès du patient
 - Sur la consommation d'autres substances psychoactives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments...
 - Sur l'existence d'addictions comportementales.

L'alcool est la première co-dépendance au tabac. Il faut rechercher systématiquement l'abus d'alcool car les patients y présentant une dépendance auront plus de difficultés à arrêter le tabagisme.

De plus, il peut exister lors du sevrage tabagique une augmentation transitoire de la consommation d'alcool. Il faut donc envisager que le patient arrête dans un premier temps l'alcool. Néanmoins chaque situations apparaissent individuelles et dépendent à la fois du thérapeute et du patient. Il est donc possible d'effectuer les deux sevrages l'un après l'autre ou alors en parallèle.

L'outil à utiliser pour dépister une dépendance à l'alcool est le questionnaire CAGE-DETA qui comporte quatre questions :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boisson alcoolisée ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

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

L'autre co-addiction de plus en plus fréquente est celle au cannabis. Le fumeur ayant entrepris une démarche d'arrêt et l'ex-fumeur doivent être mis en garde contre la consommation de cannabis qui peut faire échouer le sevrage ou entraîner une rechute de tabagisme du fait de la présence de tabac dans les « joints ». (26)

Le questionnaire CAST (annexe 5) est utilisé pour dépister un usage problématique de cannabis.

4.8. EVALUATION DES SITUATIONS PARTICULIERES

- Femme enceinte : le tabagisme présente des effets nocifs à la fois pour la femme enceinte et pour son fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est bénéfique. Les praticiens doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite. L'approche par TCC et la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention ; en cas d'échec, la substitution nicotinique peut être proposée (à noter que le montant du remboursement des TSN est de 150 euros pendant la grossesse).

Le taux de rechute après grossesse reste très élevé : 40% dans les six premiers mois.

(30)

- Pathologies cardiovasculaires : le comportement tabagique chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires semble peu influencé par la connaissance du risque potentiel.

Les bénéfices attendus à l'arrêt du tabac sont réels pour les maladies qui lui sont imputables et doivent être systématiquement rappelés.

Les substituts nicotiniques constitue une réelle aide au sevrage pour les pathologies liées au tabac et ne sont pas contre indiqués chez les coronariens. (26)

- Troubles psychiatriques : le tabagisme et à contrario l'abstinence tabagique interfèrent avec les taux plasmatiques de nombreux médicaments utilisés en psychiatrie. Il ne convient donc d'envisager le sevrage tabagique, pour les malades psychiatriques lourds, que lorsque l'état neuropsychique du patient est stabilisé. (26)

- Avant une intervention chirurgicale programmée : l'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale programmée permet de diminuer les complications post-opératoires. Les recommandations préconisent un arrêt du tabac ou une diminution de la consommation de tabac par des SN au moins six semaines avant une intervention chirurgicale. (26)

4.9. LE SUIVI ET L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

Seule une minorité de fumeurs parvient à une abstinence permanente à la première tentative. Les actions d'aide à l'arrêt ne doivent pas se limiter au sevrage mais inclure aussi la prévention des rechutes par une surveillance prolongée.

Les rechutes sont définies par une reprise de la consommation de tabac après une période d'arrêt plus ou moins longue. En l'absence d'accompagnement et d'une surveillance prolongée, les reprises du tabagisme surviennent dans près de 80% des cas l'année suivant l'arrêt. (31)

Selon les recommandations de l'AFSSAPS, « un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours. La prise en charge doit être poursuivie sur une durée d'au moins six mois ».

Les mécanismes comportementaux et psychologiques de la dépendance restent présents et peuvent à tout moment être à l'origine de rechute.

Les causes de rechute à moyen et long termes sont multiples et chacune d'entre elles appelle des actions spécifiques.

- Dépendance physique : elle survient dans les premiers mois lorsque le traitement substitutif nicotinique a été prescrit à dose insuffisante et/ou arrêté trop précocement. Cela implique une reprise de ce traitement avec une posologie et une durée suffisantes. (32)
- Etats anxieux : ils sont la cause principale de rechute, qu'ils soient aigus ou chroniques.
- Etats dépressifs : ils sont aussi une cause de reprise du tabagisme à moyen terme. L'état dépressif apparaît progressivement, alors même que le syndrome de sevrage a disparu. Certains sujets vont reprendre la cigarette volontairement pour réduire les troubles dépressifs, sans réelle envie ni besoin de fumer. La régression de l'état dépressif est alors très rapide, en quelques jours, confirmant que pour certains sujets la nicotine est un véritable antidépresseur. (33)

- Prise de poids : cause possible de rechute surtout chez la femme si elle est importante et mal tolérée. Elle s'explique par l'effet anorexigène de la nicotine et l'augmentation de la thermogénèse et des dépenses caloriques (10 calories par cigarettes en cas d'inhalation de fumée). Lors de l'arrêt du tabac, ces processus s'inversent expliquant ainsi la prise de poids parfois rapide et intense. La reprise des cigarettes est alors un acte délibéré dans le but de retrouver son poids de forme. Une des solutions est de proposer la pratique d'une activité physique régulière adaptée à chaque sujet. (34)
- L'environnement : rôle très important de façon chronique ou aigu. La présence constante d'un autre fumeur dans la vie personnelle ou professionnelle constitue un facteur de risque évident. De même un bon repas, les pauses cafés, la consommation de boissons alcoolisées peuvent être à l'origine des rechutes. (31)
- La démotivation : est principalement observée chez les patients où l'arrêt a été imposé par la maladie ou des circonstances extérieures. La nostalgie de la cigarette revient vite et le tabagisme avec. (31)
- Ralentissement intellectuel : plus rare, mais peut se manifester chez des écrivains, informaticiens, scientifiques...Les troubles tels que les difficultés de concentration, les troubles de la mémoire à court terme, la procrastination, l'impossibilité de travail de synthèse...régressent avec la reprise de la cigarette ou peuvent être améliorés par le TSN. (31)

Devant toute rechute il est important de dédramatiser la situation qui doit être considérée comme un accident de parcours.

La prévention des rechutes du tabagisme repose donc sur une bonne évaluation des risques personnels de chaque fumeur et sur une surveillance attentive des circonstances et des causes de la reprise du tabagisme.

L'arrêt du tabac n'est pas un sprint mais plutôt une course de fond.

5. DÉPENDANCE AU TABAC

5.1. Définition de la dépendance

Le tabagisme entraîne une dépendance et peut être considéré comme une toxicomanie à part entière.

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psycho actives devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. (35)

La moitié des consommateurs réguliers en deviennent dépendants ; 25% développent une dépendance très sévère. (36)

L'intensité de cette dépendance est démontrée par le fait que seul un tiers des sujets entreprenant une tentative d'arrêt sans aide reste abstinents durant deux jours et moins de 5% parviennent à s'arrêter lors d'une tentative. (26)

Actuellement, la dépendance se définit principalement comme un trouble du comportement caractérisé par la perte du contrôle de la consommation du produit par le sujet.

Selon l'OMS, « la dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente. » (26)

Le tabagisme correspond tout à fait à cette définition : c'est un comportement qui est renforcé par une dépendance.

Selon les critères DSM-5, l'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations cotées, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. (Annexe 6)

La Nicotine, alcaloïde le plus abondant de la fumée de tabac, semble être le déterminant pharmacologique principal de la dépendance et qui entraîne le besoin de tabac.

En bref, au niveau physiopathologique, la nicotine se fixe sur les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine présents dans diverses zones du système nerveux central. Via ces récepteurs nicotiniques, la nicotine stimule les neurones dopaminergiques méso-cortico-limbiques cérébraux.

Cette stimulation provoque ainsi une libération de dopamine dans les zones de récompense cérébrales dont le noyau cérébral accumbens.

Toutes les drogues présentent cette propriété commune d'élever la dopamine dans le noyau accumbens. Ce phénomène biologique est un facteur essentiel dans l'instauration de la dépendance.

Il existe également un effet cinétique lié à la voie d'inhalation. Plus une drogue atteint rapidement le système nerveux central après la prise et plus son pouvoir addictif est élevé. Un bolus de nicotine pénètre le SNC moins de dix secondes après l'inhalation ! (26)

En conclusion, cette dépendance ne résulte pas seulement de l'action de la nicotine et la persistance du tabagisme semble être favorisée par une dépendance non pharmacologique d'ordre comportementale et psychologique qui entrainerait le désir de fumer. (30)

La dépendance physique se caractérise par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt et la dépendance psychique correspond au besoin ressenti de consommer la substance.

On parle ainsi d'une double dépendance : pharmacologique d'une part et psycho-comportementale d'autre part.

5.1.1. Le syndrome de sevrage (40)

Le syndrome de sevrage est observé chez les sujets fumant régulièrement et qui arrêtent ou diminuent brutalement leur consommation.

Il apparaît dans les heures qui suivent la dernière cigarette et est maximal dans les 24-48 heures après l'arrêt.

Ce syndrome comprend des troubles de l'humeur avec une humeur instable ou déprimée, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, de la nervosité, de la colère, de l'anxiété, des troubles de la concentration.

On observe également une diminution des rythmes cardiaques (d'environ 8 battements/min) et une augmentation de l'appétit avec une prise de poids.

Ces symptômes peuvent être considérablement atténués, voire supprimés par un apport de nicotine en quantité suffisante.

5.1.2. Mesure de la dépendance physique

Le niveau de dépendance pharmacologique peut être mesuré par le test de Fagerström (annexe 2).

Ce test est l'outil le plus utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance à la nicotine car son résultat est un élément indispensable pour le choix du traitement.

Il se compose de six questions dont les scores sont additionnés afin d'obtenir un score total compris entre 0 et 10, permettant ainsi de différencier 4 stades.

Il est néanmoins possible d'utiliser un test simplifié en deux questions, les plus importantes, qui concernent le nombre de cigarettes fumées dans la journée et le temps entre le réveil et la première cigarette. (30)

- En cas de score inférieur ou égal à 4 : dépendance faible

Un sevrage sans aide médicamenteuse est le plus souvent possible. Une relation de qualité médecin traitant/malade, le soutien de l'entourage, sont à côté de la volonté du malade, des meilleures gages de succès. L'automédication (substituts nicotiniques) peut s'avérer utile chez certains patients.

- En cas de score à 5 ou 6 : dépendance moyenne

L'aide des divers professionnels de santé (pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes...), ayant reçu une formation élémentaire est efficace avec le recours aux substituts nicotiniques.

- En cas de score supérieur ou égal à 7 : dépendance forte

Pour les fumeurs ayant une forte dépendance, une aide médicalisée est indispensable (médecins généralistes le plus souvent, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac). La prise en charge pharmacologique de la dépendance à la nicotine est importante chez ces patients (traitement de substitution nicotinique ou VARENICLINE).

L'intervention des tabacologues doit être réservée aux formes les plus sévères, avec dépendance très importante, comorbidités anxiodépressive et conduites addictives associées.

Il n'est pas recommandé d'utiliser en pratique courante la classification américaine des troubles psychiatriques dite DSM V (Diagnostic and statistical classification of mental disease) car l'applicabilité de certains items apparaît faible (Accord Professionnel).

Trois marqueurs biologiques permettent également de quantifier le tabagisme : le taux de CO dans l'air expiré, les taux urinaire et plasmatique de la cotinine.

Néanmoins, ceux-ci sont faiblement corrélés à la dépendance et non remboursés pour certains.

L'ANAES a donc considéré en 1998 « que le recours aux marqueurs biologiques n'était pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles ».

A l'exception du taux de CO qui reste une méthode simple et non invasive, facilement réalisable pendant une consultation.

Reconnaître la dépendance nicotinique et son intensité par le test de Fagerström reste donc le principal moyen d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage et d'orienter les moyens à mettre en œuvre pour celui-ci.

5.2. Prise en charge de la dépendance

5.2.1. Dépendance pharmacologique

Celle-ci est prise en charge par les traitements médicamenteux que l'on détaillera dans le prochain chapitre.

5.2.2. Dépendance psycho-comportementale

Elle correspond donc au besoin ressenti de fumer après le sevrage.

Son évaluation se fait par l'interrogatoire et la recherche soigneuse de l'histoire personnelle du tabagisme du patient : mode de consommation, dans quelles circonstances le tabac est fumé, quels sont les éléments déclenchant la prise de cigarettes (situations, émotions).

L'appréciation de cette dépendance psycho-comportementale permet de classer le patient selon le modèle d'intervention des 5A.

Ce modèle d'intervention des 5A est une méthode de repérage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adapté au degré de motivation de la personne.

Cette méthode tirée des recommandations américaines de 2008 pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique, est basée sur 5 étapes majeures d'une intervention brève en médecine générale : « Ask (Poser des questions) – Advise (Conseiller) – Assess (Evaluer) – Assist (Aider/Soutenir) – Arrange (Organiser) » [\(38\)](#) [\(39\)](#)

Tableau I : Modèle des 5A pour l'aide à l'arrêt au tabagisme

Actions		
<i>Ask about tobacco use</i>	Interroger sur la consommation de tabac.	Identifier et documenter le statut tabagique de tous les patients à chaque visite (stratégie A1).
<i>Advise to quit</i>	Conseiller l'arrêt du tabagisme.	D'une manière claire, ferme et personnalisée, proposer à chaque fumeur d'arrêter de fumer (stratégie A2).
<i>Assess willingness to make a quit attempt</i>	Évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme.	Demander au patient s'il envisage d'arrêter de fumer (stratégie A3).
<i>Assist in quit attempt</i>	Aider la tentative d'arrêt du tabagisme.	Pour le patient disposé à faire une tentative d'arrêt, proposer une guidance et une pharmacothérapie pour l'aider à arrêter de fumer (stratégie A4).
<i>Arrange followup</i>	Organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique.	Proposer des temps de suivi commençant la première semaine après la date d'arrêt (stratégie A5).

Ces cinq étapes sont fondées sur le modèle de changement de comportement et permettent de déceler les habitudes de consommation, de stimuler, de soutenir et de faire durer un nouveau comportement.

Cette dépendance se traite essentiellement par des Thérapies Cognitivo-Comportementales.

Ces TCC ont pour but de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage.

Cette approche est complémentaire à la prise en charge pharmacologique de la prévention du syndrome de sevrage.

Cette technique de TCC est validée et recommandée par l'AFSSAPS.

Elles peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt : la préparation, le sevrage puis la prévention de rechute. (37)

6. TRAITEMENTS DU SEVRAGE TABAGIQUE

Lorsqu'un fumeur décide d'arrêter seul, sans aide pharmacologique et/ou sans suivi médical ou non médical, le taux d'abstinence est très faible, de l'ordre de 3 à 5% à 6 mois. (24)

Afin d'optimiser ces résultats du sevrage tabagique, il existe différentes thérapeutiques aussi bien pharmacologiques que psychothérapeutiques.

6.1. Traitements PHARMACOLOGIQUES

Actuellement, trois médicaments sont indiqués dans le traitement de la dépendance tabagique : la nicotine, le Bupropion et la Varenicline.

6.1.1. Les TSN

Le TSN a pour objectif de remplacer la nicotine contenue dans les cigarettes.

La nicotine est commercialisée sous la forme de timbres transdermiques, de gommes, de comprimés à sucer, d'inhalateur et de spray buccal.

Le TSN réduit les symptômes de sevrage associés à l'arrêt du tabac et peut ainsi augmenter la probabilité d'une abstinence durable. (24)

Quelque soit leur forme, les TSN sont plus efficaces que l'absence de traitement ou le placebo. Ils augmentent ainsi l'abstinence à 6 mois de 50 à 70 %. (41)

Son profil de tolérance est particulièrement favorable.

C'est également le seul traitement autorisé au cours d'une grossesse.

La posologie est à ajuster en fonction du profil de consommateur du patient, c'est-à-dire selon le score de Fagerström et de l'existence de symptômes de sous ou surdosage.

La durée d'administration recommandée lors de la phase initiale de sevrage tabagique est de 6 semaines au minimum jusqu'à 6 mois maximum.

Ils sont vendus en pharmacie, éventuellement sur ordonnance (obligatoire pour les mineurs). Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'Assurance maladie subventionne à hauteur de 50 euros par an et par patient s'ils sont prescrits par un professionnel de santé. Le 31 mai 2011, cette subvention a été portée à 150 euros pour les femmes enceintes et depuis 2015, elle a également été généralisée aux patients de 20-30 ans et aux patients ayant une ALD cancer ou une CMU-C.

6.1.2. Le BUPROPION LP (ZYBAN®)

C'est un antidépresseur atypique qui agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du système nerveux central. Son mode d'action dans l'aide au sevrage tabagique n'est pas complètement élucidé. (24)

Il présente une efficacité similaire à la substitution nicotinique sur le syndrome de sevrage et le taux de succès à l'arrêt. (40)

Mais son usage est limité par ses contre indications (épilepsie, troubles bipolaires, sevrage d'alcool ou des benzodiazépines...) et ses effets secondaires (convulsion, insomnie, allergie cutanée, risque de dépression ou comportement suicidaire...). La HAS estime que la balance bénéfices/risques est incertaine et recommande de le prescrire en dernière intention. (41)

Il est soumis à une prescription médicale et n'est plus remboursé depuis 2007.

6.1.3. La VARENICLINE (CHAMPIX®)

Il s'agit du dernier traitement de la dépendance tabagique à avoir été commercialisé en France.

C'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux.

Elle agit doublement en diminuant l'envie de cigarette d'une part et du plaisir ressenti en fumant d'autre part.

Dans les études randomisées, elle est efficace, doublant à triplant les taux de succès par rapport au placebo. (41)

C'est également un médicament soumis à une prescription médicale mais n'est plus remboursé depuis 2011.

Ses effets secondaires les plus fréquents sont nausées, ballonnements et céphalées ; et les plus graves sont principalement d'ordre psychiatrique : agitation, humeur dépressive, idées suicidaires, modification comportementales...

De ce fait, il fait l'objet d'une surveillance particulière bien que les agences françaises (Ansm) aient estimé que la balance bénéfices/risques reste favorable.

Ainsi, l'HAS préconise sa prescription en seconde intention (après les TSN) voire en dernière intention, avec une surveillance régulière des effets secondaires.

6.2. Traitements NON PHARMACOLOGIQUES

La principale prise en charge recommandée en France reste la Thérapie Cognitivo-Comportementale et ses dérivés.

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

Ces techniques validées scientifiquement, peuvent être conseillées en première intention et sont complémentaires à la prise en charge pharmacologique de la prévention des symptômes de sevrage.

Ainsi les taux d'abstinence sont supérieurs quand les deux approches sont combinées.

Elles permettent de multiplier par deux le taux d'abstinence à 6 mois.

Devant le peu de praticiens formés, l'AFSSAPS recommande l'entretien individuel en soulignant toute fois qu'il s'agit là d'un processus long et nécessitant plusieurs consultations approfondies.

L'HAS reconnaît également, sur les différentes thérapeutiques d'aide au sevrage, une efficacité du conseil minimal à l'arrêt (point 2 de la méthode des « 5A »), du soutien comportemental individuel, du soutien de groupe et des conseils téléphoniques proactifs. (Tabac info service en France). (24)

Il existe de plus de nombreuses autres prises en charge mais non recommandées car non validées scientifiquement : acuponcture, mésothérapie, auriculothérapie, hypnose, laser. (37)

7. LES BENEFICES DE L'ARRÊT DU TABAGISME

Il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac, même chez la personne âgée ou et chez les patients qui souffrent de pathologies induites ou aggravées par le tabagisme.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac.

Il est bénéfique pour la santé de s'arrêter même après l'apparition de pathologies liées au tabac. Le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce.

Effectivement, arrêter la consommation de tabac diminue la durée du tabagisme qui est le facteur de risque le plus important.

Au contraire, un fumeur qui réduit simplement sa consommation diminue la dose mais l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important. Ainsi pour fumer moins, le fumeur a alors tendance à consommer des cigarettes plus légères. Or ceci entraîne une compensation de la façon de fumer en effectuant des inhalations plus rapides et plus profondes qui augmentent alors le rendement en nicotine et donc la quantité en goudrons.

Les effets bénéfiques sont alors annulés par cette modification de consommation. (6)

On parle de phénomène d'autotitration.

L'espérance de vie est augmentée après l'arrêt.

L'étude des médecins britanniques de Richard Doll et al., a estimé qu'un fumeur de 60 ans peut gagner environ 3 ans d'espérance de vie grâce à l'arrêt du tabac.

Si l'arrêt a lieu à 50 ans le gain est alors de six années ; à 40 ans, d'environ neuf années et à 30 ans, d'environ dix années.

La courbe de survie des ex-fumeurs se superpose à celle des non fumeurs si l'arrêt a lieu à 35 ans.

(21)

Le bénéfice le plus important est la réduction de la morbi-mortalité coronaire.

Le sevrage tabagique chez le coronarien réduit le risque d'un nouvel accident aigu de 50 % dès la première année et après un AVC le risque est identique à celui d'un non fumeur, à 1 an ! (42)

Dans le cas de la BPCO, l'arrêt du tabagisme ralentit le déclin du VEMS, diminue l'inflammation, l'hyperréactivité bronchique et la sévérité des exacerbations.

Cependant, il n'y a pas de récupération d'une fonction pulmonaire normale car les lésions installées sont irréversibles. (26)

Concernant le cancer pulmonaire, le risque diminue plus lentement.

Une étude a estimé que le risque cumulé de cancer du poumon jusqu'à l'âge de 75 ans est de 16 % chez les fumeurs ayant continué à fumer. Il est respectivement de 10 %, 6 %, 3 % et 2 % chez les personnes ayant arrêté à 60, 50, 40 et 30 ans. (43)

Cependant, si le patient continue à fumer suite au dépistage d'un cancer pulmonaire non à petites cellules à un stade précoce, la survie à cinq ans est de 33 %. Elle passe à 70 % si le patient arrête de fumer. (44)

L'arrêt du tabac est par ailleurs hautement souhaitable dans des pathologies aggravées par le tabac telles que l'HTA, le diabète de type I et II, l'insuffisance rénale, l'asthme...afin de stabiliser ou de ralentir l'évolutivité de ces maladies. (37)

Tableau II: Les bienfaits immédiats, à moyen et long terme de l'arrêt du tabac. (45)

A court terme	20 Minutes	Baisse de la pression sanguine et du rythme cardiaque à un niveau normal Hausse de la température des extrémités à un niveau normal
	8 Heures	Baisse du monoxyde de carbone sanguin au taux normal Hausse de l'oxygène sanguin au taux normal
	24 Heures	Début de la baisse de probabilité d'accident cardiaque Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée Le corps ne contient plus de nicotine
	48 Heures	Repousse des terminaisons nerveuses Début de l'amélioration du goût et de l'odorat
A moyen terme	72 Heures	Respirer devient plus facile Les bronches commencent à se relâcher
	2 Semaines à 3 mois	Amélioration de la circulation sanguine Plus grande facilité de marche Amélioration de la fonction pulmonaire (jusqu'à +30%) Un sommeil de meilleure qualité "Je ne suis plus hors d'haleine en montant les escaliers" "Je n'ai plus besoin de me racler constamment la gorge"
	1 Mois à 9 mois	Diminution de la toux, de la congestion des sinus, de la fatigue et du souffle court Repousse des cils pulmonaires qui permettent d'évacuer le mucus, de nettoyer les poumons et de réduire les infections. Confiance en soi renforcée, Sentiment de retrouver de liberté. Le poids se stabilise.
	1 An	Le risque d'artérite coronarienne est divisé par deux par rapport à un fumeur Le fonctionnement pulmonaire augmente de 10%
	5 Ans	Le taux de mortalité par cancer du poumon est diminué de moitié Le risque d'accident cardiovasculaire est celui d'un non-fumeur Le risque de cancers de la bouche, de la gorge, de l'oesophage, de la prostate, du rein et du pancréas diminue. En outre, si vous souffrez d'une maladie chronique telle que le diabète, l'asthme ou l'insuffisance rénale, arrêter de fumer peut améliorer votre état de santé de façon spectaculaire.
A long terme	10-15 ans	L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

8. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Tout médecin généraliste peut initier et accompagner un sevrage tabagique.

Rien qu'en parlant quelques secondes du tabac lors d'une consultation, 2% des fumeurs s'arrêtent spontanément de fumer soit potentiellement 200 000 fumeurs en moins chaque année. (47)

8.1. L'enquête Baromètre Santé médecins généralistes 2009. (46)

L'enquête baromètre santé médecins généralistes réalisée fin 2008-début 2009 par l'INPES, avait pour but de décrire les opinions et les pratiques des omnipraticiens dans la lutte contre le tabagisme.

Au total, plus de 2000 MG du secteur libéral ont été interrogés sur tout le territoire sur différents thèmes : type de sevrage, sentiment d'efficacité, prise en charge et nombre de patients consultant pour sevrage tabagique.

Les résultats montrent que la quasi-totalité des MG, soit 94,5% déclarent prendre en charge eux même leur patients désirant s'arrêter de fumer.

Cette part apparaît en légère baisse par rapport à 2003 (97,8%) et s'inscrit ainsi dans un mouvement de baisse continue depuis le début des années 1990.

78,1% des MG prennent en charge seul leur patient dans le cadre d'un sevrage tabagique et 16,4% se mettent en liaison avec une structure adaptée ou avec un confrère.

En comparaison, seuls 17% déclarent prendre en charge seuls les problèmes d'alcool.

Durant les sept jours précédant l'enquête, 68,6% des MG disent avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique, chiffre stable depuis 2003 (67,1%) après une hausse significative entre 1998 et 2003.

En revanche, la part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique dans les sept derniers jours a presque doublé en 10 ans (17,9% en 2009 contre 9,7% en 1998).

En 2009, seulement 0,9% des MG déclarent appartenir à un réseau de prise en charge sur le tabac.

En conclusion, la prise en charge du sevrage tabagique par les MG a donc connu une forte hausse au cours de la dernière décennie. A noter que celle-ci est plus fréquente chez les médecins ayant au moins dix années d'expérience, qui produisent un volume d'actes médicaux important et reçoivent au moins un patient sur dix au titre de la CMU, exerçant en cabinet individuel.

8.2. Intérêt du MG comme premier recours

Le MG dispose d'atouts importants dans la lutte contre le tabagisme : il connaît ses patients, leur statut social et économique, leur état psychique, leurs autres dépendances, leurs problèmes familiaux...dans le cadre d'une médecine globale.

Le MG doit persévérer auprès de ses patients. Il ne doit pas laisser partir un fumeur sans avoir parlé du tabac avec lui.

Effectivement, l'influence des médecins par le discours est considérable : 10 secondes par malade multiplient par 4 l'incidence annuelle des arrêts spontanés. (47)

Il a l'opportunité d'intervenir souvent et de répéter les messages en vue du sevrage tabagique.

Des différents médecins que peut consulter un patient au cours de son existence, il est celui que l'on consulte le plus facilement et pour différents motifs (pathologies, certificats, questions relatives à la santé...).

De plus, les MG peuvent agir plus rapidement dans les parcours des fumeurs : en prenant en charge des sevrages tabagiques environ 5 années plus tôt que dans les centres d'aide à l'arrêt, leur action prend tout son sens en terme de prévention. Beaucoup de BPCO, cancers et décès prématurés pourraient être évités si la démarche initiale d'aide à l'arrêt du tabac était systématique, répétée et de bonne qualité.

En résumé, son efficacité d'action s'explique par :

- Argument de **nombre** : les MG sont nombreux à être installés. Ils voient donc en consultation un très grand nombre de patients chaque année. Ainsi, dans les Pays de la Loire, au 1^{er} janvier 2015, 4574 médecins généralistes libéraux sont installés. (48)

La prévalence du tabagisme comme trouble de la santé dépasse celle de tous les autres facteurs de risque. On compte environ 14 millions de fumeurs en France. L'importance de la population cible que sont les fumeurs est un facteur donnant aux MG un rôle de choix dans la lutte contre le tabagisme. (49)

- Argument d'**accessibilité** : les MG sont des médecins de proximité donc plus facilement accessibles que des spécialistes. Ils sont en première ligne.
- Argument de **fréquence** : les MG rencontrent ainsi plusieurs fois par an leurs patients et notamment leurs patients fumeurs. En effet, chaque fumeur consulte 2 à 4 fois par an un MG pour différents problèmes de santé, plus fréquents chez eux que dans la population des non fumeurs.

8.3. Rôle crucial en Santé publique

Selon l'HAS, « la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.

- Primaire, elle agit en amont de la maladie (vaccins et actions sur les facteurs de risque)
- Secondaire, elle agit à un stade précoce de son évolution (dépistage)
- Tertiaire, elle agit sur les complications et risques de récidives ».

Le MG joue un rôle primordial dans la prévention, l'éducation et le changement de comportement de la population.

8.4. Missions du MG contre le tabagisme

Selon l'OMS, ses missions consistent à :

- « - dépister le tabagisme en posant simplement la question sur l'usage du tabac,
- conseiller l'arrêt à tous les usagers,
- évaluer son intention de tenter d'arrêter,
- aider au sevrage et mettre en place un contact de suivi,
- évaluer l'exposition à la fumée, fournir des informations pour éviter toute exposition néfaste chez le non-fumeur ». (50)

On retrouve ces différents items dans le modèle des 5A qui consiste à donner des conseils structurés en cinq étapes.

8.5. Freins à la prise en charge du sevrage tabagique

Les avis des médecins sont très partagés concernant leur efficacité à aider les patients dans leur démarche de sevrage tabagique.

En 2003, l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens montrait que la moitié des praticiens interrogés se sentait peu (46,3%) ou pas du tout efficace (3,3%). (51)

L'étude de pratique réalisée auprès de 317 MG de la Marne, par Depinnoy et Vannobel, en 2004, a mis en évidence les difficultés pour appliquer au mieux les recommandations professionnelles en matière de sevrage tabagique.

A 65%, les médecins s'intéressent au tabagisme de leurs patients, mais ils leur donnent le plus souvent une information sur les risques sans proposition réelle d'aide au sevrage (55%).

39% des médecins interrogés se sentent peu efficaces, isolés et démunis face à leurs patients qui échouent. Ils sont globalement sceptiques quant à l'efficacité de leur action.

Le taux de rechutes important (2/3) complique la tâche des praticiens, car il faut savoir convaincre un patient de se préparer à une nouvelle tentative. La conduite thérapeutique de la rechute n'étant pas bien définie, les généralistes agencent leur aide selon leur expérience. (52)

8.5.1. Le manque de temps, occupe la première place

La prise en charge en elle-même est perçue comme très chronophage.

L'étude d'Helgason et al., en 2002, portant en Finlande, Suède, Norvège et Islande, montrait que 60% des praticiens interrogés trouvaient que la pratique du sevrage tabagique était chronophage.

De plus, l'étude de Garrigues Nazerradesh, a mis en évidence que les médecins ex-fumeurs se plaignaient plus du manque de temps que leurs confrères fumeurs ou non fumeurs. (53)

8.5.2. Le manque de motivation du patient

Dans 4 études (54, 55, 56, 57), au maximum 77% des médecins d'accord sur ce point, considéraient que le manque de motivation du patient nuisait à l'efficacité des consultations de tabacologie.

Le patient était perçu comme manquant de motivation, sans désir d'arrêter ou non observant.

8.5.3. Le manque d'efficacité

Dans l'étude de Garrigues Nazerradesh, 28% des médecins interrogés pensent que les échecs répétitifs des patients sont la principale barrière rencontrée. (53)

Chez Helgason et al., 60% des médecins sollicités trouvaient qu'aucune action anti-tabac ne valait la peine car toutes étaient vouées à l'échec. (62)

8.5.4. Le manque de formation

D'après l'étude d' Helgason et all., 40 à 72 % des médecins ressentaient un manque de formation.

(62)

Garrigues et Nazerradesh ont trouvé, quant à eux, 19% des médecins manquant de connaissances.

(53)

Par ailleurs, une étude réalisée par le CRAES en 2003, dans la région Rhône-Alpes, auprès de 283 médecins généralistes, montrait que 55% d'entre eux estimaient n'avoir aucune formation quant au sevrage tabagique. (58)

8.5.5. La crainte de dégrader la relation médecin-malade

Coleman et all. se sont interrogés sur le fait que certains médecins parlaient du tabac avec certains de leurs patients et non avec d'autres.

Ils en ont conclu, après avoir filmé des entretiens avec des patients, que cela valait la peine d'en parler quand le patient avait des problèmes déclarés en lien avec le tabac mais que sinon cela risquait de dégrader la relation médecin-malade. (59)

9. LE CONSEIL MINIMAL

Le conseil minimal d'arrêt du tabagisme est une intervention brève (moins d'une minute) permettant de sensibiliser les patients aux bénéfices de l'arrêt du tabac.

Il consiste à demander systématiquement à chaque patient, s'il fume et si c'est le cas s'il envisage l'arrêt.

Le conseil minimal s'adresse à tous les patients : fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela, fumeurs heureux de l'être, fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt et fumeurs qui ne demandent pas d'aide.

En cas de réponse négative à la première question « Fumez-vous ? », il convient de féliciter le patient et de lui confirmer que son choix lui assure un meilleur état de santé.

Par contre si la réponse est positive, il faut alors poser la seconde question : « Envisagez-vous l'arrêt ? ».

Le patient répond par la négative : le médecin donne alors un conseil d'arrêt clair, ferme sans jugement de valeur mais avec empathie. Le médecin fait savoir qu'il est disponible pour l'aider quand il le souhaitera. En attendant, il invite le patient à la réflexion et lui propose une réduction accompagnée de la consommation dans un objectif d'arrêt.

Si la réponse est positive, il convient alors de proposer une brochure sur les risques du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.

Ensuite en fonction du temps et du patient, le conseil minimal peut être suivi d'un conseil bref (3 à 10 minutes) et éventuellement d'une discussion plus approfondie (plus de 10 minutes).

Le conseil minimal est efficace.

Les résultats des études randomisées et contrôlées en médecine générale montrent 2% à 5% d'arrêt soutenu.

Si un médecin voit en une semaine 150 patients dont le tiers est fumeur, 2% d'arrêts signifient que ce médecin n'aura en théorie qu'un seul succès par semaine. Il remarquera plus fréquemment tous ceux qui ne s'arrêtent pas de fumer ou qui rechutent, mais un gain de 2% d'arrêt dans la population des fumeurs français vus par un médecin se traduit par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient chaque année. (30)

Une autre étude réalisée en Provence-Alpes-Côte d'Azur par Slama et coll. (60) a montré que les patients des MG ont des taux d'abstinence à 12 mois quatre fois plus importants dès lors qu'ils ont bénéficié des conseils d'arrêt même brefs de la part de leur médecin

Impact du conseil minimal en Santé publique

Le conseil minimal a un impact individuel faible mais la généralisation de son application est reconnue pour augmenter significativement les sevrages tabagiques réussis. (61)

« Dans une perspective de santé publique le conseil minimal doit être systématique » selon les RBP de 2003. (37)

Recommandations françaises

- En général (ANAES) : « Le conseil minimal a un impact individuel faible mais la généralisation de son application laisse espérer une multiplication des sevrages réussis. Il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à sa mise en œuvre ».
- L’AFFSAPS dit en 2003 : « Environ 40% des fumeurs n’envisagent pas d’arrêter. Dans ce cas, le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal. Ce simple conseil minimal au cours d’une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s’arrêtent pour une durée d’au moins 6 mois ».

Limites à la réalisation du conseil minimal :

Malgré ces recommandations, la France se situe dans le bas du classement des pays participants à l’étude ITC avec seulement 27,5% des fumeurs qui ont reçu des conseils pour cesser de fumer par leur médecin au cours d’une visite de routine.

De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer n’ont pas reçu de soutien ni d’encouragement de leurs médecins et/ou d’un professionnel de santé, quand elles les ont consultés, dans les 6 mois qui ont suivi cet arrêt. (39)

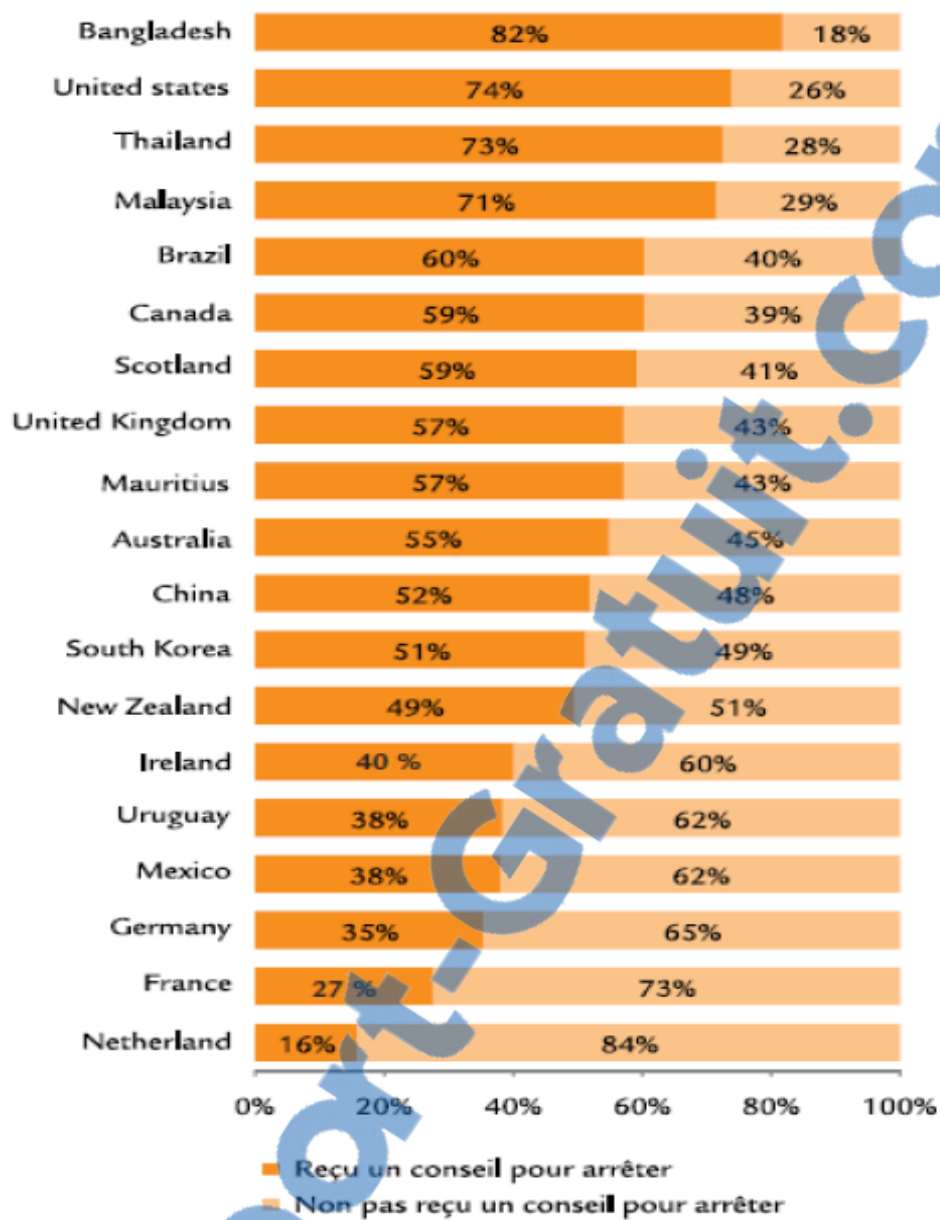


Figure 10 : pourcentage du nombre de fumeurs ayant reçu un conseil pour arrêter de fumer lors de leur dernière visite chez le médecin (18)

MÉTHODES

1. OBJECTIFS

1.1. Objectif principal

L'objectif est d'établir un état des lieux des connaissances, des attitudes et des pratiques de prévention du sevrage tabagique des médecins généralistes des Pays de la Loire.

1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- Evaluer l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes.
- Evaluer les difficultés rencontrées dans l'aide à l'arrêt du tabagisme.

2. SELECTION

2.1. Choix et taille de l'échantillon

Notre étude porte sur les médecins généralistes des Pays de la Loire, installés dans l'exercice libéral, qu'ils soient seuls ou en cabinet de groupe.

Au total, nous avons contacté 200 médecins généralistes soit 40 dans chaque département.

2.2. Critères d'inclusion et de non inclusion

Ont été inclus les médecins généralistes titulaires, c'est-à-dire installés en exercice libéral sans élimination par âge ni par mode d'exercice (partiel ou exclusif).

Ainsi ont été exclus les remplaçants, les médecins généralistes exerçant à l'hôpital exclusivement ou toute autre forme de médecine salariée, qu'elle quelle soit, avec des formations de médecine générale de base (ex : urgentistes, SOS médecins, médecins-conseils...). En revanche, les médecins ayant une activité mixte, c'est-à-dire hôpital et ville, pouvaient être inclus dans l'étude.

3. INTERVENTION

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive qualitative.

3.1. Matériel

Nous avons utilisé un questionnaire anonyme, volontairement court pour favoriser le taux de réponse, comportant 3 parties. (annexe 7)

Les questions étaient composées uniquement de questions fermées avec une réponse proposée binaire par oui/non, et pour d'autres, type QCM afin de faciliter le choix des réponses et de favoriser le taux de réponse. Au total, le questionnaire fait 26 questions.

La première partie concernait le médecin généraliste lui-même : sexe, âge, lieu d'exercice, enseignement post universitaire en tabacologie, statut de maître de stage universitaire, statut tabagique.

La seconde partie concernait la pratique en tabacologie et du sevrage tabagique en particulier.

Étaient demandés le nombre de patients vus par mois pour sevrage, la durée moyenne de ce type de consultation et le délai entre la première et la deuxième consultation. De plus, il leur a été demandé s'ils abordaient systématiquement la question du tabagisme avec tous leurs patients. Était ensuite demandé les pratiques lors du sevrage tabagique (connaissances du conseil minimal, test de Fagerström, la participation éventuelle à un réseau de lutte contre le tabagisme, distribution de brochures).

La troisième partie consistait à identifier les croyances des MG sur la pratique du sevrage tabagique en ville : efficace, inefficace, utile, indispensable, manque de temps pour le prendre en charge. Comment ils évaluaient leur niveau de formation/connaissances. Et enfin le caractère privatif du statut tabagique de leurs patients.

3.2. Méthode

D'après l'Atlas de démographie médicale du 1^{er} janvier 2015 (48), on dénombre 4574 MG dans les Pays de la Loire : 1856 en Loire Atlantique, 1057 en Maine et Loire, 315 en Mayenne, 586 dans la Sarthe et 760 en Vendée.

A partir de cette population, 200 médecins généralistes libéraux ont été tirés au sort (40 dans chaque département) par le logiciel Excel selon la méthode du sondage élémentaire.

Nous avons ainsi contacté les différents médecins généralistes et leur avons envoyé le questionnaire par courrier électronique ou postal selon leur préférence.

Nous avons reçu au total 93 réponses, soit un taux de participation de 47%.

Les résultats ne tiennent compte que des 93 réponses.

3.3. Analyse et Traitement des données

L'ensemble des données a été saisi sur le logiciel EXCEL, et l'analyse réalisée sur ce même logiciel.

RÉSULTATS

1. ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON

Les résultats du questionnaire seront présentés selon sa structure, c'est-à-dire les caractéristiques liées au médecin dans un premier temps (âge, sexe, mode d'exercice, formation) puis sa pratique avant d'analyser ses croyances quant à sa pratique du sevrage tabagique en ville.

1.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET MODE D'EXERCICE

1.1.1. En fonction du sexe

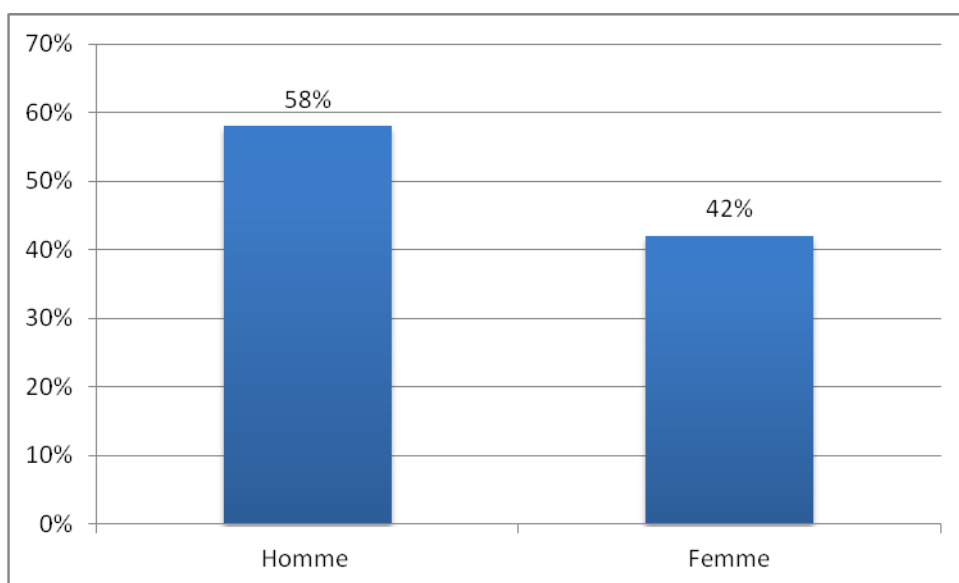


Figure 11 : répartition des résultats par sexe.

Sur ce schéma, est représenté la répartition par sexe de notre échantillon : le sexe masculin est majoritaire avec 58 % des sondés.

1.1.2. En fonction de l'âge

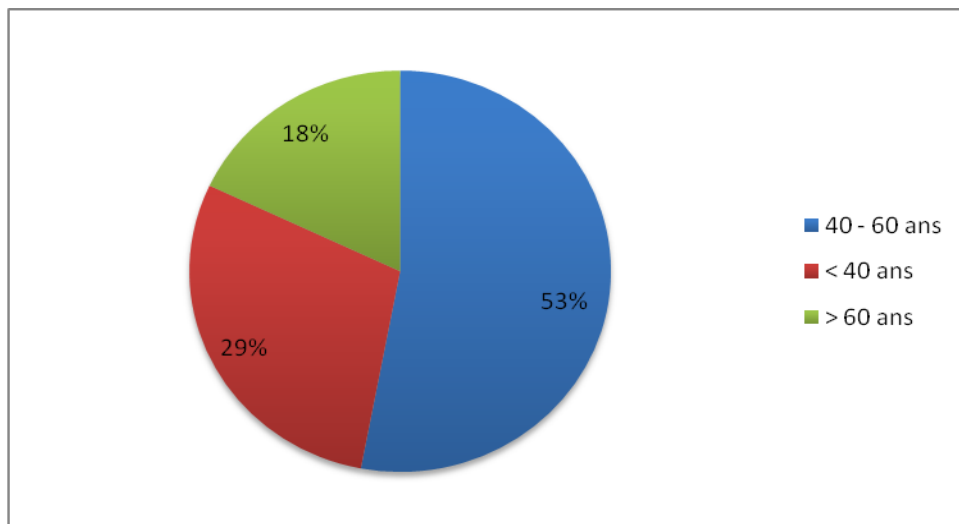


Figure 12 : répartition des résultats par âge.

On peut voir sur cette figure que les MG entre 40 et 60 ans sont majoritaires à 53% de l'effectif global.

1.1.3. En fonction du lieu d'exercice

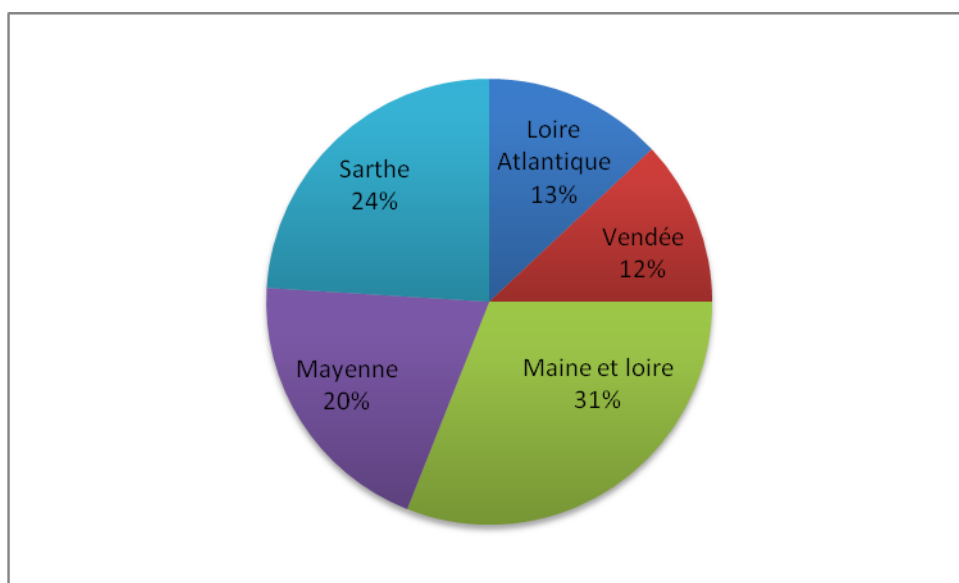


Figure 13 : répartition des résultats par département d'exercice.

Respectivement 31%, 24% et 20% des MG interrogés exerce leur activité libérale en Maine et Loire, Sarthe et Mayenne ; départements rattachés à la faculté de médecine d'Angers.

13% et 12% sont respectivement de Loire Atlantique et de Vendée, liés à la faculté de médecine de Nantes.

1.1.4. Statut tabagique des MG

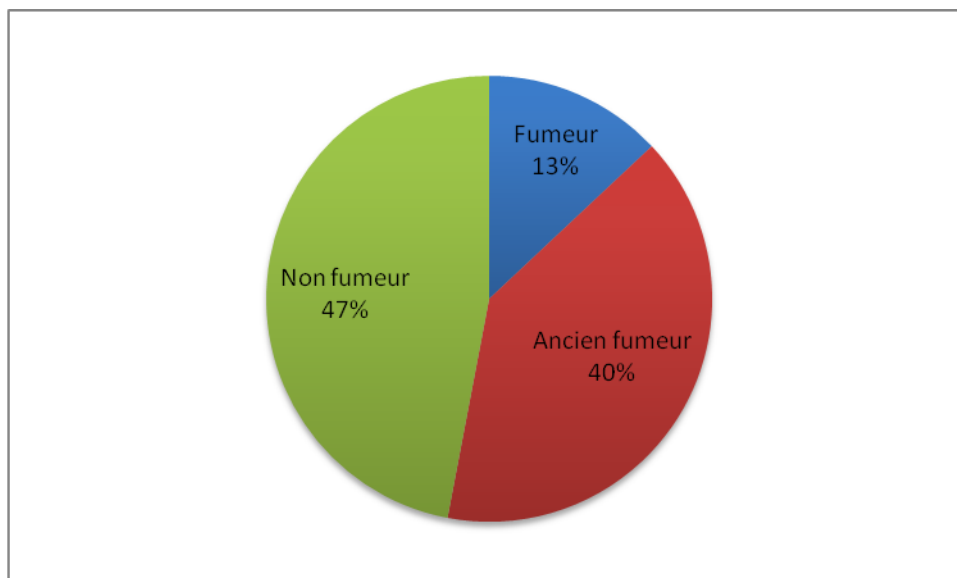


Figure 14 : statut tabagique des MG.

Parmi les MG enquêtés, on retrouve 47% de non fumeurs, 40% d'ex fumeurs et 13 % de fumeurs au moment de l'étude.

1.1.5. Exercez-vous dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

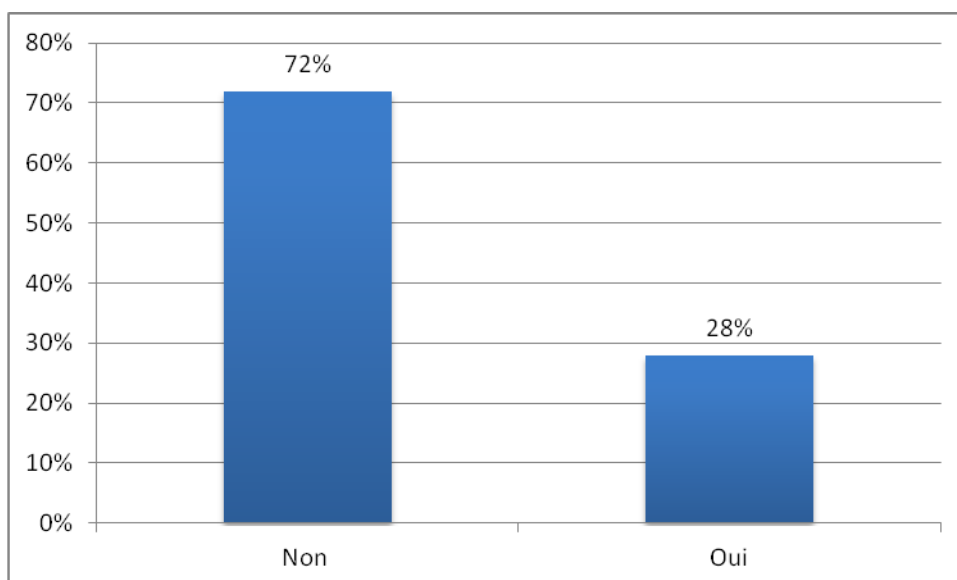


Figure 15 : répartition des résultats selon le mode d'exercice.

Les MG se différencient par leur mode d'exercice. Plus de 2/3 soit 72 % n'exercent pas dans une maison de santé pluridisciplinaire.

1.1.6. Êtes-vous maître de stage universitaire ?

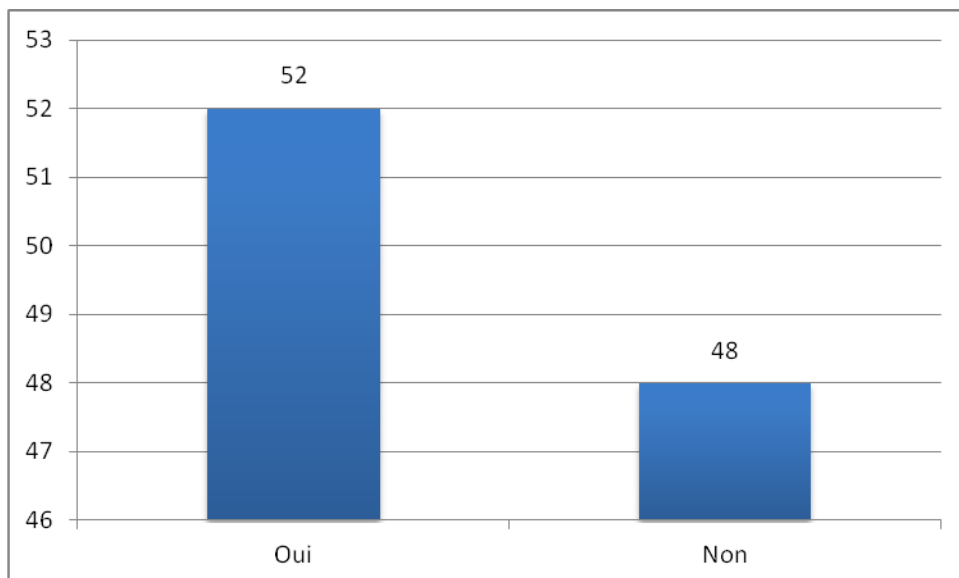


Figure 16 : êtes-vous maître de stage universitaire ?

A part quasi égale, les MG qui ont répondu sont ou ne sont pas maître de stage universitaire.

1.1.7. Enseignement post-universitaire

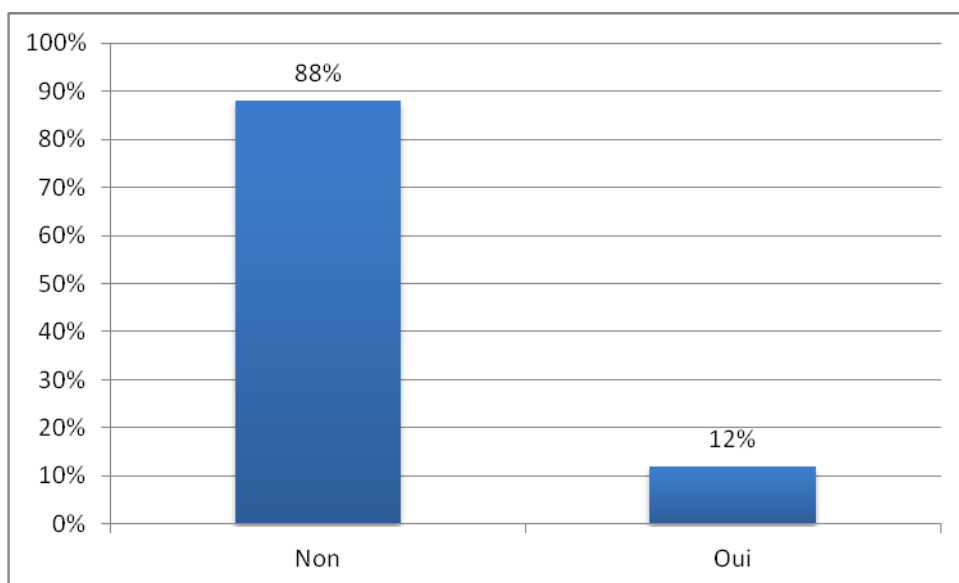


Figure 17 : enseignement post-universitaire suivi en tabacologie.

Sur cette figure, on constate que l'immense majorité des MG installés en libéral n'a pas bénéficié d'enseignement post universitaire en tabacologie : ils sont 88 % dans ce cas.

1.2. PRATIQUES EN TABACOLOGIE ET DU SEVRAGE TABAGIQUE

1.2.1. Nombre de patients vus par mois pour sevrage tabagique

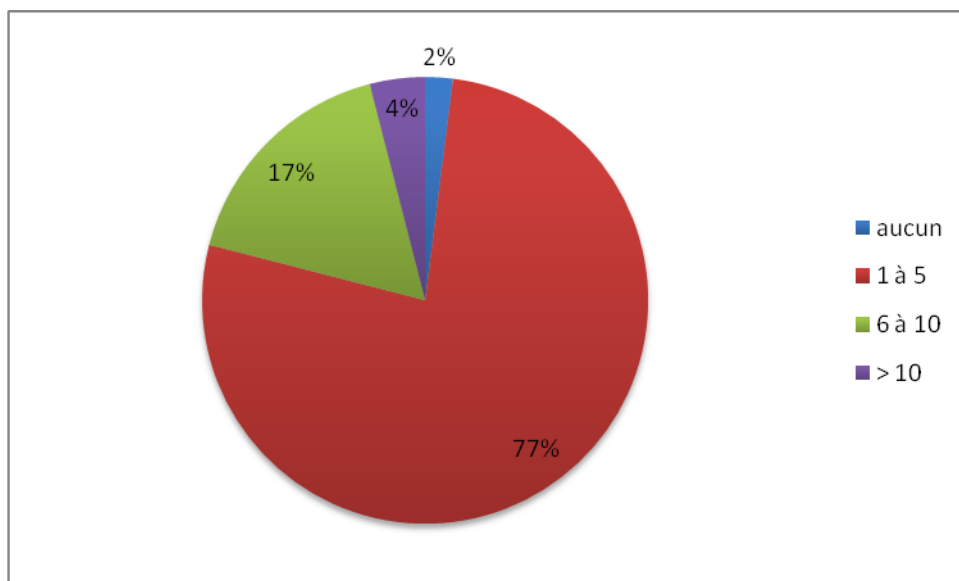


Figure 18 : nombre de patients vus par mois, en moyenne, pour sevrage tabagique.

La grande majorité des MG sondés voient entre 1 et 5 patients pour une aide au sevrage tabagique par mois.

Il ne s'agit là que d'une évaluation donnée par chaque médecin sur son activité, nous permettant ainsi une approche quantitative de leur activité en tabacologie.

1.2.2. Temps moyen passé pour ce type de consultation

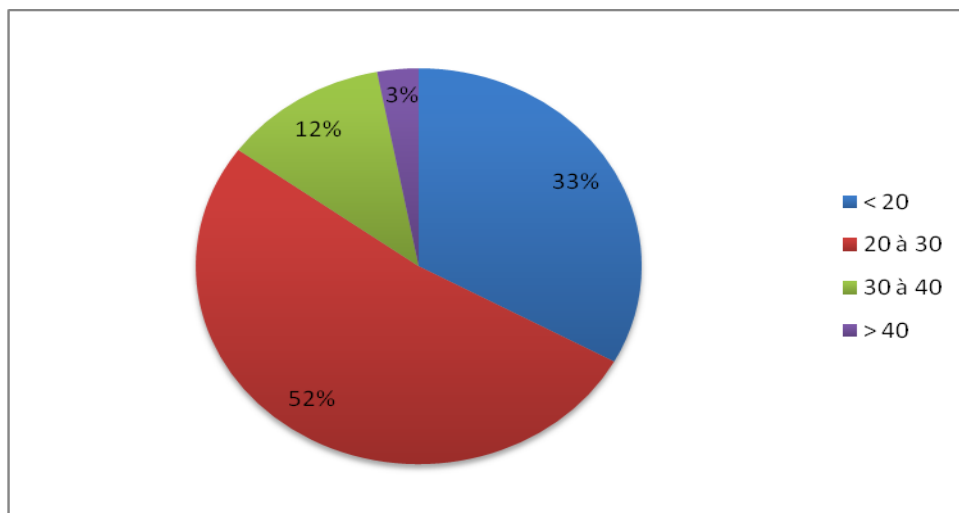


Figure 19 : temps passé en moyenne par consultation de tabacologie.

La majorité passe plus de 20 minutes pour une consultation d'aide au sevrage tabagique.

Plus de 30% y passe moins de 20 minutes et seulement 12% y passe entre 30 et 40 minutes en moyenne.

1.2.3. Délai entre la première et la seconde consultation de sevrage tabagique

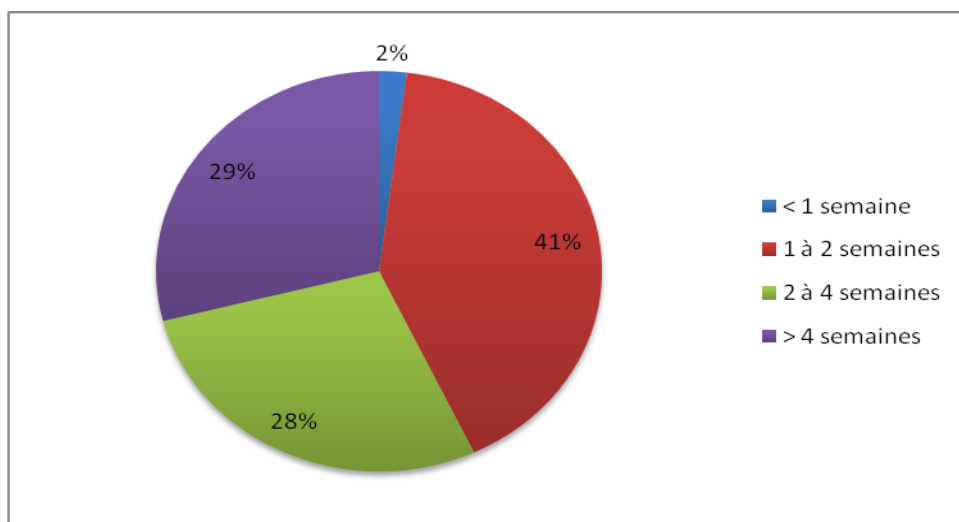


Figure 20 : délai entre 1^{ère} et 2^{nde} consultation.

La majorité (41%) des MG interrogés revoit leurs patients après une première consultation d'aide au sevrage tabagique, entre 1 à 2 semaines. Seulement 2% les revoient dans un délai inférieur à 1 semaine ; et 29% dans un délai supérieur à 1 mois.

1.2.4. Posez-vous la question « êtes-vous fumeur » systématiquement à tous vos patients ?

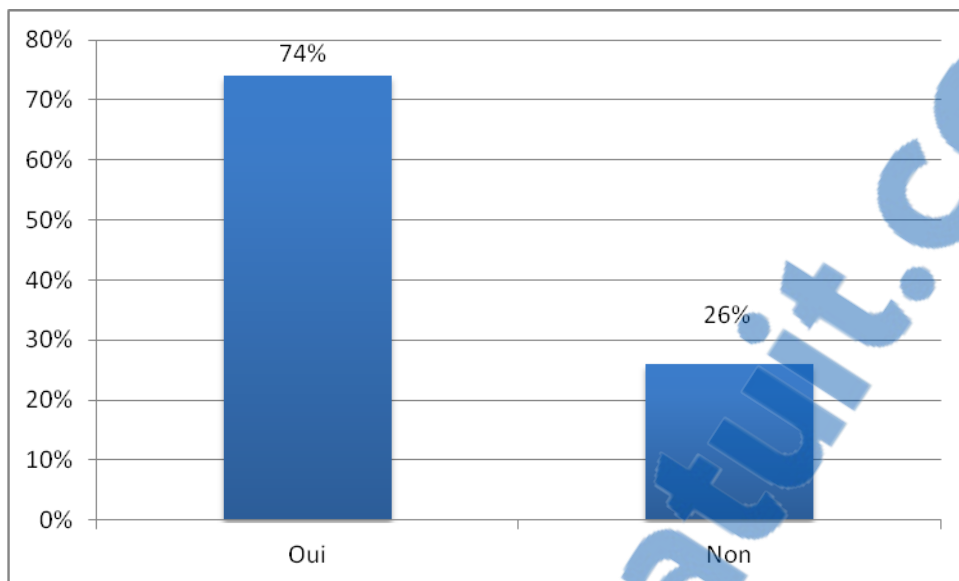


Figure 21 : posez-vous systématiquement à tous vos patients la question du tabac ?

La grande majorité (74%) des MG interrogés s'informe du statut tabagique de leurs patients de façon systématique.

1.2.5. Connaissez-vous le Conseil Minimal à l'arrêt du tabac ?

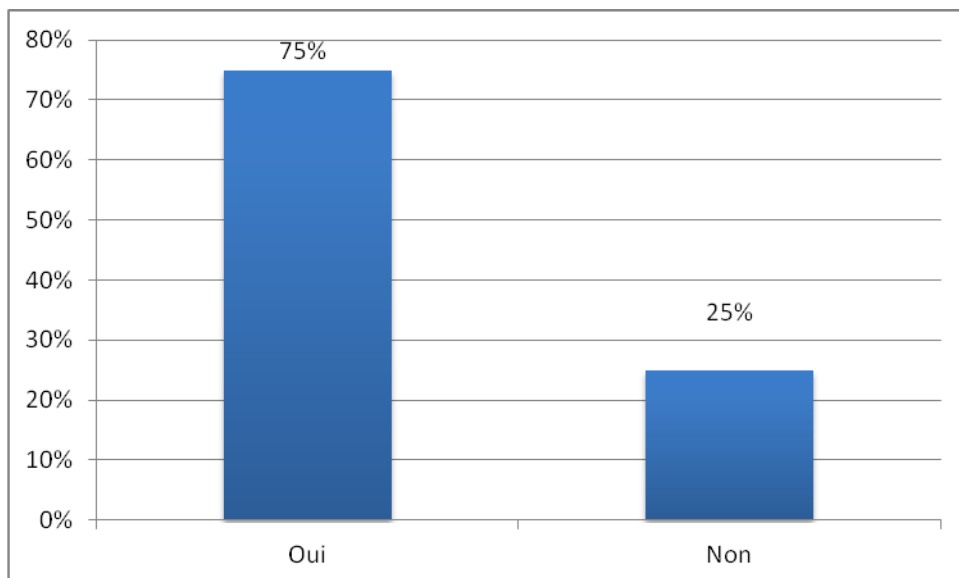


Figure 22 : connaissez-vous le conseil minimal ?

La majorité des MG sondés (75%) connaissent le conseil minimal à l'arrêt du tabac qui consiste à poser simplement 2 questions et à remettre une brochure d'aide à l'arrêt au cas où le patient n'est pas encore prêt à s'arrêter.

1.2.6. Et l'utilisez-vous ?

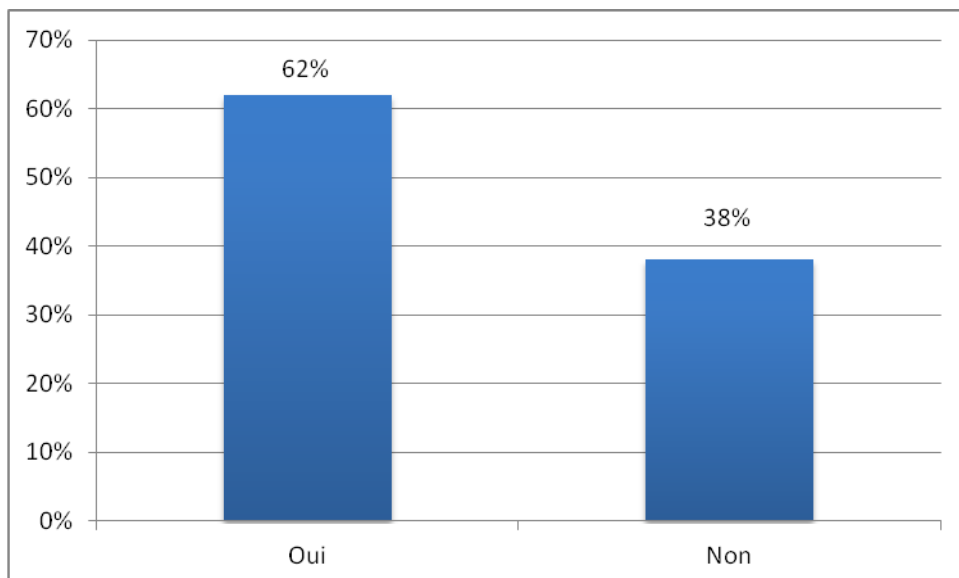


Figure 23 : si oui, le pratiquez-vous systématiquement ?

Parmi les 74% des MG qui connaissent le conseil minimal, seulement 62% l'utilisent de façon systématique.

1.2.7. Avec vos patients fumeurs, évoquez-vous l'arrêt du tabac à chaque consultation ?

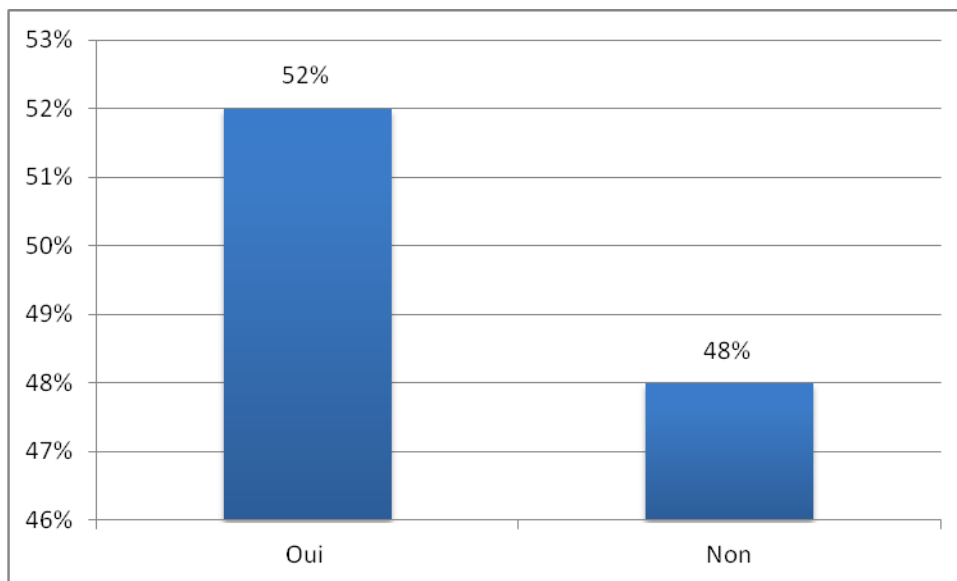


Figure 24 : évocation systématique de l'arrêt du tabac avec les patients fumeurs.

Ils sont à peine plus de la moitié (52%) à évoquer un possible sevrage tabagique à chaque consultation d'un patient fumeur.

1.2.8. Connaissez-vous le test de Fagerström ?

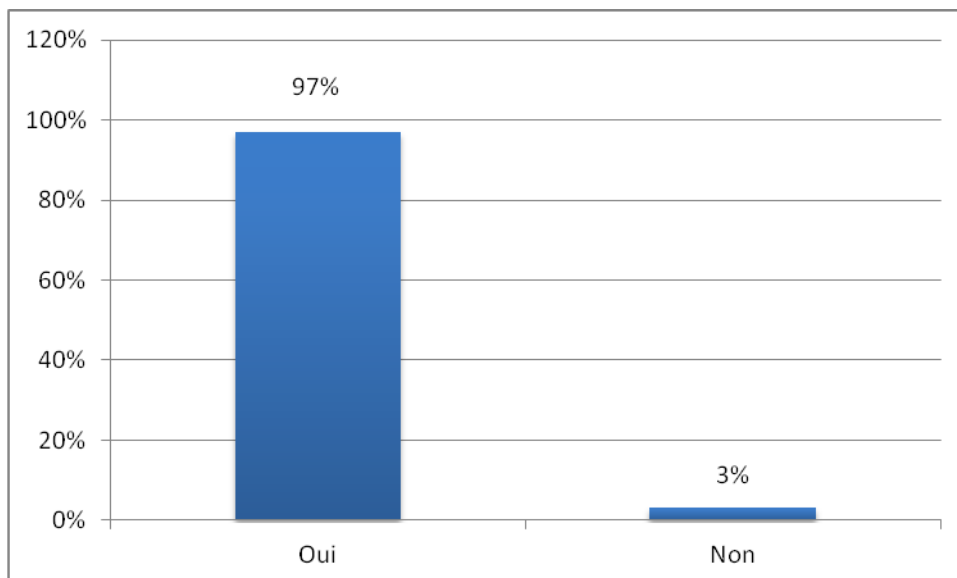


Figure 25 : connaissez-vous le test de Fagerström ?

Le test de Fagerström constitue le principal outil d'évaluation de la dépendance tabagique ; il est connu par la quasi totalité des MG de notre étude.

1.2.9. Et l'utilisez-vous ?

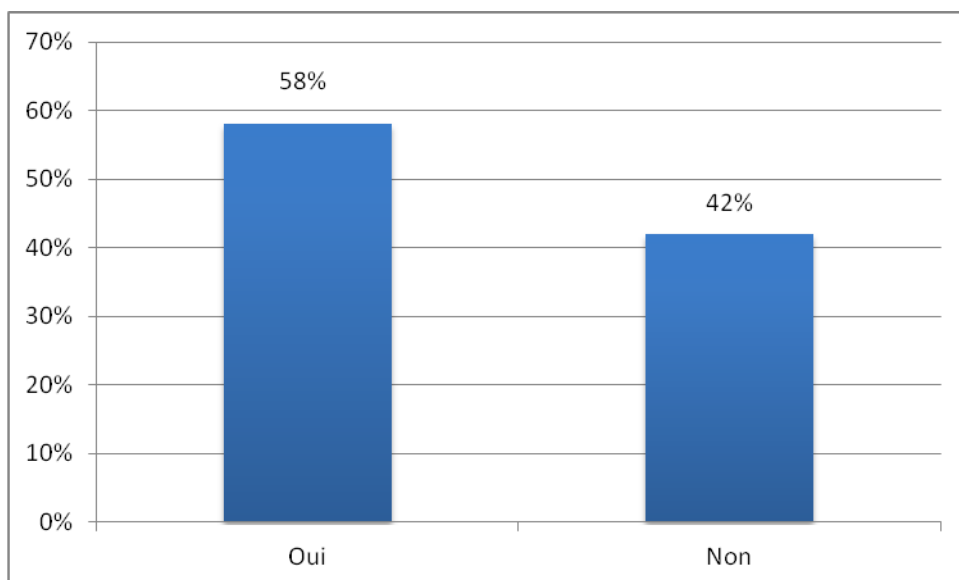


Figure 26 : si oui, l'utilisez-vous ?

Bien qu'en ayant connaissance de ce test, ils ne sont que 58% à l'utiliser. 42 % ne s'en servent pas.

1.2.10. Pourquoi ne pas l'utiliser ?

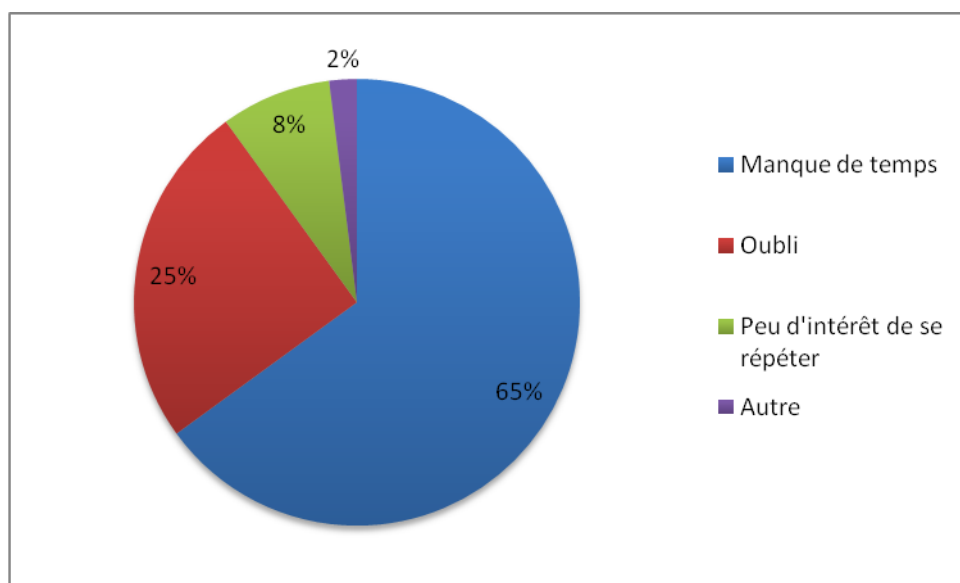


Figure 27 : pourquoi ne pas utiliser le test de Fagerström ?

Parmi les MG n'utilisant pas le test de Fagerström, 65% évoquent un manque certain de temps. 25% avouent l'oublier. 8% considèrent qu'il y a peu d'intérêt à son utilisation car cela ne fait que répéter leur discours lors de la consultation.

1.2.11. Vous arrive-t-il d'orienter un patient désireux d'arrêter de fumer vers... ?

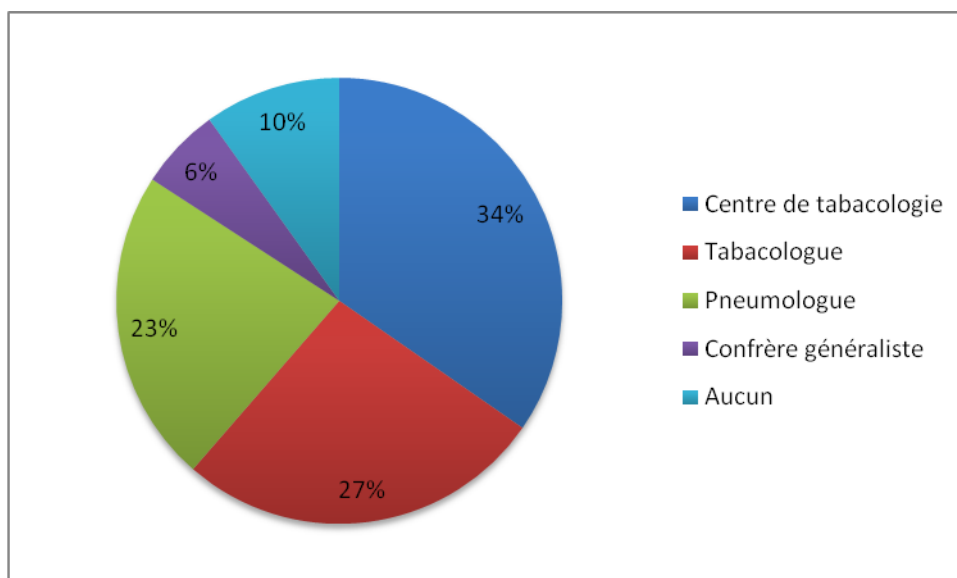


Figure 28 : orientation possible vers un confrère ou une structure adaptée.

90% des MG interrogés orientent un patient fumeur vers une structure ou un confrère, en vue d'un sevrage tabagique, si nécessaire. La majorité les oriente vers un centre de tabacologie spécialisé.

1.2.12. Disposez-vous, dans votre cabinet médical, de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs ?

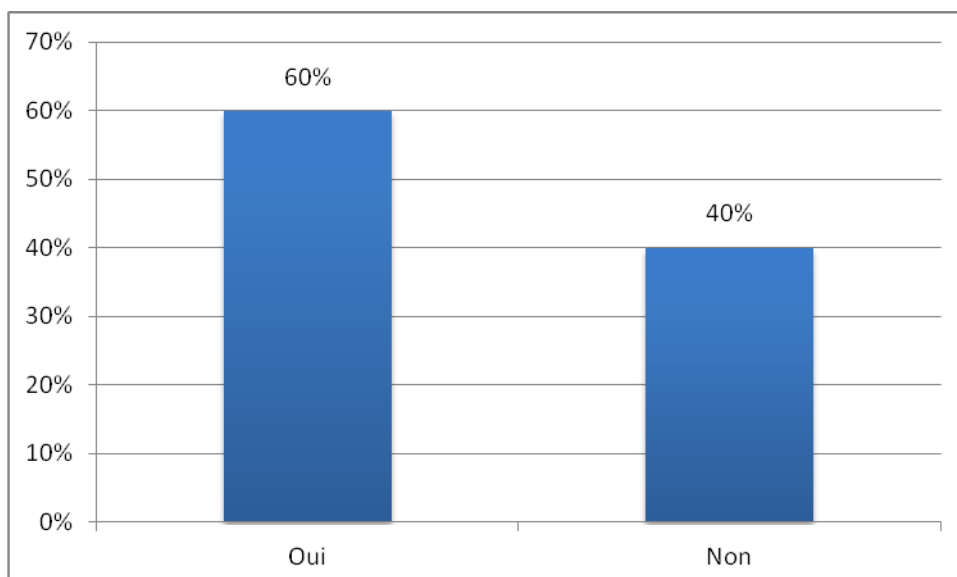


Figure 29 : présence de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs au cabinet médical.

Presque 2/3 des MG sondés possèdent des brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs.

1.2.13. Si oui, en distribuez-vous à chaque consultation du patient tabagique ?

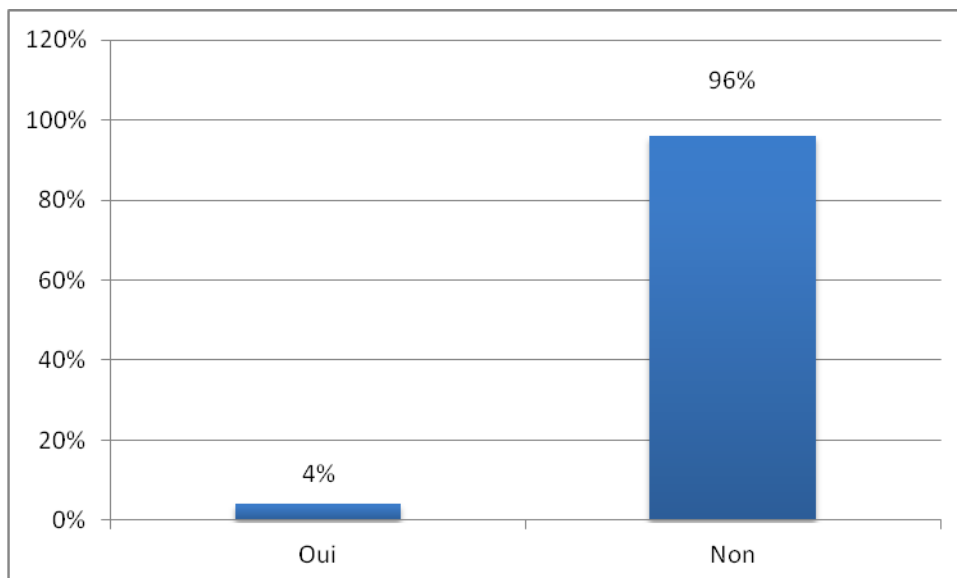


Figure 30 : distribution de brochures INPES au patient tabagique.

Ils ne sont que 4%, parmi les 60% à posséder des brochures de l'INPES sur l'aide au sevrage tabagique, à en distribuer aux patients fumeurs, de façon systématique.

1.2.14. Possédez-vous, dans votre salle d'attente, des affiches anti-tabac ?

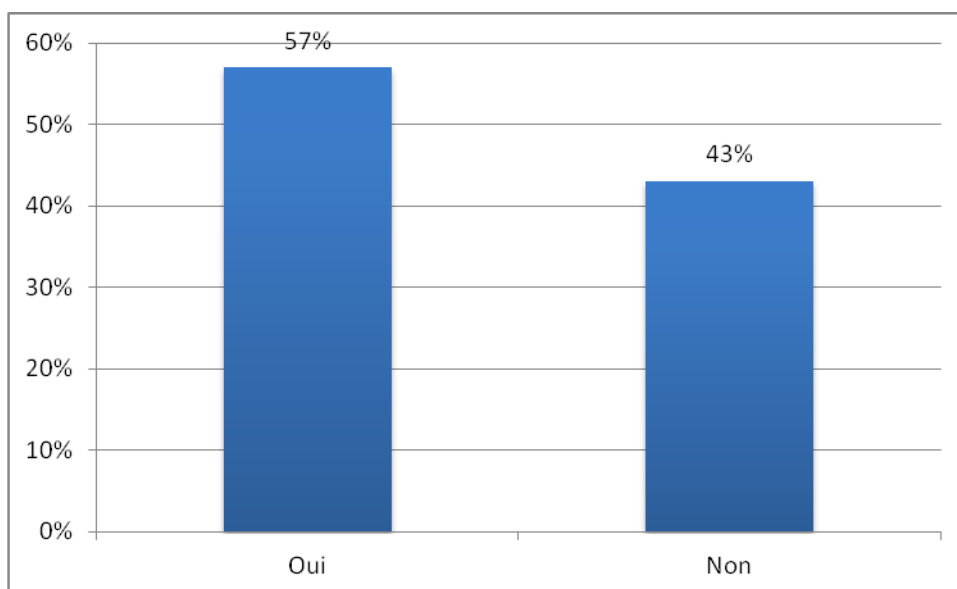


Figure 31 : présence d'affiches anti-tabac dans la salle d'attente du cabinet médical.

Comme pour les brochures de l'INPES sur l'aide au sevrage tabagique, près de 60% des MG sondés, exposent des affiches anti-tabac dans leur salle d'attente.

1.2.15. Participez-vous à un réseau de lutte anti-tabac ?

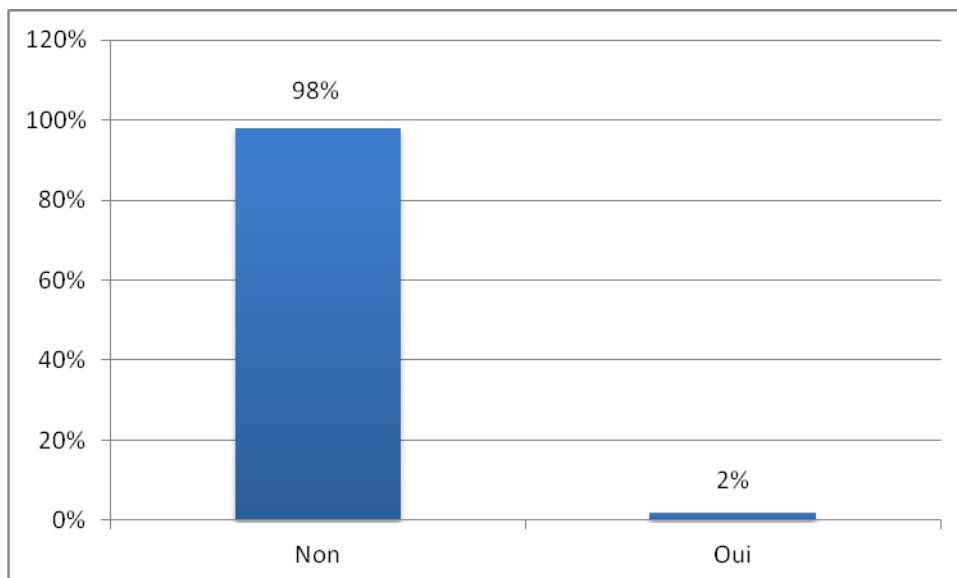


Figure 32 : participation à un réseau de lutte anti-tabac.

Ce chiffre, ici sur la participation à un réseau de lutte est extrêmement faible : 2%.

1.3. CROYANCES SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE EN VILLE

1.3.1. Que pensez-vous du sevrage tabagique en ville ?

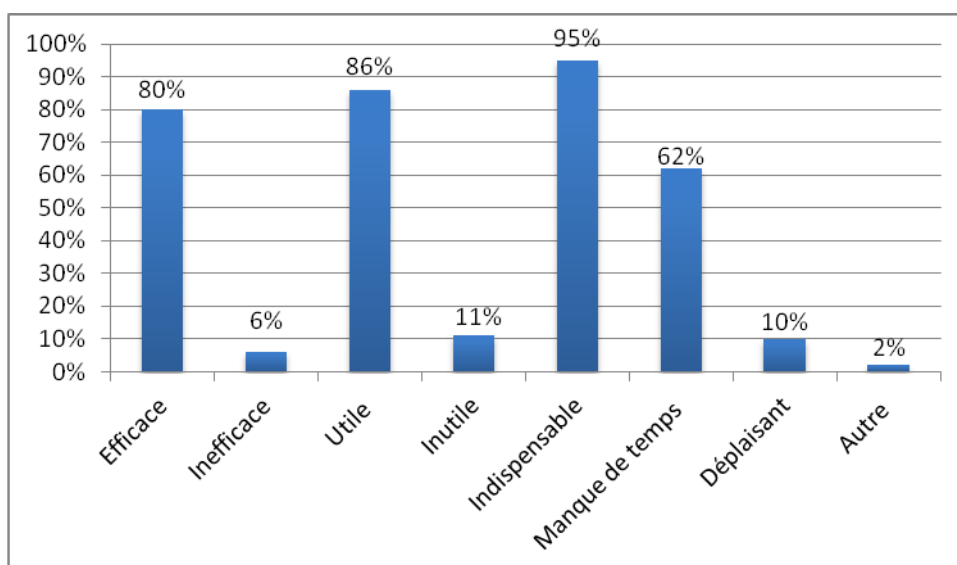


Figure 33 : croyances et opinions des MG vis-à-vis du sevrage tabagique en ville.

Plusieurs réponses possibles. L'immense majorité des MG considèrent que la lutte anti-tabac est efficace, utile et indispensable (respectivement 80%, 86% et 95%).

A noter, que 62% des MG sondés évoquent un manque de temps suffisant pour une prise en charge satisfaisante.

Dans les 2% d'autres réponses, le manque de connaissances est principalement évoqué.

1.3.2. Dans votre pratique courante, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'aide à l'arrêt du tabagisme ?

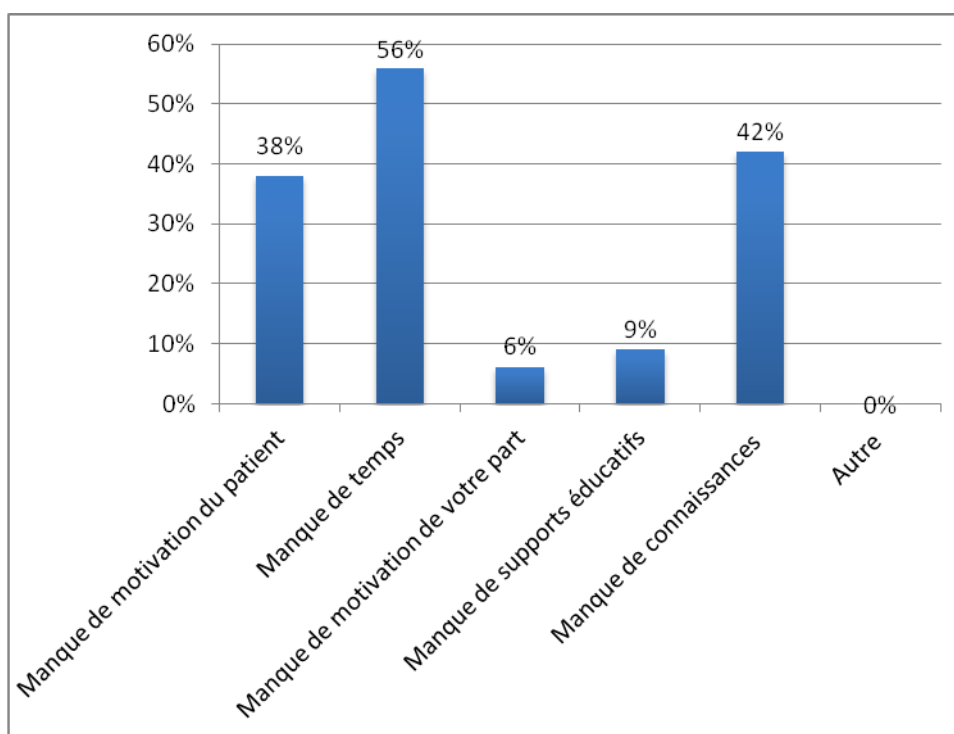


Figure 34 : Obstacles rencontrés par les MG dans l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Plusieurs réponses possibles. Les deux principaux obstacles évoqués sont le manque de temps à 56% et le manque de connaissances à 42% suivi de près par le manque de motivation du patient : 38%.

1.3.3. Estimez-vous être suffisamment formé pour aider vos patients fumeurs à arrêter de fumer ?

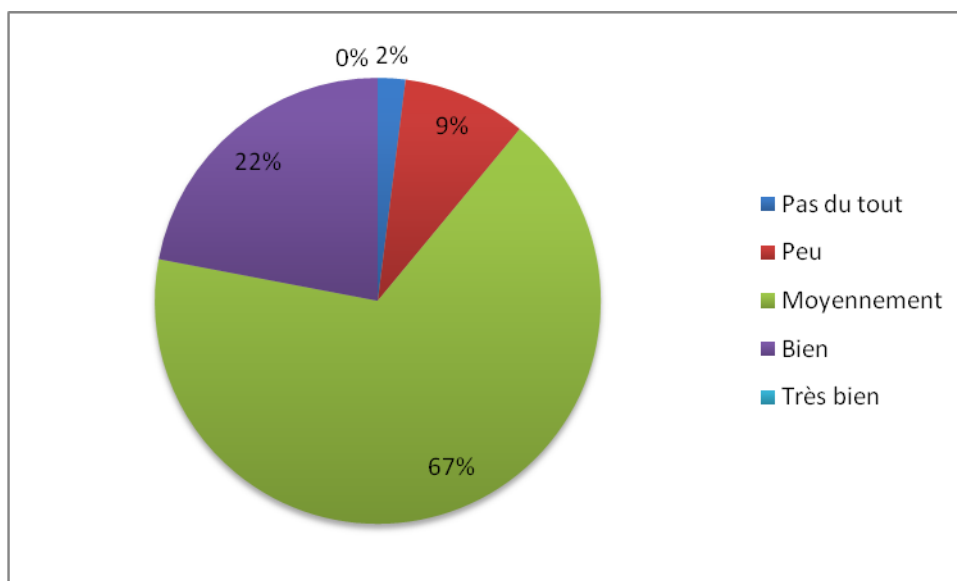


Figure 35 : niveau de formation au sevrage tabagique.

La majorité des MG interrogés (67%) pensent être moyennement bien formés au sevrage tabagique.

11% se disent peu voire pas du tout formés pour aider leurs patient à arrêter de fumer.

1.3.4. Le tabac fait-il partie de la vie privée ?

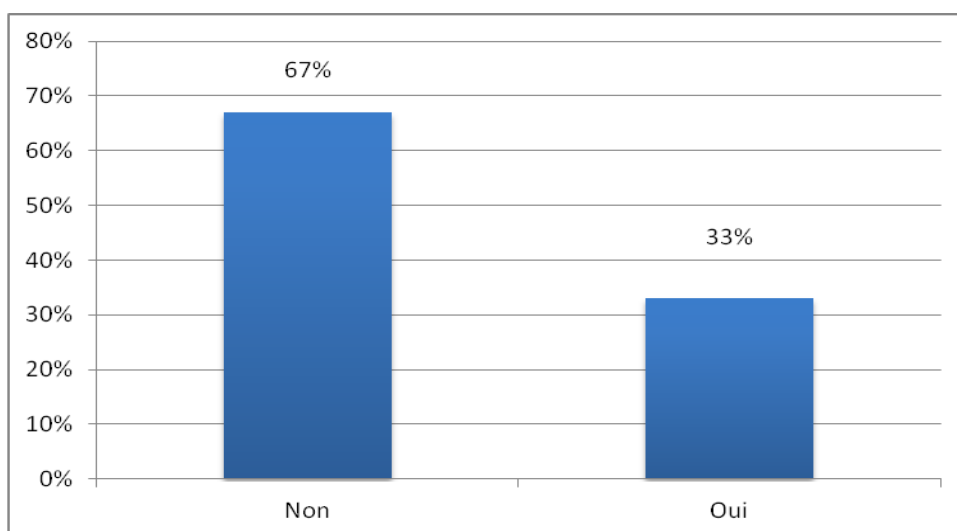


Figure 36 : tabac et vie privée.

33% des MG sondés pensent que le tabac fait partie de la vie privée dans laquelle ils n'ont pas à s'immiscer.

2. ETUDE LIMITEE AUX MEDECINS GENERALISTES FUMEURS

(n=12, soit 13% de l'échantillon)

	Conseil minimal	Fagerström	Question du tabac
Connaissance	12	11	-
Utilisation	7	8	8

100% des MG fumeurs connaissent le conseil minimal. Parmi eux, 58% seulement l'utilisent de façon systématique (62% pour l'ensemble de l'échantillon).

La quasi-totalité des MG fumeurs connaissent le test de Fagerström et 67% s'en servent contre 58% pour l'ensemble des médecins sondés.

Les 2/3 des MG fumeurs posaient la question du tabac de façon méthodique à tous leurs patients (74% pour l'ensemble des MG interrogés).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. DISCUSSION

Nous discuterons des résultats trouvés dans notre étude en comparaison avec deux autres études : l'étude nationale Baromètre santé médecins généralistes de l'INPES 2009 et l'enquête CRAES-CRIPS d'octobre 2003 portant sur les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.

Ainsi, nous nous servons comme point de comparaison d'une étude d'échelle nationale et d'une autre d'échelle régionale, bien que notre échantillon soit de faible effectif (n=93) donc moins représentatif.

Tableau comparatif des différentes études annoncées :

	Notre étude	Baromètre santé MG 2009	CRAES-CRIPS
Lieu d'étude	Pays de la Loire	France	Rhône-Alpes
Période d'étude	Avril 2015 - Février 2016	Novembre 2008 - Janvier 2009	Mai - Juillet 2003
Population: effectif	93	2083	1460
Participation	47%	57%	17%

1.1. Description de la population cible

Il s'agit d'un homme dans 58% des cas ; ayant entre 40 et 60 ans pour 53% des sondés ; non fumeur (47%) ; n'exerçant pas, dans la majorité (62%), dans une maison de santé pluridisciplinaire ; avec une formation post universitaire en tabacologie quasi nulle : ils sont 88% à déclarer ne pas avoir eu de formation post-universitaire.

La répartition est à peu près comparable dans l'étude INPES 2009 en Ile de France où les hommes sont majoritaires (69,8%) avec une moyenne d'âge de plus de 50 ans (53,9%).

1.2. Le suivi d'un enseignement post universitaire

Dans notre étude, ils étaient 88% à n'avoir eu aucune formation post universitaire en tabacologie et sevrage tabagique.

Dans l'étude CRAES-CRIPS, 55% n'ont reçu aucune formation en tabacologie et aide au sevrage tabagique. 34% ont reçu un enseignement post universitaire pour seulement 7% à la faculté.

Selon l'enquête de l'INPES (63), au cours des douze mois ayant précédé celle-ci, un médecin sur deux déclare avoir bénéficié d'une formation spécifique en Education Pour la Santé ou en Education Thérapeutique du Patient.

Les bénéficiaires de formations attestent de réelles répercussions sur leurs pratiques professionnelles : ils déclarent informer et conseiller plus systématiquement que les « non formés » (60,6 vs 54,5%).

Parmi les raisons invoquées par les médecins qui ne souhaitent pas participer à une formation, le manque de temps constitue l'argument majeur (57,8%), suivi de près par le fait que des compétences auraient déjà été acquises par la pratique clinique (45,6%).

Nous sommes loin de ces résultats, ceci souligne qu'un travail important reste encore à faire. En concentrant, d'une part, de nouveaux efforts sur la formation initiale, qui construit pour beaucoup les façons de faire et de penser des MG ; et d'autre part, en revoyant les entrées et les contenus des formations continues en réfléchissant à leur adéquation avec les souhaits des médecins.

1.3. Participation à un réseau de lutte

Seulement 2% participent à un réseau de lutte anti-tabac dans notre étude contre 5% dans l'enquête INPES.

Au niveau national, dans l'enquête INPES, ils sont 78% à prendre en charge eux-mêmes leurs patients et donc à travailler sans l'aide de centres de tabacologie et seuls 5,5% y envoient directement leurs patients.

Dans l'enquête CRAES, 66% prennent en charge leurs patients sans aide alors même que 62% ont connaissance de centre d'aides d'aide au sevrage.

Dans notre étude, seulement 10 % des MG interrogés prennent en charge seuls leurs patients.

1.4. Statut tabagique des médecins sondés

Le taux de fumeurs dans notre étude (13%) est similaire à celui de l'enquête CRIPS.

Le dernier taux retrouvé de MG fumeurs à l'échelle nationale est celui du Baromètre santé MG 2002/2003 qui était de 32%.

Notre taux est donc faible par rapport à cette moyenne nationale. Ce phénomène semble pouvoir trouver une explication, tout comme pour l'enquête CRIPS, dans l'objet de l'enquête qui porte sur les pratiques de l'aide à l'arrêt du tabac. Nous pouvons supposer que les MG non fumeurs ont plus de facilité à s'investir sur cette dépendance et donc à répondre à une enquête sur le sujet.

De plus, notre étude ne met pas en évidence une influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge du fumeur en médecine générale.

1.5. Nombre de patients vus pour sevrage tabagique

Dans notre étude, 77% des MG ont vu entre 1 et 5 patients pour tentative d'arrêt au cours du mois précédent le sondage, seulement 2% n'en n'ont vu aucun, 17% entre 6 et 10 et 4% plus de 10.

Dans l'étude de l'INPES, 28,8% des MG ont vu un patient dans le cadre de leur sevrage tabagique au cours des sept derniers jours lors de l'enquête, 22,4% en ont vu 2, 17,4% en ont vu 3 ou plus et 31,4% aucun.

Au total, 68,6% des MG ont vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours.

Ces chiffres apparaissent stables depuis 2003 après une hausse très significative entre 1998 et 2003.

En revanche, selon la conférence de consensus d'aide au sevrage tabagique (30), si la plupart des MG se sentent concernés par la problématique du tabac, moins d'un sur deux a vu un patient dans ce cadre la semaine précédente. Ce qui peut paraître dommageable, quand on sait, toujours selon cette même source, qu'au moins un patient sur trois a essayé d'arrêter seul au cours de l'année précédente, et que 50% de la population générale des fumeurs a une dépendance moyenne ou forte et bénéficierait d'une aide.

Les résultats de l'enquête de l'INPES nous montre une augmentation significative ($p < 0,001$) du nombre de patients vus pour sevrage tabagique : la part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours a presque doublé en 10 ans (17,4% vs 9,7% en 1998).

Cette augmentation est à mettre en parallèle avec l'élargissement de l'offre de substituts nicotiniques et plus largement avec la volonté des pouvoirs publics de dénormaliser le tabac.

Les MG vont donc être de plus en plus en première ligne pour guider et aider ces patients qui devraient être de plus en plus nombreux à souhaiter arrêter de fumer dans les prochaines années.

1.6. Temps passé entre deux premières consultations

La majorité des MG (52%) passeraient entre 20 et 30 minutes lors d'une consultation d'aide au sevrage tabagique, 33% moins de 20 minutes et seulement 15% plus de 30 minutes.

S'ils sont plus de la moitié à dépasser les 20 minutes pour une consultation de ce type, ceci peut s'expliquer par le fait que la grande majorité s'investie dans l'aide au sevrage comme le montre leur connaissance en tabacologie (ex. : connaissance du test de Fagerström).

Ils sont, dans notre étude, 97% à connaître le test de Fagerström mais seulement 58% à l'utiliser.

A noter que dans l'enquête CRAES, ils étaient 55% à l'utiliser.

Selon l'enquête de l'INPES, le recours à des outils d'aide au repérage de la dépendance semble avoir fortement progressé. Plus d'un tiers des médecins (34%) déclarent utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation du tabac, alors qu'ils n'étaient que 6% en 2003.

Nos résultats semblent donc finalement s'inclure dans cette dynamique. Cette évolution est à mettre en rapport avec les efforts consentis dans la lutte contre le tabagisme ces dernières années (législation, campagnes d'aide à l'arrêt, ...).

Si le temps passé en consultation d'aide au sevrage tabagique dépasse majoritairement les 20 minutes, signe encourageant, ils sont 41% à revoir leurs patients entre 1 à 2 semaines. Seulement 2% les revoient à moins d'une semaine, qui est pourtant la recommandation de bonne pratique : en cas de prescription de substitut nicotinique ou de Bupropion, il est conseillé de revoir le patient à 48 heures pour une éventuelle adaptation de doses (sur ou sous dosage, effets secondaires, intolérance...) (30)

1.7. Abord systématique du tabagisme

Dans notre étude, la grande majorité (74%) des MG sondés s'informe systématiquement du statut tabagique de leurs patients, quelque soit le motif de consultation.

Ce taux est légèrement supérieur à celui de l'étude INPES : près de 2/3 des MG déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation du tabac, illustrant ainsi la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville.

A noter que dans notre étude, un tiers des MG sondés considère que le tabac est du domaine de la vie privée et peut donc être un thème difficile à aborder.

Or le médecin doit pouvoir parler de ce sujet sans juger son patient, sans le culpabiliser, mais doit réussir à lui donner envie de changer de comportement.

1.8. Utilisation du conseil minimal

Plusieurs études ont montré que l'utilisation systématique du conseil minimal permettait de doubler le taux de réussite de sevrage tabagique.

Dans notre enquête celui-ci est utilisé méthodiquement par 62% des MG sondés quand 75% le connaissent.

Bien que ces résultats soient en très forte hausse comparé à l'étude CRAES où 23% utilisent le conseil minimal, on peut s'étonner que ceux-ci ne soient pas plus importants aux vues de toutes les recommandations qui existent à ce sujet.

Selon ces recommandations officielles, « l'action du médecin consistera toujours à se renseigner systématiquement sur le statut tabagique du patient, son désir d'arrêter, et à lui exprimer de façon claire et sans équivoque son opinion ». (30)

Si les questions constituant le conseil minimal étaient posées de façon systématique par les médecins, un gain de 2% d'arrêt dans la population des fumeurs vus par un médecin se traduirait par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient de fumer chaque année dans l'ensemble de la France. (30)

Le conseil minimal a un impact individuel faible mais la généralisation de son application peut laisser espérer une multiplication des sevrages réussis. Il semble donc nécessaire de sensibiliser le plus possible les professionnels de santé à l'intérêt de sa mise en œuvre. (30)

En 1995, Slama and coll. définissaient le « Conseil minimal » comme étant deux questions à poser : « Fumez-vous ? » et « Souhaitez-vous arrêter ». Ils recommandaient la remise d'une brochure sur l'arrêt du tabac aux seuls fumeurs souhaitant arrêter de fumer. (60)

Dans cette étude, l'intervention ne prévoyait aucun conseil d'arrêt pour les fumeurs qui déclaraient ne pas souhaiter arrêter de fumer.

L'analyse ne montrait pas de différence sur l'abstinence à 12 mois dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (respectivement 9,8% vs 7,6%, $p = 0,054$).

Jusque là, cette notion de conseil minimal était recommandée à tous les professionnels de santé. Sur 50 personnes recevant des conseils minimums sur l'arrêt du tabac, une personne arrêta de fumer, soit 2% de sevrage.

Dans notre étude, le conseil minimal n'est pas donné de façon systématique par 38% des sondés. Deux hypothèses peuvent éclairer ce chiffre élevé : les médecins ne posent pas les questions du « conseil minimal » ou appliquent la méthode sans le savoir.

Le conseil minimal est plus efficace lorsqu'il est fait consciemment et répété dans le temps.

1.9. Croyances sur le sevrage tabagique

Dans notre étude, ils sont 80% à se déclarer efficaces dans la lutte contre le tabagisme.

Les deux principales barrières évoquées sont le manque de temps (56%) et le manque de connaissances (42%).

Dans l'enquête CRAES, les deux principaux freins retrouvés étaient le manque de motivation des patients (76%) et pour 51% des médecins, le manque de temps.

67% des MG sondés estiment être moyennement formés pour aider leurs patients fumeurs à arrêter de fumer.

On peut déjà voir un phénomène discordant puisque seuls 12% ont suivi une formation post universitaire.

Le temps est souvent considéré, par les professionnels, comme un obstacle à ce type de prise en charge. Si la première consultation est nécessairement longue, le temps peut ensuite se répartir sur plusieurs consultations. Cette gestion différente du temps, propre à l'accompagnement de toute conduite addictive, permettrait sans doute de contourner cette difficulté. (52)

Au sujet de l'efficacité, celle-ci est sûrement renforcée par l'arrivée sur le marché depuis quelques années des différentes formes galéniques de SN et surtout du Bupropion depuis 1999. Mais l'efficacité, dans ce cas, est peut être prise pour le rôle que représente le MG dans sa fonction d'acteur de santé publique face à un problème prévalent en médecine générale : entre un quart et un tiers de la population générale est fumeuse et seulement 37,4% des fumeurs envisagent l'aide d'un médecin pour arrêter de fumer. Or dans le Baromètre cancer 2010 (64), seule une minorité de fumeurs disent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année, et les cas où l'initiative revient au médecin est minoritaire (cela concerne un fumeur sur huit).

Ces résultats sont à mettre en regard de ceux observés en 2009 dans le Baromètre santé des MG qui montrait que les deux tiers des médecins déclarent aborder la question du tabac au moins une fois avec chaque patient.

(89% considèrent que le domaine du tabac est facile à aborder et 99% déclarent que la prévention dans ce domaine fait partie intégrante de leur rôle).

Manifestement, selon les déclarations des patients, ce premier questionnement au sujet du tabagisme n'est pas toujours suivi par la mise en œuvre d'un processus de sevrage.

Il faut donc nuancer la notion d'efficacité si les deux tiers des patients arrêtent seuls. (64)

1.10. Distribution de brochures de l'INPES

Dans notre étude, 60% des MG interrogés possèdent, dans leur cabinet médical, des brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs, mais parmi eux seulement 4% en distribuent de façon systématique. La proportion des MG sondés possédant des affiches anti-tabac, dans leur salle d'attente, est similaire (57%).

Depuis, des nouvelles recommandations ont été publiées en octobre 2013 par la HAS. Elles s'adressent aux professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, ...), et remettent en question le conseil minimal. Elles parlent désormais de « conseil d'arrêt ». La HAS recommande de proposer à tout patient fumeur, qu'il souhaite ou non arrêter de fumer, un conseil d'arrêt (le professionnel de santé doit indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer) et une brochure d'information. Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50% la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois) (39) (64)

Dans une perspective de santé publique, l'AFSSAPS en 2003, l'ANAES en 1998 et à nouveau en 2004 recommandaient déjà que le conseil d'arrêt soit systématique (NB : ces recommandations avaient utilisé à tort le terme « conseil minimal » bien qu'il s'agissait d'un conseil d'arrêt).

Ces résultats retrouvés dans notre enquête semblent se justifier par les MG interrogés par le manque de temps (56%).

Parmi les MG sondés dans le Baromètre santé MG de 2009, la majorité identifiait, également, le manque de temps, comme un frein à la délivrance de ce conseil intensif.

Il semble donc utopique de mener une démarche de prévention intensive auprès de tous les patients fumeurs.

1.11. Comparaison Médecins fumeurs / Echantillon

En ce qui concerne la connaissance du test de Fagerström, les données sont quasi similaires à celles de l'ensemble de l'échantillon : 92% vs 97%. En revanche, ils sont plus nombreux à l'utiliser systématiquement : 67% vs 58%.

Concernant le conseil minimal, 100% des MG fumeurs le connaissent mais seulement 58% l'utilisent de façon systématique contre 75% et 62% pour l'ensemble de l'échantillon.

74% des médecins de l'ensemble de l'échantillon s'enquière du statut tabagique de leurs patients contre 67% des MG fumeurs.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude du tabacologue Nazila Guarrigues-Naserzadeh (53) qui montrait que 75% des médecins non fumeurs posait la question du statut tabagique à leurs patients contre 64% des médecins fumeurs ($p < 0.032$).

Les MG fumeurs seraient-ils moins enclin à interroger leurs patients sur le tabagisme ? (30)

2. CONCLUSION

On demande au médecin généraliste d'avoir une place primordiale dans le sevrage tabagique, car il peut agir rapidement dans le parcours des fumeurs.

La pratique du conseil minimal lui est recommandée.

Or dans notre étude, ils ne sont que 62% à l'utiliser de façon systématique et 4% seulement des médecins généralistes interrogés distribuent méthodiquement des brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs.

Le principal obstacle à cette prise en charge, cité dans notre étude, est le manque de temps.

Partant du principe qu'une consultation de sevrage tabagique est chronophage en médecine générale, à rémunération égale des autres actes, une reconnaissance tarifaire du temps de consultation long serait une alternative pour contourner cette difficulté.

L'autre obstacle fréquemment retrouvé est le manque de connaissances dans ce domaine.

La formation universitaire théorique est primordiale mais loin de suffire, les pratiques doivent être régulièrement mises à jour en fonction de l'évolution des données épidémiologiques et cliniques.

Il est possible d'agir sur ce manque de façon plus immédiate en proposant des formations continues sous un format court de quelques heures.

Il apparaît également important de donner les coordonnées aux différents médecins généralistes, du centre de tabacologie spécialisé situé dans leur secteur d'activité.

Travailler en réseau permettrait de renforcer la compétence et de rompre la solitude du praticien.

L'amélioration de la prise en charge du sevrage tabagique semble passer par différentes mesures : un complément de formation médicale, une augmentation du temps à consacrer au sevrage, un renforcement de la communication et de sensibilisation des patients autour du tabagisme et des partenariats avec les tabacologues et spécialistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2013. Résumé d'orientation. Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage. 2013.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme- Aide mémoire n°339, [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
3. Ribassin-Majed L., Hill C. La mortalité attribuable au tabac en France. *Eur J Public health*. 2015 May 9.
4. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme National de Réduction du tabagisme. Cancer 2014-2019, Objectif 10. 2014 ; 55p.
5. Institut National du Cancer. Cancers et Tabac, état des connaissances. 12 avril 2011.
6. Hill C., Laplanche A. Tabagisme et mortalité: aspect épidémiologiques. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2003 ; n° 22-23 : 98-100.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008. Le programme MPOWER. 2008. 329 p.
8. Beck F., Guignard R., Richard J-B., Wilquin J-L., Peretti-Watel P. Premiers résultats du Baromètre santé 2010: évolutions récentes du tabagisme en France. Saint-Denis : Ed. INPES ; 18 octobre 2010 ; 13 p.
9. Guilbert P., Gautier A., Beck F., Peretti-Watel P., Wilquin J-L., Léon C., Legleye S., Arwidson P. Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2005 ; n°21-22 : 97-98.
10. INPES. Baromètre santé 2014.
11. INPES (France). Atlas des usages de substances psychoactives : 2010 : analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis : Ed. INPES ; 2008.

12. Observatoire régional de santé (Pays de la Loire), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives, 15-25 ans: Pays de la Loire, 2010. [Nantes]; [Saint-Denis]: ORS Pays-de-la-Loire ; INPES; 2012.
13. Lebargy F., Picavet B., Becquart L-A. Epidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC-Médecine, Ed. Elsevier. 2005 : 171-190.
14. OFDT. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances. Mai 2014 ; n°92.
15. Hill C. Prix du tabac en France et conséquences sur les ventes et sur la consommation. *BEH*. 2010 ; n° 19-20 : 222-224.
16. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme National de Réduction du tabagisme. Cancer 2014-2019, Objectif 10. 2014 ; 55p.
17. Lermenier A. OFDT : Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac ; bilan de l'année 2014, [en ligne]. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_14bil.pdf
18. Projet ITC (Février 2009). *Rapport national ITC France*. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), et Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris, France.
19. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. *La revue du praticien*. Mars 2012. Tome 62 n°3 ; 325-329.
20. Perriot J., Underner M, Doly-kuchcik L. Tabac: quels risques pour la santé ? *La revue du praticien*. Mars 2012- tome 62 n°3 ; 333-336.
21. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 26 juin 2004; 328(7455):1519-28.

22. Thomas D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. *La revue du praticien*. Mars 2012-tome 62 n°3 ; 339-343.
23. Dansou A., Maino B., Lemarié E. Addiction et conduites dopantes. Epidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. Addiction tabagique. *La revue du praticien*. 2012 ; vol. 62 : 837-842.
24. HAS. Stratégie thérapeutique d'aide au sevrage tabagique : efficacité efficience et prise en charge financière, 2007.
25. Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris, 2000.
26. AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire. Mai 2003. 70p.
27. Prochaska J., Di Clemente Cc. Theoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*. 1982; 19(3): 276-287.
28. L'entretien motivationnel (internet). Disponible sur : <http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/>
29. PERRIOT J. Le tabagisme. Liège. Masson 3^{ème} édition, 2004 : 340p.
30. ANAES. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris 8-9 octobre. Editions Médicales et Scientifiques.1998.
31. LAGRUE G., DUPONT P. Sevrage tabagique : comment prévenir les rechutes. *La revue du praticien médecine générale*. 27 janvier 2003 ; tome 17, n° 599 : 67-70.
32. LAGRUE G., DUPONT P., FAKHFAKH R., MANTRAIT C., CORMIER S. Le traitement de substitution dix ans après. *Presse Med* 2002 ; 31 : 291-5.
33. LAGRUE G. La nicotine est-elle un antidépresseur ? *Courrier Addiction* ; 1999 ; 1 :100-2.

34. LAGRUE G. Prise de poids et arrêt du tabac ? *Concours Med* 1998 ; 43 : 2-5.
35. Aubien HJ, Luquiens A, Bonnet N et al. De la tabacologie à l'addictologie. *La revue du praticien*. Mars 2012-tome62-n°3 ; 356-359.
36. Errard-Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique. *La revue des maladies respiratoires*. 2005 ; 22 : 8S15-8S26.
37. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations. Mai 2003.
38. The clinical practice guideline treating tobacco use and dependence 2008 update Panel L, and staff. A US Public health service report. *AMJ Prev Med* 2008;35:158-76.
39. HAS. Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt à la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Octobre 2014.
40. Aubien HJ, Luquiens A, Dupont P et al. Stratégies thérapeutiques contre la dépendance tabagique. *La revue du praticien*. Mars 2012-tome62-n°3 ; 347-353.
41. Peiffer G., Underner M., Perriot J. Sevrage tabagique. *La revue du praticien*, tome 28 n°917, mars 2014. 199-204.
42. Perriot J. Arrêt du tabagisme. *La revue du Praticien Médecine Générale*. 2009, tome 23; n°817. .p152.
43. Peto R., Darby S., Deo H., Silcocks P., Whitley E., Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-329.
44. Parsons A., Daley A., Begh R., Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*, volume 340, n°7740, janvier 2010, p.251.

45. When smokers quit – what are the benefits over time? Site disponible sur:
<http://www.cancer.org/Healthy/StayAwayFromTobacco/GuideToQuittingSmoking/guide-to-quitting-smoking-benefits>.
46. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009, [en ligne].
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
47. Serrier P. sevrage tabagique : toujours en parler. *La revue du praticien Médecine Générale*, tome15 n° 527 du 19/02/2001, 343-347.
48. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2015. Conseil National de l'ordre des médecins.
49. Berlin I. Sevrage tabagique : une mission cruciale pour les MG. *La revue du praticien Médecine Générale* 2008 ; 22 :692-3. Tome 22.
50. Le rôle des professionnels de santé dans la lutte anti tabac. Comment lutter contre l'épidémie de tabagisme. Guide OMS. JMST 31 mai 2005.
51. Baromètre santé médecin généraliste / pharmacien 2003.
52. Depinoy D, Vannobel R. Médecins généralistes et patients fumeurs : des occasions manquées ? *La revue du praticien Médecine Générale*. Tome 20, n° 720/721 du 13 février 2006.
53. Guarrigues-Naserzadeh N. Le MG face à un patient fumeur. *La revue du praticien Médecine Générale* 2002 ; 571 : 600-4.
54. Coleman T, Wilson A. Anti smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes reported practice and perceived problems. *The British journal of general practice*. 1996; 46 (403): 87-91.
55. Goldberg RJ, Ockene IS, Ockene JK. Physicians Attitude and reported practices toward smoking intervention. *Journal of cancer education*. 1993;8 (2):133-9.

56. Kottle TE, Willms DG, Solberg L. Delivered smoking cessation advice: issues identified during ethnographic interviews. *Tobacco Control*. 1994; 3: 46-9.
57. Mowat DL, Mecredy D, Lee F. Family physicians and smoking cessation. Survey of practices, opinions and barriers. *Canadian family physician*. 1996; 42: 1946-51.
58. CRAES. Les pratiques de l'aide à l'arrêt du tabagisme par les MG en région Rhône-Alpes. Octobre 2003.
59. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factor influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2000; 50 (459): 830-1.
60. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995; 4: 162-9
61. HIRSCH A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention minimale. *Le Concours Médical* 17/02/1996 : 477-481
62. HELGASON AR, LUND KE. General Practitioners' perceived barriers to smoking cessation –results from four Nordic countries. *Scandinave journal of public health*. 2002 : 30 (2) : 141-7.
63. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient.
64. INPES. Baromètre cancer 2010. Tabac et cancer : pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes, France 2005-2010-2014	6
Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes, France 2005-2010-2014	7
Figure 3 : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue.....	11
Figure 4 : Mortalité par cancer attribuable au tabac/mortalité totale (milliers) en 2010 par cause, âge et sexe.....	16
Figure 5 : Mortalité attribuable au tabac/ mortalité totale (milliers) en 2010 par cause et par sexe	18
Figure 6: Mortalité attribuable au tabac en France par sexe et par an, tous les 5 ans	19
Figure 7: Mortalité attribuable au tabac chez les hommes et les femmes à tout âge.....	20
Figure 8: Mortalité par cancer du poumon versus mortalité par cancer du sein, tous âges...	21
Figure 9: Algorithme de prise en charge d'un patient fumeur	21
Figure 10 : Pourcentage du nombre de fumeurs ayant reçu un conseil pour arrêter de fumer lors de leur dernière visite chez le médecin	53
Figure 11: Répartition des résultats par sexe.....	57
Figure 12: Répartition des résultats par âge	58
Figure 13: Répartition des résultats par département d'exercice.....	58
Figure 14: Statut tabagique des MG	59
Figure 15: Répartition des résultats selon le mode d'exercice	59
Figure 16: Etes-vous maître de stage universitaire ?	60
Figure 17: Enseignement post-universitaire suivi en tabacologie	60
Figure 18: Nombre de patients vus par mois, en moyenne, pour sevrage tabagique.....	61

Figure 19: Temps passé en moyenne par consultation de tabacologie	62
Figure 20: Délai entre 1 ^{ère} et 2 ^{nde} consultation	62
Figure 21 : Posez-vous systématiquement à tous vos patients la question du tabac ?.....	63
Figure 22: Connaissez-vous le conseil minimal ?	64
Figure 23: Si oui, le pratiquez-vous systématiquement ?.....	64
Figure 24: Evocation systématique de l'arrêt du tabac avec les patients fumeurs	65
Figure 25: Connaissez-vous le test de Fagerström ?	65
Figure 26: Si oui, l'utilisez-vous ?	66
Figure 27: Pourquoi ne pas utiliser le test de Fagerström ?.....	66
Figure 28: Orientation possible vers un confrère ou une structure adaptée	67
Figure 29: Présence de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs au cabinet médical.....	67
Figure 30: Distribution de brochures INPES au patient tabagique	68
Figure 31: Présence d'affiches anti-tabac dans la salle d'attente du cabinet médical	68
Figure 32: Participation à un réseau de lutte anti-tabac	69
Figure 33: Croyances et opinions des MG vis-à-vis du sevrage tabagique en ville	69
Figure 34: Obstacles rencontrés par les MG dans l'aide à l'arrêt du tabagisme	70
Figure 35: Niveau de formation au sevrage tabagique	71
Figure 36: Tabac et vie privée	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Modèles des 5A pour l'aide à l'arrêt au tabagisme	37
Tableau II : Les bienfaits immédiats, à moyen et long terme de l'arrêt du tabac.....	43

Rapport-Gratuit.com

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	
INTRODUCTION.....	1
1. ETAT DES LIEUX DU TABAGISME	3
1.1. Le tabagisme dans le monde	3
1.2. Le tabagisme en France	5
2. POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE (LA LEGISLATION ET AUTRES MESURES).....	9
3. CONSEQUENCES DU TABAGISME	15
3.1. Tabagisme et cancers	15
3.1.1. Cancer bronchique.....	15
3.1.2. Autres cancers	15
3.2. Tabagisme et pathologies respiratoires	16
3.2.1. Broncho Pneumopathie chronique Obstructive	16
3.2.2. Autres affections respiratoires	16
3.3. Tabagisme et maladies cardio-vasculaires.....	17
3.3.1. Un risque majeur d'infarctus du myocarde	17
3.3.2. Le tabac est également un important facteur de risque d'accident vasculaire cérébral.....	17
3.4. Autres conséquences du tabagisme	18
4. SEVRAGE TABAGIQUE	22
4.1. Le conseil minimal	22
4.2. Evaluation de la motivation et de la position du sujet face au tabagisme.....	23
4.3. L'entretien motivationnel	24
4.4. Définir l'histoire du comportement tabagique	25
4.5. Evaluation et prise en charge des dépendances	25
4.6. Les différentes phases d'intervention du médecin	26
4.7. Dépistage et prise en charge des comorbidités	27
4.8. Evaluation des situations particulières.....	29
4.9. Le suivi et l'accompagnement du patient.....	30
5. DEPENDANCE AU TABAC	32
5.1. Définition de la dépendance	32
5.1.1. Le syndrome du sevrage.....	34
5.1.2. Mesure de la dépendance physique	34
5.2. Prise en charge de la dépendance	36
5.2.1. Dépendance pharmacologique.....	36
5.2.2. Dépendance psycho-comportementale	36
6. TRAITEMENTS DU SEVRAGE TABAGIQUE	38
6.1. Traitements pharmacologiques	38
6.1.1. Les TSN.....	38
6.1.2. Le Bupropion LP (ZYBAN®)	39
6.1.3. La Varenicline (CHAMPIX®)	39
6.2. Traitements non pharmacologiques.....	40
7. LES BENEFICES DE L'ARRET DU TABAGISME.....	41
8. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	44
8.1. L'enquête Baromètre santé médecins généralistes 2009	44

8.2.	Intérêt du MG comme premier recours	45
8.3.	Rôle crucial en santé publique	46
8.4.	Missions du MG contre le tabagisme	47
8.5.	Freins à la prise en charge du sevrage tabagique	47
8.5.1.	Le manque de temps, occupe le première place	48
8.5.2.	Le manque de motivation du patient	48
8.5.3.	Le manque d'efficacité	48
8.5.4.	Le manque de formation	49
8.5.5.	La crainte de dégrader la relation médecin-malade	49
9.	LE CONSEIL MINIMAL	50

MÉTHODES	54
-----------------	----

1.	OBJECTIFS	54
1.1.	Objectif principal	54
1.2.	Objectifs secondaires	54
2.	SELECTION	54
2.1.	Choix et taille de l'échantillon	54
2.2.	Critère d'inclusion et de non inclusion	54
3.	INTERVENTION	55
3.1.	Matériel	55
3.2.	Méthode	56
3.3.	Analyse et traitement des données	56

RÉSULTATS	57
------------------	----

1.	ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON	57
1.1.	Caractéristiques démographiques et mode d'exercice	57
1.1.1.	En fonction du sexe	57
1.1.2.	En fonction de l'âge	58
1.1.3.	En fonction du lieu d'exercice	58
1.1.4.	Statut tabagique des MG	59
1.1.5.	Exercez-vous dans une maison de santé pluridisciplinaire?	59
1.1.6.	Etes-vous maître de stage universitaire?	60
1.1.7.	Enseignement post-universitaire	60
1.2.	Pratiques en tabacologie et du sevrage tabagique	61
1.2.1.	Nombre de patients vus par mois pour sevrage tabagique	61
1.2.2.	Temps moyen passé pour ce type de consultation	62
1.2.3.	Délai entre la première et la seconde consultation de sevrage tabagique	62
1.2.4.	Posez-vous la question « êtes-vous fumeur » systématiquement à tous vos patients ?	63
1.2.5.	Connaissez-vous le Conseil Minimal à l'arrêt du tabac?	64
1.2.6.	Et l'utilisez-vous?	64
1.2.7.	Avec vos patients fumeurs, évoquez-vous l'arrêt du tabac à chaque consultation?	65
1.2.8.	Connaissez-vous le test de Fagerström?	65
1.2.9.	Et l'utilisez-vous?	66
1.2.10.	Pourquoi ne pas l'utiliser?	66
1.2.11.	Vous arrive-t-il d'orienter un patient désireux d'arrêter de fumer vers...?	67

1.2.12.	Disposez-vous, dans votre cabinet médical, de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs?	67
1.2.13.	Si oui, en distribuez-vous à chaque consultation du patient tabagique?	68
1.2.14.	Possédez-vous, dans votre salle d'attente, des affiches anti-tabac?	68
1.2.15.	Participez-vous à un réseau de lutte anti tabac?	69
1.3.	Croyances sur le sevrage tabagique	69
1.3.1.	Que pensez-vous du sevrage tabagique en ville?	69
1.3.2.	Dans votre pratique courante, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'aide à l'arrêt du tabagisme?	70
1.3.3.	Estimez-vous être suffisamment formé pour aider vos patients fumeurs à arrêter de fumer?	71
1.3.4.	Le tabac fait-il partie de la vie privée	71
2.	ETUDE LIMITEE AUX MG FUMEURS	72
DISCUSSION ET CONCLUSION		73
1.	DISCUSSION	73
1.1.	Description de la population cible	73
1.2.	Le suivi d'un enseignement post universitaire	74
1.3.	Participation à un réseau de lutte	75
1.4.	Statut tabagique des médecins sondés	75
1.5.	Nombre de patients vus pour sevrage tabagique	76
1.6.	Temps passé entre deux premières consultations	77
1.7.	Abord systématique du tabagisme	78
1.8.	Utilisation du conseil minimal	78
1.9.	Croyances sur le sevrage tabagique	80
1.10.	Distribution de brochures de l'INPES	82
1.11.	Comparaison médecins fumeurs / échantillon	83
2.	CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE		85
LISTE DES FIGURES		91
LISTE DES TABLEAUX		93
TABLE DES MATIERES		94
ANNEXES		97

ANNEXES

Annexe 1 : ÉCHELLE Q-MAT* : motivation à l'arrêt du tabac

1 - Pensez-vous que dans 6 mois ?

- | | |
|--|---|
| - Vous fumerez toujours autant ? | 0 |
| - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? | 2 |
| - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? | 4 |
| - Vous aurez arrêté de fumer ? | 8 |

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

- | | |
|---------------|---|
| - Pas du tout | 0 |
| - Un peu | 1 |
| - Beaucoup | 2 |
| - Énormément | 3 |

3 – Pensez-vous que, dans 4 semaines :

- | | |
|--|---|
| - vous fumerez toujours autant ? | 0 |
| - vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? | 2 |
| - vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? | 4 |
| - vous aurez arrêté de fumer ? | 6 |

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

- | | |
|----------------|---|
| - Jamais | 0 |
| - Quelquefois | 1 |
| - Souvent | 2 |
| - Très souvent | 3 |

Total : /20

Résultats :

- Score ≤ 6 : *motivation insuffisante*
- Score entre 7 et 13 : *motivation moyenne*
- Score > 13 : *bonne et très bonne motivation*

* 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)

Annexe 2 : TEST DE FAGERSTRÖM

A. Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|---------------|---|
| - 10 ou moins | 0 |
| - 11 à 20 | 1 |
| - 21 à 30 | 2 |
| - 31 ou plus | 3 |

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|------------------------|---|
| - Moins de 5 minutes | 3 |
| - 6 à 30 minutes | 2 |
| - 31 à 60 minutes | 1 |
| - Après plus d'1 heure | 0 |

Interprétation selon les auteurs :

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

B. Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|-----------------------|---|
| a. Dans les 5 minutes | 3 |
| b. 6 - 30 minutes | 2 |
| c. 31 - 60 minutes | 1 |
| d. Plus de 60 minutes | 0 |

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?
(ex. : cinémas, bibliothèques)

- | | |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |

3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- | | |
|--------------------------------|---|
| a. À la première de la journée | 1 |
| b. À une autre | 0 |

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- | | |
|----------------|---|
| a. 10 ou moins | 0 |
| b. 11 à 20 | 1 |
| c. 21 à 30 | 2 |
| d. 31 ou plus | 3 |

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- | | |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- | | |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |

Interprétation selon les auteurs :

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

Annexe 3: ÉCHELLE HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)		5. Je me fais du souci	
- La plupart du temps	3	- Très souvent	3
- Souvent	2	- Assez souvent	2
- De temps en temps	1	- Occasionnellement	1
- Jamais	0	- Très occasionnellement	0
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois		6. Je suis de bonne humeur	
- Oui, tout autant	0	- Jamais	3
- Pas autant	1	- Rarement	2
- Un peu seulement	2	- Assez souvent	1
- Presque plus	3	- La plupart du temps	0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	
- Oui, très nettement	3	- Oui, quoi qu'il arrive	0
- Oui, mais ce n'est pas trop grave	2	- Oui, en général	1
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1	- Rarement	2
- Pas du tout	0	- Jamais	3
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses		8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	
- Autant que par le passé	0	- Presque toujours	3
- Plus autant qu'avant	1	- Très souvent	2
- Vraiment moins qu'avant	2	- Parfois	1
- Plus du tout	3	- Jamais	0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

Scores:

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : *absence de symptomatologie*
- 8 à 10 : *symptomatologie douteuse*
- 11 et plus : *symptomatologie certaine.*

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Annexe 4 : QUESTIONNAIRE DE BECK

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent (59).

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé (59).

- 0-4 : pas de dépression ;
- 4-7 : dépression légère ;
- 8-15 : dépression modérée ;
- 16 et plus : dépression sévère.

A. Je ne me sens pas triste.	0
Je me sens cafardeux ou triste.	1
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
B. Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants).	3
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
Je suis mécontent de tout.	3

E.	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F.	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libèrerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3

L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M. Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Annexe 5: QUESTIONNAIRE CAST (Cannabis abuse screening test, OFDT)

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation.

Au cours des 12 derniers mois :

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 résultats à l'école...) ?

TOTAL

Interprétation :

- *Deux réponses positives au test doivent vous amener à vous interroger sur les conséquences de votre consommation.*
- *Trois réponses positives ou plus doivent vous amener à demander de l'aide.*

Annexe 6: Addiction à une substance : CRITERES DSM-5

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Non	Oui
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4. Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance		
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ».

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

- Score < 2 : Absence d'addiction
- Score de 2 à 3 : Addiction légère
- Score de 4 à 5 : Addiction modérée
- Score ≥ 6 : Addiction sévère

A/ IDENTITE DU MEDECIN GENERALISTE

1. Homme ☐ ; Femme ☐

2. Votre tranche d'âge :

Moins de 40 ans ☐ ; Entre 40 et 60 ans ☐ ; Plus de 60 ans ☐

3. Exercez-vous dans une maison de santé pluridisciplinaire ? Oui ☐ ; Non ☐

4. Etes-vous maître de stage universitaire ? Oui ☐ ; Non ☐

5. Dans quel département des Pays de la Loire, exercez-vous?

Mayenne (53) ☐ ; Maine et Loire (49) ☐ ; Sarthe (72) ☐ ; Loire-Atlantique (44) ☐ ; Vendée (85) ☐

6. Avez-vous déjà suivi une formation post universitaire en tabacologie ? Oui ☐ ; Non ☐

7. Etes-vous : Fumeur ☐ ; Ex fumeur ☐ ; Non fumeur ☐

B/ PRATIQUES ET CONNAISSANCES EN TABACOLOGIE

1. Combien de patients voyez-vous chaque mois pour un sevrage tabagique ?

Aucun ☐ ; Moins de 5 ☐ ; Entre 5 et 10 ☐ ; Plus de 10 ☐

2. Combien de temps en moyenne attribuez-vous à une consultation de ce type ?

Moins de 20' ☐ ; Entre 20 et 30' ☐ ; Entre 30 et 40' ☐ ; Plus de 40' ☐

3. Combien de temps après la première consultation de sevrage tabagique revoyez-vous le patient ? < 1 semaine ☐ ; 1 à 2 semaines ☐ ; 2 à 4 semaines ☐ ; > 4 semaines ☐

4. Posez-vous systématiquement la question du tabac à tous vos patients ? Oui ☐ ; Non ☐

5. Savez-vous ce qu'est le conseil minimal à l'arrêt du tabac ? Oui ☐ ; Non ☐

6. Si Oui, le pratiquez-vous systématiquement ? Oui ☐ ; Non ☐

7. Avec vos patients fumeurs, évoquez-vous l'arrêt du tabac à chaque consultation ?

Oui ☐ ; Non ☐

8. Connaissez-vous le test de Fagerström ? Oui ☐ ; Non ☐

9. Si Oui, l'utilisez-vous ? Oui ☐ ; Non ☐

10. Si Non, pourquoi ?

Manque de temps ☐ ; Peu d'intérêt de se répéter ☐ ; Par oubli ☐

11. Vous arrive-t-il d'orienter vos patients désireux d'arrêter de fumer vers un

Tabacologue ☐ ; Centre de tabacologie ☐ ; Pneumologue ☐ ; Confrère généraliste ☐ ;

Aucun ☐

12. Disposez-vous, dans votre cabinet médical, de brochures de l'INPES dédiées aux patients fumeurs ? Oui ☐ ; Non ☐

13. Si Oui, en distribuez-vous à chaque consultation du patient tabagique ? Oui ☐ ; Non ☐

14. Dans votre salle d'attente, y a-t-il des « affiches anti-tabac » ? Oui ☐ ; Non ☐

15. Participez-vous à un réseau de lutte contre le tabagisme ? Oui ☐ ; Non ☐

16. Que pensez-vous du sevrage tabagique en ville ?

Efficace ☐ ; Inefficace ☐

Utile ☐ ; Indispensable ☐ ; Inutile ☐

Manque de temps pour prendre en charge comme il le faudrait ☐

Déplaisant ☐

17. Dans votre pratique courante, quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'aide à l'arrêt du tabagisme ?

Manque de motivation du patient ☐ ;

Manque de temps ☐ ;

Manque de motivation de ma part ☐ ;

Manque de supports éducatifs ☐ ;

Manque de connaissances des méthodes de sevrage ☐

18. Estimez-vous être suffisamment formé pour aider vos patients fumeurs à arrêter de fumer ? Pas du tout ☐ ; Peu ☐ ; Moyennement ☐ ; Bien ☐ ; Très bien ☐

19. Pensez-vous que le tabac fait partie de la vie privée ? Oui ☐ ; Non ☐

Etat des lieux dans les Pays de la Loire de l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme de leur patient.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION. Le tabagisme, principale cause évitable de mortalité dans le monde, constitue un problème actuel majeur de santé publique dans le monde et en France.

Il est responsable de nombreuses maladies et serait à l'origine de 6 millions de décès par an dans le monde dont 78 000 en France.

SUJETS ET METHODE. L'objectif de notre étude était d'établir un état des lieux des connaissances, des attitudes et des pratiques de prévention du sevrage tabagique des médecins généralistes des Pays de la Loire.

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive qualitative.

200 médecins généralistes libéraux ont été tirés au sort. Un questionnaire leur a été envoyé par courrier électronique ou postal selon leur préférence.

Nous avons reçu au total 93 réponses, soit un taux de participation de 37%.

L'ensemble des données a été saisi et analysé sur le logiciel EXCEL.

RESULTATS. Globalement les médecins généralistes ayant participé à l'enquête se sentent concernés par le problème du tabagisme : 95% pensent que le sevrage tabagique en ville est indispensable.

Ils s'informent dans 74% des cas du statut tabagique de leurs patients de façon systématique.

62% pratiquent systématiquement le conseil minimal à l'arrêt du tabac.

En revanche, seulement 4% donnent à chaque consultation du patient tabagique une brochure d'aide à l'arrêt.

Dans notre étude, 42% des médecins sondés évoquent le manque de connaissance en tabacologie comme étant un frein à une bonne prise en charge de leurs patients tabagiques. Ceci est dû au manque de formation puisque seulement 12% ont suivi une formation post universitaire en tabacologie.

Le second frein évoqué par les MG interrogés (62%) est le manque de temps. La consultation de sevrage tabagique apparaît comme étant particulièrement chronophage.

CONCLUSION. Bien que nos résultats soient encourageants, notre étude met en évidence les difficultés pour appliquer au mieux les recommandations professionnelles en matière de sevrage tabagique.

La marge de progression est grande en ce qui concerne la pratique de l'aide au sevrage tabagique en médecine générale : développement de la formation médicale, augmentation du temps consacré au sevrage, partenariat avec les tabacologues et spécialistes. Cela pourrait permettre une meilleure prise en charge des patients souhaitant arrêter de fumer.

Mots-clés : tabagisme ; sevrage tabagique ; médecine générale ; connaissances/attitudes/pratiques ; conseil minimal ; prévention.

State of general practitioner's knowledge, attitudes and practices regarding patient's smoking status in Pays de la Loire.

ABSTRACT

Introduction. Tobacco is the largest single cause of avoidable death in the world, it represents a major public health challenge.

Smoking is the cause of many diseases and causes 6 million deaths per year across the world: 78 000 in France.

Subjects and methods. The main objective of this investigation was to prepare a description of attitudes and practices by general practitioners living in Pays de la Loire about the cessation of tobacco.

This was a cross sectional, descriptive and qualitative survey.

200 general practitioners were asked. A short questionnaire was sent by e-mail or by regular post, depending on their preferences.

We received 93 completed questionnaire, representing a response rate of 37 per cent.

Data was collected then analyzed using Excel software.

Results. The majority of general practitioners participating in the survey are concerned with smoking problem: 95% of them think that smoking cessation in general medical practice is essential.

74% of them, ask, systematically, all patients about smoking status.

62% of them use systematically the minimal advice for smoking cessation.

On the other hand, only 4% give a smoking cessation pamphlet in each medical consultation.

In our study, 42% of physician surveyed talk about the lack of tobacco knowledge as a brake preventing responsibility for patient care.

This is due to the lack of formation since only 12% received a postgraduate training.

Second, they often point to lack of time (62%). The smoking cessation consultation seems to be very time-consuming.

Conclusion. While our results were encouraging, our study highlights the difficulties of applying professional recommendations about smoking cessation.

There is considerable scope for improvements: the development of medical training, an increase in time devoted to smoking cessation, partnership with tobaccologists and with experts.

This could allow a better care for people wishing to quit smoking.

Keywords : tobacco addiction; smoking cessation; general medical practice; medical knowledge; minimal advice for smoking cessation; preventive measures.