

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNEE 2013**

Thèse n°

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 2 juillet 2013 à Poitiers  
par Monsieur Paul LOUMAIGNE

**Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique  
en médecine générale**

Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes

**Membres** : Monsieur le Professeur Jean Claude Meurice  
Monsieur le Professeur Paul Menu

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Olivier Kandel



*Le Doyen,*

Année universitaire 2012 - 2013

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCCO Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILLHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation  
**(détachement)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOU Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeur associé des disciplines médicales**

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

**Maîtres de Conférences associés de Médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VALETTE Thierry

**Professeur certifié d'Anglais**

DEBAIL Didier

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

**Professeurs émérites**

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José Gomes,  
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean Claude Meurice,  
Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail sans me connaître

A Monsieur le Professeur Paul Menu,  
Merci de siéger à ce jury et de m'accorder de votre temps.

A Monsieur le Docteur Olivier Kandel,  
Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et je vous en suis très reconnaissant. Je tiens également à vous remercier pour votre enseignement au cours des six mois passés dans votre cabinet.

Aux Docteurs Jean François Maugard et Gilles Gabillard,  
Merci de m'avoir donné la confiance nécessaire à la pratique de la Médecine Générale. Soyez assurés de mon profond respect.

Au Docteur Marc Chabanne,  
Pour avoir guidé mes premiers pas dans la médecine générale.

A Julie. Nous avons traversé nos études ensemble. Merci pour ton soutien. A toutes ces années passées ensemble et à toutes celles à venir.

A mes parents, mes frères et toute ma famille. Merci pour votre présence tout au long de mes études.

A tous les amis rencontrés au cours de ces dix années, à Bordeaux comme à Poitiers. Vous vous reconnaissez.

Merci à Anne pour les corrections.

Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude.

# SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	10
<b>1. Le tabagisme en France</b> .....	11
1.1 Chiffres de la consommation	
1.2 Prévention du tabagisme	
1.3 Conséquences du tabac	
<b>2. Le sevrage tabagique</b> .....	16
2.1 Dépendance au tabac	
2.2 Prise en charge de la dépendance : modèle d'intervention des « 5A »	
2.3 Traitements du sevrage tabagique.	
2.3.1. Traitements pharmacologiques	
2.3.2. Traitements non pharmacologiques	
2.4 Situations à prendre en compte lors d'un sevrage	
2.5 Evaluation du sevrage tabagique en pratique	
<b>3. Le médecin généraliste et le sevrage tabagique</b> .....	22
<b>4. Le protocole de soin</b> .....	23
4.1 Recommandations françaises	
4.2 Le protocole de soin mis en place sur le lieu de notre étude	
4.2.1 Face à un patient fumeur ne souhaitant pas s'arrêter	
4.2.2 Face à un patient souhaitant s'arrêter de fumer	
<b>5. Question de recherche</b> .....	27
<b><u>MATERIEL ET METHODES</u></b> .....	28
<b>1. Les objectifs</b> .....	29
<b>2. Description de l'étude</b> .....	29
2.1 Type d'étude	
2.2 Population étudiée	
2.3 Période de l'étude	
<b>3. Constitution de l'échantillon</b> .....	30
3.1 Critères d'inclusion	
3.2 Critères d'exclusion	
<b>4. Variables étudiées</b> .....	31
<b>5. Recueil des données</b> .....	34

<b>6. Enquête qualitative</b> .....	34
6.1 Contact des patients	
6.2 Recueil des données	

## **RESULTATS** .....36

<b>1. Caractéristiques de l'échantillon</b> .....	37
1.1 Année de début du soin	
1.2 Sexe des patients	
1.3 Age au début du soin	
1.4 Situation familiale	
1.5 Déclaration de médecin traitant	
1.6 Professions et catégories socioprofessionnelles	
<b>2. Caractéristiques du sevrage</b> .....	40
2.1 Nombre de consultations sur 6 mois	
2.2 Existence d'une expérience de sevrage antérieur	
2.3 Traitements pharmacologiques spécifiques du sevrage tabagique	
2.4 Traitements psychotropes associés	
2.5 Durée du sevrage	
<b>3. Comorbidités</b> .....	43
3.1 Maladie(s) liée(s) au tabac	
3.2 Co-addiction	
3.3 Antécédents de troubles psychiques	
3.4 Survenue de troubles psychiques pendant le sevrage	
<b>4. Comparaison de deux sous-groupes de patients</b> .....	44
4.1 Sexe	
4.2 Âge	
4.3 Situation familiale	
4.4 Nombre de consultations	
4.5 Troubles psychiques	
4.6 Traitements psychotropes	
<b>5. Etude qualitative</b> .....	46
5.1 Généralités sur les entretiens	
5.2 Description de l'échantillon	
5.3 Résultats des entretiens	
5.3.1 Appréciation globale de la méthode de sevrage mise en place	
5.3.2 Etat de la consommation de tabac au moment des entretiens	
5.3.3 Place du médecin généraliste au cours du sevrage	
5.3.4 Traitement médicamenteux au cours du sevrage	
5.3.5 Souffrances occasionnées par la consommation du tabac	

<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	53
1. Analyse de l'échantillon étudié.....	54
2. Caractéristiques du sevrage tabagique.....	56
3. Résultats du sevrage.....	58
4. Facteurs prédictifs d'échec ou de réussite du sevrage.....	59
5. Apports de l'étude qualitative.....	60
6. Regard croisé avec le sevrage alcoolique.....	64
6.1 Comparaison des échantillons	
6.2 Comparaison des entretiens	
6.3 Synthèse de la comparaison alcool/tabac	
7. Biais et limites.....	66
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	68
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	69
<b><u>ANNEXE</u></b> : Extraits des entretiens réalisés auprès des patients.....	72

# Sommaire des illustrations

## Tableaux

Tableau I. Mortalité attribuable au tabac en France en 2004 par sexe et cause (*selon réf 4*): *page 15*.

Tableau II. Modèle des « 5 A » (*selon réf 1*) : *page 18*.

Tableau III. Exemple de texte écrit sur l'ordonnance : *page 25*.

Tableau IV. Exemples d'ordonnances : *page 26*.

Tableau V. Présentation des 15 variables étudiées : *page 31*.

Tableau VI. Comparaison des abstinents de moins et de plus de 6 mois par rapport à 6 variables : *page 45*.

Tableau VII. Comparaison de nos résultats avec les résultats de deux études sur le sevrage tabagique (*selon réf 26 et 29*) : *page 59*.

Tableau VIII. Comparaison des résultats entre le groupe sevrage alcool et sevrage tabac : *page 65*.

## Figures

Figure 1. Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes, France, 2005-2010 : *page 12*.

Figure 2. Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes, France, 2005-2010 : *page 13*.

Figure 3. Ventes de cigarettes (en millions) et prix des cigarettes de la classe la plus vendue en France de 2000 à 2012 (*selon réf 7*) : *page 14*.

Figure 4. Répartition par année du nombre de patients débutant un soin: *page 37*.

Figure 5. Répartition des patients par sexe : *page 38*.

Figure 6. Répartition par tranche d'âge au début du soin : *page 38*.

Figure 7. Situation familiale des patients : *page 39*.

Figure 8. Le médecin avait-il été déclaré comme « médecin traitant » ? : *page 39*.

Figure 9. Professions et catégories socioprofessionnelles des patients : *page 40*.

Figure 10. Nombre de consultations en 6 mois : *page 41*.



- Figure 11. S'agit-il d'une première tentative : *page 41*.
- Figure 12. Traitements psychotropes prescrits : *page 42*.
- Figure 13. Durée du sevrage : *page 43*.
- Figure 14. Troubles psychiques antécédents : *page 44*.
- Figure 15. Appréciation globale de la méthode : *page 48*.
- Figure 16. Consommation de tabac au moment des entretiens : *page 49*.

## **Liste des abréviations utilisées**

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
- CRAES : Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé
- ANAES : Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé
- DRC : Dictionnaire des Résultats de consultation
- RC : Résultat de consultation
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

# **- INTRODUCTION -**

# INTRODUCTION

Apparu en France au cours du XVI<sup>ème</sup> siècle, le tabac s'est rapidement popularisé en Europe et dans le monde. Cette plante à fort pouvoir addictif, originaire d'Amérique du sud est aujourd'hui consommée dans le monde entier et son usage banalisé, principalement sous forme de cigarette<sup>1</sup>. On chiffre la consommation mondiale à plus de 7 millions de tonnes par an pour plus de 1 milliard de consommateurs actifs. Malgré une diminution significative de la consommation dans les pays développés, la consommation totale de produits du tabac augmente au niveau mondial et on note une montée progressive du tabagisme féminin. Les effets néfastes de sa consommation, connus depuis le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, entraînent plus de 6 millions de décès par an dont 600000 par effet du tabagisme dit "passif". Si aucune mesure n'est prise, le nombre annuel de ces décès pourrait atteindre plus de 8 millions d'ici 2030<sup>2</sup>. En diminution depuis une vingtaine d'années, la consommation de tabac en France s'est de nouveau accrue en 2010 malgré plusieurs mesures coercitives mises en place depuis 2003<sup>3</sup>. Avec plus de 70000 décès liés au tabac en 2004, cette addiction reste un vrai problème de santé publique, entraînant une dépense de plus de 10 milliards d'euro par an à la collectivité<sup>4; 5</sup>.

Le médecin généraliste, spécialiste des soins primaires joue un rôle majeur dans la prévention du tabagisme et de ses risques. Il est également en première ligne face aux patients fumeurs et demandeurs d'un arrêt. Il se doit alors de composer avec ses compétences propres, thérapeutiques comme psychothérapeutiques. Nous pouvons nous poser la question de l'efficacité des soins mis en place par les médecins généralistes face à la dépendance au tabac.

## 1. Le tabagisme en France

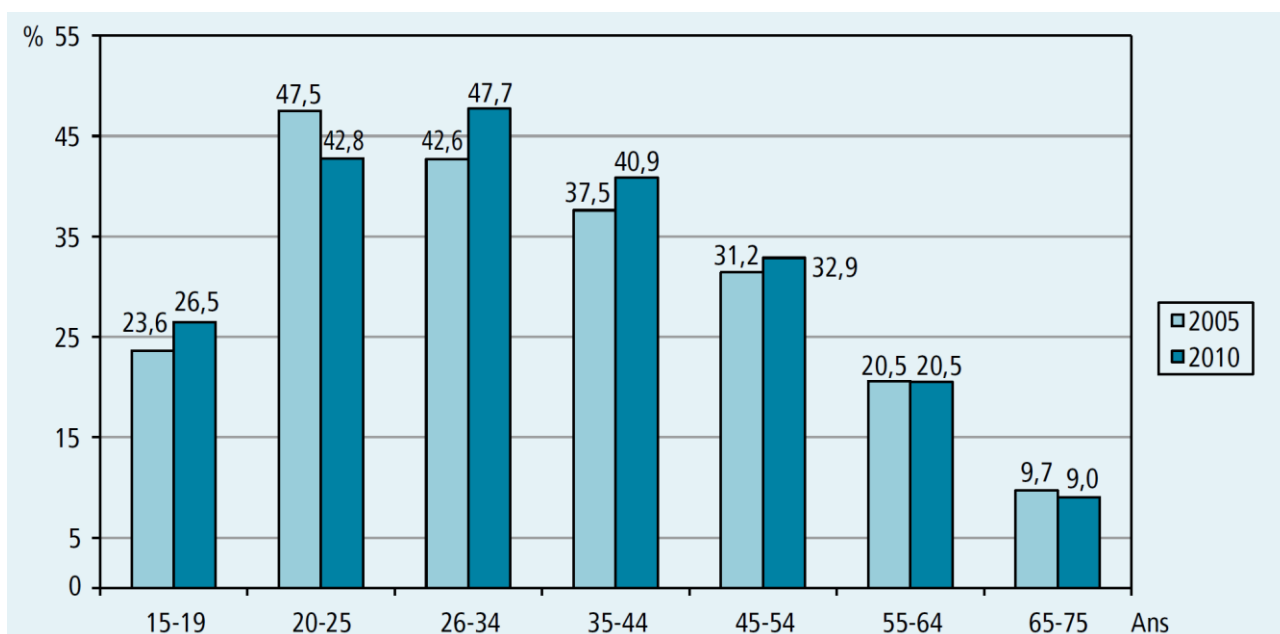
### 1.1 Chiffres de la consommation

D'après le Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la France compte actuellement 29,1% de fumeurs quotidiens chez les 15- 75 ans et 33,7% en incluant les fumeurs occasionnels<sup>3</sup>. Près de la moitié 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. Chez les plus jeunes (15-19 ans), 26% des garçons et 20 % des filles déclarent fumer quotidiennement alors que 70% des adolescents déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette<sup>6</sup>.

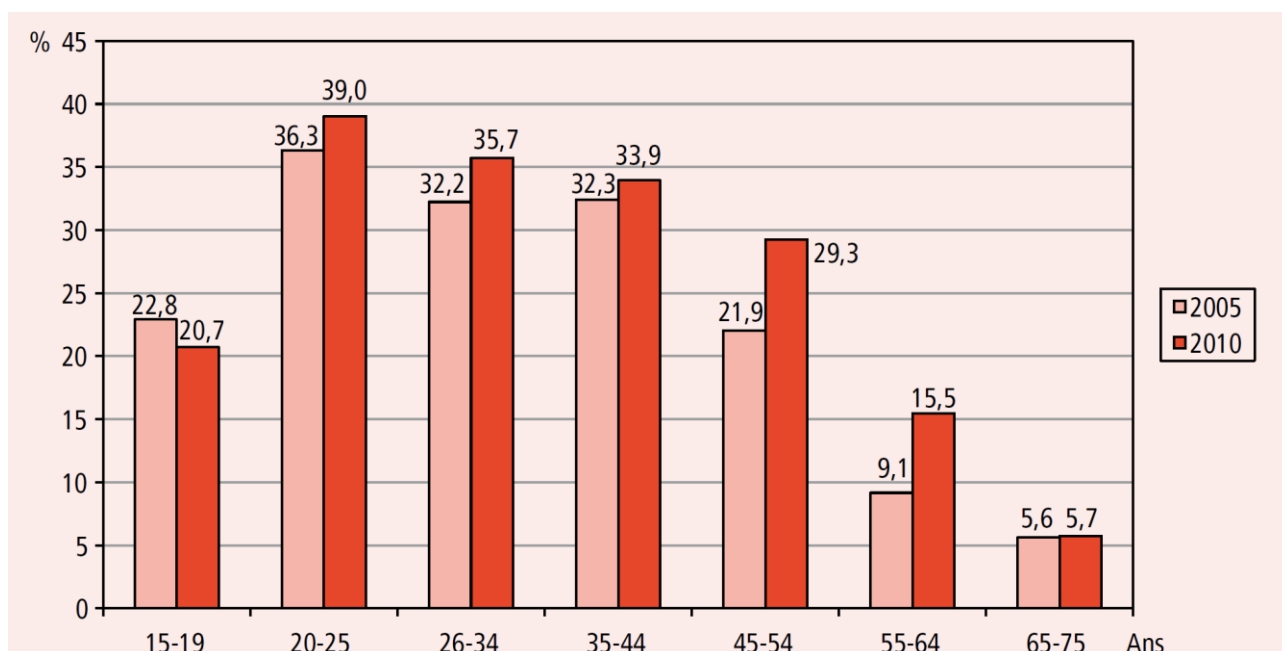
Depuis le précédent baromètre de 2005, ces chiffres sont globalement en hausse même si l'évolution se révèle assez différenciée selon l'âge et le sexe. Ainsi, seuls les jeunes hommes (20 à 25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5%, tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans (figure 1).

**Figure 1. Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes, France, 2005-2010**



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 (figure 2). Reste que cette hausse du nombre de consommateurs quotidiens est la première constatée depuis 1991 et la promulgation de la loi Evin.

**Figure 2. Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes, France, 2005-2010**



En 2012 selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 83% du tabac est consommé sous forme de cigarette, 14% en tabac à rouler et le reste sous d'autres formes<sup>7</sup>. Même si la cigarette reste le moyen le plus populaire de consommer le tabac, la consommation de tabac à rouler reste en progression par rapport à 2011. Malgré une augmentation de prix plus importante que pour la cigarette, ce produit reste toujours meilleur marché, incitant des fumeurs à se reporter sur cette catégorie de tabac.

Plus de 51 milliards de cigarettes ont été vendues en France en 2012<sup>7</sup>. Un fumeur quotidien en France fume en moyenne 13,6 cigarettes par jour<sup>3</sup>.

## **1.2 Prévention du tabagisme**

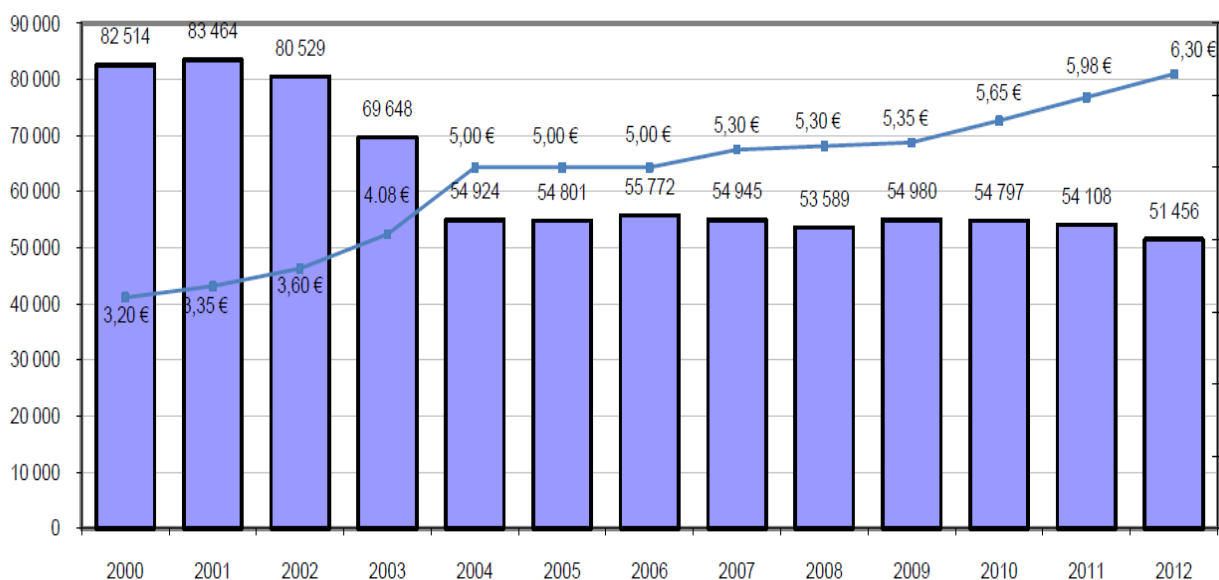
Depuis 30 ans, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour essayer de contrôler la consommation de tabac<sup>8</sup> :

- La loi VEIL de 1976, imposant la mention " Abus dangereux" sur les paquets de cigarettes, réglemente la publicité et interdit le tabac dans certains lieux collectifs.
- La loi Evin de 1991 va elle interdire la publicité et favoriser la hausse du prix des cigarettes.
- Le Décret du 15 novembre 2006 dit « décret Bertrand » qui interdit le fait de fumer dans tout lieu fermé et couvert, accueillant du public ou qui constitue un lieu de

travail.

Depuis 2003 ont eu lieu de nombreuses hausses de prix du paquet de cigarettes (respectivement en 2003, 2007, 2009, 2010, 2011 et 2012). Ces augmentations lorsqu'elles sont suffisamment importantes permettent une diminution de la prévalence du tabagisme. En 2003 l'augmentation de 10% du prix du paquet de cigarettes avait entraîné une diminution des ventes de 4%. Or, les hausses suivantes limitées à 6% du prix du paquet n'ont eu que peu de répercussions sur la consommation et on notait une stabilisation des ventes de tabac. L'année 2012 semble marquer un point de rupture avec la première baisse significative des ventes depuis 2004 (figure 3). Il est cependant difficile d'interpréter cette diminution, qui peut certes résulter d'une réduction de la consommation mais aussi en partie d'une diversification des moyens d'approvisionnement, notamment transfrontaliers<sup>7</sup>.

**Figure 3 : Ventes de cigarettes (en millions) et prix des cigarettes de la classe la plus vendue en France de 2000 à 2012 (selon réf 7)**



### 1.3 Conséquences du tabac

Le tabac reste la première cause de décès évitable dans les pays développés<sup>9</sup>. On considère que sa consommation régulière diminue l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non fumeur<sup>4</sup>. Il n'y a pas de consommation de tabac sans risque.

Non fumé, le tabac a une action toxique directe sur la muqueuse buccale et sur l'organisme par son passage systémique. Sa fumée contient de nombreuses substances délétères : hydrocarbures et nitrosamines sont cancérigènes ; le monoxyde de carbone active les mécanismes de l'athérosclérose ; divers irritants sont des facteurs d'inflammation des voies respiratoires. Le tabac est un facteur de risque cardiovasculaire majeur. Il augmente fortement le risque d'infarctus du myocarde, d'artériopathie des membres inférieurs, d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'accident vasculaire cérébral<sup>10</sup>. Au niveau respiratoire, il est mis en cause dans la broncho-pneumopathie chronique obstructive, est un facteur de non contrôle de l'asthme, favorise la survenue d'un pneumothorax spontané et d'une pneumopathie interstitielle. Il est la première cause de cancer bronchique et est impliqué dans la genèse de nombreux autres cancers : voies aérodigestives supérieures, vessie, rein, œsophage, estomac, pancréas, foie, colorectal et certaines leucémies<sup>9</sup>. En cas de cancer actif, il croit le risque de métastases pulmonaires<sup>11</sup>. L'arrêt du tabac est par ailleurs recommandé dans des pathologies aggravées par sa consommation (hypertension artérielle, Diabète de type I et II, insuffisance rénale...) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolutivité de ces maladies.

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<sup>12</sup>.

En France, selon l'OMS le tabac était responsable en 2004 de plus de 70000 décès soit 22% des décès masculins et 5% des décès féminins (tableau I)<sup>4</sup>.

Cause de décès	Homme	Femme	Total
Maladies infectieuses	2000	1000	3000
Cancers	38000	6000	44000
<i>dont Poumon</i>	22000	4000	
Maladie Cardiovasculaire	13000	5000	18000
Maladie respiratoire	6000	2000	8000
Total	59000	14000	73000

**Tableau I : Mortalité attribuable au tabac en France en 2004 par sexe et cause (selon réf 4)**

Les conséquences du tabagisme sur la population féminine restent encore sous estimées. On considère qu'il existe un décalage de 30 ans entre le moment où une population se met 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 pendant les vingt prochaines années et la mortalité par cancer bronchique pourrait dépasser la mortalité par cancer du sein en France d'ici 2 à 3 ans<sup>4</sup>.

Les conséquences du tabagisme sur la santé entraînent des dépenses très importantes pour la société, de l'ordre de 10 milliards d'euros qui sont justes compensées par les taxes imposées sur les ventes<sup>5</sup>.

## **2. Le sevrage tabagique**

### **2.1 Dépendance au tabac**

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne<sup>13</sup>.

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* ».

La problématique de l'addiction au tabac s'intègre pleinement dans cette définition. C'est la nicotine, alcaloïde faiblement psychoactif présent en quantité importante dans les feuilles de tabac qui semble être le déterminant pharmacologique principal de la dépendance et qui entraîne le besoin de tabac<sup>1</sup>. Cependant les mécanismes de cette dépendance n'impliquent pas que la seule action de la nicotine et la persistance du tabagisme semble aussi être favorisée par une dépendance non pharmacologique d'ordre comportementale et psychologique qui entrainerait le désir de fumer<sup>14</sup>. On parle de double dépendance.

Le syndrome de sevrage tabagique apparaît dans les heures qui suivent la dernière



cigarette. Il est caractérisé par différents symptômes dont la durée est plus ou moins longue<sup>15</sup> : Humeur dépressive ; anxiété ; insomnie ; difficulté de concentration ; fébrilité ; irritabilité, frustration, colère ; diminution du rythme cardiaque ; augmentation de l'appétit/ prise de poids<sup>16</sup>.

Le niveau de dépendance peut être mesuré par le test de Fagerström. Ce test permet en 6 questions courtes d'évaluer la dépendance en différenciant 4 grades : pas de dépendance/faible dépendance/dépendance moyenne/forte dépendance.

Plusieurs facteurs prédictifs de la réussite ou de l'échec d'un sevrage tabagique ont été caractérisés aux travers de différentes études. En 1997, dans une étude de cohorte réalisée pendant 5 ans auprès de 13000 patients, les principaux facteurs de réussite identifiés étaient le sexe masculin, l'âge plus avancé, le niveau élevé des revenus, la faible consommation d'alcool, un nombre de cigarettes par jour inférieur à 15, un délai plus long entre le lever et la première cigarette, un début du tabagisme après l'âge de 20 ans, un ou plusieurs essais antérieurs et une forte motivation. Les facteurs péjoratifs identifiés étaient le sexe féminin, un score de fagerström élevé, un trait anxieux-dépressif, une consommation d'alcool ou de drogues<sup>17</sup>.

## **2.2 Prise en charge de la dépendance : modèle d'intervention des « 5A »**

Toute prise en charge d'une addiction nécessite d'une part, de s'adapter aux possibilités d'action du patient et d'autre part, renforcer les tentatives de changement. Tiré des recommandations américaines de 2008 pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique, ce modèle présente les 5 étapes majeures d'une intervention brève en médecine générale : « *Ask-Advise-Assess-Assist-Arrange* » (Tableau II)<sup>18</sup>.

<b>1. Demander au patient son statut tabagique</b>	Identifier et documenter la consommation de tabac pour chaque patient à chaque consultation.
<b>2. Conseiller de cesser de fumer = conseil minimal à l'arrêt</b>	Conseiller l'arrêt d'une manière claire et personnalisée à chaque patient consommateur.
<b>3. Evaluer l'intention de stopper sa consommation</b>	Est ce que le patient souhaite arrêter de fumer au moment de la consultation ?
<b>4. Soutenir pendant la tentative d'arrêt</b>	a- Pour le patient souhaitant arrêter de fumer, proposer traitements et conseils pour l'aider pendant sa tentative de sevrage. b- Pour le patient ne souhaitant pas arrêter de fumer, renforcer sa motivation au travers de conseils, de documents...
<b>5. Planifier le suivi</b>	Planifier le suivi, en commençant dans la première semaine après la date d'arrêt.

**Tableau II : Modèle des « 5 A » (selon réf 18).**

Les points 1, 2 et 3 doivent être abordés à chaque consultation avec un patient fumeur.

### **2.3 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<sup>19</sup>. Pour optimiser les résultats du sevrage tabagique, différentes thérapeutiques existent aussi bien pharmaceutiques que psychothérapeutiques.

#### 2.3.1. Traitements pharmacologiques

Actuellement, trois médicaments ont l'Autorisation de Mise sur le Marché dans l'indication d'aide à l'arrêt du tabac chez les patients dépendants.

##### **- Les traitements de substitution nicotinique**

Ils ont pour objectif de remplacer la nicotine contenue dans les cigarettes. Ils réduisent les symptômes de sevrage associés à l'arrêt du tabac et peuvent ainsi augmenter la probabilité d'une abstinence durable<sup>12</sup>. Ils multiplieraient par 1,5 à 1,7 les chances de succès<sup>20</sup>. Ils sont commercialisés sous forme de timbres

transdermiques, de gommes, de comprimés à sucer et d'inhalateur. Leur posologie est à adapter selon le profil de consommateur du patient pour éviter des signes de sus ou sous dosage. Ils sont vendus en pharmacie et remboursés depuis le 1er février 2007 à hauteur de 50 euros par an quand ils sont prescrits par un professionnel de santé. Depuis le 31 mai 2011, le remboursement est de 150 euros pour les femmes enceintes.

- **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<sup>12</sup>. Il aurait une efficacité superposable à celle de la substitution nicotinique<sup>20</sup>. C'est un médicament soumis à prescription médicale. Il n'est plus remboursé depuis 2007. Le Bupropion est actuellement très critiqué de par une balance bénéfique/risque défavorable liée à de nombreux effets secondaires. Il fait l'objet d'une surveillance par l'AFSSAPS.

- **La Varénicline (CHAMPIX®)**

C'est le dernier traitement de la dépendance tabagique à avoir été commercialisé en France. C'est un agoniste partiel sélectif des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine. Elle multiplierait par 2,3 les chances de succès d'arrêt du tabac<sup>20</sup>. C'est un médicament soumis à prescription médicale mais il n'est plus remboursé depuis juin 2011. Il fait comme le Bupropion l'objet d'une surveillance par l'AFSSAPS en rapport avec de possibles effets secondaires psychiatriques à type de dépression et de majoration du risque suicidaire.

En France en 2012, selon le Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS), les traitements du sevrage tabagique les plus consommés en équivalent nombre de patients traités sont les substituts nicotiques en prise orale (1177083) et en timbres transdermiques (1076956) puis la Varénicline (89987) et enfin le Bupropion LP (11844). Les ventes de Varénicline ont chuté de plus de 50% entre 2010 et 2011 et cette baisse se confirme en 2012. En cause, probablement l'arrêt du remboursement de la molécule et les effets secondaires connus et médiatisés. Les ventes de Bupropion sont en diminution progressive depuis 2007 et son déremboursement<sup>7</sup>.

### 2.3.2. Traitements non pharmacologiques

La principale prise en charge recommandée en France reste la thérapie comportementale et cognitive (TCC) et ses dérivés. Validée scientifiquement, elle aurait des résultats identiques aux traitements médicamenteux<sup>21</sup>. Elle a essentiellement pour objectif l'apprentissage de stratégies permettant de faire face aux envies de fumer<sup>22</sup>. C'est le traitement recommandé en première intention chez la femme enceinte. Devant le peu de praticiens formés, l'AFFSAPS recommande également une approche psychologique qui privilégie le conseil individuel en soulignant la longueur de ce processus qui nécessite plusieurs consultations approfondies. L'HAS dans son étude de 2007 sur les différentes thérapeutiques d'aide au sevrage reconnaissait l'efficacité du conseil minimal à l'arrêt (point 2 de "la méthode des 5 A"), du soutien comportemental individuel, du soutien de groupe et des conseils téléphoniques proactifs (proposé par tabac-info service en France)<sup>12</sup>.

Il existe de nombreuses autres prises en charge du tabagisme non recommandées car n'ayant pas fait preuve scientifiquement de leur efficacité : L'acupuncture, l'hypnose, la mésothérapie, l'homéopathie, l'auriculothérapie, la desensibilisation<sup>21</sup>... Reste que ces thérapeutiques sont pratiquées et parfois conseillées par des médecins en France. Lors du baromètre santé 2003, le pourcentage de médecins proposant ces thérapeutiques était de 5,2% pour l'acupuncture ; 1,2% pour l'auriculothérapie ; 0,5% pour l'homéopathie<sup>23</sup>.

## **2.4 Situations à prendre en compte lors d'un sevrage**

### **- Existence d'une maladie liée au tabac**

Le comportement tabagique chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires semble peu influencé par la connaissance du risque potentiel. Par contre le taux de rechute lors d'un sevrage post-infarctus semble élevé. L'une des causes les plus importantes semble être l'apparition d'un état anxiodépressif le plus souvent non pris en charge car non exprimé<sup>12</sup>.

### **- Etat anxio-dépressif**

Les fumeurs ayant des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs sans troubles psychiatriques. Il existe une co-relation bidirectionnelle entre tabagisme et dépression : La dépendance au tabac augmente la probabilité de dépression et la dépression augmente la probabilité de tabagisme et de dépendance à la nicotine. Les sujets souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux

consommeraient deux fois plus de tabac et auraient deux fois moins de chance d'arrêter de fumer que ceux ne présentant pas cet antécédent. De plus les symptômes de sevrage du tabac sont généralement plus intenses chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Enfin les maladies liées au tabac sont une des principales causes de décès des patients adultes souffrant d'affection psychiatrique<sup>24</sup>.

#### - Co-addictions

Il existe une association dose dépendante entre consommation d'alcool et de tabac dans la population générale. De plus, il semblerait que les fumeurs présentant un abus ou une dépendance envers l'alcool rencontrent plus de difficultés pour arrêter de fumer<sup>12</sup>. Le fumeur qui a 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"<sup>21</sup>.

#### - Situation sociale particulière

Il existe une forte liaison entre tabagisme et précarité socioéconomique, aussi bien dans l'initiation tabagique que dans la progression vers l'usage régulier ou le maintien au cours de la vie. La demande de sevrage est surtout observée dans les classes sociales les plus aisées alors que le taux de réussite semble plus faible dans les classes sociales défavorisées<sup>15;25</sup>.

#### - Adolescence

Le recours au dispositif de soins est rarement envisagé par l'adolescent fumeur. Pourtant la fréquence de dépendance est élevée dans cette tranche d'âge<sup>12</sup>. La consommation tabagique devrait être recherchée de façon systématique. Les stratégies visant à augmenter la motivation à l'arrêt semblent utiles chez les jeunes<sup>21</sup>.

#### - Grossesse

Le tabagisme représente des effets nocifs à la fois pour la femme enceinte et pour son fœtus et un arrêt à tout stade de la grossesse est bénéfique. Les praticiens doivent proposer dès la 1ere visite une aide au sevrage tabagique. La TCC et la prise en charge psychologique doivent être utilisées en première intention. En cas d'échec, la substitution nicotinique peut être proposée. Le taux de rechute après grossesse reste très élevé<sup>21</sup>.

## **2.5 Evaluation du sevrage tabagique en pratique**

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer les résultats des prises en charge des patients tabagiques. Il est cependant difficile de comparer les résultats. Premièrement, les soins pratiqués en tabacologie sont assez hétérogènes, variant d'un centre à l'autre sur le plan du suivi, des thérapeutiques proposées... Deuxièmement, il existe de nombreuses différences entre les travaux réalisés : diversité de la méthodologie, de la sélection des patients, de la durée de l'étude...

En 2003, une étude rétrospective réalisée dans le dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand sur 634 patients ayant été suivis en consultation sur une période allant du 1 janvier 1999 au 1 janvier 2003 retrouve un taux d'abstinence de 52% à 6 mois et de 30% à un an<sup>26</sup>.

Une thèse de la faculté de médecine de Nancy réalisée en 2009 a décrit les résultats du réseau Lorraine Stop Tabac après deux ans et demi d'activité. Cette étude rétrospective centrée sur 537 patients retrouve un taux d'abstinence de 43,94% à la sortie du réseau c'est à dire de 15 jours à 6 mois après le début du sevrage<sup>27</sup>.

En 2005 une étude de cohorte réalisée en 1999 dans le service des maladies respiratoires au CHU de bordeaux sur un groupe de 300 patients retrouvait un taux de réussite de 12% à 2 ans<sup>28</sup>.

Nous manquons de données sur les résultats du sevrage tabagique en médecine générale. En 2004, Une étude de cohorte de 24 patients suivis de façon régulière chez un praticien généraliste et interrogés au minimum 12 mois après le début de leur sevrage avait un taux de réussite (sevrage complet) de 33%. Ces résultats plutôt encourageants sont à pondérer face à la taille de l'échantillon<sup>29</sup>.

## **3. Le médecin généraliste et le sevrage tabagique**

Le médecin généraliste de par sa fonction et sa place dans le système de soin à un rôle primordial en santé publique<sup>30</sup>. Face au tabac, il doit entreprendre d'une part, une démarche de prévention chez le fumeur (et aussi le non fumeur) et d'autre part, il doit pouvoir prendre en charge les patients désireux d'arrêter leur consommation en conduisant le sevrage puis le suivi. Selon l'enquête Baromètre santé 2009, près des deux tiers des médecins généralistes abordent la question de la consommation de

tabac au moins une fois avec chacun de leur patient et 94,5 % de ces mêmes médecins déclarent prendre en charge eux-mêmes leurs patients désirant arrêter de fumer, soit seuls (78,1 %) soit en liaison avec une structure (16,4 %). En comparaison, seuls 17% déclarent prendre en charge seuls les problèmes d'alcool <sup>31</sup>. Le médecin généraliste dispose d'atouts dans la prise en charge du tabagisme. Il connaît ses patients, leurs modes de vie, leurs statuts sociaux, leurs états psychiques, leurs co-dépendances... Environ 70 % des fumeurs consultent au moins une fois par an un médecin généraliste donnant l'opportunité d'intervenir souvent et de répéter les messages de prévention comme le conseil minimal à l'arrêt<sup>32</sup>. Malgré cela, les avis des médecins sont très partagés concernant leur efficacité à aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme. En 2003, lors de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, la moitié des praticiens interrogés se sentait peu (46,3 %) ou pas du tout efficace (3,3 %)<sup>33</sup>. Une des causes semble être une formation en tabacologie le plus souvent insuffisante voir inexistante. Ainsi une étude réalisée par le CRAES en 2003 auprès de 283 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes avançait que 55% des interrogés estimaient n'avoir aucune formation sur la problématique de l'aide à l'arrêt du tabagisme<sup>34</sup>. A noter que le statut fumeur du médecin généraliste ne semble pas affecter ses résultats. A partir du moment où il est volontaire, le médecin fumeur est aussi performant que son collègue non fumeur pour aider ses patients dans le cadre d'un sevrage tabagique<sup>35</sup>.

La population des médecins généralistes français paraît donc assumer son rôle en première ligne dans la lutte contre le tabac tout en manquant d'assurance face à l'efficacité des soins qu'il prodigue. Comme nous l'évoquons dans le chapitre précédent, nous manquons d'études sur les résultats du sevrage tabagique réalisé par le médecin généraliste. Ce manque nous semble justifier notre travail.

## **4. Le protocole de soin**

### **4.1 Recommandations françaises**

Les modalités d'intervention lors d'un sevrage tabagique en France reposent sur la

conférence de consensus de l'ANAES de 1998, enrichie par les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS de 2003 et les stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique de la HAS en 2007. Ces publications, reposant sur "l'evidence base medecine" ont permis de codifier la prise en charge thérapeutique du sevrage notamment au niveau pharmacologique. Cependant ces publications donnent peu d'informations sur le suivi et le soutien à mettre en place pour optimiser les résultats de ce type de soin. A la différence de la conférence de consensus sur le sevrage du patient alcoolodépendant, elles ne présentent pas de schéma pratique clair utilisable au quotidien par un praticien ambulatoire de premier recours, offrant plutôt des conseils de bonne pratique<sup>36</sup>. Le médecin généraliste face au patient tabagique en demande de sevrage doit donc proposer une prise en charge certes validée au niveau thérapeutique mais somme toute personnalisée sur le plan du suivi et du soutien psychologique. Dans ce contexte, les deux praticiens exerçant dans le cabinet lieu de notre étude utilisent un protocole de soin plus ou moins standardisé pour prendre en charge les sevrages tabagiques.

A noter que la HAS a été saisie pour actualiser les recommandations publiées par l'AFSSAPS en 2003. Cette publication intitulée « Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence » devrait se focaliser sur le premier recours c'est à dire la prise en charge réalisée par les médecins généralistes et les sages femmes. Elle devrait également aborder le suivi du tabagique, notamment à distance du sevrage. Ces recommandations devraient être publiées au deuxième trimestre 2013<sup>37</sup>.

#### **4.2 Le protocole de soin mis en place sur le lieu de notre étude**

La démarche mise en place, dans le cabinet où nous avons réalisé notre étude, est issue des éléments informels retrouvés dans les publications sur le sujet et de l'expérience des praticiens. Expérience qu'ils croisent avec celles d'autres collègues dans un Groupe de Pairs.

##### **4.2.1 Face à un patient fumeur ne souhaitant pas s'arrêter**

Le praticien se concentre sur un renforcement de la motivation par offre de documentation sur le tabac et ses méfaits. Les conseils sont personnalisés et centrés sur les bénéfices à l'arrêt. Ces conseils sont formalisés et écrits en toutes lettres sur



les ordonnances du patient ouvrant sur une réflexion sur le tabac. Exemples de phrase retrouvées sur les ordonnances : "*Penser à arrêter de fumer*" ; "*Réfléchir à stopper toute consommation de tabac*" ; "*Repenser à notre conversation, nous pourrions en rediscuter la prochaine fois*"... Les différents médiums utilisés sont notés dans le dossier informatique.

#### 4.2.2 Face à un patient souhaitant s'arrêter de fumer

Le praticien met en place un contrat avec le patient. Le patient choisit une date d'arrêt que le praticien notifie sur une ordonnance. L'objectif est une tentative d'arrêt total à la date convenue. Il arrive qu'un contrat à durée déterminée (CDD) soit proposé dans un premier temps, lorsque le patient est trop gêné par l'idée d'un arrêt définitif du tabac. Il est ensuite proposé au patient de renouveler le CDD au bout de 2 à 3 mois.

La prise en charge associe :

- **Des conseils**, individuels, les plus personnalisés possibles promouvant une bonne hygiène de vie, la pratique d'une activité physique. Il est conseillé de mâcher des chewing-gums sans nicotine notamment dans les poussées d'envie de fumer. Il est également conseillé une hydratation large. Ces conseils ont également pour but de contrôler la prise de poids post-sevrage (Tableau III).

*Boire plus de 2 litres d'eau par jour.*

*Manger du chewing-gum sans sucre et sans nicotine.*

*Reprendre une activité physique hebdomadaire.*

**Tableau III : Exemple de texte écrit sur l'ordonnance**

- **Une prescription de patchs nicotiques de courte durée**, en adaptant la posologie de nicotine à la consommation du patient. Ces prescriptions sont faites pour 7 jours et les modifications de dose se font de 7 jours en 7 jours pour arriver à un sevrage en patch en 3 à 4 semaines.
- **La prescription de médicaments psychotropes antidépresseurs et/ou anxiolytiques**. Ces prescriptions sont adaptées selon l'état psychique du patient mais restent largement utilisées. La prescription d'anxiolytiques est le plus souvent concentrée sur la phase initiale (2 premières semaines) pour lutter contre

les symptômes anxieux du sevrage. La prescription d'antidépresseurs est plus longue (de 1 mois à 1 an) et joue sur l'humeur dépressive apparaissant à distance du sevrage.

- **Un suivi rapproché.** C'est le praticien qui donne les rendez vous et qui note la date sur l'ordonnance.

J1 : Début du sevrage : 1<sup>ere</sup> consultation.

J3 : Appel téléphonique pour bilan des premiers jours de sevrage, tolérance du traitement, bénéfices précoces, difficultés rencontrées, cigarettes fumées.

J8 : 2<sup>eme</sup> consultation : Evocation des bénéfices et des difficultés, décision de diminution ou de conservation de la posologie des patchs; Adaptation du traitement psychotrope.

Puis le patient est vu chaque semaine le premier mois, puis tous les mois pour une durée totale de prise en charge allant de 6 mois à 1 an.

En cas de rechute, le protocole peut être repris depuis le départ lors de la tentative suivante.

Ainsi le contrat tacitement convenu est colligé sur l'ordonnance à la fin de chaque consultation (Tableau IV).

#### Exemple 1

*Arrêt du tabac dimanche soir 23 septembre.*

*Poursuivre votre traitement actuel.*

*Boire plus de 2 litres d'eau par jour.*

*Manger du chewing-gum sans sucre et sans nicotine.*

*Reprendre une activité physique hebdomadaire.*

*Me téléphoner jeudi 27 pour me donner des nouvelles.*

*Nous revoir à J8 le lundi 1<sup>er</sup> octobre.*

NICOPATCH 20 cm<sup>2</sup> 14 mg/24 h

1 patch par jour pendant 7 jours.

ALPRAZOLAM 0,5 mg

1/2 comprimé matin, midi et soir pendant 8 jours.

PAROXETINE 20 mg

1 comprimé le matin pendant 8 jours.

#### Exemple 2

*Poursuivre l'arrêt du tabac.*  
*Poursuivre votre traitement actuel.*  
*Manger du chewing-gum sans sucre.*  
*Arrêt des patchs.*  
*Nous revoir le lundi 22 octobre à 14H00.*

ALPRAZOLAM 0,5 mg  
1 comprimé le soir pendant 8 jours.

PAROXETINE 20 mg  
1 comprimé le matin pendant 8 jours

#### Exemple 3

*Poursuivre sur la très bonne voie de l'arrêt durable du tabac.*  
*Boire plus de 1,5 litre d'eau par jour.*  
*Manger du chewing-gum sans sucre ou bonbon Fisherman surtout lors de désir fort de tabac.*  
*Poursuivre l'activité physique hebdomadaire (danse africaine).*  
*Nous revoir à votre de retour de Lozère. Prendre RDV.*

PAROXETINE 20 mg  
1/2 comprimé le matin pendant 14 jours.

ALPRAZOLAM 0,25 mg  
1/2 comprimé matin, midi et 1 le soir pendant 14 jours.

**Tableau IV : Exemples d'ordonnances**

## 5. Question de recherche

Cette formalisation d'un protocole relativement construit, nous a permis d'envisager, qu'une évaluation des résultats du sevrage en médecine extra hospitalière était possible. La lecture de la littérature sur le sujet confirme que peu d'études existent sur le sujet.

Nous proposons donc de réaliser une **évaluation du sevrage chez les patients dépendants au tabac par une étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients pris en charge en médecine générale.**

## **- MATERIEL ET METHODES -**

# MATERIEL ET METHODES

## 1. Les objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le sevrage des patients tabagiques souhaitant un arrêt par le médecin généraliste.

Notre travail de recherche comporte deux axes :

- Une évaluation quantitative des résultats du sevrage des patients à six mois et un an du début des soins.
- Une évaluation qualitative du ressenti des patients à distance des soins.

Une étude identique dans les mêmes conditions a été menée sur le sevrage de l'alcool<sup>38</sup>. Ceci permettra une comparaison des résultats entre deux addictions fréquentes.

## 2. Description de l'étude

### 2.1 type d'étude

Notre travail a été réalisé en deux temps :

- Une étude rétrospective à visée descriptive de dossiers médicaux de 2002 à 2012.
- Une étude qualitative basée sur des entretiens individuels réalisés auprès de patients inclus dans l'étude.

### 2.2 Population étudiée

La population de notre étude comprenait les patients dépendants du tabac et demandeurs d'une aide au sevrage, pris en charge au sein d'un cabinet de médecine générale situé dans le centre ville de Poitiers (86000 Vienne).

Les praticiens exerçant dans ce cabinet sont deux médecins généralistes enseignants installés ensemble depuis 1986 et recevant des internes de niveau 1 et des internes en SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires et autonomie

supervisée).

### **2.3 Période de l'étude**

Ont été inclus dans notre étude les dossiers de tous les patients concernés par nos critères entre le 1er janvier 2002 et le 1er mars 2012. Cette période d'environ 10 ans nous permettait d'avoir un nombre satisfaisant de patients tout en s'assurant d'une certaine homogénéité des informations contenues dans les dossiers informatiques.

Le recueil des données a été réalisé du 1<sup>er</sup> mars au 1<sup>er</sup> mai 2012 au cours d'un SASPAS.

Les entretiens avec les patients ont été réalisés entre le 1er juillet 2012 et le 20 octobre 2012 par téléphone.

## **3. Constitution de l'échantillon**

Les deux médecins du cabinet utilisaient jusqu'au 10 novembre 2011 le logiciel de dossier médical EASYPRAT© Version 6. Un changement a été opéré vers le logiciel SHAMAN© et un transfert de toutes les données a été réalisé à l'installation du nouveau programme.

Le recueil de données au cours des consultations est réalisé avec l'aide du « dictionnaire des résultats de consultation » (DRC) édité par la Société Française de Médecine Générale » (SFMG). Ainsi pour une consultation centrée sur le tabac, le diagnostic ou "Résultat de consultation" (RC) « Tabagisme » était sélectionné et automatiquement inscrit dans le titre de la consultation. Ce dictionnaire est utilisé par les praticiens depuis 1993 pour l'ensemble de leurs consultations.

Le logiciel SHAMAN© permet une extraction de dossiers médicaux selon plusieurs mots clés grâce à l'application « Rech.Epidemio ». Les résultats sont consultables sous la forme d'une liste de patients avec nom, prénom, date de naissance et sexe. Nous avons lancé une recherche du mot clé « Tabagisme » dans le titre de consultation sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 1<sup>er</sup> mars 2012. Nous obtenions ainsi une liste de patients qui représentait notre population cible.

### **3.1 Critères d'inclusion**

Dans les dossiers de patients présents dans notre population cible, nous avons

recherché l'existence de « consultations centrées sur le tabac ».

Une « consultation centrée sur le tabac » sous-entend la sélection du RC « tabagisme » associé à une ordonnance comportant des conseils hygiéniques et motivationnels liés au sevrage tabagique +/- une prescription pharmaceutique.

En pratique, nous recherchons des ordonnances avec la mention « arrêt du tabac le xx/xx/xxxx », « poursuite de l'arrêt du tabac » ou une expression équivalente.

Nous avons ensuite inclus les patients ayant eu au moins deux consultations centrées sur le sevrage tabagique sur une période de un mois. Nous incluons la tentative d'arrêt la plus récente si le patient avait été suivi pour plusieurs tentatives de sevrage.

### 3.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre population tout patient :

- Ayant eu une unique consultation centrée sur le tabac avec proposition de suivi ne donnant pas suite.
- Ayant eu une prescription d'un traitement pharmacologique visant à l'arrêt du tabac sans suivi médical associé.
- Dont la date d'arrêt était postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2012.
- Pris en charge pour un sevrage concomitant alcool/tabac.

## 4. Variables étudiées

Les informations obtenues dans les dossiers des patients inclus ont été retenus selon quinze variables :

	Variables	Modalités
1	Sexe	H/F
2	Age au début du sevrage.	Année d'âge
3	Statut conjugal.	0 : seul 1 : en couple
4	Catégorie socioprofessionnelle.	1 : agriculteur, 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 :

	(source INSEE)	professions intermédiaires, 5 : employés, 6 : ouvriers, 7 : retraités, 8 : personnes sans activité professionnelle ; NSP : ne sait pas
5	Année de début du soin.	2002 pour année 2002
6	Nombre de consultations sur 6 mois	Nombre exact de consultations avec RC tabagisme
7	Première tentative ?	0 : oui N : non NSP : ne sait pas
8	Maladie(s) liée au tabac	0 : oui N : non
9	Traitements pharmacologiques (ayant l'AMM pour le sevrage tabagique)	0 : non TNS : traitement de substitution nicotinique Bupropion LP Champix
10	Traitement(s) psychotrope(s)	AD : antidépresseur non bupropion ANX : anxiolytiques Autre 0 : rien
11	Troubles psychiques (Antécédent)	0 : Non 1 : anxiété-dépression 2 : autre trouble psychique
12	Troubles psychiques (apparition au cours du sevrage)	0 : Non 1 : anxiété-dépression 2 : autre trouble psychique
13	Durée de sevrage	0 : < 6 mois 1 : 6 mois-1 an 2 : > 1 an NSP : ne sait pas
14	Co-dépendance	0 : oui N : non
15	Médecin traitant ?	0 : oui N : non

**tableau V : présentation des 15 variables étudiées**

Certaines de ces variables nous semblent nécessiter des explications approfondies :



- Variable 6 : nombre de consultations sur 6 mois

Nous avons comptabilisé les consultations centrées sur le tabac sur 6 mois à partir de la date de la première consultation.

Une consultation centrée sur le tabac sous-entend la sélection du RC « tabagisme » associé à une ordonnance comportant des conseils de poursuite de l'arrêt total +/- une prescription pharmaceutique.

- Variable 7 : première tentative

Nous avons considéré comme tentative tout essai d'arrêt du tabac seul ou aidé par un médecin ou par un autre professionnel de santé.

- Variable 8 : Maladies liées au tabac

Nous avons considéré que le patient présentait une maladie liée au tabac lorsqu'il était retrouvé dans l'historique des consultations du dossier un ou plusieurs des RC suivants :

a) Pathologie cardiovasculaire

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL - ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS - ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE - INFARCTUS DU MYOCARDE - INSUFFISANCE CARDIAQUE - ANEVRYSMES ARTERIELS.

b) Pathologie respiratoire

BRONCHITE CHRONIQUE - ASTHME - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

c) Pathologie cancéreuse

CANCER BRONCHO PULMONAIRE, ORL, VESSIE.

Nous nous sommes posé la question de limiter le groupe « maladies liées au tabac » aux maladies induites par le tabac seules ou d'y ajouter les pathologies pour lesquelles le tabac est un élément aggravant ou péjoratif. Nous avons finalement préféré nous concentrer sur les maladies induites par le tabac.

- Variable 9 : Traitements psychotropes

Sont concernés les médicaments psychotropes prescrits lors d'une consultation centrée sur le tabac. Dans le cas des patients précédemment traités pour un trouble psychique et dont le traitement est poursuivi pendant le soin, nous avons fait le choix de le conserver.

- Les antidépresseurs non Bupropion (AD) comprennent les inhibiteurs de la

recapture de la sérotonine.

- Les anxiolytiques (ANX) comprennent les benzodiazépines, la buspirone.
- La catégorie « autres » comprend les traitements anxiolytiques faibles (stresam) et la phytothérapie (Spasmine).

- Variable 10 : troubles psychiques (antécédent)

Nous avons considéré que le patient présentait un antécédent de trouble psychique lorsqu'il était retrouvé dans l'historique des consultations du dossier un ou plusieurs des RC suivants :

a) anxiété-dépression

ANXIETE-ANGOISSE - PSYCHIQUE (TROUBLES) - HUMEUR DEPRESSIVE - DEPRESSION

b) autre

COMPORTEMENT (TROUBLES) - SYNDROME MANIACO-DEPRESSIF - DHL SCHIZOPHRENIE

- Variable 11 : troubles psychiques (apparition au cours de l'année de sevrage)

Nous avons considéré qu'un trouble psychique apparaît au cours du sevrage s'il est retrouvé dans les 12 mois suivant la date de début du sevrage. Les RC inclus sont les mêmes que pour la variable 10.

- Variable 14 : co-dépendance

Nous avons considéré qu'un patient présente une co-dépendance quand est présent dans l'historique des consultations du dossier le ou les RC : TOXICOMANIE - ALCOOL (PROBLEME AVEC L').

## 5. Recueil de données

Le recueil des données s'est fait sous Open Office « Calc »© sous forme de tableau type Excel©.

## 6. Enquête qualitative

La seconde partie de notre étude consistait en des entretiens individuels par téléphone auprès des patients inclus dans notre étude rétrospective.

## 6.1 Contact des patients

Nous avons tiré au sort l'ordre d'appel des patients. Les coordonnées téléphoniques étaient retrouvées dans le dossier médical du patient. Si nous n'avions pas de coordonnées ou si les coordonnées n'étaient plus valables, nous effectuions une recherche internet avec le nom et prénom du patient sur le site "Pages jaunes ©" en ciblant la ville de Poitiers et nous étendions nos recherches si nécessaire sur le département de la Vienne voir sur la région Poitou-Charentes. Pour les patients que nous ne pouvions pas joindre, nous les rappelions jusqu'à arriver à un total de 40 patients interrogés.

Nous avons rédigé un texte de référence présentant les grandes lignes de notre intervention pour optimiser la standardisation des entretiens. Après une brève présentation de notre étude, trois questions principales ont été posées à chacun des patients suivies d'une question ouverte. La parole était ainsi laissée au patient qui pouvait ajouter d'autres éléments s'il le souhaitait.

Bonjour Madame, Monsieur,

Excusez-moi de vous déranger chez vous, sur votre portable...

Je travaille au cabinet du Dr ... à Poitiers où je réalise une évaluation sur le sevrage du tabac en cabinet.

Si je ne me trompe pas, vous avez bénéficié de ce type de soins et nous aurions souhaité connaître vos impressions.

Je réalise cette étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Si vous êtes d'accord, je ne vais vous poser que trois questions et je vous laisserai ensuite la parole.

**1- Que vous fumiez ou non actuellement, qu'avez-vous pensé de la méthode que vous avez utilisée avec votre médecin ? Quels avantages y avez-vous trouvé ? Quels inconvénients ?**

**2- Si cela était à refaire, le referiez-vous ? Ou le conseillerez-vous ?**

**3- Où en êtes-vous avec le tabac ?**

**4- Auriez-vous d'autres choses à rajouter ?**

Je vous remercie beaucoup pour votre aide et je vous souhaite une bonne fin de journée.

## 6.2 Recueil de données

La retranscription des informations au cours des entretiens se faisait par écrit sur papier libre sous forme de phrases courtes, de mots clefs ou de *verbatim*. Nous avons ensuite réalisé pour chaque patient une fiche réponse informatique Word© récapitulant les informations obtenues.

## **- RESULTATS -**

# RESULTATS

Période de l'étude : Notre étude concernait les dossiers de patients tabagiques pris en charge entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 1<sup>er</sup> mars 2012.

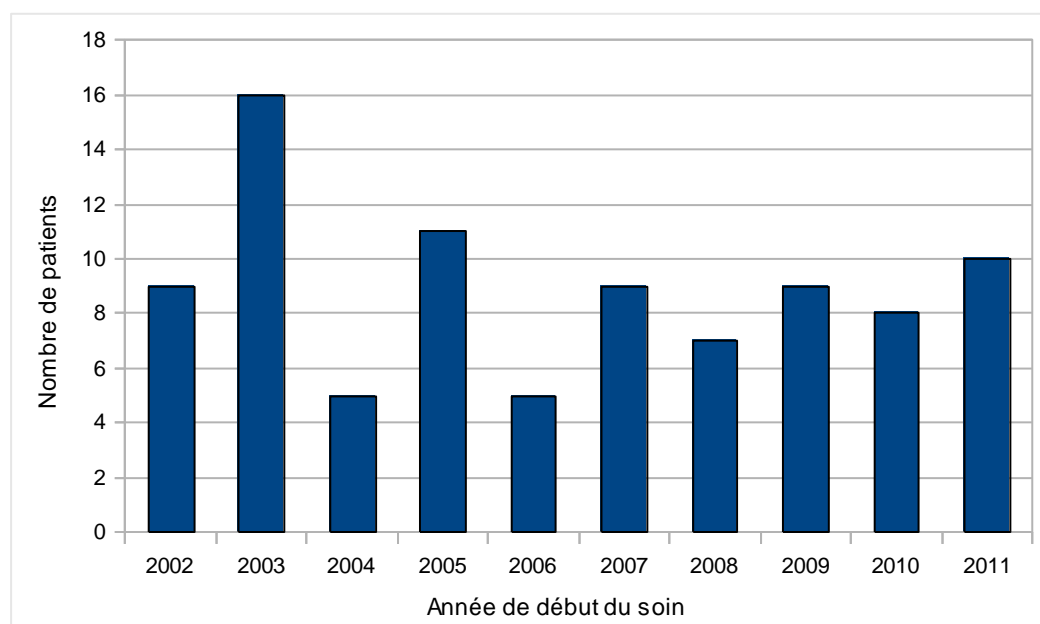
Population étudiée : Sur 934 dossiers de patients présentant le diagnostic (RC) "TABAGISME" durant cette période, 89 dossiers remplissaient tous les critères d'inclusion dans l'étude. Notre échantillon d'étude était donc constitué de 89 dossiers patients, soit près de 10% des patients répertoriés comme tabagiques.

## 1. Caractéristiques de l'échantillon

### 1.1 Année de début du soin

Les 89 initialisations des sevrages se sont échelonnées entre 2002 et 2011. Le nombre de patients débutant un soin par année est présenté en figure n°4.

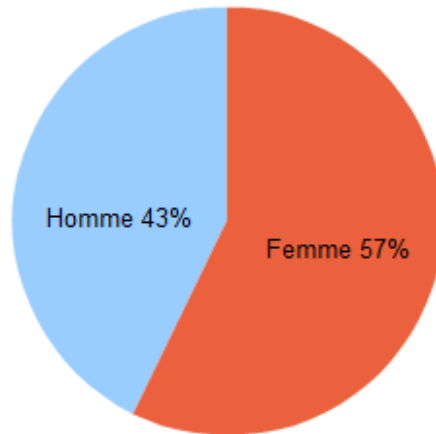
Figure 4 : Répartition par année du nombre de patients débutant un soin



## 1.2 Sexe des patients

Sur les 89 patients sélectionnés, on retrouvait 51 femmes (57%) et 38 hommes (43%), soit un sex ratio de 0.74 (Figure n°5).

Figure 5 : Répartition des patients par sexe

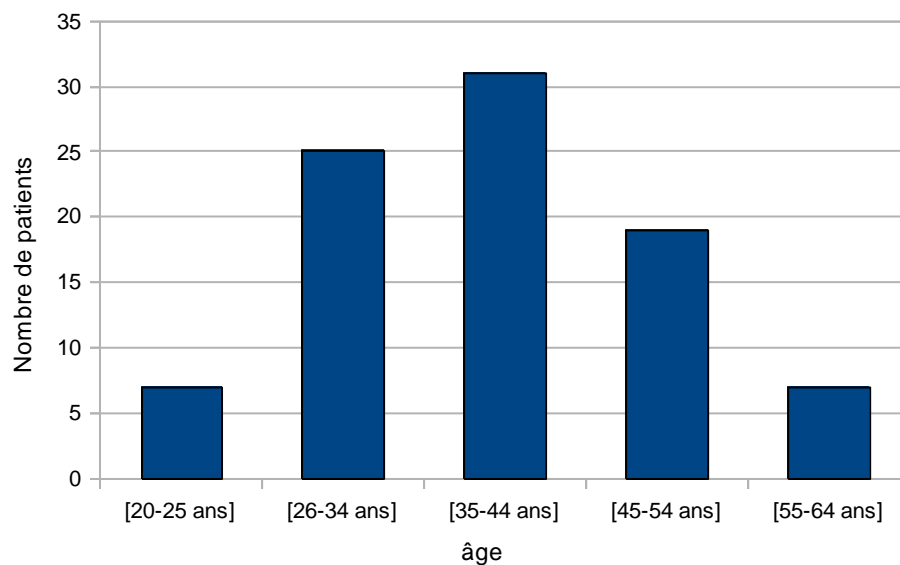


## 1.3 Age au début du soin

La moyenne d'âge des patients était de 39 ans. L'âge minimum était de 21 ans, le maximum de 62 ans et la médiane de 39 ans.

Sept patients étaient âgés de 20 à 25 ans (8%), 25 étaient âgés de 26 à 34 ans (28%), 31 de 35 à 44 ans (35%), 19 de 45 à 54 ans (21%) et 7 de 55 à 64 ans (8%) (Figure n°6).

Figure 6 : Répartition par tranche d'âge au début du soin

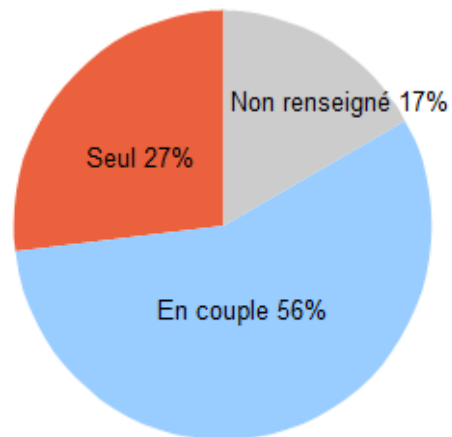


La moyenne d'âge était de 39 ans pour les hommes et de 38 ans pour les femmes.

#### 1.4 Situation familiale

Au moment de leur sevrage, 50 patients vivaient en couple (56%), 24 étaient célibataires (27%) et la situation familiale était inconnue pour 15 patients (17%). (Figure n°7).

Figure 7 : Situation familiale des patients



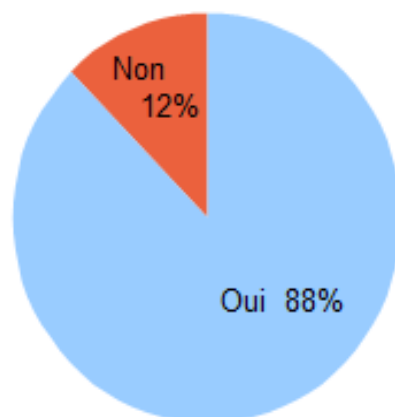
Parmi les hommes, 22 patients vivaient en couple (58%) et 10 étaient célibataires (26%). Pour 6 patients (16%), la situation familiale était inconnue.

Parmi les femmes, 28 vivaient en couple (54%) et 14 étaient célibataires (28%). Pour 9 patients (18%), la situation familiale était inconnue.

#### 1.5 Déclaration de Médecin traitant

Soixante-dix-sept patients (88%) avaient déclaré le médecin prescripteur comme médecin traitant (figure 8).

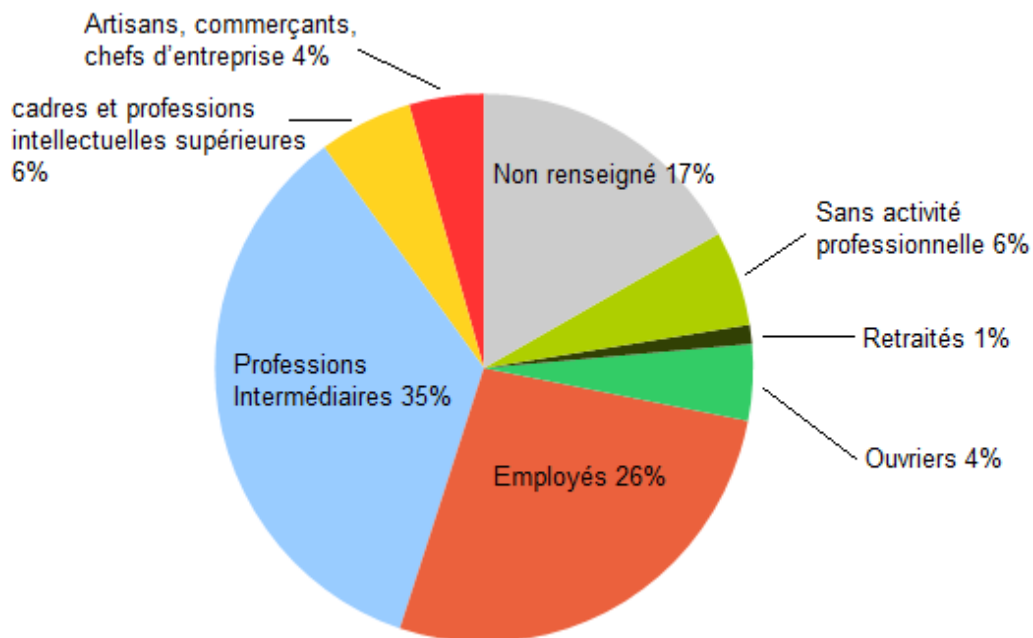
Figure 8 : Le médecin avait-il été déclaré comme « médecin traitant » ?



## 1.6 Professions et catégories socioprofessionnelles

La répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles, établie par l'INSEE, montrait que 5 patients étaient issus des cadres et professions intellectuelles, 4 patients appartenait aux artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Trente et un patients exerçaient des professions intermédiaires, 24 étaient employés, 4 étaient ouvriers. Cinq patients étaient sans activité professionnelle et 1 était retraité. Pour 15 patients, la catégorie socioprofessionnelle n'était pas renseignée (Figure n°9).

Figure 9 : Professions et catégories socioprofessionnelles des patients



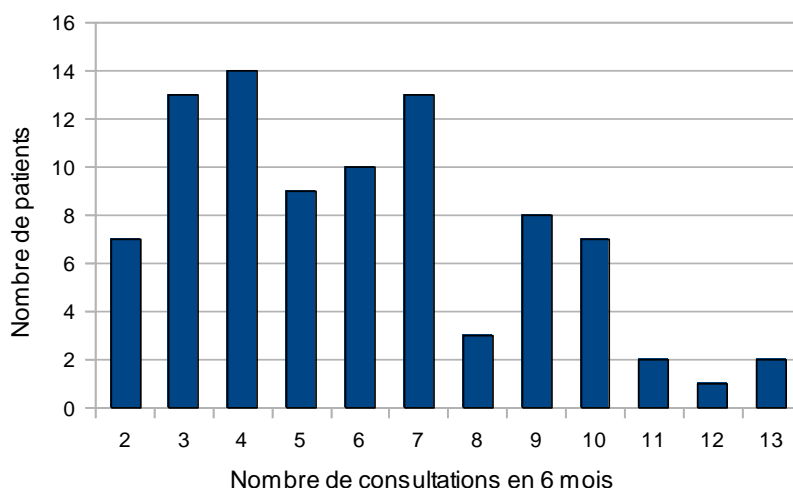
## 2. Caractéristiques du sevrage

### 2.1 Nombre de consultations sur 6 mois

Les patients ont consulté entre 2 et 13 fois en 6 mois, avec une moyenne d'une consultation par mois (Figure n°10).



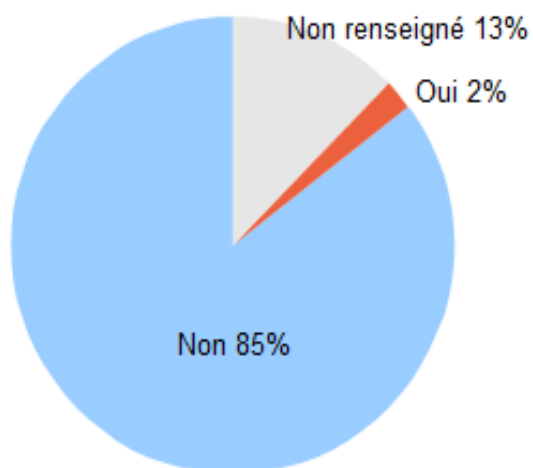
**Figure 10 : Nombre de consultations en 6 mois**



## 2.2 Existence d'une expérience de sevrage antérieur

76 patients (85%) avaient déjà essayé d'arrêter de fumer et 2 d'entre eux (2%) n'avaient jamais tenté de sevrage. Cette variable n'était pas renseignée pour 12 patients (13%) (Figure n°11).

**Figure 11 : S'agit-il d'une première tentative ?**



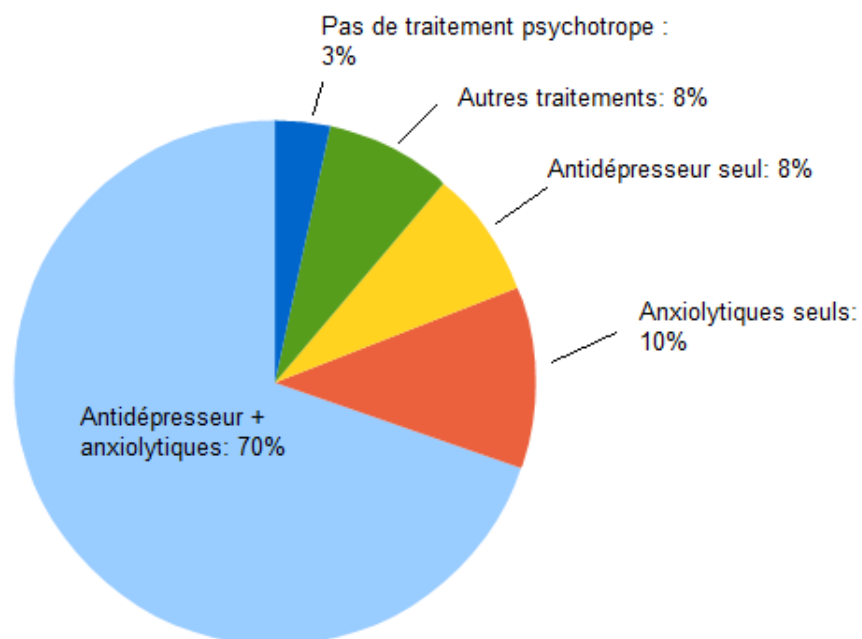
## 2.3 Traitements pharmacologiques spécifiques du sevrage tabagique

La substitution nicotinique transdermique était prescrite pour 86 patients (96%), le Champix pour 2 patients (2%). Deux patients (2%) n'ont pas eu de traitement.

## 2.4 Traitements psychotropes associés

Une association thérapeutique d'antidépresseur et d'anxiolytiques était prescrite à 62 patients (70%), 10 patients ont eu un traitement anxiolytique seul (11%) et 7 patients (8%) ont eu un traitement antidépresseur seul. Sept patients (8%) ont eu recours à la phytothérapie et 3 n'ont eu aucun traitement médicamenteux (Figure n°12).

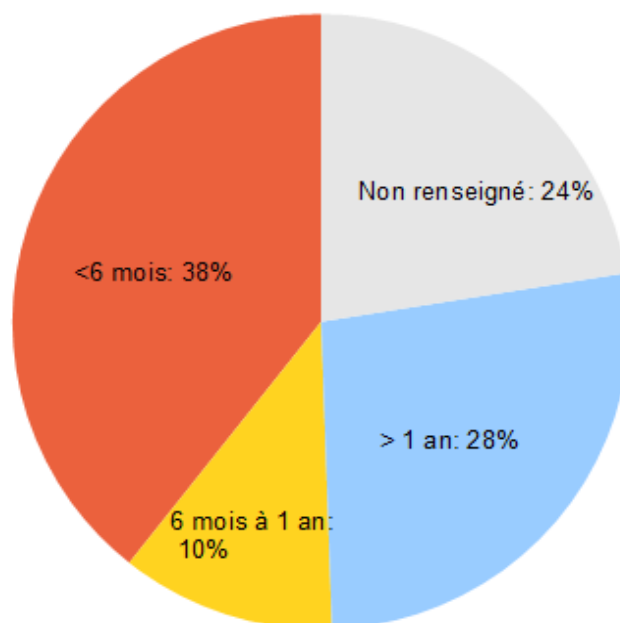
Figure 12 : traitements psychotropes prescrits



## 2.5 Durée du sevrage

Le sevrage a duré moins de 6 mois pour 34 patients (38%). Neuf patients avaient stoppé leur consommation pendant 6 mois à 1 an (10%). Parmi eux, 4 ont repris leur consommation et 5 ont été perdus de vue. A un an, 25 patients (28%) n'avaient pas repris leur consommation. La durée du sevrage n'a pas pu être étudiée pour un quart des patients (24%) (Figure n°13).

**Figure 13 : Durée du sevrage**



### **3. Les comorbidités**

#### **3.1 Maladie(s) liée(s) au tabac**

Dans la population de l'étude, aucune maladie incriminée au tabac n'était répertoriée pour 83 patients (93%). Six patients (7%) étaient pris en charge pour une maladie en lien avec leur consommation.

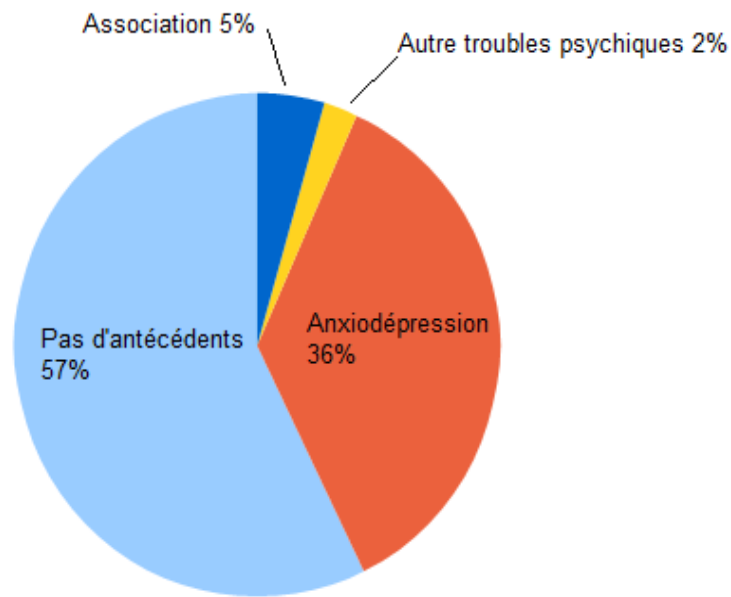
#### **3.2 Co-addiction**

La présence d'une co-addiction était notée pour 11 patients (12%), et dans 2 dossiers (3%), cette notion n'était pas renseignée.

#### **3.3 Antécédents de troubles psychiques**

Trente-huit patients (43%) avaient déjà bénéficié de soins pour des troubles psychiques avant d'entamer le sevrage tabagique. Il s'agissait d'une anxiodépression pour 32 patients (36%), d'autres troubles psychiques pour 2 d'entre eux (2%), et 4 patients (5%) présentaient l'association de plusieurs souffrances psychiques. (Figure n°14).

**Figure 14 : troubles psychiques antécédents**



### **3.4 Survenue de troubles psychiques pendant le sevrage**

Parmi les 51 patients n'ayant jamais présenté de troubles psychiques avant le début du sevrage, 11 patients (22%) ont montré des symptômes d'anxiété ou de dépression dans l'année suivant le début de la prise en charge.

## **4 Comparaison de deux sous-groupes de patients**

Nous avons isolé deux sous-groupes parmi les 89 patients de notre étude, au sein desquels nous avons comparé certaines caractéristiques.

Le premier sous-groupe comprend les patients abstinents moins de 6 mois. Il concerne 34 patients (38%). Le second regroupe les patients abstinents plus de 6 mois. Il comporte également 34 patients (38%). Les 21 patients perdus de vue (24%) n'ont été inclus dans aucun des deux groupes (Tableau VI).

Sous- groupe	Abstinent< 6 mois	Abstinent> 6 mois	Groupe complet
Nombre de patients	34 (38%)	34 (38%)	89
Ratio H/F	0,7	0,79	0,74
Age moyen (années)	37,6	42,4	39
En couple	19 (56%)	22 (65%)	50 (56%)
Nbre moyen de consultations	5,4	7,2	6
ATCD de troubles psychiques	20 (59%)	10 (29%)	38 (43%)
Traitement psychotrope	30 (88%)	30 (88%)	79 (89%)

**Tableau VI : Comparaison des abstinent de moins et de plus de 6 mois par rapport à 6 variables**

#### 4.1 Sexe

Dans le groupe des patients abstinent depuis moins de 6 mois, on compte 14 hommes pour 20 femmes. Le sex ratio H/F est de 0,7.

Dans le groupe des patients abstinent depuis plus de 6 mois, on compte 15 hommes pour 19 femmes. Le sex ratio est de 0,79.

Dans l'échantillon complet, le ratio est de 0,74 homme pour une femme (Tableau n°VI).

#### 4.2 Âge

Dans le groupe des patients abstinent depuis moins de 6 mois, l'âge moyen est de 37,6 ans avec une médiane de 35 ans. Le patient le plus jeune est âgé de 22 ans et le plus vieux de 58 ans.

L'âge moyen est de 42,35 ans avec une médiane de 43 ans dans le groupe des patients abstinent depuis plus de 6 mois. Le patient le plus jeune est âgé de 25 ans et le plus vieux de 62 ans (Tableau n°VI).

#### 4.3 Situation familiale

Nous avons répertorié 19 patients (56%) en couple et 11 (32%) célibataires dans le groupe des patients abstinent depuis moins de 6 mois.

Dans celui des abstinent depuis plus de 6 mois, on relève 22 patients (65%) en couple et 5 (15%) célibataires (Tableau n°VI).

#### 4.4 Nombre de consultations

Le nombre moyen de consultations par patient est de 5,35 dans le groupe des

abstinents depuis moins de 6 mois avec une médiane de 5. Le nombre maximal de consultations est de 12 et le nombre minimal de 2. Dans le groupe des patients abstinents depuis plus de 6 mois, la moyenne est de 7,2 consultations avec une médiane de 7. Le nombre maximal de consultations est de 14 et le nombre minimal de 2 (Tableau n°VI).

#### **4.5 Troubles psychiques**

Un antécédent de trouble psychique est retrouvé chez 20 patients (59%) dans le groupe des abstinents depuis moins de 6 mois contre 10 patients (29%) dans le groupe des abstinents depuis plus de 6 mois (Tableau n°VI).

#### **4.6 Traitement psychotrope**

Dans les deux groupes, 30 patients ont reçu une prescription d'un traitement psychotrope au cours de leur sevrage (88%) (Tableau VI).

### **5. Etude qualitative**

#### **5.1 Généralités sur les entretiens**

Les 89 patients de notre étude ont été contactés par téléphone. Quarante patients (45%) ont accepté de répondre à nos questions. Nous n'avons pas pu joindre 31 de nos patients (35%) malgré plusieurs tentatives d'appel. Nous n'avons pas pu obtenir les coordonnées téléphoniques de 18 patients (20%). La durée des entretiens n'a pas été quantifiée. Nous considérons que la durée était comprise entre 2 et 5 minutes selon les patients. L'intervalle de temps entre le début du sevrage et l'entretien avec le patient était en moyenne de 4,6 ans avec un minimum de 1 an et une maximale de 9 ans.

#### **5.2 Description de l'échantillon**

En utilisant les informations recueillies dans l'étude quantitative de notre travail, nous avons étudié l'échantillon des 40 patients interrogés.

- Parmi les 40 patients interviewés, 23 sont des femmes soit 58% et 17 des hommes soit 42%. Le sex ratio H/F est de 0,74.

- L'âge moyen au moment du sevrage dans le groupe des patients interviewés est de 40,65 ans. L'âge minimum est de 27 ans et l'âge maximum de 62 ans. Chez les femmes, la moyenne d'âge est de 39,3 ans et chez les hommes de 42,5 ans.
- Parmi les patients interrogés, 11 étaient célibataires (28 %) et 23 patients (57%) étaient en couple. Pour 6 patients (15%), la situation n'était pas renseignée.
- Le nombre de consultations moyen était de 6,9 consultations en 6 mois.
- Un traitement psychotrope avait été prescrit à 38 patients soit 95% des patients interrogés.
- Un trouble psychique avait été relevé pendant le sevrage chez 24 des patients interrogés (60%).
- L'abstinence a duré moins de 6 mois pour 18 patients (45%), de 6 mois à 1 an pour 6 patients (15%) et plus d'un an pour 9 patients (23%). Cette information n'était pas renseignée pour 7 patients (17%).

### **5.3 Résultats des entretiens**

Les données obtenues au cours des entretiens réalisés avec les patients étaient retranscrites sous forme de phrases courtes, de mots clefs ou de *verbatim*. Afin de restituer les propos des patients le plus fidèlement possible et de faciliter leur analyse, nous avons choisi de classer les informations apportées en cinq thèmes qui nous semblent représenter les différents axes de réflexion contenus dans les entretiens.

Ces cinq thèmes sont :

- Appréciation globale de la méthode de sevrage
- Consommation actuelle de tabac
- Place du médecin au cours du sevrage
- Traitement médicamenteux
- Souffrances occasionnées par la consommation du tabac

La retranscription des entretiens est présentée en annexe.

#### 5.3.1 Appréciation globale de la méthode de sevrage mise en place.

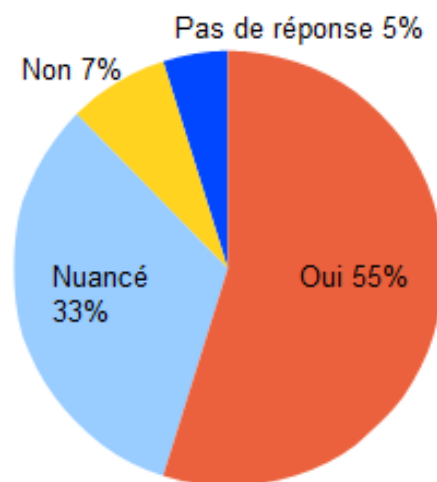
L'appréciation globale des patients était évaluée au travers de l'analyse des réponses aux deux premières questions posées lors de l'entretien : « *Que vous fumiez ou non actuellement, qu'avez-vous pensé de la méthode que vous avez utilisée avec votre médecin ? Quels avantages y avez-vous trouvé ? Quels*

*inconvenients ? » et « Si cela était à refaire, le referiez-vous ? Le conseilleriez-vous ? ».*

Nous considérons qu'un patient répondant positivement à la première question et/ou conseillant le soin était globalement satisfait de la prise en charge. Au contraire une réponse négative à la première question associée à une ou des réponses négatives à la deuxième question mettait en évidence son insatisfaction. Nous avons classé les réponses en quatre catégories : « oui », « non », « nuancé » et « pas de réponse ».

Les réponses ont été les suivantes : 22 patients (55%) ont répondu « oui », 3 patients (7%) ont répondu « non », 13 (33%) avaient une réponse « nuancée » et 2 (5%) n'avaient « pas de réponse » (figure 15).

**Figure 15 : appréciation globale de la méthode**



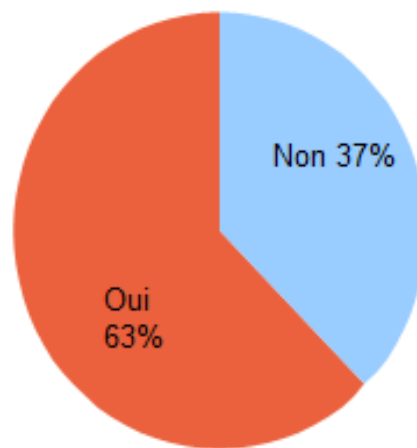
Nous observons que les patients ayant arrêté leur consommation de tabac suite au sevrage ont tous donné une appréciation positive de la prise en charge. Les patients pour qui le sevrage était un échec étaient plus enclins à donner une réponse négative ou nuancée. Certains patients en échec ont cependant approuvé la méthode, considérant qu'ils la réutiliseraient dans le cadre d'un nouvel essai.



### 5.3.2 Etat de la consommation de tabac au moment des entretiens

L'état de la consommation de tabac des patients interrogés était évalué par la troisième question : « *Où en êtes-vous avec le tabac actuellement ?* ». Les réponses étaient classées en deux catégories : « oui », si le patient était consommateur de tabac au moment de l'entretien et « non », si le patient ne l'était pas. Nous avons relevé 25 patients (63%) consommateurs et 15 (37%) non consommateurs (figure 16).

**Figure 16 : Consommation de tabac au moment des entretiens**



### 5.3.3 Place du médecin généraliste au cours du sevrage

Une donnée récurrente dans les entretiens menés auprès des patients est la **présence du médecin généraliste** à leur côté pendant le sevrage. Parmi les patients interrogés, 19 (48%) citent le suivi médical comme un des aspects positifs majeurs de la méthode de sevrage suivie. Cette remarque est formulée aussi bien chez les patients sevrés que chez ceux poursuivant la consommation de tabac. Seul un des patients interrogés juge le suivi insuffisant.

Dans les points positifs cités par les patients, nous avons relevé quelques remarques illustrant :

- **Le suivi rapproché** : « J'étais rassuré par le suivi rapproché », « Je referai cette méthode pour le suivi et l'accompagnement », « L'avantage c'est le suivi hebdomadaire », « C'était très positif, j'avais des patchs et j'étais vu toutes les semaines ».
- **La communication** : « J'ai surtout apprécié l'échange, la parole...il m'a beaucoup rassuré », « Ce qui est intéressant c'est qu'on se voit beaucoup pour parler ».

- **La psychothérapie de soutien** : « Finalement c'est la démarche d'aide et de réflexion mise en place qui apporte le plus », « Grâce au médecin, j'ai pris conscience de la nécessité d'un arrêt définitif », « Nous avons pu parler de ma nouvelle identité sans tabac ».

– **La confiance envers leur médecin généraliste** : « J'ai toujours pensé que le sevrage tabagique devait être encadré par un médecin » ; « Le généraliste c'est bien. Je n'irai pas consulter un service spécialisé », « Je ferai la méthode de sevrage que mon médecin me conseillera ».

Dans les points négatifs, une patiente évoque le **manque de temps** du médecin lors des consultations : « Le Docteur était présent mais je ne pense pas qu'il avait bien le temps de me suivre ».

On constate également qu'une partie des patients interrogés évoquent la prise en charge médicale comme **une méthode d'arrêt parmi d'autres** : « C'est une méthode parmi d'autres mais pas la meilleure », « Je pense que si je devais arrêter, j'essaierais autre chose... », « Toutes les méthodes sont bonnes à utiliser ». Les autres méthodes citées durant les entretiens : l'acupuncture, l'hypnose, méthode des 7 jours, l'auriculothérapie et la cigarette électronique.

#### 5.3.4 Traitement médicamenteux au cours du sevrage

Les traitements proposés étaient de deux types : les traitements spécifiques du sevrage et les traitements psychotropes d'aide au sevrage. Les résultats de nos entretiens apportent plusieurs éléments sur l'appréciation de ces traitements par les patients interrogés.

Le **traitement par patch** semble être bien accepté et bien compris par la majorité des patients. Six patients évoquaient leur efficacité : « J'ai eu des patchs et c'était impeccable », « Effet très positif des patchs », « J'ai eu des patchs du dosage maximal au plus faible ». Nous avons relevé un cas de iatrogénie (« je faisais des œdèmes, ça me grattait ») et cinq patients évoquant l'inefficacité du traitement (« Les patchs ne servent à rien dans mon cas »).

Les **traitements psychotropes** prescrits pour l'aide au sevrage étaient source d'**avis contraires**. Une partie des patients émettait un avis négatif, notamment sur la

**tolérance et sur les effets secondaires** (« Sensation de camisole chimique », « Etait-ce bien nécessaire d'avoir un si gros traitement ? », « Avec les médicaments j'étais à l'ouest »). Une autre partie soulignait l'**apport des traitements sur la diminution des angoisses et du syndrome de sevrage** (« Les médicaments, je ne voulais pas trop mais j'étais plus zen avec », « Il m'a prescrit des médicaments qui ont bien calmé ma dépendance physique », « J'étais rassurée par le traitement psychotrope »).

On note en analysant les entretiens l'existence d'un **préjugé** assez négatif sur les médicaments psychotropes, amenant les patients à ne pas suivre la prescription de leur médecin : « Il faut accepter la prise de médicaments » ; « Les médicaments je voulais pas trop » ; « J'ai refusé la prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs » ; « J'étais très réticente aux médicaments prescrits » ; « Le traitement par antidépresseur devrait être au cas-par-cas; Je n'ai pas voulu les prendre ». On retrouve globalement cet a priori chez les patients pour qui le sevrage a été un échec. Au contraire les patients qui ne consomment plus au moment de l'entretien n'émettent ni a priori ni avis négatif.

### 5.3.5 Souffrances occasionnées par la consommation du tabac

La majorité des patients interrogés ont verbalisé une **souffrance** liée à leur consommation de tabac. Cette souffrance est principalement liée aux **échecs successifs** de tentatives de sevrage et à leur incapacité à **contrôler leur consommation** : « Je fume toujours un paquet par jour et j'ai toujours en tête d'arrêter. Le tabac c'est une belle saloperie » ; « Je fume comme un porc » ; « J'ai arrêté plusieurs fois, seul ou aidé mais j'ai toujours repris. C'est très difficile » ; « Il ne faut pas commencer!! ». « Je fume toujours et je suis prête à faire 100 km pour un paquet de tabac ».

Certains patients utilisaient des mots assez forts pour caractériser la substance : « Le tabac c'est de la merde ! » ; « C'est une belle saloperie ! ».

Les patients interrogés étaient bien conscients de **leur dépendance**, passée ou présente et utilisaient fréquemment le vocabulaire associé : « Ma toxicomanie » ; « le tabac est une drogue » ; « c'est une vraie addiction ».

Certains patients qui ne consommaient pas au moment de l'entretien verbalisaient leur **peur de rechuter** : « je garde une appréhension de reprendre » ; « Je me méfie

toujours de moi, on n'est jamais guérie (...). Si je fume une cigarette, je pense que je reprends » ; « Ne jamais reprendre une cigarette ! ».

Des patients comparent leur addiction au tabac à d'**autres substances addictives** notamment l'alcool : « C'est comme pour l'alcool, c'est une dépendance ! » ; « Mon papa est alcoolique et je me sens autant en difficulté que lui sans les conséquences sociales et familiales » ; « J'ai déjà arrêté l'alcool et les stups. Le tabac c'est vraiment le plus dur ! ».

## **- DISCUSSION -**

## DISCUSSION

Le propos de notre étude était donc d'évaluer le sevrage tabagique par des médecins généralistes. Notre échantillon comprenait 89 patients fumeurs et demandeurs d'une prise en charge.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études réalisées dans des conditions identiques à la notre, c'est à dire dans un cabinet de médecine générale et sous forme d'une étude rétrospective. Afin de discuter nos résultats, nous avons retrouvé deux études dont les données et les paramètres étaient proches de la notre. La première est une étude prospective du centre spécialisé en tabacologie Emile Roux de Clermont-Ferrand, réalisée du 1999 à 2002 sur 634 patients<sup>26</sup>. La seconde est une étude prospective et qualitative réalisée dans un cabinet de médecine générale de Reims sur un échantillon de 24 patients<sup>29</sup>. Ces deux études ont déjà été présentées dans la première partie de notre travail. Nous nous référerons à ces études comme « l'étude de patientèle » et « l'étude du centre de tabacologie ». Le tableau n°VII compare les résultats des 3 études lorsque les données l'ont permis.

### 1- ANALYSE DE L'ECHANTILLON ETUDIE

Notre échantillon présentait légèrement plus de femmes que d'homme avec un ratio de femme/homme de 1,34. Ce résultat est assez surprenant par rapport à l'épidémiologie du tabagisme en France qui, même si on note depuis une vingtaine d'année une féminisation de la consommation, reste majoritairement masculin. En comparant avec d'autres études, nous trouvons des résultats variables : Ratio de 0,82 dans l'étude de patientèle de Reims et de 1,13 dans l'étude du centre de tabacologie de Clermont-Ferrand. Nous pouvons supposer que ces résultats s'expliquent par les aléas de la distribution dans notre échantillon.

Avec une moyenne d'âge de 39 ans et plus de 60% des patients dont l'âge est compris entre 26 et 44 ans, notre étude est très proche de celle de Reims (38,5 ans). Celle du centre de tabacologie de Clermont-Ferrand retrouve une moyenne d'âge de 43 ans. Nos confrères de Reims dans leur discussion avançaient l'hypothèse

que la prise en charge chez le généraliste était souvent liée à une première démarche médicalisée et touchait donc des patients plus jeunes. La prise en charge spécialisée intervenait plus tardivement chez des patients déjà en échec malgré une prise en charge de premier recours. Nos résultats vont également dans ce sens.

La population composant notre échantillon est pour 56% en couple, chiffre comparable à la moyenne nationale (58% des plus de 15 ans en couple en France en 2008 selon l'insee). Les patients sont majoritairement employés ou dans des professions intermédiaires, ce profil étant certainement lié à la localisation du cabinet dans lequel a été réalisée l'étude (centre ville d'une agglomération de taille moyenne).

La grande majorité de nos patients (88%) étaient habituellement suivis par au moins un des deux médecins du cabinet. La prise en charge que nous évaluons est donc, plus que celle de médecins généralistes, celles de médecins traitants dans leur rôle de prévention du risque tabac auprès de leur patientèle. Le sevrage s'incorpore dans une prise en charge globale et avec une relation médecin/malade préexistante.

Une partie de nos variables se concentrait sur les « co-morbidités » associées à l'intoxication tabagique. Notre échantillon ne présentait en grande majorité ni maladie liée au tabac ni d'addiction à d'autres substances. En revanche, il faut noter l'importance du nombre de patients présentant ou ayant présenté des troubles psychiques. En effet, 43% de nos patients avaient un antécédent de cet ordre, principalement de l'ordre de l'anxio-dépression alors que 6 patients présentaient ou avaient présenté des troubles d'ordre psychotique, associés ou non. La proportion de patients avec des troubles psychiques est élevée en regard des statistiques de la population générale. Il est intéressant de noter que ce taux est superposable dans les autres études, aussi bien en ville qu'en centre de tabacologie. Ainsi l'étude de Reims sur 24 patients avançait un taux de patients anxieux de 58% et de patients dépressifs de 33%. L'étude du centre de sevrage de Clermont-Ferrand présentait un taux de patient anxieux de l'ordre de 37% et de 27% pour les patients dépressifs. Il existe une relation bi-directionnelle connue entre consommation de tabac et trait anxieux-dépressif, qui explique l'importance de cet antécédent chez les populations de fumeurs. De plus, le sevrage tabagique est souvent plus difficile chez les patients souffrant de troubles psychiques et il n'est donc pas surprenant que l'on retrouve un nombre important de ces patients aidés médicalement au cours de leur sevrage<sup>24</sup>.

## 2- CARACTERISTIQUES DU SEVRAGE TABAGIQUE

Plus de 85% de nos patients avaient déjà essayé d'arrêter de fumer seuls ou aidés. La difficulté à arrêter ou diminuer sa consommation est un des premiers signes de dépendance et il n'est pas surprenant que pratiquement tous les patients fumeurs consultant un médecin pour initier un sevrage aient déjà essayé de contrôler ou de stopper le tabac.

En moyenne, les patients consultaient 6 fois au cabinet pendant leur sevrage. En prenant en compte le schéma de soins proposé aux patients (soit une consultation toutes les semaines le premier mois puis une par mois pendant 6 mois à un an), nous pouvons en déduire que le suivi moyen s'inscrivait sur une durée de 3 mois. On note que 78% des patients suivaient au moins les 4 premières consultations de la prise en charge. Ce résultat est intéressant car il souligne l'adhésion des patients à la prise en charge proposée : Plus de  $\frac{3}{4}$  des patients se présentent aux consultations programmées du premier mois. La prescription de substitution nicotinique de 7 jours en 7 jours sur une période courte (les 3 à 4 premières semaines de prise en charge) peut potentiellement favoriser cette assiduité. Les entretiens réalisés auprès des patients nous apportent plus d'éléments de réflexion : Le suivi rapproché, à un rythme hebdomadaire, est cité plusieurs fois comme un point très favorable de la prise en charge, indépendamment de toute prescription médicamenteuse ou nicotinique. Il n'y a en parallèle aucun avis négatif sur la fréquence de suivi.

22% des patients qui ne présentaient pas d'antécédent de troubles psychiques ont présenté des symptômes anxieux ou dépressifs au cours de leur sevrage. L'anxiété est un des symptômes connus du syndrome de sevrage à la nicotine et ce résultat n'est donc pas surprenant.

Dans notre étude, 96% de nos patients étaient traités par substitut nicotinique sous forme de patch. Un seul patient était traité par varénicline et un autre n'avait pas de traitement. Ce résultat est logique compte tenu du protocole de soin utilisé dans le lieu de l'étude. Dans les autres travaux, le taux de patient traité par substitution nicotinique est très proche, de l'ordre de 90%. Comme nous l'évoquions, l'efficacité du patch nicotinique est reconnue scientifiquement et sous couvert d'un bon dosage et d'une bonne tolérance, il est recommandé de proposer ce traitement au cours d'un



sevrage tabagique chez un patient dépendant. De plus, il reste actuellement le seul traitement remboursé à hauteur de 50 euros par an et par patient. Les prescriptions de Varénicline et de Bupropion LP ont fortement diminué au cours des dernières années principalement à cause d'une balance bénéfice/risque défavorable ayant entraîné leur déremboursement. La place de ces médicaments dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste est difficile à cerner actuellement mais il nous semble risqué de les considérer comme des traitements de première intention. Nous attendons des nouvelles recommandations de l'HAS, prévues pour le deuxième semestre 2013, un état de lieu à ce sujet.

Un traitement psychotrope a été prescrit à près de 90% des patients, principalement une association d'inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de benzodiazépine. Ce taux est élevé par rapport aux autres études : 25% des patients ont une prescription d'antidépresseur seul dans l'étude de patientèle de Reims, 45% dans le centre de tabacologie de Clermont-Ferrand contre 78% dans notre cas. Cette forte prescription soulève plusieurs questions :

Les recommandations françaises ne valident pas la prescription d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques dans le traitement de la dépendance au tabac, ces médicaments n'ayant pas fait preuve dans la littérature d'une efficacité formelle. Les antidépresseurs restent cependant recommandés en cas d'apparition d'un syndrome dépressif caractérisé au cours du sevrage<sup>12</sup>. Même en tenant compte des 36% de nos patients présentant des antécédents d'anxiodépression, cette prescription reste très importante. Il nous faut rappeler que le protocole de soin utilisé dans le cabinet lieu de notre étude comprend la prescription le plus souvent dès la première consultation de ces médications pour contrôler les symptômes de sevrage et traiter de possibles symptômes dépressifs à distance de l'arrêt. Nous pouvons nous poser la question du rapport bénéfice/risque d'une prescription systématique d'antidépresseurs et/ou d'anxiolytiques sans symptômes cliniques initiaux évoquant un trouble psychique. A l'échelle de notre échantillon, la prescription de psychotrope ne semblerait pas avoir eu de rôle dans la réussite ou non du sevrage, le taux de patients traités étant le même dans le groupe ayant stoppé sa consommation plus de 6 mois que dans le groupe n'ayant pas stoppé sa consommation plus de 6 mois (soit 88%). Les discussions que nous avons eu avec les patients au cours de la deuxième partie de notre travail nous apportent des avis contradictoires : une partie des patients semble convaincue par l'efficacité de ce type de prescription dans le contrôle

des sensations de manque qu'ils ont ou auraient pu expérimenter. Cependant, une autre partie des patients évoque de façon négative ces traitements : inadaptés, disproportionnés, effets secondaires... Ce même groupe de patients se pose la question de l'intérêt de la prescription systématique de ces traitements alors qu'une prescription au cas par cas leur semble plus adaptée. Au vu de ces commentaires, nous pouvons également nous poser la question de l'observance, certains patients expliquant au cours des entretiens n'avoir pas pris les traitements de par des a priori négatifs.

Cette particularité de prescription, liée à ce cabinet, trouve peut être une explication dans l'habitude ancienne de prise en charge de patients alcooliques et d'une application par extrapolation aux patients tabagiques. Par ailleurs, le symptôme "fatigue", souvent allégé par les patients dépendants en sevrage, est identifié par les médecins comme un des marqueurs précoce du syndrome dépressif. Enfin, le délai de 8 à 10 jours pour un effet optimal des IRS pose problème avec l'apparition souvent soudaine des rechutes.

Mais cette prescription quasi-systématique de traitements psychotropes doit nous amener à discuter le protocole utilisé au profit d'une prescription basée sur une évaluation progressive de l'état psychologique des patients tout au long de la prise en charge.

### **3- RESULTATS DU SEVRAGE**

Dans notre étude 38 % des patients inclus ont stoppé leur consommation pendant au moins 6 mois. A un an, 28% des patients étaient toujours abstinents. En parallèle 38% des patients n'ont pas passé le cap des 6 mois d'arrêt. Pour 24% des patients, nous n'avions pas d'information. Ces résultats sont comparables aux résultats retrouvés dans les deux autres études : 33% des patients étaient abstinents à un an dans l'étude de patientèle de Reims, 30% dans l'étude du centre de soins de Clermont-Ferrand. Notre taux de réussite semble cependant très légèrement inférieur aux autres études. Nous pouvons nous demander si nos chiffres ne sont pas diminués, notamment par les nombreuses pertes de vue. En effet, dans le groupe de patients abstinents pendant 6 à 12 mois, 5 patients ont été perdus de vue sans que nous connaissions leur statut tabagique à un an. Nous pouvons également nous

interroger sur le statut des 24% de patients pour lesquels nous n'avons pas d'informations ni à 6 mois ni à 12 mois. En tenant compte de ces informations et des limites de notre étude, nous pouvons considérer que le taux de réussite dans notre étude est voisin de celui retrouvé dans la littérature.

Variable	Etude de Poitiers	Etude de Reims	Etude de Clermont-Ferrand
Nombre de patients	89	24	634
Âge moyen (années)	39	38,5	43
Sexe ratio (F/M)	1,3	0,82	1,1
Troubles psychiques	36% (anxiété-dépression)	33,00% (dépression) 58% (anxiété)	26,50% (dépression) 37% (anxiété)
Substituts nicotiques	96%	92%	92%
Antidépresseurs	78%	25%	45%
Abstinence à 12 mois	28%	33,3%	30%

**Tableau VII : comparaison de nos résultats avec les résultats de deux études sur le sevrage tabagique**

#### **4- FACTEURS PREDICTIFS D'ECHEC OU DE REUSSITE DU SEVRAGE**

Les principaux facteurs intervenants dans la réussite ou l'échec d'un sevrage en tabac sont bien décrits dans la littérature. Dans le cadre de notre étude, nous avons comparé deux sous groupes de patients : les patients abstinent plus de 6 mois soit 34 patients (« groupe abstinent ») et les patients dont l'arrêt a été de moins de 6 mois soit 34 patients également (« groupe échec »). Le groupe abstinent est plus âgé (moyenne de 42,4 ans contre 37,6 ans dans le groupe échec), plus souvent en couple (65% des patients en couple contre 56% dans le groupe échec), consulte plus (7,2 consultations contre 5,4 consultations) et présente moins de troubles psychiques (29% dans le groupe abstinent contre 59% dans le groupe échec). Les autres variables étudiées ne semblent pas se modifier de façon significative entre les deux groupes. Nous retrouvons donc à l'échelle de notre étude des facteurs de réussite déjà bien connus : l'âge avancé, le cadre familial stable, les antécédents de troubles anxieux-dépressifs. Le nombre de consultations de suivi est un facteur de réussite moins connu. Considérant qu'un patient qui consulte plus a une plus forte motivation pour arrêter de fumer, il n'est pas surprenant que cette variable soit plus

élevée dans le groupe abstinents.

## **5- APPORT DE L'ETUDE QUALITATIVE**

Nos entretiens se sont déroulés par téléphone auprès de 40 des patients de notre échantillon. La discussion était finalement assez courte en durée, de l'ordre de 3 à 5 minutes, mais suffisamment riche en informations pour nous donner une appréciation claire des pensées des patients interrogés. Nous avons été assez surpris initialement de la facilité avec laquelle les patients nous parlaient de leur rapport au tabac ou de leurs difficultés, sans retenue et même avec un certain plaisir. Nous sentions que certains patients, en plus de répondre à nos questions avaient besoin d'extérioriser leurs frustrations et leurs déceptions face à leur échec, à leur dépendance. L'intervalle de temps entre la prise en charge et l'entretien était parfois très long, jusqu'à 9 ans, et certains patients nous ont dit ne pas bien se souvenir des détails de la prise en charge, mais d'une idée générale, positive ou négative. Nous avons interrompu nos entretiens au bout de 40, devant notre difficulté à joindre certains patients et la constatation que les informations que nous récoltions devenaient redondantes. Rétrospectivement, nous avons le sentiment que ces échanges avec les patients à été un vrai plus, notamment pour nous permettre d'optimiser notre pratique (points forts et points faibles).

Près de deux tiers des patients interrogés continuaient à consommer du tabac au moment de l'entretien. En parallèle, 37% des patients interrogés ne fumaient pas ou plus. Ce résultat est intéressant car il est plus élevé de près de 15% que le taux de réussite retrouvé dans notre étude rétrospective pour le groupe concerné (23%). Alors qu'ils étaient en échec lors de leur prise en charge dans le cabinet, un certain nombre des patients interrogés nous ont indiqué être abstinents suite à une nouvelle tentative débutée seul dans une autre démarche de soins. Des patients ont évoqué l'impact que la prise en charge avec leur médecin avait eu dans leur démarche actuelle de sevrage, parlant d'une prise de conscience nécessaire. Ainsi, même si une première tentative est un échec, il est important de voir que le suivi, la communication et le soutien apporté peuvent être un apport dans leurs tentatives ultérieures.

L'évaluation de notre prise en charge se faisait au travers des deux premières questions que nous posions au cours de l'entretien : "*Que vous fumiez ou non actuellement, qu'avez-vous pensé de la méthode que vous avez utilisée avec votre médecin ? Quels avantages y avez-vous trouvé ? Quels inconvénients ?*" et "*Si cela était à refaire, le referiez-vous ? Le conseillerez-vous ?*". Les résultats étaient globalement positifs, 55% des patients donnant une appréciation favorable à la méthode de sevrage, contre seulement 8% qui avaient un avis défavorable. Les 13 patients qui avaient un avis nuancé l'ont formulé sous la forme "oui, mais...", l'appréciation restant plutôt positive. La principale limitation évoquée par ces patients est le traitement médicamenteux jugé peu adapté, trop fort, addictif. Nous avons discuté ce point plus haut. D'autres limites sont évoquées, de façon isolée et parfois plutôt de l'ordre du vécu personnel : une patiente évoque un traitement par patch trop court, une autre un suivi médical insuffisant, un autre une relation difficile avec le médecin...

Au-delà de cela, nous avons globalement ressenti au cours des entretiens une forte adhésion des patients à la prise en charge proposée, ce qui conforte l'impression que nous avons eu lors de l'analyse des résultats de la partie rétrospective. Le point sur lequel la grande majorité des patients se retrouve est l'apport du suivi médical rapproché. Au cours de ce suivi, les patients ont apprécié la communication au cours des consultations, les discussions sur leur addiction et sur le syndrome de sevrage. Certains patients ont souligné l'importance d'avoir un médecin en face d'eux avec ses connaissances scientifiques et son expérience afin notamment d'aller contre les idées reçues sur le tabac (Télévision, internet...). Ils ont également eu le sentiment d'être écoutés et compris, sans être jugés. Le fait d'avoir été pris en charge par leur médecin traitant semble également avoir été un plus. Il existait déjà une relation de confiance, parfois depuis plusieurs années, un suivi régulier, une connaissance du milieu de vie, de la famille, des problèmes extérieurs et des problèmes médicaux en cours qui rassuraient le patient et favorisaient l'échange. Il ressort de ces entretiens la notion d'aide : le médecin les a aidés au cours du sevrage. Cette notion est intéressante car elle montre que même si le médecin est présent au cours de la prise en charge, prescrit les traitements et coordonne le suivi, il apporte surtout un cadre. Les patients sont bien les acteurs de leur sevrage et pas les figurants ; ils s'approprient le sevrage; qui d'ailleurs est le leur.

Le moteur de l'arrêt du tabac reste leur motivation et leur envie de vivre sans tabac (plusieurs patients l'ont d'ailleurs fait remarquer). Nous avons même été parfois surpris de la façon dont le médecin disparaissait presque dans leur vécu du sevrage, ne laissant que l'individu seul face à sa dépendance, sa frustration, ses échecs...ou ses réussites. Il nous semble que cette position d'actif face au tabac, qu'a prise une partie des patients, est positive et est un pas de plus dans la prise de conscience de la dépendance au tabac. Le patient doit être l'acteur central de son arrêt, le médecin renforçant la motivation, apportant un cadre de prise en charge et un soutien dans la réussite comme dans l'échec. La partie rétrospective nous avait bien laissé entrevoir que les patients adhèrent à ce schéma puisqu'ils suivent en majorité les consultations rapprochées.

Les patients, quelle que soit leur appréciation, ont souvent présenté le protocole comme une méthode pour arrêter de fumer parmi d'autres, considérant qu'elle pouvait être adaptée à certains fumeurs mais pas à d'autres et qu'il ne fallait pas hésiter à essayer d'autres techniques. Ainsi, certains patients, en échec lors de notre prise en charge et toujours fumeurs au moment de l'entretien, nous disaient vouloir s'orienter vers l'hypnose, l'acupuncture, la cigarette électronique... suite à des avis favorables de leur entourage ou des médias. Il est clair que l'offre de soins en matière de sevrage tabagique est en pleine expansion et il est intéressant de noter que les patients ne voient pas ce soin comme foncièrement médical. D'ailleurs, certains présentent notre méthode comme "la méthode médicamenteuse". On note que certains patients, principalement ceux à l'appréciation favorable, considèrent la prise en charge médicale comme la seule viable pour arrêter de fumer. Différentes tendances semblent cohabiter dans notre échantillon et certainement dans la population générale.

Les entretiens nous ont également permis d'accéder aux souffrances des patients face au tabac. En effet, malgré des échanges souvent de courte durée, nous avons le sentiment que les patients ont pu s'ouvrir sur leur sentiment face à l'addiction, dans l'échec comme dans l'abstinence. Quand nous demandions aux patients "où en êtes-vous avec le tabac actuellement ?", au delà de leur statut tabagique, ils ont souvent ouvert la discussion sur leur état psychologique, leurs projets de nouvelle tentative d'arrêt, ou leurs difficultés à rester abstinents. La

dernière question que nous posions "Avez-vous quelque chose à rajouter ?" permettait aussi une ouverture de la discussion sur un terrain plus psychologique. Ainsi, les patients qui fumaient toujours au moment de l'entretien nous ont parlé de leur difficulté à diminuer leur consommation, de leurs différentes tentatives, de leur frustration liée parfois aux multiples échecs. Même si la majorité restait positive, ayant toujours en tête l'arrêt total, "Je vais y arriver un jour !", certains patients nous ont fait part de leur résignation : "je n'ai pas prévu d'arrêter pour l'instant", "je ne veux pas arrêter"... Un interviewé fumait toujours "comme un porc", un autre "comme un pompier"... Nous avons entendu des patients abstinents au moment des entretiens, parfois depuis plusieurs années verbaliser leur peur de rechuter. Un patient ne fumant plus depuis 2 ans nous a dit "toujours se méfier de lui". Une autre gardait une "grande appréhension de reprendre". Une patiente nous conseillait de "ne jamais refumer une seule cigarette". Un autre nous a dit "avoir enfin fait le deuil du tabac" alors qu'il ne fumait plus depuis 3 ans. Nous avons été parfois surpris de cette forte appréhension, cette impression de combat au quotidien contre la cigarette que certains patients semblaient mener. Nous avons également noté que peu de patients évoquaient leurs proches au cours des entretiens, leur dépendance et leur tentative de sevrage semblant rester quelque chose de l'ordre du personnel, ayant peu de conséquences sur leur vie sociale ou familiale. De nombreux patients ont évoqué les causes de leur reprise : problèmes familiaux, professionnels, évènements de vie (décès d'un proche, rupture...). Un patient nous a expliqué avoir manqué de motivation, s'étant arrêté pour ses enfants et pas pour lui. Un autre nous a parlé de son isolement à l'arrêt. Tout ses amis fumant, il ne pouvait plus "aller aux fiestas"... Selon les interrogés, les facteurs de réussite d'un sevrage sont une forte envie d'arrêter de fumer, un état psychologique stable, une vie familiale et professionnelle équilibrée et plusieurs tentatives d'arrêts. Peu de patients nous ont parlé de leurs motivations médicales à arrêter de fumer. Une patiente nous a dit vouloir arrêter car elle était "malade du cœur". Une autre car elle souffrait d'une artérite distale. Un patient nous a dit "ne pas vouloir mourir". Aucun patient n'a mentionné l'intérêt économique d'un arrêt de la consommation. A noter que nous n'avons pas d'information sur le ressenti des patients dans les autres études.

## 6- REGARD CROISE AVEC LE SEVRAGE ALCOOLIQUE

En 2011, Une étude intitulée "Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool" avait été réalisée auprès de 83 patients, sous la forme d'une thèse, dans le cabinet médical lieu de notre étude. Notre travail s'est voulu être un prolongement de ce travail en centrant cette fois l'analyse sur la prise en charge de la dépendance au tabac. Cette étude sur la prise en charge du sevrage alcoolique suivait la même méthode que la notre avec une partie rétrospective à partir de dossiers médicaux et une autre qualitative basée sur des entretiens avec les patients.

Les résultats de cette étude avaient été globalement favorables, montrant une prise en charge de la dépendance à l'alcool comparable à celle menée en structure spécialisée. Les patients avaient surtout apprécié l'écoute et le soutien du médecin, ainsi que la régularité du suivi. Ils avaient fait part des difficultés qu'ils avaient rencontrés au cours du soin : nécessité d'avoir une volonté et une détermination sans faille, difficultés physiques liées au manque d'alcool, difficultés psychologiques lors des moments de doute. Le manque d'encadrement du sevrage ambulatoire a également été opposé à la sécurité ressentie lors des soins hospitaliers. Les souffrances ressenties de par leur addiction avaient également été verbalisées au cours des entretiens : souffrance propre avec des sentiments de détresse, culpabilité et honte ; combat permanent contre la maladie alcoolique ; souffrance par rapport au regard des autres et souffrance des proches.

La prise en charge de la dépendance à l'alcool reste différente de celle du tabac. D'abord l'alcool, de présentations multiples, a des conséquences différentes au niveau médical. Sa consommation quotidienne a une répercussion sociale négative beaucoup plus importante que celle du tabac, qui reste bien accepté dans la société malgré plusieurs lois visant à contrôler sa consommation. La prise en charge des deux addictions reste également différente, la prise en charge de l'alcoolisme étant majoritairement réalisée dans des milieux spécialisés, hôpitaux ou centres de cure à la différence de celle du tabac majoritairement ambulatoire et fréquemment réalisée par des médecins généralistes. Le propos n'est donc pas de comparer les deux addictions mais d'évaluer si les résultats de nos études ont pu mettre en évidence des points communs ou au contraire de divergence entre ces deux populations issues du même cabinet médical et pris en charge par les mêmes



médecins.

### 6.1 Comparaison des échantillons

Quand nous comparons les deux échantillons (Tableau VIII), nous notons que le groupe pris en charge pour sevrage en alcool est plus masculin et plus âgé que le groupe des tabagiques. Les statuts familiaux sont comparables. Au niveau socioprofessionnel, les deux échantillons sont principalement employés et de professions intermédiaires. 55% des patients en sevrage alcoolique n'avaient jamais fait de tentative de sevrage avant le soin à l'inverse de la population des tabagiques qui avaient en grande majorité déjà tenté de s'arrêter.

Variable	Groupe alcool	Groupe tabac
Nombre de patients	83	89
Âge	43 ans	39 ans
Sexe ratio (F/H)	0,54	1,34
En couple	59%	56%
Première tentative	55%	2%
Appréciation favorable	60%	55%

**Tableau VIII : comparaison des résultats entre le groupe sevrage alcool et sevrage tabac**

### 6.2 Comparaison des entretiens

Dans les deux études, l'appréciation des patients a été globalement favorable avec un sentiment d'adhésion aux principes de la prise en charge. Les deux groupes ont surtout apprécié le suivi rapproché ainsi que l'écoute et la communication. Une forte motivation et un bon état psychologique et social restent les facteurs importants pour la réussite d'un sevrage. Les deux groupes ont souligné aussi l'intérêt d'être pris en charge par son médecin traitant, qui connaît le milieu de vie, la famille, les problèmes de santé. Les entretiens ont permis dans les deux cas d'accéder à la souffrance des patients. On note qu'elle est surtout centrée sur le patient chez les tabagiques, alors qu'elle touche également les proches chez les patients alcooliques. Pour citer une patiente du groupe tabagique : "Mon papa est alcoolique et je me sens autant en difficulté sur la dépendance mais sans les conséquences sociales et familiales". Ce commentaire résume le sentiment qui domine à la lecture des

entretiens des patients des deux groupes : L'alcool entraîne une souffrance d'une personne et de tout son entourage là où l'addiction au tabac reste globalement acceptée par les tiers.

### 6.3 Synthèse de la comparaison alcool/tabac

La comparaison des deux études permet donc de mettre en avant plusieurs points d'intérêt :

- Les patients pris en charge dans le cabinet pour un sevrage alcool sont plus âgés et plus fréquemment de sexe masculin. Ils viennent du même milieu socioprofessionnel.
- Les patients tabagiques font de multiples tentatives d'arrêt avant une prise en charge médicale à l'inverse des patients alcooliques qui sont plus souvent demandeurs d'une aide dès la première tentative. La prégnance de la dépendance physique explique sans doute cela.
- Les patients dans les deux études ont globalement adhéré à la prise en charge proposée par leur médecin traitant. Ils ont apprécié le suivi rapproché, les conseils et l'écoute.
- Dans les deux addictions, la motivation et le bon état psychologique sont des facteurs de réussite d'un sevrage selon les patients.
- Les souffrances occasionnées par la consommation d'alcool touchent le patient dépendant et son entourage à l'inverse de la consommation de tabac qui reste souvent de l'ordre du personnel.
- Dans le sevrage alcoolique comme dans le sevrage tabagique, la prise en charge par le médecin généraliste est aussi efficace que la prise en charge en milieu spécialisé.

## **7- BIAIS ET LIMITES**

Notre étude ne prétendait pas être représentative de la prise en charge ambulatoire des fumeurs en France, étant centrée sur un seul cabinet de deux médecins. La taille de notre échantillon ne nous permet pas une analyse statistique sur la partie quantitative. Cette partie avait pour but de décrire l'échantillon et de donner des indications générales.

En revanche, la partie qualitative, répondant à des critères différents, permet sans doute d'avoir un regard proche de l'avis général des patients lors de ce type de soins. Nous n'avons interrogé que 40 patients soit moins de la moitié des patients constituant notre échantillon. Cependant, nous avons au fil des entretiens constaté une redondance des informations, nous laissant penser que les principales problématiques ont pu être mises en avant. Les réponses des patients restent purement subjectives et ont pu être influencées par le contexte de la prise en charge, celle-ci étant réalisée dans la majorité des cas par leur médecin traitant. La durée des entretiens, de l'ordre de 5 minutes est finalement assez courte dans le cadre d'une étude qualitative. Cette brièveté a pu nuire à l'apport d'informations, les échanges restant parfois superficiels, les patients se concentrant sur les points apparents immédiatement (consommation de tabac, médicaments utilisés) sans s'ouvrir sur leur ressenti personnel ou leur souffrance.

Il existe un biais de sélection lié à nos critères d'inclusion. En effet, nous avons pris en compte les patients ayant assisté au moins à deux consultations sur un intervalle de un mois, ce qui exclu *de facto* les patients les moins motivés. Cependant le postulat initial était d'évaluer l'efficacité de la prise en charge ambulatoire, nous devions donc mettre un seuil en deçà duquel nous ne pourrions pas analyser la qualité du suivi.

## CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le sevrage de patients tabagiques souhaitant un arrêt, dans un cabinet de médecine générale. Nous avons réalisé l'étude en deux temps. Un premier quantitatif, rétrospectif, en analysant les dossiers de 89 patients et un second qualitatif en interrogeant 40 patients.

Les résultats montrent l'efficacité des soins proposés. En effet, un an après le début du soin, 28% des patients étaient toujours abstinents, un résultat semblable aux autres travaux sur le sujet en ambulatoire comme en centre spécialisé. Les facteurs favorisant la réussite sont : l'âge plus avancé, la vie en couple, un nombre élevé de consultations de suivi et l'absence d'antécédents anxio-dépressifs. Ces facteurs sont bien décrits dans la littérature.

Les avis des patients sur le soin proposé étaient positifs. Les patients ont notamment apprécié le suivi rapproché, la communication et le soutien apporté par le médecin au cours des consultations. La limite principale la plus souvent évoquée concerne le traitement psychotrope, jugé lourd. Il a été prescrit dans plus de 80% des cas. Une réévaluation serait sans doute utile.

Les entretiens ont permis d'aborder plusieurs points forts, notamment la place du médecin dans le sevrage tabagique. Il en ressort que les fumeurs restent les principaux acteurs du sevrage, le médecin apportant un cadre de prise en charge et un soutien dans la réussite comme dans l'échec. Ce type de sevrage reste une méthode parmi d'autres, les patients se tournant parfois secondairement vers d'autres méthodes. Indépendamment du protocole il semble que les points importants soient pour eux, une forte motivation, un bon état psychologique et une situation sociale stable.

Ces entretiens nous ont également permis d'accéder aux souffrances des patients face à leur dépendance, à leurs échecs... Nous avons noté que cette souffrance peut persister chez les patients abstinents, souvent liée à la peur de rechuter. La dépendance au tabac semble cependant avoir moins de conséquences sur la vie sociale et familiale que la dépendance à l'alcool, l'addiction au tabac restant le plus souvent un problème d'ordre personnel.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Richard D. Les drogues: Armand Colin collection 128; 2005. p. 70-81.
2. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 24 mai 2013). Tabagisme- Aide mémoire n°339, [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
3. Beck F, Guignard R, Richard JB, et al. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé France 2010. BEH 31 mai 2011 n°20-21; 230-232.
4. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. La revue du praticien. Mars 2012. tome 62 n°3 ; 325-329.
5. Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris, 2000, [en ligne]. [http://crips.centredoc.fr/docs/PDF\\_GED/T01088.pdf](http://crips.centredoc.fr/docs/PDF_GED/T01088.pdf)
6. Beck F, Legleye S, Spilka S. Le tabagisme des adolescents en France, suite aux récentes hausses des prix. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2006 ;21-22 : 150-152.
7. Lermenier A. OFDT : Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac; bilan de l'année 2012, [en ligne]. [http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\\_12bil.pdf](http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_12bil.pdf)
8. Borgne A. Le tabagisme : 2012, année du changement?. La revue du praticien; mars 2012- tome 62; 321-323.
9. 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.
10. Thomas D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. La revue du praticien. mars 2012 -tome 62 n°3; 339-343.
11. Lebargy F. influence du tabagisme sur les maladies respiratoires: idées reçues et réalités. La lettre du pneumologue 2008,XI:58-66
12. Haute autorité de santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. 2007.
13. Aubien HJ, Luquiens A, Bonnet N et al. De la tabacologie à l'addictologie. Revue du praticien. mars 2012-tome 62- n°3; 356-359.
14. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris 8-9 octobre. Editions Médicales et Scientifiques ; 1998.

15. Aubien HJ, Luquiens A, Dupont P et al. Stratégies thérapeutiques contre la dépendance tabagique. Revue du praticien. mars 2012-tome 62- n°3 ; 347-353.
16. American psychiatric association. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson.
17. Hymowitz N, Cumming KM, Hyland A et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tob control 1997;6 (suppl 2):S57-62.
18. 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.
19. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99:29-38.
20. Dubois G. Traitements de la dépendance : quelle place dans le contrôle de la pandémie tabagique?. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 31 mai 2011 / n° 20.
21. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. 2003.
22. Borgne A, Aubin HJ, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. la revue du praticien 2004:54.
23. Gautier A, Léon C, Wilquin JL, et al. Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, France. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis. 2003.
24. conférence d'expert :tabac et psychiatrie. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. 2008.
25. Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. Am J Public Health 1996;86:231-6
26. Perriot J, Letonturier R, Lemaire P et al. Optimiser la prise en charge des patients très fortement dépendants . Résumé-communication orale.
27. Desjeunes S. Un réseau de santé innovant dans la lutte contre le tabagisme en Lorraine; [thèse de doctorat en médecine]. Nancy: Faculté de médecine; 2009.
28. Raheison C, Marjary A, Valpromy B et al. Evaluation of smoking cessation success in adults. Respir Med. 2005 Oct; 99 (10): 1303-10.
29. Vannobel R, Depinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. La revue Exercer Mars/avril 2006 n°77 ; 54-60.
30. Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage. Les fonctions et

compétences du médecin généraliste, [en ligne].

[http://www.cogemspc.fr/des/promotion2009/fonctions\\_competences\\_2008.pdf](http://www.cogemspc.fr/des/promotion2009/fonctions_competences_2008.pdf)

31. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009, [en ligne].

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

32. Franco L. Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste ? Expertise collective; Inserm 2003.

33. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Baromètre santé médecins généralistes 2009 : Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. INPES.

34. CRAES. Les pratiques de l'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes en région Rhône-Alpes. Octobre 2003, [en ligne]. [http://education-sante-ra.org/publications/2003/aide\\_arret\\_generalistes.pdf](http://education-sante-ra.org/publications/2003/aide_arret_generalistes.pdf)

35. Taytard A. Sevrage tabagique. Respir.com, [en ligne].

<http://www.respir.com/doc/public/pathologie/sevrage-tabagique.asp>

36. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 17 mars 1999.

37. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : Arrêt de la consommation de tabac:du repérage au maintien de l'abstinence. Actualisation des recommandations de l'AFFSAPS de 2003. Recommandations de bonne pratique. 2013.

38. Marchal-Mangeot I. Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool: Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 83 patients pris en charge en médecine générale. [Thèse de doctorat de médecine]. Poitiers; Faculté de médecine; 2011.

# ANNEXE

## Extraits des entretiens réalisés auprès des patients

### Patient 1

1/Bien parce que ça a marché rien n'avait marché avant mais c'est surtout la volonté qui compte.

Avantage : aide si on en a besoin.

Inconvénient : aucun

2/ oui ; oui

3/Ne fume plus du tout

4/ « l'important ça reste d'avoir envie d'arrêter » ; « pour faire arrêter les gens, vous devriez les faire fumer deux cartouches de cigarettes devant vous pendant 24 heures pour les dégouter ».

### Patient 2

1/avantage : rassurée par traitement psychotrope associé aux patchs, pas de raison d'être anxieuse. Suivi très bien, très agréable, pas moraliste, ni juge, attentif, pas de reproches, pas de culpabilisation.

Inconvénient : traitement justement mal supporté, sensation de camisole chimique.

2/oui je le referais mais je discuterais avant du traitement, je serais moins naïve par rapport au traitement prescrit. je ne le conseillerais pas à cause des traitements même si ça peut marcher pour certaines personnes.

3/ « je fume moins et du tabac à rouler, j'ai l'impression d'avoir une consommation moins addictive... ».N'envisage pas d'arrêter actuellement.

4/ rien

### Patient 3

1/Rassuré par suivi rapproché, impression de grosse artillerie pour une chose aussi futile que le tabac. Bien nécessaire d'avoir un si gros traitement ? Les antidépresseurs ont pu aider mais les anxiolytiques n'étaient pas forcément nécessaires.

Avantage : écouté, aidé, accompagné rassuré par les consultations rapprochées.

Inconvénients : trop de médicaments. Réellement nécessaire ? Risque addictif ?

2/ Oui, mais plus critique sur les médicaments. L'a déjà conseillé.

A déjà essayé cigarette électronique mais ça ne marche pas. Essaie actuellement la diminution progressive.

3/A été sevré 2 ans mais repris à la faveur d'une rupture. En diminution.

4/Insiste sur les médicaments.

### Patient 4

1/Ne se souvient plus bien de la méthode mais ça a fonctionné. Pas d'inconvénients particuliers. S'était bien préparé et était motivé

2/Oui, oui

3/N'a jamais refumé

4/ « Chacun doit trouver la motivation plus que la volonté. Moi je l'avais et ça a marché. Ce n'était pas la première fois que j'essayais mais là j'étais motivé ».



### **Patient 5**

1/Ne se souvient pas bien. Avantage : épaulée dans la démarche. Pas d'inconvénients.

2/Souhaite ne plus avoir à s'arrêter. Le referait pour le suivi, l'accompagnement. Ne pense pas que les patchs aient beaucoup d'intérêt. Ne le conseillera pas forcément mais ne le déconseillerait pas non plus. L'arrêt avec le Médecin généraliste est une méthode parmi d'autres mais pas forcément la meilleure.

3/Ne fume plus depuis 2 ans. Arrêt seule. A pu arrêter seule car a déjà beaucoup essayé d'arrêter avant.

4/ L'accompagnement est confortable. Et le généraliste peut apporter des solutions.

### **Patient 6**

1/A bien marché quand il était suivi et qu'il prenait des médicaments mais à l'arrêt de l'accompagnement a repris. Inconvénient : prise de médicaments qu'il faut accepter. « c'est une méthode médicamenteuse ».

2/ Oui, si il avait envie d'arrêter. Oui, il la conseillera. « Toutes les méthodes sont bonnes à essayer ». N'en essayerait pas une autre actuellement.

3/Fume régulièrement, pas prévu d'arrêter.

4/Non

### **Patient 7**

1/Très bien, première fois qu'elle a pu arrêter malgré d'autres tentatives d'arrêt.

Avantage : suivi+++ même si pas toujours évident en pratique avec emploi du temps. Beaucoup d'écoute sur le stress et les soucis.

Pas d'inconvénients.

2/Oui ; Oui.

3/Suite soucis familiaux + stress, a repris il y a un an.

4/ Va bientôt revenir pour nouveau sevrage.

### **Patient 8**

1/ Nul, 3 semaines de patch trop court.

2/ Non, Non.

3/Arrêté il y a 6 mois avec un autre médecin avec patchs pendant 3 mois.

4/Non.

### **Patient 9**

1/Pas d'avis spécifique. Approche du médecin très bénéfique dans l'accompagnement et le suivi. Finalement plus que le traitement, c'est la démarche d'aide et de réflexion mise en place qui lui a apporté le plus. « La tentative avec le médecin traitant a été le déclencheur d'une réflexion sur le tabac et la prise de conscience que j'étais vraiment toxicomane. Ca a été le déclic. Je n'ai pas arrêté au moment de la prise en charge avec mon médecin mais il m'a épaulé. J'ai ensuite vu sur ses conseils un tabacologue, mais je n'ai pas arrêté non plus ».

2/Oui ; Oui

3/ « Depuis 2 mois suite à une prise en charge en acupuncture et auriculothérapie, j'ai arrêté de fumer et je me sens bien. Mais je pense que la réflexion apporté par le médecin a été nécessaire dans mon arrêt actuel et j'ai vu qu'il y avait plusieurs possibilités pour arrêter de fumer , médecins ou non qui pouvaient m'aider dans ma toxicomanie ».

4/Non

### **Patient 10**

1/Méthode très bien, avait déjà arrêté avant avec son médecin pendant 2 ans et avait finalement recommencé suite au décès d'un proche. Avantage : le suivi toutes les semaines, questions, prise en charge physique et aussi psychologique (angoisses, stress...). Inconvénients : « Les médicaments je voulais pas trop même si j'étais plus zen avec ».

2/ Oui, Oui.

3/ En arrêt depuis 1 an et ½. Garde une appréhension de reprendre.

4/ Contente des économies faites et de ne plus être essouffée quand elle monte les escaliers.

### **Patient 11**

1/ Satisfaite. « J'ai essayé plein de méthodes. J'avais déjà fait un sevrage avec mon médecin mais j'avais repris et donc je suis revenu vers lui ». Inconvénient : « au début avec les médicaments, j'étais un peu à l'ouest. J'ai pris quelques kilos aussi mais je n'ai pas fait de sport comme on me l'avait conseillé... ».

2/Oui ; Oui.

3/« Je ne fume plus depuis 1 an et ½ mais je me méfie toujours de moi ; on n'est jamais guérie c'est comme pour l'alcool, c'est une dépendance. Si je fume une cigarette, je pense que je reprends ».

### **Patient 12**

1/Bien mais traitement par patch trop court (2 semaines) ; « Ca aurait été mieux si ça avait été plus long parce que j'ai repris dès l'arrêt ».

2/Oui, Oui

3/Fume actuellement

4/Non

### **Patient 13**

1/Bonne méthode ; le point toutes les semaines, patch du dosage max au plus faible.

2/N'a pas marché donc ne sait pas si il recommencerait mais le conseillerait

3/Fume. « Moins mais toujours ».

4/Non

### **Patient 14**

1/Je n'ai pas suivi à la lettre la méthode parce que je refusais la prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. J'ai par contre suivi les conseils d'hydratation et d'activité physique. J'ai tenu 9 mois. Je pense que c'est une bonne méthode.

2/ « Oui je recommencerais mais cette fois je prendrais les anxiolytiques car j'ai justement du mal à gérer l'arrêt du tabac et à poursuivre la vie professionnelle avec le stress et puis la vie de famille. Mais je ne suis pas sûre que je la conseillerais. Je pense que la façon dont on fume conditionne la méthode que l'on doit utiliser. C'est au cas par cas... »

3/ « Je fume toujours je suis prête à faire 100 km pour un paquet de tabac. J'ai mes cigarettes clefs : matin, après repas et j'ai du mal à m'en passer ».

4/ « Mon papa est alcoolique et je me sens autant en difficulté sur la dépendance mais sans les conséquences sociales et familiales. J'avais arrêté 9 mois et je me suis octroyée le plaisir d'une cigarette pendant une soirée et le matin suivant je refusais ».

**Patient 15**

1/patchs effet positif, A pu diminuer mais pas arrêter.

Problème des patchs qui se décollent.

2/ « Ca peut être une bonne technique pour arrêter de fumer mais je ne conseillerais pas de prendre de médicaments pour arrêter par contre. Je compte m'orienter vers l'acupuncture car j'avais déjà réussi à arrêter 6 mois avec il y a 15 ans ».

3/Fume encore beaucoup des fois 90 cigarettes par jour.

4/ « J'ai déjà arrêté l'alcool et les stups et le tabac c'est vraiment le plus difficile à arrêter ».

**Patient 16**

1/ A apprécié la communication surtout

2/Oui, Oui

3/fume toujours ; essais multiples « je vais y arriver un jour ! »

4/Non

**Patient 17**

1/« J'ai arrêté plusieurs fois avec des patchs mais la dernière fois j'étais vraiment très stressé avec les patchs et le médecin m'a mis sous antidépresseurs et j'ai péché les plombs ! J'étais pas bien!... ». « Mais c'est important d'être aidé pour arrêter ».

2/« J'ai toujours fumé et j'ai toujours pensé que l'arrêt du tabac devait être encadré par un médecin et qu'il ne fallait pas s'arrêter de soi même donc oui et oui je le conseillerais. »

3/ « Je fume toujours un paquet par jour et j'ai toujours en tête d'arrêter. J'ai 46 ans et j'ai des enfants et j'ai pas envie de mourir jeune. Le tabac c'est une belle saloperie. »

4/ « C'est très très dur ! »

**Patient 18**

1/ « J'ai tenu 6 mois. J'étais très réticente aux médicaments prescrits mais j'ai bien apprécié l'accompagnement. J'ai repris suite à des événements familiaux difficiles. J'ai pris du poids aussi.

2/Oui mais pas comme ça, pas avec des médicaments. Après je n'irais pas consulter un service spécialisé. Le généraliste c'est bien ».

3/Fume

4/ « J'aimerais m'arrêter mais le tabac reste pour moi un accompagnement psychologique au quotidien. Je vis seule, j'ai vécu beaucoup de deuils et le tabac m'aide. Je suis assez dubitative sur l'ensemble des méthodes d'arrêt. Certes j'aimerais bien arrêter sans souffrance et facilement mais je suis sûre que le tabac me manquerait quand même ».

**Patient 19**

1/ « C'était bien, avec le traitement, j'étais calme, je n'avais pas envie de fumer. Et le médecin était très bien ».

2/Oui et va le refaire bientôt d'ailleurs

3/ « Je fume comme un porc »

4/ « faudrait pas vendre du tabac ! »

### **Patient 20**

1/Ne se rappelle plus de ce qu'elle avait fait mais ça n'avait pas marché.

2/Non ne le referait ou ne le conseillera pas. Toujours demandeuse d'une aide mais n'est pas sûre que le médecin traitant peut réellement aider à part peut être avec des médicaments.

3/ Toujours pareil, 10 cigarettes par jour, des fois moins selon l'humeur.

4/ « J'ai arrêté plusieurs fois seule ou aidée mais j'ai toujours repris. C'est très difficile. »

### **Patient 21**

1/Très bien. Les avantages : Le suivi médicalisé, le contact direct, le suivi téléphonique... « Je n'ai pas d'inconvénients à donner. »

2/Oui et Oui. L'a déjà conseillé.

3/3 à 5 cigarettes par jour depuis 1 mois mais a toujours en tête d'arrêter de fumer

4/ « Ne jamais reprendre une cigarette !! A chaque fois je me dis « allez, une petite » et je me retrouve à acheter un paquet le matin suivant...C'est stupide hein ? Sinon je ne pense pas avoir de dépendance physique, c'est surtout dans la tête».

### **Patient 22**

1/ « ça n'a pas marché, ça m'a énervé. Et j'avais l'impression d'avoir besoin d'un suivi plus rapproché par exemple deux fois par semaines avec un suivi très personnalisé. Le Docteur était présent mais je pense qu'il n'avait pas le temps de bien me suivre. Tout seul arrêter c'est vraiment difficile alors il faut que le médecin soit présent pour écouter. Il faudrait faire comme avec les gens qui veulent maigrir : suivre le fumeur de très près, compter les cigarettes fumées, voir ça comme un défi. Il faut que le médecin s'engage avec le fumeur. »

2/Oui mais avec plus de suivi et de communication. Ne le conseillera pas.

3/Fume toujours mais essaie de diminuer.

4/ « Il ne faut pas commencer ! J'ai essayé différentes méthodes : les 7 jours avec des photos de poumons détruits, le médecin traitant...Mais je n'y arrive pas...et pour peu qu'on soit un peu dépressif, c'est encore plus dur.... ».

### **Patient 23**

1/Assez positif, longue prise de conscience, complicité avec le médecin, qui l'a réconforté. A pris progressivement conscience de la nécessité d'un arrêt définitif. « On avait une bonne relation de confiance ! Il m'a aussi prescrit des médicaments qui ont bien calmé la dépendance physique. Arrêt sans difficulté ! »

2/Oui et l'a déjà conseillé.

« Après je pense qu'il n'y a pas une seule bonne méthode mais plusieurs à adapter selon les gens. C'est une lutte de tous les instants et le plus dur c'est la dépendance psychologique. »

3/ « J'ai fait mon deuil du tabac ».

4/ « Le tabac c'est une saloperie, il faut préserver nos gosses ! ».

### **Patient 24**

1/Content. Avait arrêté puis à repris, n'était pas en forme... Mais ne veut plus arrêter maintenant.

2/Non mais pourrait le conseiller.

3/Fume autant que avant.

**Patient 25**

- 1/Bien même si ça a été un échec mais plus à cause de lui qu'à cause de la méthode. « Je sais qu'elle a fonctionné pour certains et pas pour d'autres ».
- 2/ « Je ferai la méthode que mon médecin me conseillera ».
- 3/ « Je fume comme un pompier ».
- 4/Rien.

**Patient 26**

- 1/ Très positif. Avantage : le suivi, l'aide et le résultat. Pas d'inconvénients.
- 2/ oui et oui. D'ailleurs l'a déjà conseillé.
- 3/Ne fume plus du tout.
- 4/Non.

**Patient 27**

- 1/Très bonne méthode, efficace. Avantage : le suivi hebdomadaire.
- 2/Oui et Oui. Déjà conseillé.
- 3/Toujours abstinent.
- 4/ « Je pense qu'il faut se faire aider par son médecin généraliste, c'est plus efficace que tout seul ».

**Patient 28**

- 1/ Bonne méthode. « J'ai pu arrêter un peu, 15 jours... mais il faut être bien dans sa tête pour arrêter de fumer et moi c'était pas le cas... ».
- 2/ Oui, Oui.
- 3/ « Je fume toujours autant Et je ne cherche pas à arrêter pour le moment parce que j'ai des problèmes à côté... ».
- 4/ « J'ai entendu parler de beaucoup de nouvelles techniques comme l'acupuncture ».

**Patient 29**

- 1/ « C'est pour moi une des meilleures méthodes. J'ai eu des patchs et c'était impeccable : pas d'envie de fumer, mais par contre le geste me manquait ».
- 2/Oui le referait si avait envie d'arrêter. En a déjà parlé autour de lui.
- 3/Fume pareil que avant.
- 4/ « Le médecin traitant est une des premières personnes qui peut vous aider pour le tabac et pour les problèmes de santé donc c'est logique d'aller vers lui pour arrêter de fumer, surtout depuis que j'habite à la campagne. Et puis maintenant on est presque obligé de d'abord passer par lui ».

**Patient 30**

- 1/ « Bonne méthode, j'ai pu arrêter quelque temps, environ 9 mois. C'était très positif. J'avais des patchs et j'étais vu toutes les semaines. Mais bon pour réussir il faut une vie sans problème. Au moindre souci on reprend. En tout cas c'était une bonne chose».
- 2/Oui, Oui L'a déjà conseillé
- 3/ « Je fume toujours un petit peu, environ 3 cigarettes par jour et j'aimerais toujours arrêter ».
- 4/« Pour moi le tabac est une drogue, il vaut mieux s'en passer mais c'est dur de s'en séparer ».

### **Patient 31**

1/ « J'ai adoré et je suis très reconnaissante envers le médecin. J'ai surtout apprécié l'échange, la parole, nous avons pu discuter sur le fait d'arrêter et sur ma nouvelle identité sans tabac. Il m'a beaucoup rassuré. Ce qui était bien c'était que les rendez vous étaient très réguliers toutes les semaines ».

2/Oui, Oui

3/Ne fume plus

4/ « Je sais qu'il y a des tabacologues à l'hôpital mais j'ai vraiment apprécié d'être suivie par mon médecin traitant. Ce qui est dur avec le tabac c'est que tout le monde a son mot à dire, la voisine, la belle mère...et le médecin peut dire stop à toutes ces idées reçues... ».

### **Patient 32**

1/ « Ca s'est bien passé mais je n'ai pas arrêté...Surtout j'ai eu des gros problèmes avec les « badges » (patchs) car je faisais des oedemes, ça me grattait...on a essayé toutes les marques mais rien à faire. Mais je pense surtout que je n'ai pas arrêté parce que je n'avais pas la volonté d'arrêter, je voulais stopper la consommation, pour mes enfants mais pas pour moi. En plus quand on arrête, il faut éviter les fiestas pendant un peu de temps, pas voir ses copains fumeurs et je crois que je n'avais pas envie à ce moment là ».

2/ « Je veux de nouveau arrêter et je pense me tourner vers l'hypnose. Apparemment il y a une très bonne efficacité ».

3/ « On fume toujours moi et mon conjoint...on essaye de fumer dehors ou dans la cuisine quand les enfants dorment ».

### **Patient 33**

1/Ne se rappelle plus bien (c'était il y a 9 ans). Avait arrêté quelques mois.

2/ Ne sait pas.

3/ «J'ai arrêté depuis 6 mois. Je suis allé voir un hypnotiseur. »

### **Patient 34**

1/ « Cette méthode m'a beaucoup aidé. J'étais décidée à arrêter mais je n'y arrivais pas toute seule. J'avais essayé l'acupuncture sans résultats et là ça a marché. Ce qui est intéressant c'est qu'on se voit beaucoup pour parler ».

2/Oui, Oui

3/Ne fume toujours pas... (Quelques secondes puis ajoute)... « Je ne fume plus ».

4/ « C'est une vraie dépendance. Pour s'arrêter le plus important c'est la motivation ».

### **Patient 35**

1/ ne se souvient pas.

3/ Fume encore.

### **Patient 36**

1/ A beaucoup apprécié les discussions et le suivi rapproché avec l'appel téléphonique à 3 jours et le suivi toutes les semaines. Pense que le traitement devrait être au cas par cas, notamment les antidépresseurs qu'elle n'a pas voulu prendre.

2/Non, A trop arrêté et repris récemment. Sinon oui l'a déjà conseillé.

3/Fume beaucoup et envie d'arrêter

4/ « Je trouve que nous ne sommes pas bien renseignés sur l'efficacité des

substituts. Quelle durée faut il les prendre, comment ? On ne sait pas bien quelle est la part de lobbying et quelle est la part de santé publique ».

### **Patient 37**

1/ « Je trouve que le traitement par patch avait ses limites et j'ai repris dès l'arrêt. Je pense que la proximité d'autres fumeurs a aussi joué dans ma reprise. Si je m'étais tenu à l'écart, j'aurais pu arrêter je pense ».

2/ « Je me renseignerais d'abord pour voir si il existe d'autres méthodes . Je pense que si je devais arrêter, j'essaierais autre chose. J'ai témoigné autour de moi mais je ne l'ai pas conseillé ».

3/Fume beaucoup

4/ « Le tabac c'est de la merde, c'est une vraie addiction ».

### **Patient 38**

1/ « C'est une méthode comme une autre. J'ai tout essayé. Les patchs ne servent a rien dans mon cas. Les antidépresseurs peuvent être nécessaires et j'en avais besoin mais ça n'a pas fonctionné ».

Le mieux c'était le suivi. Ca m'a permis d'arrêter pendant 6 mois ». Il est à la recherche d'une méthode plus adaptée.

2/ « Le tabagique doit se faire aider et je pense que le médecin traitant est en première ligne car il connaît son patient. A un fumeur qui veut arrêter, Je lui conseillerais d'aller voir médecin et pas pharmacien. Les deux médecins du cabinet sont excellents dans le suivi et les explications et savent conseiller quand ça ne va pas. Pour arrêter je retournerais voir mon médecin ».

3/Actuellement fume 1+1/2 paquets par jour. « Je suis malade du coeur et je dois arrêter mais je n'y arrive pas ».

4/ « Tabac info service c'est de la vraie connerie ».

### **Patient 39**

1/ « J'y suis arrivé, j'ai arrêté comme ça j'ai pas pris les médicaments ni les patchs. Par contre je suis allé voir régulièrement le médecin et on parlait du tabac. Je n'ai rien fait de particulier, j'avais envie d'arrêter. Je connais bien mon médecin et il a été important ».

2/Oui, et Oui. L'a déjà conseillé.

3/ « Je ne fume plus du tout, les fumeurs ne me dérangent pas ».

4/ « Ca change beaucoup de choses dans mon entourage en positif. Ca m'a beaucoup surpris. Ma femme dit que ça sent plus la clope à la maison. Mais je ne me porte pas mieux, j'ai pris du poids. Le médecin m'avait prévenu ».

### **Patient 40**

1/ « Pas bonne pour moi. Je m'étais arrêté il y a 10 ans de façon brutale à cause d'une artérite distale et j'ai repris 9 mois après suite à un événement de vie et depuis impossible d'arrêter. La médication que m'a proposée le médecin n'est pas pour moi le plus efficace mais les discussions sont là pour aider. Là j'ai arrêté toute seule en juin car j'ai commencé à tousser récemment ».

2/ « Le médecin peut aider, pour le suivi pour certaines personnes. Mais l'arrêt du tabac doit venir de la personne. Donc oui je conseille d'aller voir son médecin traitant ».

3/Pas fumé depuis juin mais a pris une cigarette électronique sans nicotine.

« Je suis une fumeuse solitaire, je ne fume pas en soirée ».

4/ « Le médecin traitant doit prendre le patient dans sa globalité, le traitement ne suffit pas. Moi je suis un cas particulier et c'est surtout le travail avec mon psychiatre qui me fait avancer. »



## Résumé

**Introduction :** Le tabagisme est la première cause de décès évitable dans le monde. Il est responsable de plus de 70000 décès par an en France. Le médecin généraliste est le plus souvent le premier recours du patient fumeur souhaitant stopper sa consommation. Nous pouvons nous poser la question de l'efficacité des soins mis en place par les médecins généralistes face à la dépendance au tabac.

**Objectif :** Evaluer le sevrage des patients tabagiques souhaitant un arrêt par le médecin généraliste.

**Matériel et méthodes :** Notre travail a été réalisé en deux temps: D'une part, une étude descriptive rétrospective de 89 dossiers médicaux de patients dépendants au tabac pris en charge dans un cabinet de médecine générale de 2002 à 2012 et d'autre part, une étude qualitative basée sur 40 entretiens individuels réalisés auprès de patients inclus dans l'étude.

**Résultats :** 38% des patients étaient abstinents à 6 mois et 28% toujours abstinents à un an; un résultat semblable aux autres travaux sur le sujet en ambulatoire comme en centre spécialisé. Les facteurs favorisant la réussite sont l'âge plus avancé, la vie en couple, un nombre élevé de consultations de suivi et l'absence d'antécédents anxio-dépressif. La majorité des patients interrogés avaient un avis positif sur la prise en charge. Ils ont notamment apprécié le suivi rapproché, la communication et le soutien apporté par le médecin. La limite la plus souvent évoquée concerne le traitement psychotrope prescrit dans plus de 80% des cas.

**Conclusion :** Les résultats montrent l'efficacité des soins proposés par les médecins généralistes dans le sevrage tabagique. Les patients apprécient la prise en charge proposée même si ils la considèrent comme une méthode parmi d'autres. Les entretiens ont permis d'accéder au ressenti des patients et notamment à leur souffrance face au tabac.

**Mots clés:** Tabagisme, sevrage, évaluation, médecine générale.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

