



HAL
open science

La boîte de sevrage tabagique: Expérience d'un outil didactique et pédagogique à destination des praticiens

Sandra Yoncourt

► To cite this version:

Sandra Yoncourt. La boîte de sevrage tabagique: Expérience d'un outil didactique et pédagogique à destination des praticiens. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01734220

HAL Id: hal-01734220

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734220v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2009

N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Sandra YONCOURT

Le 30 avril 2009

LA BOITE DE SEVRAGE TABAGIQUE : EXPÉRIENCE D'UN OUTIL DIDACTIQUE ET PEDAGOGIQUE A DESTINATION DES PRATICIENS

Examineurs de la thèse :

M. Yves MARTINET	Professeur		Président
M. Henri LAMBERT	Professeur	}	
M. Pierre – Édouard BOLLAERT	Professeur	}	Juges
M. Francis RAPHAEL	Maître de Conférence	}	
M. Denis EVRARD	Docteur en médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL
Raoul SENAULT - Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN
Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON
Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE
Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT
Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS
Francis PENIN – Michel STRICKER Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE
Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU - Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHULLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELF
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET
Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Yves MARTINET
Professeur de pneumologie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en assurant la présidence de cette thèse.

Permettez-nous de vous exprimer notre vive reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et Juge

*Monsieur le Professeur Henri LAMBERT
Professeur en réanimation médicale
Officier dans l'ordre des Palmes Académiques*

Vous avez accepté avec bienveillance de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A notre Maître et Juge

*Monsieur le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur en réanimation médicale*

Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en siégeant à notre Jury et nous vous prions de trouver ici un témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge

*Monsieur le Docteur Francis RAPHAËL
Médecin généraliste tabacologue
Maître de conférence associé en médecine générale*

Vous nous avez indéfectiblement soutenus dans la direction de ce travail et nous vous en remercions.

Nous admirons votre dynamisme et votre disponibilité.

Nous vous remercions pour l'accueil sympathique et bienveillant que nous avons trouvé auprès de vous.

Nous souhaitons vous exprimer ici notre profonde reconnaissance.

A notre maître et Juge

Monsieur le docteur Denis EVRARD

Médecin généraliste

Vice-Président de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle

Président de l'AMPPU 54

Vous nous avez proposé ce travail sous votre direction et nous vous en remercions.

Vous nous avez indéfectiblement entourés de votre bienveillante compréhension.

Vous nous avez toujours réservé un accueil chaleureux et une disponibilité totale.

Nous vous remercions de l'attention que vous nous avez témoignée.

Nous vous prions de trouver ici notre profond respect.

A la mémoire de ma maman, Joëlle

Son souvenir restera toujours vivant.

Je lui dédie ce travail en témoignage de mon amour.

A mon papa, Bernard

Pour qui l'attente de ce moment a du paraître si longue ...

Vous avez presque toujours su garder confiance en moi !!!

Avec toute ma reconnaissance et mon affection.

A mes enfants, Charlotte, Arthur, Victor, Théophyle et Augustin

Vous faites ma joie et ma fierté.

Vous me permettez d'avancer.

Pour vous, je réalise mes projets.

Trouvez ici le témoignage de mon amour.

A la mémoire de ma grand-mère, Nanou

Que je continue ce qu'elle n'a pu terminer...

Avec toute mon affection.

A ma cousine, Camille

Nous y arriverons !!!

Rendez-vous dans quelques années !!!

A toute ma famille

A Anne et Médéric

A leurs filles, Angèle, Garance et Suzanne

Vous avez su rester présents dans les moments de joie et de tristesse.

Merci pour votre soutien dans les moments difficiles.

Merci pour votre amitié.

A tous mes amis

Que je ne citerai pas....j'espère avoir fait en sorte qu'ils se reconnaissent !!!

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	22
I. LE TABAGISME EN FRANCE	25
A. RAPPELS ET DONNÉES ACTUELLES SUR LE TABAGISME	26
1. Évolution du marché des produits du tabac en France	26
2. Données de la population générale	28
3. Évolution récente	29
4. Données de la population en Lorraine	33
5. La législation contre le tabac	36
B. COMPOSITION DU TABAC	40
1. Introduction	40
a) La phase particulaire	41
b) La phase gazeuse	42
2. Les composés majeurs de la fumée de cigarette et leurs effets physiologiques	43
a) Alcaloïdes nicotiniques	44
(i) Nicotine	44
(ii) Cotinine	44
(iii) Nornicotine	45
b) Acétaldéhyde, Bêta-carbolines et Inhibiteurs des Monoamines Oxydases (IMAO)	45
3. Liens entre la composition de la fumée du tabac et les troubles associés au tabagisme	46
C. LA DÉPENDANCE TABAGIQUE	47
1. Généralités	47
2. Les mécanismes de dépendance	47
a) Les principaux neurotransmetteurs	47
b) L'action des substances psycho actives	48
c) Action pharmaco-biologique de la nicotine	48

(i)	Action sur le système nerveux	49
(ii)	Action sur le système cardio – vasculaire	49
(iii)	Action sur le système respiratoire	49
(iv)	Action sur le système endocrinien	50
(v)	Action sur les fibres lisses et les sécrétions	50
(vi)	Action sur le métabolisme	50
d)	Les différentes formes de dépendances et leurs évaluations	50
(i)	Dépendance : Définition OMS	50
i)	La dépendance pharmacologique	51
ii)	La dépendance comportementale ou environnementale	51
iii)	La dépendance psychologique	51
(ii)	Évaluation du tabagisme et des dépendances	52
i)	L'évaluation du tabagisme	52
ii)	L'évaluation de la dépendance pharmacologique	52
iii)	L'évaluation de la dépendance psychologique et comportementale	52
e)	Le syndrome de manque	53
D.	COMPLICATIONS DE L'USAGE DU TABAC	53
1.	Introduction	53
2.	Les cancers	54
a)	Les cancers pulmonaires	54
b)	Les cancers des voies aéro-digestives supérieures	55
c)	Les cancers des voies urinaires	56
3.	Les complications respiratoires	56
a)	La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)	56
b)	La maladie asthmatique	57
4.	Les complications cardio-vasculaires	58
5.	Complications du tabagisme passif pour l'enfant	58

II. LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE	60
A. HISTORIQUE	61
B. DESCRIPTION	62
1. La boîte	62
a) Les dimensions	63
b) Organisation de la boîte	64
c) La signalétique (décor, couleur, etc...)	65
(i) Face Patient	66
(ii) Face latérale	67
d) Les légendes	68
(i) Face Patient	68
(ii) Face Médecin	68
(iii) Face latérale	69
2. Les fiches	69
a) Les dimensions	69
b) Le code des couleurs	70
(i) Les fiches «médecin généraliste»	70
(ii) Les fiches «patient»	70
c) Les thèmes abordés	70
(i) Partie Médecin	70
i) Les fiches B	70
ii) Les fiches C	72
iii) Les fiches D	75
iv) Les fiches E	76
v) La fiche F	77
vi) La fiche G	78
(ii) Partie Patient	78
i) Les fiches 1	78

ii) Les fiches 2	79
iii) Les fiches 3 ₁ et 3 ₂	80
iv) Les fiches 4 ₁ et 4 ₂	80
v) La fiche 5	81
vi) Les fiches 6 ₁ et 6 ₂	81
(iii) Les grandes fiches	82
i) Fiche d'évaluation et de suivi du patient	82
ii) Semainier diététique	82
C. RÔLE DE LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE	83
1. Pour le médecin généraliste	83
a) Support didactique	83
b) Support pédagogique	83
c) Aide à la mise en place du sevrage tabagique et au suivi du patient	85
d) Réalisation d'enquêtes épidémiologiques	86
2. Pour le patient	87
a) Stimulation à la mise en place du sevrage tabagique	87
b) Support pédagogique	88
c) Dédramatisation	88
(i) Du sevrage tabagique	88
(ii) De la rechute	88
d) Soutien	89
III. LES ENQUÊTES	90
A. Méthodologie	91
1. Population étudiée	91
2. Informations recueillies	91
3. Traitement des données	91
B. Résultats	92
1. Présentation des répondants	92

a)	Répartition par sexe	92
b)	Répartition par tranche d'âge	93
c)	Répartition par département	93
2.	Statut tabagique des répondants	94
3.	Analyse de la formation post-universitaire	95
a)	Répartition des répondants Formé/Non Formé	95
b)	Répartition des formés /non formés par département	96
c)	Répartition des formés par tranche d'âge	97
d)	Type de formation suivie	98
4.	Délivrance du conseil minimal à l'arrêt du tabac	99
5.	Pratique du sevrage tabagique des répondants	100
a)	Propositions de sevrage tabagique	100
i)	En général	100
ii)	En relation avec la formation	101
iii)	En relation avec le statut tabagique des médecins	102
iv)	Évolution 2006 – 2008	102
b)	Demandes de sevrage tabagique	103
(i)	En général	103
(ii)	Évolution 2006- 2008	104
6.	Relation avec les centres de tabacologie	104
a)	Connaissance de l'existence d'un centre de tabacologie	105
b)	Orientation vers les centres de tabacologie	105
(i)	En général	105
(ii)	En fonction du département	106
(iii)	En fonction de la formation	107
7.	Utilisation de la boîte de sevrage tabagique	108
a)	En général	108
b)	En fonction de la formation	109

c)	Utilisation de la boîte et nombre de propositions de sevrage tabagique	110
d)	Utilisation de la boîte et nombre de demandes de sevrage tabagique	112
e)	Utilisation des fiches	113
f)	Utilité d'un format informatique	115
IV.	DISCUSSION	116
A.	Description de la population des répondants	117
B.	Statut tabagique des médecins sondés	117
C.	Le suivi d'un enseignement initial et /ou d'une formation post-universitaire	118
D.	Délivrance du conseil minimal	119
E.	Pratique du sevrage tabagique	120
1.	Nombre de propositions de sevrage tabagique par mois	120
a)	En général	120
b)	En fonction de la formation	121
c)	En fonction du statut tabagique du médecin	121
d)	Evolution dans le temps	122
2.	Nombre de demandes de sevrage tabagique par mois	122
a)	En général	122
b)	Évolution entre 2006 et 2008	123
F.	Relation avec les centres de tabacologie	123
1.	En général	123
2.	En fonction de la formation	123
G.	Utilisation de la boîte de sevrage tabagique	124
1.	En général	124
2.	En fonction de la formation	125
3.	Utilisation de la boîte et propositions de sevrage tabagique	125
a)	En général	125
b)	Dans le temps	126
4.	Utilisation de la boîte et demandes de sevrage tabagique	126

5. Utilisation et cotation des fiches	126
6. Besoin d'un outil informatique	127
CONCLUSION	128
BIBLIOGRAPHIE	131
ANNEXES	137
ANNEXE 1: ENQUÊTE 2006	138
ANNEXE 2 : FICHES QUESTIONNAIRE 2006	142
ANNEXE 3: ENQUÊTE 2008	185
ANNEXE 4 : SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE	188
ANNEXE 5: PRESENTATION DE LA BOITE AUX MEDECINS	191
ANNEXE 6: PRESENTATION DE LA BOÎTE AUX PHARMACIENS	192
ANNEXE 7: DATE DES REUNIONS DE PRESENTATION DE LA BOÎTE	194
ANNEXE 8: PRE-TEST	195
ANNEXE 9: PRE, POST - TESTS	197
ANNEXE 10: BILAN DES PRE-TESTS ET DES POST-TESTS	199

INTRODUCTION

Les conséquences majeures du tabagisme ont été progressivement mises en évidence depuis les années 50. Première cause de mortalité évitable, le tabagisme est réputé responsable d'environ 70 000 morts par an en France en cette première décennie du XXIème siècle.

Objectif majeur de santé publique, la lutte contre le tabagisme est en outre devenue un objectif économique, particulièrement depuis que le coût médico-social a rattrapé, voire dépassé, le chiffre des recettes fiscales liées aux ventes de paquets de cigarettes.

La tabacologie est dans notre pays une discipline relativement nouvelle, jusqu'à ces dernières années peu ou pas enseignée dans les facultés de médecine ; et la lutte contre le tabagisme est longtemps restée dans le champ des consultations spécialisées.

Pourtant le médecin généraliste, pierre angulaire du système de soins et bien souvent interlocuteur privilégié du patient, peut être le premier recours en cas de demande de sevrage tabagique.

Il est l'un des mieux placés, sinon le mieux placé, pour effectuer un vrai travail de prévention. Il est celui qui côtoie le plus souvent et connaît le mieux le patient demandeur, dans toute la diversité et la complexité des situations et antécédents qui influencent un tabagisme, les conditions de succès d'un traitement, l'accompagnement d'un sevrage (statut social et économique, état psychique, dépendances associées, problèmes familiaux ...).

Et si moins de 5% des tentatives d'arrêt sans soutien médical ont une chance d'aboutir dans l'année qui suit, le médecin est l'une des meilleures chances de succès durable d'un sevrage.

Il paraît donc hautement recommandable que l'ensemble des médecins généralistes soient formés à la pratique de la tabacologie et au sevrage.

Nous ne voulons par là pas suggérer que les médecins généralistes n'auraient aucune connaissance en ces domaines (médicaments, conduite à tenir...), mais qu'ils n'ont sans doute pas toutes les connaissances souhaitables voire peut-être simplement nécessaires, face à une matière aussi complexe et multiple : rythmes et méthodes de surveillance d'un sevrage, troubles psychologiques sous-jacents (25% des fumeurs ont un syndrome dépressif latent et 80% des dépressifs ont une forte dépendance au tabac). (1)

Fort de ce constat et avec pour objectif d'améliorer les connaissances des praticiens et de faciliter le déroulement de leurs consultations de sevrage tabagique, un outil fut créé en 1999 par l'AMPPU 54 (Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire) sous la direction du docteur FRANCO : LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE.

Cette boîte, réunissant des fiches destinées pour certaines aux médecins, pour d'autres aux patients, regroupe dans un même instrument l'ensemble des documents (test de Fagerström, test de dépendance comportementale, conseils nutritionnels, utilisation des différents outils thérapeutiques...) dont les médecins généralistes peuvent avoir besoin dans leur pratique. Il avait en effet été souligné que les documents existants étaient rarement adaptés à la consultation du médecin généraliste.

La boîte fut diffusée à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe-Et-Moselle en 2001, puis à l'ensemble des médecins généralistes de Lorraine en 2004.

En 2006, il est apparu souhaitable de mener une évaluation de cette opération, et d'en tirer partie pour approfondir nos connaissances en matière de besoin d'aides et de supports des praticiens médecins généralistes, au regard de leur pratique et de leur formation.

Cette évaluation repose sur deux questionnaires (joints en annexe) délivrés à deux ans de distance, l'un en février 2006, l'autre en mai 2008, à l'ensemble des praticiens de Lorraine.

Ce travail permet de faire un état des lieux et un point sur les besoins des médecins pour orienter, accompagner et mener à bien l'effort de leurs patients vers l'abstinence.

Cette étude sur le tabagisme m'a particulièrement intéressée pour ma future pratique professionnelle, pour l'aide thérapeutique et l'écoute que je pourrai apporter aux patients, mais également en tant qu'ex-fumeuse, ayant parfois rechuté sous l'effet du stress.

Touchée par cette addiction lors de mes années universitaires, je n'ai, que ce soit en tant que futur médecin ou en tant que future patiente, reçu en ces années que trop peu d'informations sur les méfaits du tabac et sur les possibilités de sevrage. Et dans tous les cas, j'ai été trop peu sensible aux quelques avertissements qui ont pu m'être délivrés.

I. LE TABAGISME EN FRANCE

A. RAPPELS ET DONNÉES ACTUELLES SUR LE TABAGISME

1. Évolution du marché des produits du tabac en France

Les données de vente des produits du tabac, notamment celles publiées par la filiale de distribution d'Altadis pour la France métropolitaine (hors Corse), ainsi que par le mensuel « la revue des tabacs » fournissent une évaluation de la consommation de tabac en France.

Année	Ventes de cigarettes Volume, milliards d'unités,	Ventes scaferlatis Volume, tonnes	Ventes cigares et cigarillos Volume, millions d'unités
1991	97,1	4905	1473
1992	96,3	4970	1377
1993	93,6	5534	1369
1994	90	6196	1407
1995	88,3	6444	1460
1996	86,2	6997	1530
1997	83	7315	1571
1998	83,8	7284	1630
1999	83,7	7386	1671
2000	82,5	7170	1711
2001	83,5	7086	1729
2002	80,5	6957	1707
2003	69,7	6995	1730
2004	55	7861	1892
2005	54,8	7782	1848
2006	55,8	7795	1819

* Tabac traditionnel, à pipe et à rouler

Tableau 1 : Évolution du marché des cigarettes, des scaferlatis* et des cigares et cigarillos en volume France, 1991-2006 (2)

② Achats de tabac en France par adulte et par jour

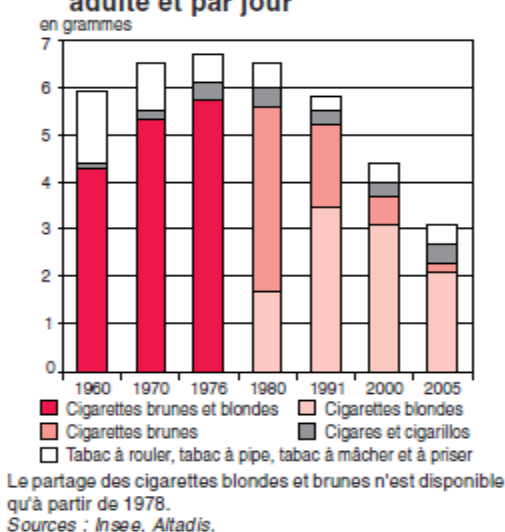


Fig. 2 : achats de tabac en France par adulte et par jour (3)

Après une baisse significative des ventes de cigarettes en 2003 et 2004, imputée principalement aux fortes augmentations de prix de janvier et octobre 2003 et de janvier 2004, on constate depuis 2004 une stabilisation des ventes, malgré la dernière augmentation du prix du tabac en août 2007. Cette stabilisation semble se confirmer sur le début 2008 (2).

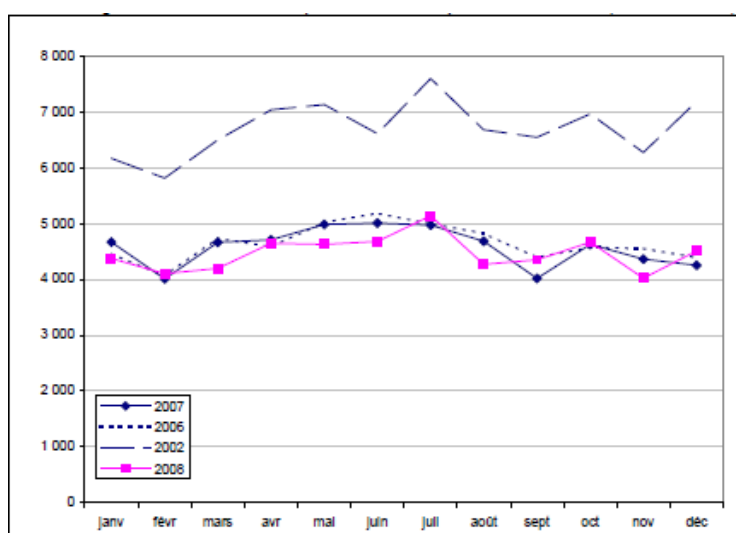


Fig. 3 : Vente de cigarettes 2006-2008 (et année de référence 2002) en millions d'unités (3)

Les ventes de scaferlatis (tabac traditionnel, à pipe et à rouler) ont, pour leur part, augmenté entre 2003 et 2004 (type de consommation de tabac meilleur marché), de même que le nombre de cigares et cigarillos vendus.

2. Données de la population générale (8)

Le nombre total de décès attribuables au tabac a été estimé à 66 000 décès en France pour l'année 1999, 59 000 hommes et 7 000 femmes (3)

Ce chiffre semble être resté stable en 2007.

La consommation de tabac est ainsi la première cause de mortalité évitable.

Dans le cadre des programmes de lutte contre le tabagisme, diverses enquêtes sont mises en œuvre de manière périodique, afin de suivre les habitudes de consommation des produits de tabac de la population française ou de certaines sous-populations, notamment :

- les enquêtes « Baromètre Santé » à l'initiative de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES),
- les Enquêtes sur la Santé et la Consommation lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), qui concernent les garçons et filles de 17 ans originaires de métropole,
- les enquêtes ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs), dans le cadre d'un projet européen portant sur des adolescents scolarisés en collèges ou lycées (général, professionnel ou technologique).

D'après le Baromètre Santé 2005 (4) 29,9% des Français âgés de 12 à 75 ans, tous sexes confondus, déclarent fumer, correspondant ainsi à 13.2 millions de fumeurs. 33,4% des hommes et 26,6% des femmes âgés de 12 à 74 ans sont donc fumeurs.

Les proportions de fumeurs réguliers, suivant l'âge et le sexe, sont détaillées dans le tableau suivant.

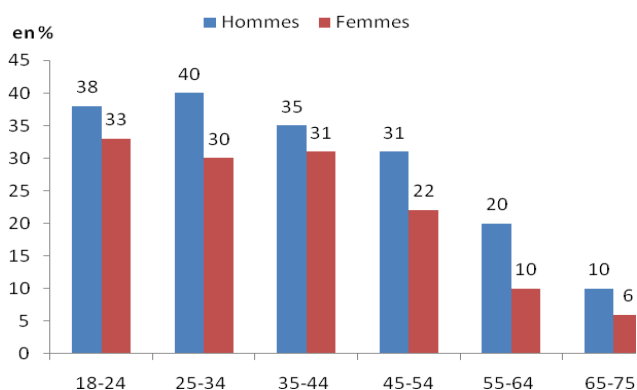


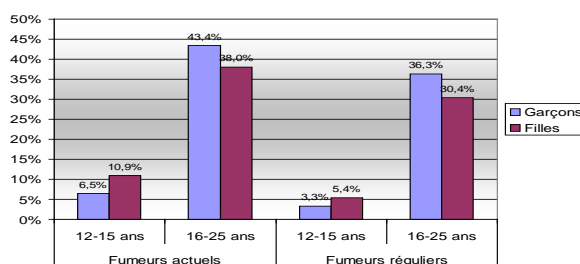
Fig. 4 : proportions de fumeurs quotidiens de tabac, suivant l'âge et le sexe (6)

La consommation quotidienne de tabac chez les fumeurs réguliers est en 2005 de 14,8 cigarettes par jour. La cigarette est le mode de consommation le plus répandu (3) (95,1% des consommateurs), les cigares et/ou cigarillos représentent 13,9% et la pipe 2,5%. Les modes de consommation sans combustion sont très peu répandus, mais aussi très mal recensés ; le tabac à chiquer serait utilisé par 0,2% des consommateurs.

Un phénomène plus récent apparaît : l'usage de la pipe à eau/narguilé.

Au premier trimestre 2007, parmi les élèves de collèges et lycées parisiens, la moitié des élèves de 16 ans déclare en avoir déjà consommé et 20% en fumer au moins une fois par mois.

Prévalence du tabagisme chez les jeunes (baromètre 2005)



Etat des lieux du tabagisme chez les jeunes - INPES

6

Fig. 5 : prévalence du tabagisme chez les jeunes (6)

3. Évolution récente (8)

De 1963 à 2003, le nombre de fumeurs réguliers diminue chez les hommes, passant de 36% et 15,7 cigarettes par jour en 1995, à 30% et 14,0 cigarettes par jour en 2003. Par contre, on

constate une relative augmentation chez les femmes, passant de 21% et 13 cigarettes par jour en 1995, à 22% et 13 cigarettes par jour en 2003. (5)

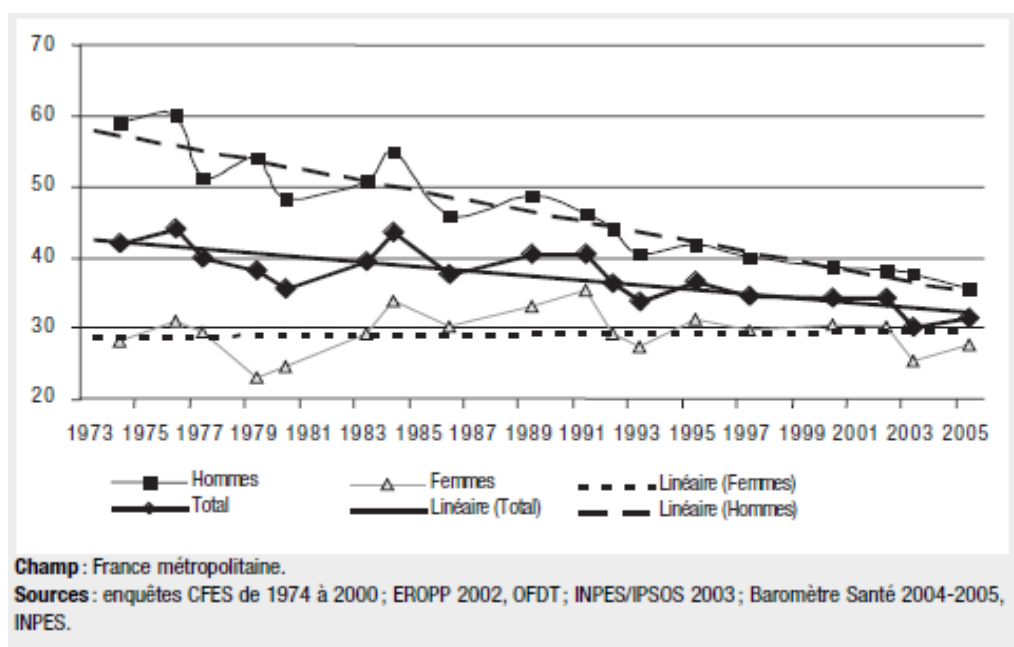


Fig. 6 : proportion de fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) parmi les 18-74 ans de 1974 à 2005 (%) (9)

- Chez les hommes, la prévalence (fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels) poursuit sa décroissance, passant de 36,5% en 2000, à 33,3% en 2005. Une telle décroissance peut être constatée dans toutes les tranches d'âge à l'exception toutefois des tranches d'âge 20-25 ans et 45-54 ans (cf. Fig. 8)

Evolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les hommes (en structure de population 1999).

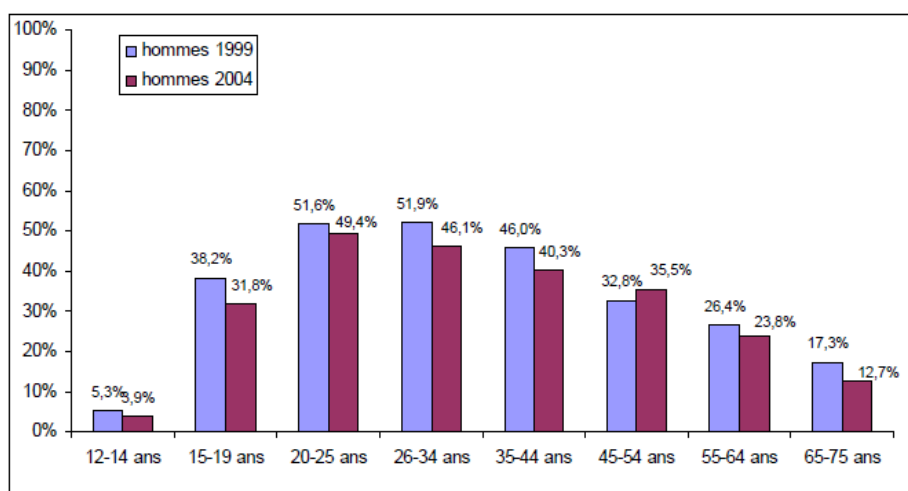


Fig. 7 : prévalence du tabagisme chez l'homme, selon l'âge, en 1999 et 2004 (6)

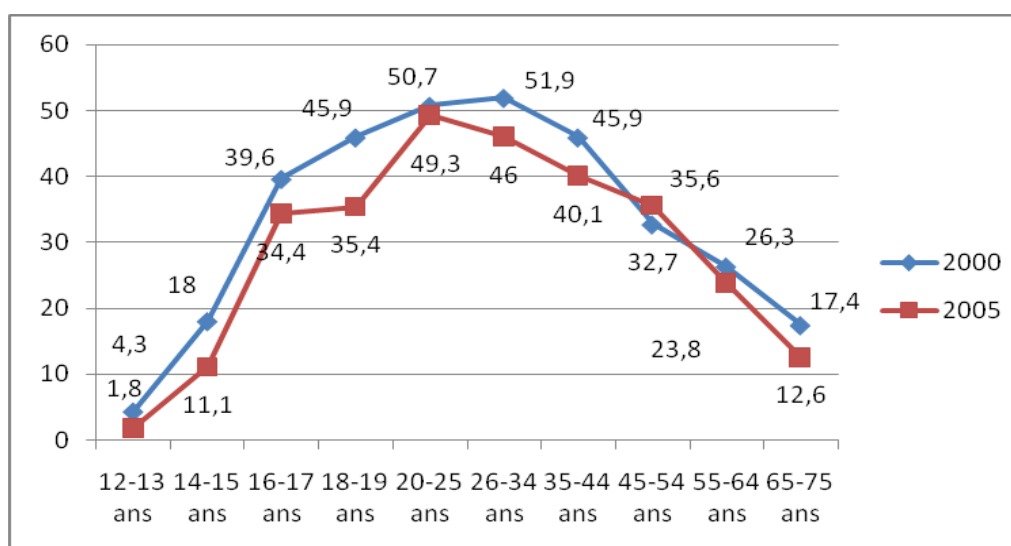


Fig. 8 : prévalence du tabagisme chez les hommes, selon l'âge en 2000 et 2005 (10)

- Chez les femmes, qui constituent une des cibles prioritaires des mesures anti-tabac du plan cancer, on semble assister à une remontée du tabagisme entre 2003 et 2005 après la baisse très sensible 2002-2003 (cf. fig. 6). Cependant on assiste à une nouvelle diminution en 2005 : 26,6% des femmes déclarent « fumer ne serait-ce que de temps en temps » alors qu'en 2000 la prévalence du tabagisme féminin était de 30,8% (cf. fig. 10)

Evolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les femmes (en structure de population 1999).

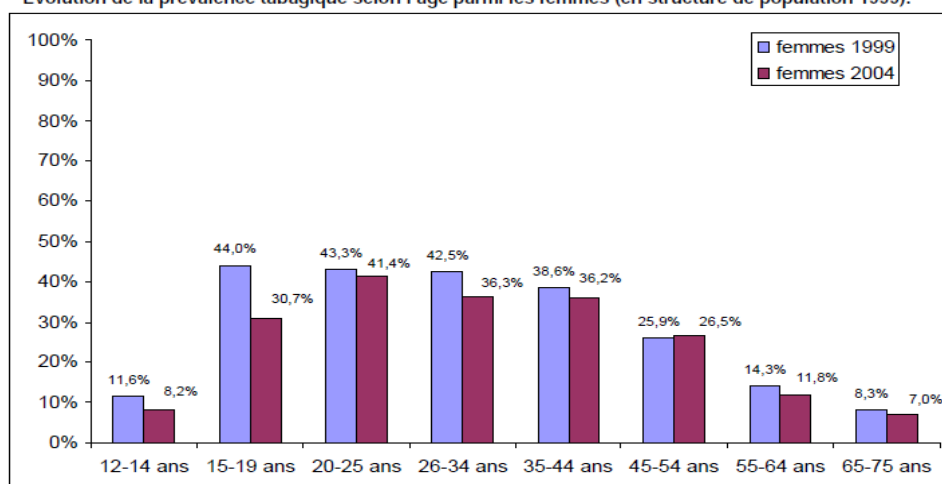


Fig. 9 : prévalence du tabagisme chez les femmes, selon l'âge, en 1999 et 2004 (6)

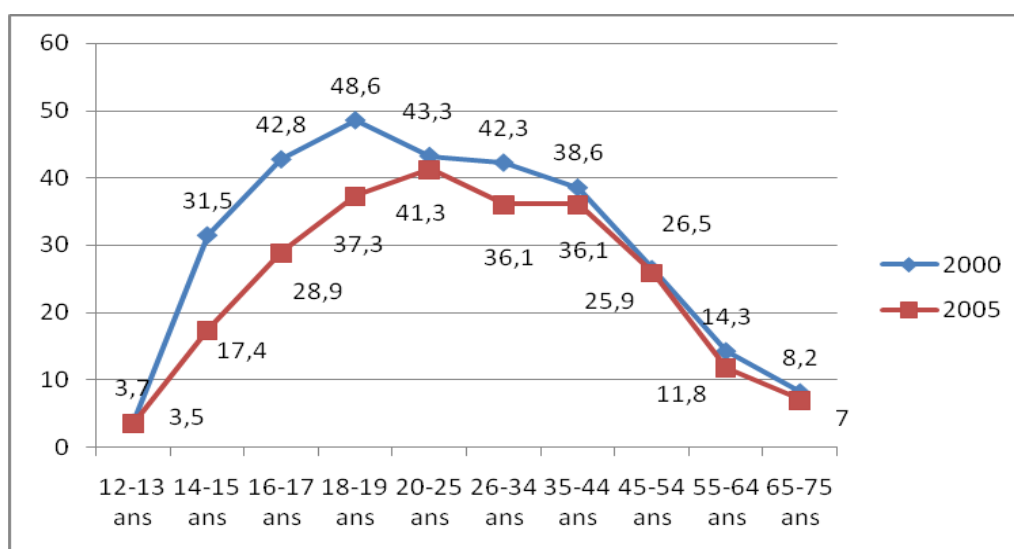


Fig. 10 : prévalence du tabagisme chez les femmes selon l'âge, en 2000 et 2005 (10)

Chez les femmes âgées de 25 à 35 ans, la baisse de prévalence entre 2000 et 2005 est plus forte chez les femmes enceintes.

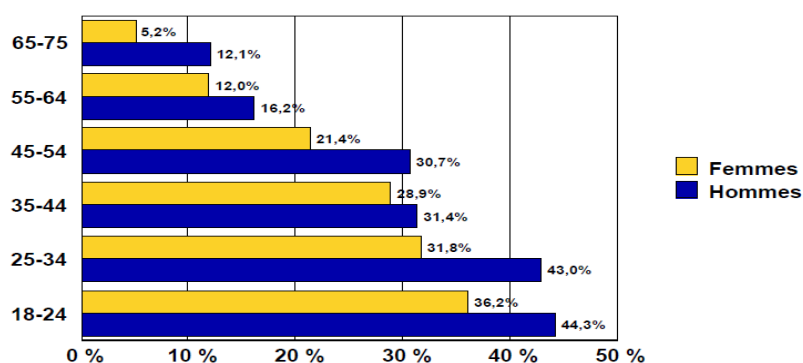
En termes d'âge, tous sexes confondus, c'est à l'adolescence que l'on observe la plus forte baisse de prévalence entre ces deux dates : chez les 12-15 ans la prévalence chute de 14,4% en 2000 à 8,6% en 2005, tandis que chez les 16-19 ans elle passe de 43,9% à 34,2% sur la période. (8)

Les résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 (jeunes de 17 ans) montrent que le taux d'anciens fumeurs est resté stable entre 2003 et 2005 à 5%. Cependant seuls 40% déclarent avoir arrêté en raison de la hausse du prix du tabac. La proportion de fumeurs quotidiens quant à elle baisse de 37,6% en 2003 à 32,9% en 2005. Cette baisse semble toutefois traduire davantage un recul de l'entrée dans la consommation que des arrêts liés aux hausses de prix.(11)

Entre 2000 et 2005, la proportion de la population entre 12 et 75 ans qui déclare n'avoir jamais fumé passe de 38,9% à 42,8%, la proportion d'ex-fumeurs de 28% à 27,3% et la proportion de fumeurs réguliers de 33,1% à 29,9%.(10)

4. Données de la population en Lorraine (12)

Le nombre de fumeurs quotidiens (au moins une cigarette par jour) âgés de 12 à 75 ans a été estimé pour 2005 entre 420 000 et 510 000, selon le Baromètre Santé établi sur un échantillon lorrain par l'École de Santé Publique de Nancy (2005) ; 25% des lorrains âgés de 18 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement (au moins une cigarette par jour). Les résultats ne marquent pas de différences significatives par rapport à l'ensemble des autres régions françaises quant à la fréquence de consommation par groupe d'âge ou par sexe. Les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes (29% vs 25%). La proportion d'adultes fumeurs quotidiens est à son maximum à 18-24 ans et diminue fortement avec l'âge en particulier après 35 ans.



Source : Baromètre Santé 2005, École de santé publique de Nancy, exploitation Lorraine

Fig. 11 : proportion de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans en Lorraine (12)

LORRAINE	Hommes		Femmes		Hommes et Femmes	
	Effectifs	% et IC	Éch.	% et IC	% et IC	Sex ratio
18-24 ans	87	44,3% [33,8 - 54,8]	110	36,2% [27,1 - 46,7]	39,8% ± 6,9%	
25-34 ans	199	43,0% [36,1 - 49,9]	257	31,8% [26,0 - 38,7]	36,7% ± 4,5%	*
35-44 ans	213	31,4% [25,1 - 37,7]	239	28,9% [23,1 - 35,2]	30,1% ± 4,3%	
45-54 ans	187	30,7% [24,0 - 37,4]	248	21,4% [16,2 - 28,1]	25,4% ± 4,1%	*
55-64 ans	179	16,2% [10,7 - 21,7]	212	12,0% [7,6 - 17,5]	13,9% ± 3,5%	
65-75 ans	141	12,1% [6,7 - 17,5]	207	5,2% [2,1 - 10,6]	8,0% ± 2,9%	*
Ensemble	1006	29,3% [26,5 - 32,1]	1273	22,0% [19,7 - 24,8]	25,2% ± 1,8%	***

Source : Baromètre Santé 2005, École de santé publique de Nancy, exploitation Lorraine

*, **, *** : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil de 0,05, 0,01 et de 0,001 pour la comparaison des sexes dans la région (colonne « sex ratio »).

Fig. 12 : proportion de fumeurs quotidiens chez les adultes de 18 à 75 ans en Lorraine par âge et par sexe (12)

Par rapport à 2001, on observe une diminution de la fréquence des consommateurs quotidiens de tabac tant chez les hommes que chez les femmes pour la catégorie d'âge de 18 à 75 ans. Elle est passée de 33,5% en 2001 à 29,3% en 2005 chez les hommes de cet âge et a diminué de 27,7% à 22% chez les femmes.

Entre 2001 et 2005, les baisses les plus importantes de la fréquence de fumeurs quotidiens s'observent dans les tranches d'âge de 25-34 ans pour les femmes et de 35-44 ans pour les hommes (cf. fig. 13) :

Sexe	Âge	2001	2005
Hommes	35-44 ans	42,3 %	31,4 %
Femmes	25-34 ans	40,9 %	31,8 %

Fig. 13 : prévalence des fumeurs quotidiens en 2001 et 2005 en Lorraine (6)

❖ Consommation de tabac parmi les adolescents :

L'enquête HBSC 2002 (Rectorat de l'académie de Nancy Metz et École de Santé Publique de Nancy) montrait toutefois que les jeunes lorrains de 11, 13, et 15 ans avaient une plus forte proportion à faire un usage quotidien du tabac que les élèves du même âge de l'ensemble de la France (moyenne nationale) :

- 0,8% des élèves lorrains de 11 ans consommaient du tabac quotidiennement contre 0,6% des élèves de cet âge en moyenne nationale
- 4,9% des élèves de 13 ans consommaient du tabac quotidiennement contre 3,2% en moyenne nationale
- 25% des élèves de 15 ans contre 20 % en moyenne nationale.

L'enquête ESCAPAD réalisée en 2003 montrait par contre que la proportion des jeunes lorrains âgés de 17 ans consommant quotidiennement du tabac était dans la moyenne nationale (40%).

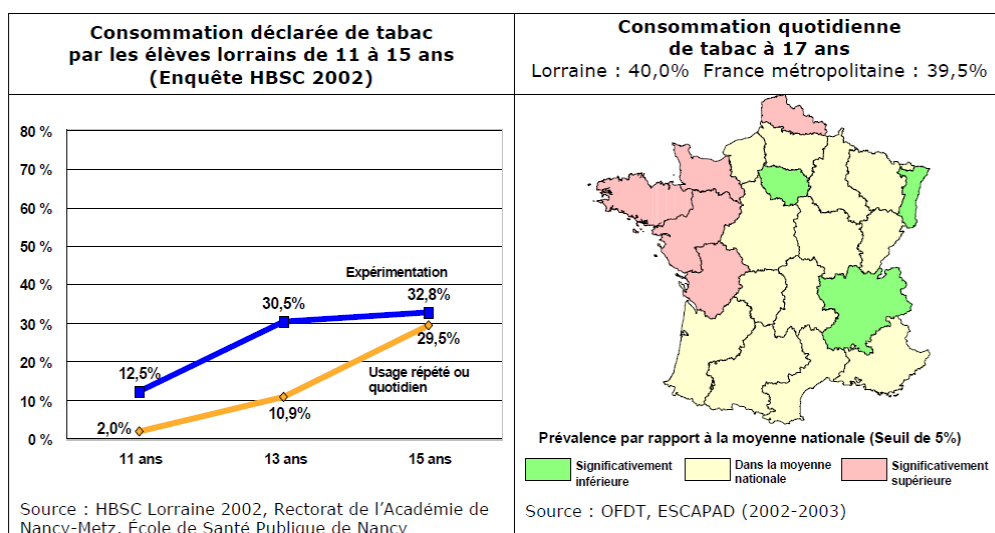


Fig. 14 et 15 : consommation de tabac par les élèves lorrains de 11 à 15 ans et prévalence des différentes régions par rapport à la moyenne nationale (12)

❖ La dépendance au tabac :

Les résultats du Baromètre Santé Lorraine 2005 tendant à mesurer la dépendance au tabac par le test du mini Fagerström donnent que 28% des Lorrains de 18 à 75 ans sont fortement dépendants, et 53,6% présenteraient des signes de dépendance moyenne. Une dépendance forte s'avère significativement plus fréquente chez les hommes.

❖ La mortalité associée à la consommation de tabac en Lorraine :

Entre 1989 et 2002 une baisse de la mortalité liée au tabac était relevée. Cette baisse a été plus rapide en Lorraine que pour la France entière pour les hommes. Ainsi la surmortalité lorraine s'est réduite. Elle était égale à 20% en 2002 contre 29% en 1989.

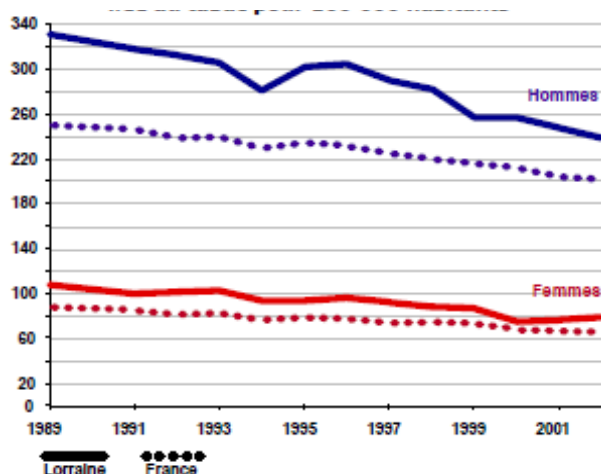


Fig. 16 : évolution de la mortalité associée au tabac en Lorraine et en France de 1989 à 2001 (12)

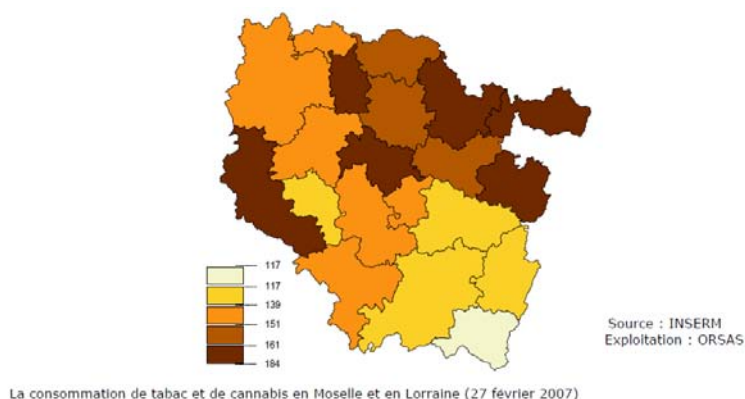


Fig. 17 : taux comparatifs de mortalité associée à la consommation de tabac entre 2000 et 2002 pour 100 000 habitants (12) (13)

5. La législation contre le tabac

Le tabagisme, et de plus en plus le tabagisme sous sa modalité du tabagisme passif, a été qualifié d'épidémie. Avec 66 000 décès par an attribuables au tabac, il est une question majeure de santé publique.

Cette prise de conscience a conduit, tant au plan mondial qu'au plan européen et au plan national, à la mise en œuvre de politiques publiques, pour restreindre ou interdire la vente ou la consommation de tabac, ainsi que les moyens d'incitation publicitaire à son utilisation.

Ces mesures ont eu des succès et des impacts divers, mais sont néanmoins allées en s'amplifiant dans notre pays, comme dans la majorité des pays européens, au cours des

années. Toutefois les enjeux financiers de l'industrie du tabac et des compagnies internationales sont tels que, même si leurs champs de commercialisation se déplacent de plus en plus vers les pays en développement, notre garde ne peut être baissée. L'augmentation de la vente de cigarettes en contrebande, des ventes par internet, ou de l'usage des narguilés en est une illustration.

L'élaboration d'un dispositif législatif était donc une nécessité. La permanence de son évolution en est une autre.

Les initiatives législatives en France ont été essentiellement marquées par :

- En 1976, la première loi anti-tabac, dite loi Veil (9 juillet 1976) du nom de Simone Veil, alors Ministre de la Santé. Cette loi fixe le principe d'interdiction générale de la publicité pour le tabac, avec quelques exceptions cependant (lieux de vente, épreuves de sports mécaniques, annonces directes dans des périodiques non destinés à la jeunesse), et exige l'inscription d'un avertissement sanitaire sur les paquets de cigarettes.
Elle initie également la lutte contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac en interdisant le tabac dans certains lieux publics (dont les établissements scolaires). L'interdiction publicitaire sera largement violée, ou contournée.
- En 1991, la loi Évin, du 10 janvier 1991.
Cette loi aborde la lutte antitabac sous 3 angles : le prix de vente, la publicité et la protection des non fumeurs.
 - L'article 1 de la loi exclut le prix du tabac de l'indice général des prix, à partir de 1992. Cet indice est utilisé pour le calcul de la revalorisation des prestations familiales et de retraite. De fait, les augmentations de prix du tabac sont ainsi sans répercussion sur l'inflation et la fiscalité peut devenir plus agressive. (8)

Consommation (1) et prix relatif du tabac

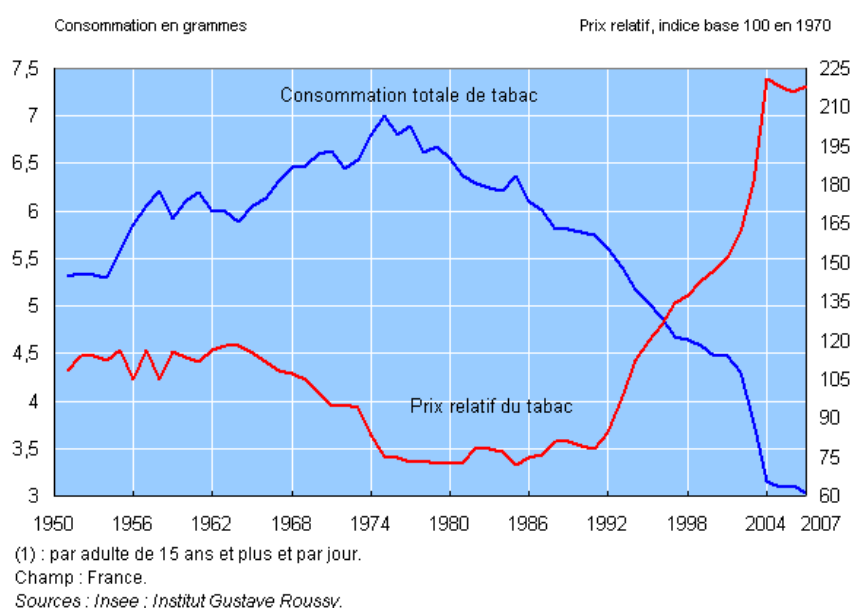


Fig. 18 : Évolution de la consommation et du prix relatifs du tabac (14)

Le prix du tabac en France a augmenté de plus de 40 % entre janvier 2003 et janvier 2004, en trois vagues successives, la France ayant ainsi le troisième tarif le plus élevé d'Europe.

Cette mesure est certainement l'une des plus efficaces.

- Cette loi interdit, à partir de 1993, toute publicité directe ou indirecte pour le tabac, avec quelques exceptions maintenues (lieux de vente, certains périodiques professionnels, et retransmissions télévisées d'épreuves de sports mécaniques se déroulant dans des pays où cette publicité est autorisée). Cette interdiction n'empêche pas de nombreuses entorses.
- Enfin dernier aspect : la lutte contre le tabagisme passif. Dans ce cadre, la loi interdit de fumer dans les espaces collectifs (de travail ou de loisirs, y compris les établissements d'enseignement et les transports collectifs).
- Les avertissements sanitaires figurant sur les paquets de cigarettes et de tabac connaissent également de grandes évolutions :
 - 1976, les paquets de cigarettes portent la mention « abus dangereux », les fabricants de tabac ont toute liberté pour faire figurer ou non cette mention ;
 - janvier 1992 inscription obligatoire « FUMER NUIT GRAVEMENT A LA SANTE », mais sans en conditionner les modalités graphiques ;
 - à compter du 30 septembre 2003, imposition stricte du texte, de la police, de la couleur des caractères, ainsi que de la disposition des avertissements sanitaires sur les paquets.

LISTE DES AVERTISSEMENTS SANITAIRES SPÉCIFIQUES visés au 2° de l'article 9 de l'arrêté du 5 mars 2003 (13)

1. Les fumeurs meurent prématurément.
 2. Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
 3. Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
 4. Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant.
 5. Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée.
 6. Votre médecin ou votre pharmacien peut vous aider à arrêter de fumer.
 7. Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas.
 8. Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles.
 9. Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.
 10. Faites-vous aider pour arrêter de fumer, téléphonez au 0825 309 310 (0,15 EUR/min).
 11. Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance.
 12. Fumer provoque un vieillissement de la peau.
 13. Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité.
 14. La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure
- Le Plan de lutte contre le tabagisme 1999-2001 : dans le cadre de ce plan a été notamment prise une circulaire relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et proposant la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie (UCT).
 - La loi du 31 juillet 2003 « visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes ».
 - Le Plan Cancer 2003. Tous ces différents axes de lutte contre le tabagisme sont redynamisés par la parution du plan cancer en 2003, qui fixe comme objectifs :
 - Accroître la difficulté d'accès au tabac par une hausse des prix, l'interdiction de certains conditionnements moins onéreux, et l'interdiction de vente aux moins de 16 ans.
 - Faire effectivement appliquer les interdictions de fumer dans les lieux collectifs et de la publicité des produits dérivés du tabac.
 - Mettre en place des opérations « école sans tabac ».
 - Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac.
 - Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes.
 - Financer des campagnes "grand public" et établir des chartes de bonne conduite des medias à l'égard des jeunes.

- Utiliser l'augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et les actions de soins.
 - Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé, avec l'introduction d'une démarche minimale de conseil concernant le tabac et l'alcool dans la consultation de prévention prévue par la loi relative à la politique de santé publique.
- Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues tabac et alcool (2004-2008) visant à renforcer l'application de la loi Évin, à retarder l'initiation au tabagisme et à aider les fumeurs à s'arrêter.
 - Le Décret n° 2006-1386 (novembre 2006) décret BERTRAND fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer. Applicable dès février 2007 pour les entreprises, les administrations, les établissements scolaires, et dès janvier 2008 pour les lieux de convivialité (cafés, tabacs, restaurants et discothèques).

B. COMPOSITION DU TABAC

1. Introduction (15) (16)

En France le tabac est consommé essentiellement sous la forme d'inhalation de fumée.

La fumée de cigarette peut être définie comme un aérosol dynamique en mouvement, constitué d'une phase vapeur ou gazeuse et d'une phase particulaire. Parmi les multiples substances identifiées dans le tabac et dans ses fumées, quelques dizaines sont présentes à des doses toxicologiquement ou pharmacologiquement actives et sont donc à prendre en considération dans le contexte de la dépendance.

La composition finale d'une fumée de cigarette dépend de nombreux facteurs :

- Type de tabac et d'additifs.
- « Modulation » de l'aspiration exercée par le fumeur, qui retient notamment sur la température et la durée de combustion ainsi que sur le volume inhalé.
- Proportion des courants de fumée auxquels est exposée la personne (fumeur ou victime du tabagisme passif).

La fumée produite par un fumeur est en effet constituée de 3 parties :

- a) un courant principal ou courant primaire, directement inhalé par le fumeur ;

- b) un courant latéral ou courant secondaire, produit par la cigarette se consumant seule ;
- c) un courant tertiaire correspondant à la fumée exhalée par le fumeur, et donc largement filtrée au niveau des poumons.

La température de combustion d'une cigarette atteint 800° Celsius, assurant une combustion quasi complète du tabac. Toutefois dans la région la plus éloignée du foyer, la température et la teneur en oxygène sont moins élevées, conduisant à une combustion incomplète, et provoquant ainsi la production de monoxyde de carbone (CO) et de goudrons au sein du courant principal.

De même, le courant latéral, qui est alors issu d'une zone de combustion où la température atteint 500 à 600° Celsius, est beaucoup plus concentré en agents nocifs non consommés, et serait ainsi plus toxique encore à volume égal que le courant principal (risques du tabagisme passif).

On comprend dès lors que la composition des fumées inhalées peut s'éloigner significativement des teneurs standards inscrites sur les paquets. Ces teneurs sont en effet mesurées selon des méthodes standardisées fixées par les réglementations, et réalisées par l'intermédiaire de machines à fumer qui reproduisent des conditions standardisées de combustion en termes de température, d'humidité, de durée et de volume d'inhalation.

Une analyse de la fumée doit examiner tant la composante « phase particulaire » que la composante « phase gazeuse ». (16)

a) La phase particulaire :

Elle est composée en moyenne de 15% d'eau, 15% d'hydrocarbures, 3% de phénols, 9% d'acides, 3% d'hydrocarbures azotés, 6% d'alcaloïdes, 3% de pigments, 9% d'humectants (glycérol, propylène-glycol...), et de goudrons.

Parmi les hydrocarbures, on trouve des aliphatiques insaturés (terpène, cyclotène ...), des aromatiques polycycliques (naphtalène, hydrocarbures aromatiques polynucléaires, anthracènes, fluorènes, fluoranthènes,...) ; parmi les acides présents : l'acide palmitique, l'acide oléique, l'acide linoléique, l'acide lactique.

Dans les composés organiques présents, les hydrocarbures azotés sont particulièrement intéressants : les pyrazines telles que la nicotine, la normicotine, la cotinine, l'harmane ; les nitrosamines (N-nitrosornicotine,...) ; les indols et les pyridines.

On trouve aussi des métaux tels que le plomb, le mercure, le cadmium, le strombium.

b) La phase gazeuse :

Elle est composée de 62% d'azote et de 13% d'oxygène (correspondant à l'air), 14% de dioxyde de carbone, 4% de monoxyde de carbone, 1% d'eau, ...

Les autres composés inorganiques sont l'argon, l'ammoniac, les oxydes d'azote (NO, NO_x), le sulfure d'hydrogène et le mercure.

On trouve également un ensemble de composés organiques : aliphatiques saturés (méthane, alcanes volatils...), aliphatiques insaturés (alcènes volatils, isoprènes ...), aromatiques monocycliques (benzène, toluène, styrène...), alcools (méthanol, alcools volatils...), aldéhydes et des cétones (formaldéhydes, acétaldéhydes, acroléines, cétones volatils..), acides (acide formique, acide acétique, acide propionique, formiate de méthyle, acides volatils...), furanne, amines aliphatiques (méthylamine, amines volatils...), nitriles (acides cyanhydrique, acrylonitrile, nitriles volatils...), nitrosamines, des pyrrols, pyridines (pyridine, pidolines...) et pyrazines volatiles.



Fig. 19 : schéma de la composition d'une cigarette (17)

2. Les composés majeurs de la fumée de cigarette et leurs effets physiologiques

Des diverses substances entrant dans la composition de la fumée de cigarette, certaines sont particulièrement incriminées dans la dépendance. Outre la nicotine, c'est le cas des alcaloïdes secondaires issus du métabolisme de la nicotine (comme la cotinine et la norcotine), de l'acétaldéhyde (principal métabolite de l'éthanol), des bêta-carbolines (harmène, northarmane) ou encore d'inhibiteurs des Monoamines Oxydases. (IMAO) (16)

a) Alcaloïdes nicotiniques

(i) Nicotine :

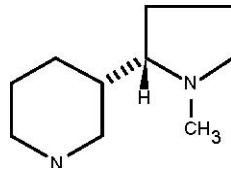


Fig. 20 : schéma de la nicotine

La nicotine mime l'action d'un neuromédiateur naturel : l'acétylcholine. Elle agit directement sur les récepteurs cholinergiques nicotiques, qui sont eux-mêmes localisés en partie sur les neurones dopaminergiques mésolimbiques. Lorsque la nicotine stimule ces récepteurs, elle provoque la libération de dopamine transmettant récompense et plaisir. La nicotine ferme le récepteur nicotinique juste après s'être liée à lui ; ainsi pendant une courte période, ni la nicotine ni l'acétylcholine ne peuvent à nouveau stimuler le récepteur. La stimulation dopaminergique est interrompue jusqu'à ce que les récepteurs nicotiques reviennent à leur état antérieur et que le fumeur inhale la bouffée suivante. (18)

(ii) Cotinine :

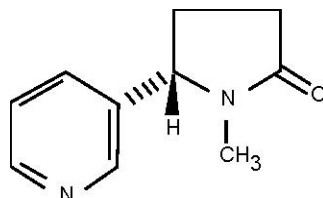
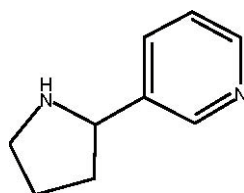


Fig. 21 : schéma de la cotinine

Ses principales propriétés pharmacologiques sur le système nerveux central sont : stimulant psychomoteur, antidépresseur, action stimulante sur la libération de dopamine et de noradrénaline, action au niveau des récepteurs sérotoninergiques centraux (16).

On relève aussi une action sur le système cardiovasculaire : action artériorelaxante.

(iii) Nornicotine :**Fig. 22 : schéma de la nornicotine**

Elle présente des propriétés pharmacologiques analogues à celles de la nicotine mais d'intensité plus faible. Par ailleurs, dans certaines conditions, la nornicotine peut provoquer des modifications aberrantes (réaction de glycation) des protéines à même d'entraîner des maladies métaboliques (glycations anormales associées au diabète, l'athérosclérose, la maladie d'Alzheimer, certains cancers). (16)

Il a été montré que l'inhibition par les alcaloïdes nicotiniques de la biosynthèse des œstrogènes dans sa phase terminale peut entraîner chez la femme une augmentation du taux endogène de précurseurs androgéniques (androstanedione, testostérone...) et, en plus du déficit en œstrogène qui en découle, conduire à des effets de masculinisation.

b) Acétaldéhyde, Bêta-carbolines et Inhibiteurs des Monoamines Oxydases (IMAO) :

L'acétaldéhyde est le principal métabolite de l'éthanol et sa présence à un niveau significatif dans la fumée de cigarette suggère un lien entre tabagisme et alcoolisme.

Les bêta-carbolines ont des propriétés mnésiantes, anxiogènes, convulsivantes à forte dose, voire hallucinogènes.

Les propriétés d'Inhibiteurs des Monoamines Oxydases (IMAO) de la fumée de cigarette pourraient contribuer à expliquer l'attirance de certains fumeurs, en particulier ceux présentant des antécédents de dépression. (16)

3. Liens entre la composition de la fumée du tabac et les troubles associés au tabagisme

Troubles	Agents incriminés	Potentialisateurs ou agents associés
Dépendance tabagique	Majeur : nicotine Mineurs : alcaloïdes mineurs des <i>Nicotiana sp.</i> agents d'aromatisation	acétaldéhydes
Maladies cardiovasculaires	Majeurs : monoxyde de carbone, oxyde d'azote, acide cyanhydrique, goudron Mineurs : Cd, Zn, CO	Nicotine, agents alkylants
Maladies broncho-obstructives chroniques	HCN, aldéhydes volatils, NO, NOx, CO, goudron	
Cancers du poumon et du larynx	Majeurs : hydrocarbures polynucléaires aromatiques, nitrosamines Mineurs : formaldéhyde, acétaldéhyde, butadiène, phosphore, chrome, cadmium, nickel	Agents alkylants, promoteurs de tumeurs, alimentation
Cancers de la cavité orale	Majeurs : nitrosamines Mineur : hydrocarbures polynucléaires aromatiques	<i>Herpes simplex</i> , alcool, alimentation
Cancers de l'œsophage	N'-nitroso-nornicotine	Alcool, alimentation
Cancers urinaires et de la vessie	Acroléine, amines aromatiques	
Cancer du pancréas	Nitrosamines	Alimentation

Fig. 22 : tableau des relations composant/trouble induit par le tabac, d'après Hoffman et Coll, 1997 (16)

C. LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

1. Généralités

La définition générale de la dépendance pharmacologique donnée en 1975 par l'O.M.S. est la suivante :

« La dépendance est un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des réactions comportementales ou autres, qui comprennent toujours un besoin compulsif de consommer la drogue de façon continue ou périodique, afin d'en retrouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance ».

La dépendance est un phénomène très complexe, où sont associés et intriqués des mécanismes comportementaux et pharmacologiques. La distinction habituelle entre la dépendance physique et la dépendance psychique est uniquement didactique, car ces deux dépendances constituent un ensemble difficilement dissociable.

« Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance pharmacologique dont la nicotine est responsable » (19)

Cette dépendance varie d'un individu à l'autre. (20)

2. Les mécanismes de dépendance

a) Les principaux neurotransmetteurs

Les principaux neurotransmetteurs sont l'acétylcholine, la noradrénaline, la sérotonine, la dopamine, les enképhalines, les endorphines, le GABA, le glutamate. Parmi ces neurotransmetteurs la dopamine est le neurotransmetteur le plus impliqué dans le système de récompense.

b) L'action des substances psycho actives

L'administration de substances psycho-actives entraîne une augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens: c'est un « raccourci vers le plaisir ».

On peut définir un seuil de base de taux de dopamine, seuil propre à chaque individu, au-delà duquel l'individu ressent du plaisir. En deçà du seuil, l'individu ressent une sensation de manque, de mal-être, et met en place toutes les activités visant à ramener le taux à un niveau acceptable.

Ce seuil augmente avec l'usage.

Les substances psychoactives, dont la nicotine, ont une action d'une dizaine de minutes sur les neurones dopaminergiques (neurones qui synthétisent la dopamine et l'utilisent comme neurotransmetteur), ce qui entraîne une perturbation de la cinétique. Pendant la fenêtre de temps durant laquelle les taux de dopamine sont artificiellement augmentés, tous les éléments de l'environnement, ainsi que les sensations psychiques, sans discrimination, peuvent être associés à la récompense. Le cerveau va mémoriser très fortement toutes les circonstances associées à la libération de dopamine, circonstances qui sont perçues comme annonciatrices d'une récompense.

Avec la répétition des prises dans un environnement identique, la libération de dopamine augmente, et le lien qui soude la satisfaction ressentie aux conditions d'obtention du produit se consolide.

c) Action pharmaco-biologique de la nicotine (21) (18)

La nicotine, agoniste des canaux ioniques récepteurs à l'acétylcholine, a des effets sur presque toutes les fonctions de notre organisme. La nicotine mime l'action de l'acétylcholine, neurotransmetteur important synthétisé dans les neurones cholinergiques. Lorsque la nicotine stimule les récepteurs cholinergiques nicotiques, elle provoque la libération de dopamine. Ses effets de renforcement sont proches de ceux de substances telles que la cocaïne ou les amphétamines. Mais alors que celles-ci bloquent le transporteur de la dopamine, provoquant un flux de dopamine, la nicotine ferme le récepteur nicotinique juste après liaison, interdisant pendant une courte période toute nouvelle stimulation dopaminergique, jusqu'à ce que les récepteurs nicotiques reviennent à leur état antérieur ... et jusqu'à l'inhalation d'une nouvelle bouffée par le fumeur.

(i) Action sur le système nerveux (22)

Au niveau du système nerveux autonome, la nicotine stimule la libération de noradrénaline au niveau des ganglions sympathiques et des catécholamines surrénaliennes, mais active également le système parasympathique, par libération d'acétyl-coline.

Concomitamment la nicotine perturbe les systèmes neuronaux dont le fonctionnement repose sur les monoamines (sérotonine, noradrénaline, dopamine) et ceci comme l'ensemble des drogues. (23)

La dopamine intervient dans le contrôle de l'activité locomotrice, des processus cognitifs et des états émotifs ; la sérotonine intervient dans la plupart des processus physiologiques et comportementaux (sommeil, mémorisation, affects et humeurs, agressivité, douleur, comportements sexuels et alimentaires...) ; la noradrénaline intervient dans les mécanismes attentionnels et la régulation des états émotifs.

Les effets neurosensoriels de la nicotine recouvrent une large gamme, réunissant des opposés, allant de l'éveil jusqu'à un effet antidépresseur. En procurant moins de plaisir que les autres drogues, elle perturbe moins la vie des fumeurs mais crée néanmoins une dépendance.

(ii) Action sur le système cardio – vasculaire (22)

L'analyse des modifications cardiovasculaires produites par la nicotine révèle la complexité de ses effets. La composante sympathique, c'est-à-dire hypertensive de ses effets, produit une stimulation du ganglion sympathique avec une libération de catécholamines à l'origine d'une stimulation cardiaque et d'une vasoconstriction ; d'où l'augmentation de la fréquence cardiaque (10 à 20 battements par minute), de la pression artérielle (5 à 10 mm Hg), du débit cardiaque et du flux sanguin coronaire, et en conséquence du débit sanguin.

(iii) Action sur le système respiratoire (22)

Par stimulation de chémorécepteurs du sinus carotidien, la nicotine, à faibles doses, peut agir comme un stimulant des centres respiratoires. Mais à doses toxiques, elle inhibe les centres bulbaires, provoquant une dépression respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt respiratoire.

(iv) Action sur le système endocrinien (22)

Les taux plasmatiques de vasopressine, d'ACTH, d'hormone de croissance, de cortisol et de bêta-endorphines sont augmentés par l'administration de nicotine.

(v) Action sur les fibres lisses et les sécrétions (22)

La nicotine provoque des nausées et des vomissements et une augmentation du péristaltisme intestinal (effet parasympathique dominant). A doses très élevées, il apparaît une diminution du tonus et de la mobilité, voire un stade de paralysie.

(vi) Action sur le métabolisme (22)

La nicotine induit une élévation du métabolisme basal, ce qui, associé à un effet anorexigène central et à une perte de l'appétence pour les produits sucrés, abaisse le poids des fumeurs de deux à trois kilos en moyenne par rapport aux non fumeurs.

d) Les différentes formes de dépendances et leurs évaluations

(i) Dépendance : Définition OMS

« État psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois à éviter l'inconfort de son absence. »

On classe habituellement la dépendance tabagique entre :

- Pharmacologique : facteurs génétiques et effets psycho actifs de la nicotine.
- Comportementale ou environnementale : événements personnels qui ont accompagné l'initiation, réflexe, convivialité.
- Psychologique : plaisir, soutien moral, gestion du stress, stimulant intellectuel.

La dépendance comportementale et la dépendance psychologique sont parfois regroupées.

i) La dépendance pharmacologique :

Parfois dite aussi dépendance physique (24), elle traduit « un état d'adaptation tel, qu'apparaissent des troubles physiques intenses lorsque la consommation de la substance est brutalement suspendue. Ces troubles constituent le syndrome de sevrage ou de manque ».

Le mécanisme et l'effet de la nicotine (mimant l'action de l'acétylcholine sur la libération de dopamine, produisant un « raccourci vers le plaisir » et une mémorisation par le cerveau des circonstances associées annonciatrices d'une récompense) ont été rappelés ci-dessus.

L'intensité de la dépendance pharmacologique est très variable d'un sujet à l'autre et elle est évaluée notamment par le test de Fagerström. Ses résultats sont bien corrélés aux marqueurs biologiques du tabagisme qui sont le monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, le taux de cotinine sérique, urinaire ou salivaire. (25)

ii) La dépendance comportementale ou environnementale :

Associée aux circonstances, aux personnes et aux lieux, et également en relation avec la pression sociale et conviviale, cette dépendance semble fortement liée et entretenue par des apports de nicotine. (19). Elle s'installe habituellement dès la phase d'initiation au tabac (réflexe conditionné de sensation, de plaisir, de détente associé et déclenché par le geste de fumer, le goût de la fumée, la bouffée de nicotine).

iii) La dépendance psychologique :

Elle est caractérisée par le « désir irrésistible de renouveler la prise de la substance sans qu'apparaisse un sevrage en cas de cessation de prise ».

Procurant ou semblant procurer plaisir, soutien moral, gestion du stress, stimulant intellectuel, la cigarette devient pour le fumeur synonyme de plaisir, et lui permet de gérer son stress, son anxiété, de surmonter ses émotions, de se concentrer...

Cette dépendance est directement liée aux effets psycho-actifs de la nicotine qui l'entretient par son action ressentie comme euphorisante, parfois anxiolytique, voire antidépressive. Elle peut apparaître peu de temps après les premières cigarettes fumées et est très variable d'un fumeur à l'autre.

Toutes ces sensations positives contribuent à renforcer le comportement tabagique. (19)

(ii) Évaluation du tabagisme et des dépendances***i) L'évaluation du tabagisme :***

Elle s'apprécie d'abord par un interrogatoire qui précise l'âge de début, le nombre d'années totales de tabagisme, les habitudes tabagiques et l'histoire des tentatives de sevrage .

L'examen clinique comporte un examen cardio-vasculaire et pulmonaire, et la mesure du CO dans l'air expiré peut aider à faire prendre conscience au patient de l'intensité de son intoxication.

ii) L'évaluation de la dépendance pharmacologique :

Elle repose avant tout sur le questionnaire de Fagerström. A partir du score 4, on peut considérer qu'une dépendance à la nicotine est présente, c'est-à-dire qu'en dessous d'un certain seuil de nicotémie, d'autant plus élevé que la dépendance est forte, le besoin de fumer réapparaît. Ceci explique aussi qu'un fumeur dépendant à la nicotine qui « passe » aux cigarettes moins dosées en nicotine va adapter sa façon de fumer de telle sorte qu'il va inhaler plus profondément et plus souvent la fumée de ces cigarettes afin de maintenir son taux de nicotémie habituel. Ainsi il va absorber davantage de goudrons et surtout de CO².

iii) L'évaluation de la dépendance psychologique et comportementale :

Elle est mise en évidence par le test de dépendance comportementale et psychologique.

Elle repose sur plusieurs aspects :

- L'aspect psychosocial : en effet, la cigarette peut représenter pour certains sujets un objet de relation sociale. Fumer est alors une gestuelle, une contenance, une image que l'on veut donner.
- L'aspect psychologique : fumer est d'abord un plaisir personnel, égoïste, sensoriel. Fumer est quelquefois stimulant, quelquefois calmant et souvent anxiolytique.

e) Le syndrome de manque

Les symptômes de sevrage -état de manque- chez un fumeur dépendant apparaissent habituellement 24 heures (au moins) après l'arrêt, sont à leur maximum en quelques jours (une semaine) et disparaissent au bout d'un mois environ.

Les critères du syndrome de sevrage d'après le D.S.M.IV (Diagnostic and Statistical Manual Révision IV) sont :

- A- Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines.
- B- Arrêt brutal de l'utilisation, ou réduction de la quantité de nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins 4 des signes suivants :
 - 1) Humeur dysphorique ou dépressive
 - 2) Insomnie
 - 3) Irritabilité, frustration, colère
 - 4) Anxiété
 - 5) Difficultés de concentration
 - 6) Fébrilité
 - 7) Diminution du rythme cardiaque
 - 8) Augmentation de l'appétit et prise de poids
- C- Les symptômes de critère B causent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D- Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Ces troubles se composent et se manifestent de façon différente selon les individus et au cours du temps. Ils peuvent être cause d'échec à court terme mais peuvent être considérablement améliorés par une prise en charge adaptée.

D. COMPLICATIONS DE L'USAGE DU TABAC

1. Introduction (26)

Les effets toxiques du tabac sont connus depuis environ 50 ans. Le tabac est responsable actuellement en France d'environ 1 décès sur 9, soit environ 66 000 morts (59 000 décès chez l'homme pour 7 400 décès chez la femme).

Le tabac augmente de façon significative le risque de cancer, surtout celui du poumon. Il augmente aussi de beaucoup les risques de maladies cardio-vasculaires et respiratoires (bronchite chronique obstructive et emphysème).

Le tableau suivant nous présente les différentes pathologies mortelles attribuables au tabagisme, en fonction du sexe et ceci en 1999.

Tableau 3.II. Nombre total des décès, fraction et nombre de décès attribuables au tabac, par sexe (France 1999)

Causes de décès	Hommes			Femmes		
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac (%)	Nombre de décès attribuables au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac (%)	Nombre de décès attribuables au tabac
Cancer						
Poumon	86 903	36	32 000	56 946	4	2 500
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	20 867	91	19 000	4 329	44	1 900
Autres	9 621	61	5 900	1 588	18	300
	56 415	12	6 700	51 029	< 1	300
Maladie cardiovasculaire	76 075	14	10 500	88 844	2	1 400
Maladie appareil respiratoire	22 425	37	8 300	21 416	10	2 200
Autres	89 361	9	8 300	95 489	1	1 300
Toutes causes	274 764	21	59 000	262 695	3	7 400

Source : Hill et Laplanche, 2003

Fig. 77 : nombre total de décès, et nombre de décès attribuables au tabac (58)

2. Les cancers

a) Les cancers pulmonaires

Le nombre de décès par cancer broncho-pulmonaire primitif est un très bon indicateur des conséquences du tabagisme actif sur la santé. C'est un indicateur très spécifique qui est la somme de deux composantes : la mortalité attribuable au tabac et la mortalité indépendante du tabac. Cependant l'importance relative de ces deux composantes dépend du stade de l'épidémie. En effet à une époque où les femmes fumaient encore peu, l'ensemble des décès par cancer du poumon n'était pas attribuable au tabagisme. (27)

C'est le cancer le plus répandu dans le monde et en termes d'épidémiologie, il n'a jamais encore été détecté de lien de causalité aussi fort entre une exposition (ici au tabac) et une maladie. En 2000, le cancer du poumon aura fait en France 21 652 victimes chez les hommes et 3 802 victimes chez les femmes soit environ 25 000 décès imputables au tabagisme et 1.1 million de personnes décédées dans le monde. (28)

Les effets néfastes du tabac sur une population donnée ne seront décelables que 30 ans après l'entrée de cette population dans le tabagisme. Le schéma ci-dessous montre l'évolution du tabagisme, par la mortalité par cancer du poumon, des hommes et des femmes, ces 50 dernières années. Chez les femmes françaises, l'épidémie liée au tabagisme ne fait que commencer ; en effet ces dernières ont commencé plus tardivement à fumer. Mais en 2025 on observera vraisemblablement autant de morts par cancer bronchique que de morts par cancer du sein. (27). Chez les hommes, depuis environ 1990, une diminution de la mortalité par cancer pulmonaire peut être notée, reflétant une diminution de leur tabagisme.

La survenue d'un cancer pulmonaire chez un tabagique dépend de deux éléments : sa consommation journalière (dose) et son ancienneté dans le tabagisme (durée) ; ce risque est proportionnel à la dose mais proportionnel à la puissance 4 ou 5 à la durée, d'où l'importance d'arrêter très vite de fumer. (29)

Le tabagisme augmente le risque de tous les types histologiques de cancers du poumon, mais il semble qu'au fil du temps, l'association adénocarcinome /tabac soit de plus en plus forte, probablement du fait de la composition des cigarettes.

Le cancer bronchique primitif reste l'un des seuls cancers en France dont l'incidence continue à augmenter (et ceci surtout chez les femmes) : 22 000 cas en 1990 et 30 000 en 2005. Le pronostic reste très sombre : en 1990 on pouvait compter 21 000 décès par cancer bronchique primitif, en 2000 26 000 décès. (30)

Le tabagisme actif et surtout la durée de l'exposition sont des facteurs de risque principaux de ce type de cancer. Les habitudes de consommation ont une très grande influence sur l'incidence de ce type de cancer mais aussi sur le type histologique. (30)

Il a été montré un lien entre ce type de cancer et le tabagisme passif. On admet généralement que l'exposition d'un non fumeur à la fumée de tabac augmente son risque de cancer bronchique de 26%. Chez les conjoints d'un fumeur, on a pu démontrer qu'une relation dose effet existait avec une augmentation de 23% du risque de cancer chez les non fumeurs lorsque le conjoint augmente sa consommation quotidienne de 10 cigarettes.

b) Les cancers des voies aéro-digestives supérieures

Ce sont des cancers qui touchent essentiellement la bouche, le pharynx, le larynx et l'œsophage. Le tabac, dans la genèse de ces cancers, va intervenir en association avec l'alcool.

Chez les hommes, ces différents types de cancers ont fait environ 25 000 morts en 1999 contre 2 200 morts chez les femmes au cours de la même année. (cf. fig. 77). Ils représentent 10% de l'ensemble des cancers et pour les hommes, ce sont les quatrièmes cancers après ceux de la prostate, des bronches et du colon/rectum.

Les cancers des sinus de la face sont eux plutôt associés au tabagisme passif, avec un risque multiplié par 2 à 6 fois suivant l'exposition au tabac. Il semblerait également qu'il existe une relation entre le tabagisme passif et l'ensemble des cancers de la tête et du cou. (32)

c) Les cancers des voies urinaires

Le cancer de la vessie est directement lié à la consommation de tabac avec un risque relatif compris entre deux et trois. On retrouve également ceci pour le cancer du rein avec un risque relatif de 1,38. (33)

3. Les complications respiratoires

a) La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

Définition : la BPCO est caractérisée par une obstruction lente et progressive des voies aériennes et des poumons et par la diminution incomplètement réversible des débits aériens.

C'est une complication très invalidante et très lourde en termes de morbi-mortalité, que l'on retrouve très fréquemment chez les fumeurs et principalement les hommes (environ 4 hommes pour 1 femme) (34). Selon l'OMS, elle représentera en 2020, compte tenu de l'aggravation de l'épidémie de tabagisme et du vieillissement de la population mondiale, la troisième cause de décès dans le monde et la cinquième affection par l'incapacité qu'elle induit ; et dans cette mesure même, un problème majeur de santé publique. (35).

La prévalence est encore mal établie, elle est estimée entre 0,8% et 18%, disparité explicable par la diversité des populations étudiées et l'hétérogénéité des méthodes de diagnostic de la BPCO. (36)

Jusqu'à maintenant, il était difficile de trouver une harmonisation dans les définitions de la BPCO. Grâce aux travaux du groupe GOLD et de la SPLF, les points de vue nord-américain et européen ont pu être harmonisés conduisant à la création des classifications 2003 (cf. tableau ci-dessous). (37)

Tableau III. Critères spirométriques utilisés pour définir la BPCO et ses stades de sévérité selon les différentes classifications utilisées.

	GOLD (2003) (30, 31)	SPLF (2003) (12, 13)	GOLD (2001) (31, 41)	SPLF (1997) (34)	BTS (1997) (33)	ATS (1995) (39)	ERS (1995) (32)
VEMS / CVF	< 70 %	< 70 %	< 70 %	< 80 %	< 70 %	Réduction, pas de valeur seuil	< 88 % ^b et < 89 % ^c
STADES							
0 À risque	EFR normale Symptômes chroniques (toux, expectoration)	VEMS ^a normal Symptômes chroniques (toux, expectoration)	EFR normale Symptômes chroniques (toux, expectoration)				
I BPCO légère ou peu sévère	VEMS ^a ≥ 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	VEMS ^a ≥ 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	VEMS ^a ≥ 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	50 % < VEMS ^a < 80 %	60 % < VEMS ^a ≤ 80 %	VEMS ^a ≥ 50 %	VEMS ^a ≥ 70 %
II BPCO modérée ou moyennement sévère	50 % ≤ VEMS ^a < 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	30 % ≤ VEMS ^a < 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	30 % ≤ VEMS ^a < 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	35 % < VEMS ^a ≤ 50 %	40 % ≤ VEMS ^a ≤ 59 %	35 % ≤ VEMS ^a ≤ 49 %	50 % ≤ VEMS ^a ≤ 69 %
- IIa		50 % ≤ VEMS ^a < 80 %	50 % ≤ VEMS ^a < 80 %				
- IIb		30 % ≤ VEMS ^a < 50 %	30 % ≤ VEMS ^a < 50 %				
III BPCO sévère	30 % ≤ VEMS ^a < 50 avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)	VEMS ^a < 30 % ou VEMS ^a < 50 % et insuffisance respiratoire (PaO ₂ < 60 mmHg ou signes cliniques satellites d'HTAP	VEMS ^a < 30 % ou VEMS ^a < 50 % et insuffisance respiratoire (PaO ₂ < 60 mmHg avec/sans PaCO ₂ > 50 mmHg) ou insuffisance cardiaque droite	VEMS ^a ≤ 35 %	VEMS ^a < 40 %	VEMS ^a < 35 %	VEMS ^a < 50 %
IV BPCO très sévère	VEMS ^a < 30 % ou VEMS ^a < 50 % et insuffisance respiratoire chronique						

^a Toutes les valeurs seuils du VEMS sont exprimées en pourcentage par rapport à la valeur théorique (th.). ^b Hommes. ^c Femmes.

Fig.78 : critères spirométriques pour définir la BPCO selon les différentes classifications utilisées (37)

Le nombre de décès par BPCO a considérablement augmenté ces dernières années et ce principalement dans les pays industrialisés.

b) La maladie asthmatique (31)

Cette maladie est une complication du tabagisme passif.

Il semblerait que l'exposition au tabagisme passif soit responsable d'un asthme de novo chez l'adulte indemne de toute pathologie respiratoire. Mais ceci est mis en évidence par peu d'études. On peut toutefois affirmer de façon nette que le tabac exacerbe la maladie asthmatique.

Une baisse de la fonction respiratoire chez les patients asthmatiques semble être accélérée quand ils sont confrontés au tabagisme passif.

4. Les complications cardio-vasculaires (38)

Le tabac est un facteur très athérogène et ceci de façon irréversible. Cela se produit par l'activation des facteurs de l'inflammation sur la paroi vasculaire. Cette activation se fait en synergie avec d'autres facteurs de risque tel que le sexe masculin, l'âge supérieur à 50 ans, etc.

Les complications vasculaires que l'on retrouve très fréquemment dans le tabagisme sont les dissections aortiques et les ruptures d'anévrismes aortiques.

Le risque thrombogène chez un fumeur est très élevé et ceci du fait de différents éléments :

- . Par la rupture d'une plaque d'athérome.
- . Par spasme artériel.
- . Par l'augmentation de la viscosité du sang. En effet la carboxyhémoglobine, très présente chez le fumeur, entraîne une polyglobulie en réponse à l'hypoxie chronique.

Le risque relatif d'infarctus est plus que doublé chez le fumeur. La forme la plus fréquente d'atteinte coronarienne chez le fumeur est d'emblée l'infarctus du myocarde, voire la mort subite. Au niveau cérébral, les accidents vasculaires cérébraux, qu'ils soient ischémiques ou hémorragiques, sont favorisés par le tabac, avec un excès de risque de 50%. Les hémorragies sous-arachnoïdiennes sont plus particulièrement concernées (risque relatif =2.5).

Depuis les années 1980, la relation entre tabagisme passif et maladies coronaires a été mise en évidence, avec une augmentation du risque de survenue d'une pathologie coronaire estimée à environ 25% à 30%.

5. Complications du tabagisme passif pour l'enfant (39)

- o Mort subite du nourrisson : le tabac est un des facteurs de risque sachant que son étiologie est multifactorielle : âge (1 à 4 mois), sexe (plus souvent les garçons), hiver, position de couchage, niveau socioculturel bas...
- o Prématurité : une femme fumeuse a plus de risque de donner naissance à un enfant de façon prématurée.
- o Faible poids de naissance.
- o Infections ORL.

- Infections pulmonaires.
- Asthme : l'asthme n'est pas induit par le tabagisme passif, par contre celui-ci exacerbe la maladie asthmatique.

II. LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE

Dans ce deuxième chapitre seront décrits la boîte de sevrage tabagique et son contenu (les fiches), en détaillant l'apport attendu de cet outil à la pratique du praticien et son mode d'utilisation.

A. HISTORIQUE

Le médecin généraliste est, dans notre système de santé, l'une des personnes qui rencontre le plus souvent ses concitoyens. Aussi est-il apparu évident dès 1997 qu'il devait se motiver dans la lutte contre le tabagisme et qu'il fallait renforcer son rôle. A cette époque, la majorité des médecins généralistes n'avait pas reçu de formation suffisante concernant le tabagisme. Sous la direction du Docteur FRANCO, président de l'AMPPU 54 (Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire), les médecins formateurs du réseau 54 décidèrent alors, dès 1998, de créer un instrument d'aide au sevrage tabagique. Cet outil pédagogique rassemblerait toutes les connaissances essentielles à la réalisation d'une consultation en cabinet. Ces connaissances essentielles étaient déjà documentées mais bien souvent totalement dispersées dans de nombreuses publications; il apparaissait donc utile, voire nécessaire, de les réunir dans un outil facile d'utilisation.

En utilisant leurs connaissances, acquises notamment lors de leur formation, et des outils et documentations tel que l'ouvrage « *le tabagisme : de la prévention au sevrage* » (Y. MARTINET/ A. BOHADANA ; Masson 1997), les médecins formateurs ont établi la liste des besoins et des attentes des médecins généralistes, auxquels il était nécessaire d'apporter des réponses. A l'issue de nombreuses réunions afin de confronter leurs idées, ils ont créé la boîte de sevrage tabagique en 1999. Une fois ce support réalisé, il a été décidé de le présenter au prix LILLY de formation médicale continue 1999 au nom de l'association, ainsi qu'au prix IfedMG (au nom du président L. FRANCO, car ce prix n'est pas accessible aux associations). Dans les deux cas, le projet a reçu un premier prix.

La boîte fut alors diffusée en 2001 à tous les médecins de Meurthe et Moselle, soit au cours de formations, soit lors de la Semaine Médicale de Lorraine, soit tout simplement par la poste et donc alors sans formation. Puis il fut décidé en novembre et décembre 2004 d'étendre la diffusion à l'ensemble des médecins généralistes de Lorraine, après une adaptation des fiches eu égard aux premières expériences. La boîte fut alors rediffusée auprès des médecins de Meurthe et Moselle . Au total, 2875 boîtes furent distribuées. Cet outil fut présenté et expliqué aux professionnels de santé dans les 4 départements lorrains (annexes n°5 et 6), au cours de réunions qui se sont échelonnées du 30 septembre 2004 au 1er décembre 2005 (date des réunions en annexe n°7). Des pré-tests ayant préalablement été distribués, l'impact de ces formations fut évalué par des post-tests (joints en annexes n°8 et 9). Nous pouvons noter l'importance de ces formations, en comparant les résultats des

pré-tests et des post-tests, avec une augmentation du pourcentage de bonnes réponses entre les deux (annexe n°10).

Dans le cadre de cette thèse, afin d'évaluer l'impact de cette « boîte-outil » et de son utilisation, un questionnaire fut adressé aux médecins généralistes de lorraine en février 2006, puis un nouveau questionnaire en mai 2008.

L'exploitation des réponses à ces questionnaires fait l'objet de cette thèse.

B. DESCRIPTION

1. La boîte



Fig.23 : photo de la boîte



Fig. 24 : photo face patient



Fig.25 : photo face médecin



Fig. 26 : photo face latérale

a) Les dimensions

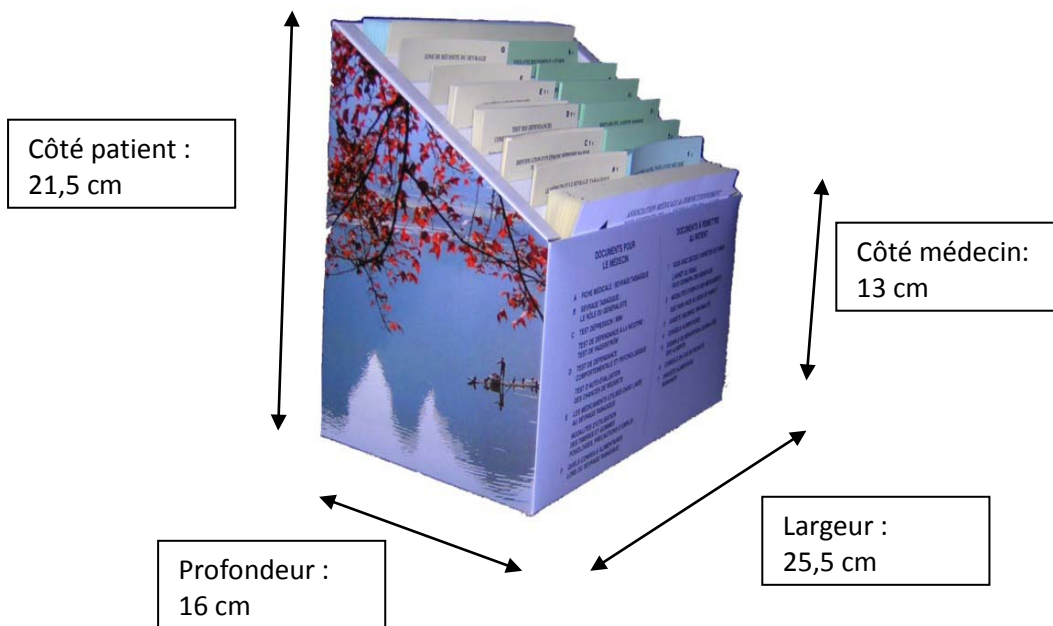


Fig. 27 : dimension de la boîte

Cet outil se présente sous la forme d'une boîte rectangulaire. Une grande dimension a été retenue afin d'attirer l'attention des patients lors d'une consultation chez leur médecin généraliste.

b) Organisation de la boîte

* La boîte est divisée dans sa profondeur en différentes parties :

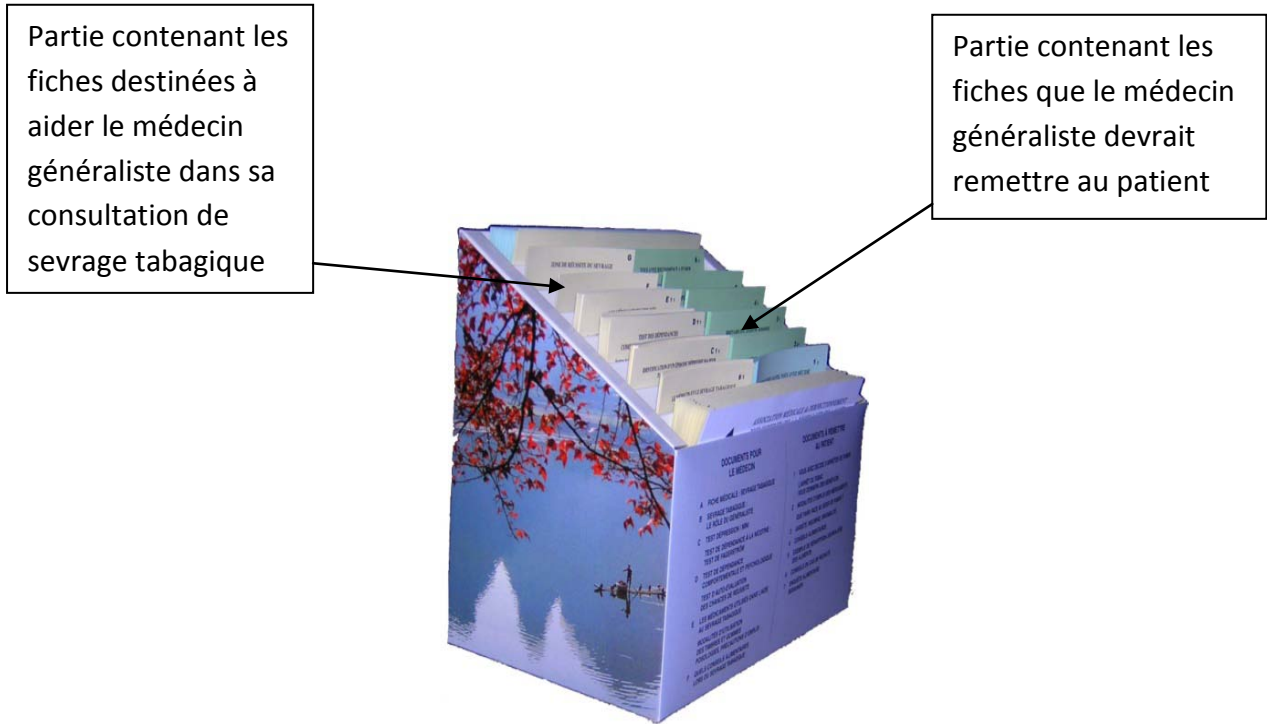


Fig. 28 : organisation de la boîte

*A chaque extrémité, se trouvent deux compartiments dans lesquels sont rangées les fiches concernant le suivi du patient:

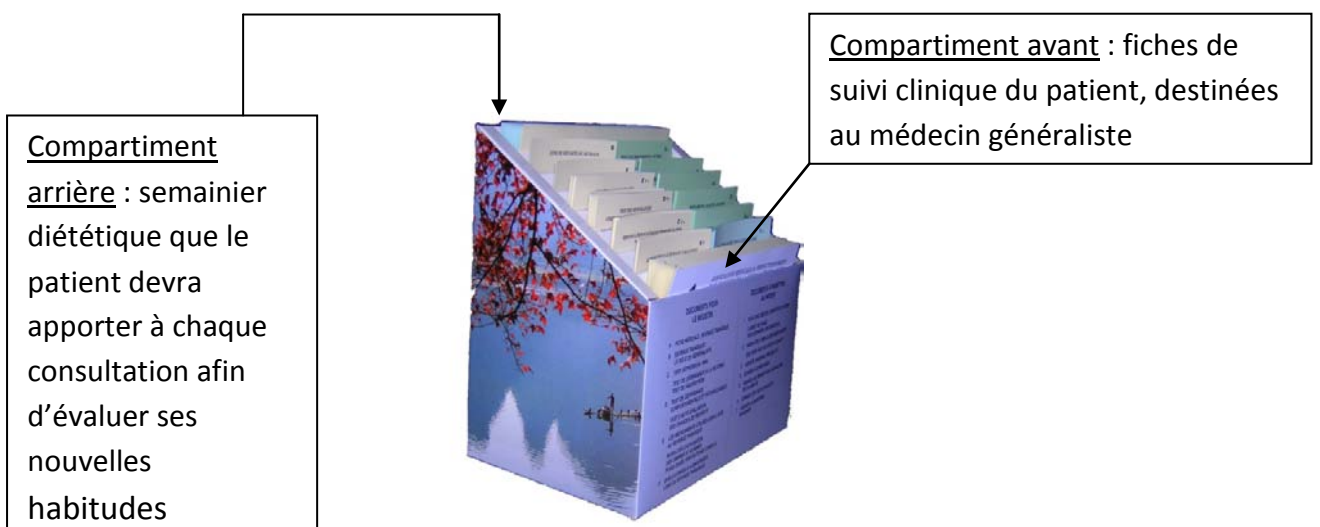


Fig. 29 : organisation de la boîte

*Chaque section latérale est organisée en 6 casiers afin d'accueillir les fiches suivant une thématique bien définie.

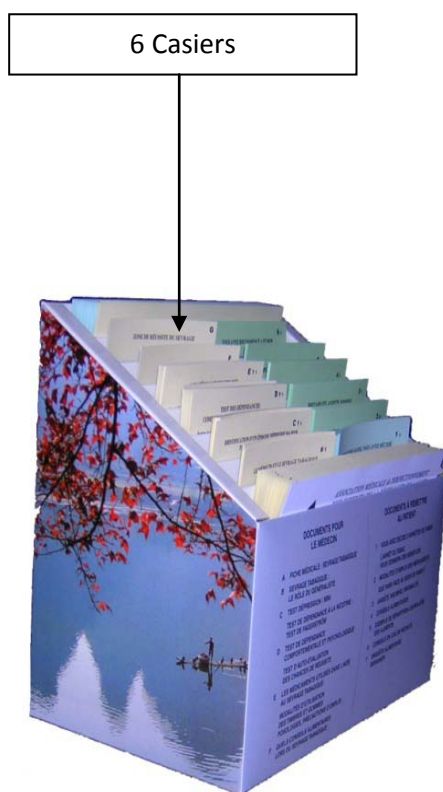


Fig. 30 : sous-organisation de la boîte

c) La signalétique (décor, couleur, etc.)

Le choix du graphisme et du décor de la boîte cherche à véhiculer des images et des messages soit explicites, soit subliminaux sur les bienfaits de l'arrêt du tabac.

(i) Face Patient**Rappel Fig. 24 : photo face patient*****Au premier plan**

Paysage de printemps représenté par un arbuste en pleine floraison : ce décor de vie qui s'installe avec ses bourgeons et ses fleurs, tend à apporter au patient le sentiment de vie. En arrêtant de fumer, nous renaissions, l'oxygène réapparaît, nous sommes en pleine santé à l'image de ces fleurs qui poussent. Les branches de l'arbuste s'élèvent vers le ciel comme la vie qui renaît en nous.

***Au second plan (ou arrière plan)**

Paysage de montagne : les montagnes expriment la robustesse face au temps qui s'écoule ; leur érosion est lente. En arrêtant de fumer le patient devient moins vulnérable à l'usure du temps tel la montagne face aux intempéries

Herbe verte : dans le code des couleurs, le vert est synonyme de vie, de santé, de repos et enfin de sérénité.

La brume : cette brume paraît se lever, la fumée se dissipe, l'air devient à nouveau respirable. Sans tabac, un brouillard se dissipe.

Une rivière s'étire à l'arrière plan ; l'eau s'écoule calmement : arrêtant de fumer, le patient retrouvera une vie plus sereine, plus calme, plus apaisée...

(ii) Face latérale**Rappel Fig. 26 : photo face latérale*****Au premier plan**

Paysage d'automne, un arbre aux feuilles rouges : nous sommes au début de l'automne, les feuilles ont commencé à rougir mais ne sont pas encore tombées. Cependant l'hiver s'annonce, les temps difficiles et rigoureux se rapprochent. Par son tabagisme, le fumeur se prépare à des périodes difficiles marquées par les maladies. Mais il est encore temps de faire quelque chose, d'inverser la situation en arrêtant de fumer. A l'inverse du paysage de printemps, les branches de l'arbre penchent maintenant vers le bas, la pesanteur, le tombeau...

***Au second plan (arrière plan)**

Laç.: l'eau est calme et d'un bleu intense ; image de tranquillité et de sérénité. C'est également le grand air, l'oxygène : en arrêtant de fumer nous recommençons à respirer convenablement, nous nous sentons apaisés. Sur cette eau deux rayons lumineux : la vie.

d) Les légendes

(i) Face Patient

« ARRÊTER DE FUMER ... C'EST POSSIBLE PARLEZ-EN AVEC VOTRE MÉDECIN »

Les lettres de ce message sont de grande taille, 1.2 cm, afin qu'il soit bien visible par le patient dès son entrée dans le cabinet. Elles doivent interpeller le fumeur sur son tabagisme. La couleur noire se détache précisément sur le fond blanc et accroche le regard.

ARRÊTER DE FUMER... C'EST POSSIBLE

La formule est directe, positive. Elle incite le patient à se poser des questions sur son tabagisme en envisageant d'être lui-même acteur dans la solution: « *ce n'est pas hors de portée, il est possible d'y arriver, pourquoi pas ? C'est une éventualité envisageable ...* ».

Elle peut entraîner également une certaine mise en question: « *il est tellement confortable de se réfugier derrière l'idée que le tabagisme, une fois acquis, devient une fatalité, mais si d'autres l'ont fait, pourquoi pas moi ?* ».

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN

Le médecin généraliste est toujours présent pour accompagner, encourager, conseiller et suivre : vous pouvez donc lui en parler. Il est important pour le patient fumeur de prendre conscience du soutien que peut lui apporter son praticien. Même si la démarche de désintoxication tabagique doit venir du patient, le tabac minant la santé, le généraliste est concerné.

(ii) Face Médecin

Documents pour le médecin
Récapitulatif de toutes les fiches destinées au praticien : énumération des thèmes abordés selon l'organisation de la boîte. Cela permettra un gain de temps pour le praticien.



Documents à remettre au patient : énumération des fiches destinées au patient.

Fig. 31 : légendes de la face médecin

(iii) Face latérale

Nous trouvons ici les concepteurs de la boîte de sevrage tabagique.

Concepteur : Docteur Louis FRANCO ancien président de l'AMPPU 54

Ont également participé à la réalisation de la boîte :

Docteur Yves BOITEL
 Docteur Louis FRANCO
 Docteur Patrick JEHL
 Docteur Éric de ROMEMONT
 Docteur Francis VENANT
 Docteur Régis WANG
 Docteur Nathalie WIRTH

2. Les fiches (cf annexe n°2)

a) Les dimensions

Il existe 2 types de fiches :

- Fiches de format 10.5/15 en papier 160 g/m², au nombre de 14.
 Épaisses, cartonnées, de forme rectangulaire, elles se glissent facilement dans une poche ou un sac à main sans être froissées ; elles sont de ce fait plus facilement conservées par le patient. Leurs dimensions de la largeur d'une main facilitent la préhension, donc leur utilisation. Le patient pourra ainsi les avoir à ses côtés et s'y référer dès que besoin.
- Fiches de format 21/29.5 pliées en 2= 21/17.7 en papier 80 mg/m² au nombre de 2 :
 - Une fiche Médecin destinée à être glissée dans le dossier médical du patient. Elle retrace le profil du fumeur et permet le suivi du sevrage tabagique de ce dernier. Cette fiche est primordiale pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques.
 - Une fiche Patient : il s'agit d'un semainier diététique que le patient devra apporter à chaque consultation.

b) Le code des couleurs

(i) Les fiches «médecin généraliste»

La couleur jaune représente la réussite, le talent. Le médecin généraliste est apte à réaliser un sevrage tabagique, il en a les compétences, les fiches sont là pour l'aider.

(ii) Les fiches «patient»

Pour ces fiches patient, deux codes de couleurs

- Fiches vertes : 5 fiches. Le vert est synonyme d'espoir, de réussite, de vie. Ces fiches concernent les conseils donnés au patient pour réussir au mieux son sevrage tabagique et surtout ne pas se décourager. Ces fiches n'évitent pas les côtés négatifs de l'arrêt du tabac mais expliquent que ce ne sont pas là des obstacles insurmontables.
- Fiches bleues : 2 fiches. Le bleu est synonyme de sérénité, de bien-être, de sérieux. Ces fiches bleues résument tous les côtés positifs et bénéfiques de l'arrêt du tabac. De plus nous y trouvons le semainier diététique.

c) Les thèmes abordés

(i) Partie Médecin

i) Les fiches B

- **Fiche B1** : cette fiche, reprenant les enseignements d'une étude réalisée en région Provence- Alpes –Côte d'Azur, souligne notamment que le « simple fait » de mettre en œuvre le conseil minimal auprès des patients augmente de façon significative le nombre d'arrêts. Elle confirme ainsi combien le rôle du médecin généraliste auprès du patient est primordial dans le sevrage tabagique. Elle peut et devrait motiver le praticien à débiter une désintoxication auprès des malades.

« LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUT ET DOIT INTERVENIR DANS LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'AIDE A L ARRÊT DU TABAC » : devoir professionnel pour le médecin de proposer un sevrage tabagique.

« **EN CAS DE DIFFICULTÉS, AVOIR RECOURS AUX CENTRES SPÉCIALISÉS** » : le praticien n'est pas seul dans sa démarche ; les centres spécialisés peuvent relayer son action.

- Identifier le comportement tabagique.
- Susciter, encourager la motivation à l'arrêt.
- Donner les conseils d'arrêt, accompagnés de brochures et mettre en place un suivi médicalisé.

Ces trois items résument le rôle du médecin généraliste lors d'un sevrage tabagique.

- **Fiche B2** : cette fiche a pour objectif de convaincre le praticien de son importance lors du sevrage tabagique. Lors de nos 2 enquêtes (2006 et 2008) beaucoup de praticiens évoquent le manque de temps et de disponibilité pour mettre en route un sevrage tabagique, considérant la consultation comme trop chronophage. Or « **il a été calculé que si chaque médecin consacrait 7 secondes par an pour parler du tabac avec chacun de ses malades, il serait plus efficace que toutes les consultations spécialisées en sevrage tabagique** » (40)

- **Fiche B3** : le conseil minimal, questionnaire que tous les praticiens devraient connaître et poser à leurs malades pour augmenter le nombre d'ex-fumeurs dans leur patientelle. Selon les études en médecine générale, le conseil minimal permet de doubler le taux de succès en cas d'arrêt spontané et permet d'obtenir 2 à 5% d'arrêts persistants. Appliqué, il déclenchera peut-être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions, et pourra provoquer une demande de prise en charge plus importante.

- **Fiche B4** : schéma d'évolution naturelle du tabagisme
 - Ce modèle décrit 6 phases par lesquels le fumeur va passer avant de devenir non fumeur :
 - Stade de pré-contemplation ou de pré-intention : le fumeur n'a pas encore pris conscience des méfaits de son tabagisme, il ne voit donc pas l'intérêt d'arrêter de fumer. Sa situation lui convient, il est heureux (40% à 60% des fumeurs). Ce stade dure en moyenne 5 à 20 ans. C'est à cette phase que le praticien peut commencer à donner le conseil minimal.
 - Stade de contemplation ou intention : le fumeur commence à se poser des questions par rapport à son tabagisme, il envisage enfin d'arrêter mais sans pour l'instant se donner de date. C'est le stade du fumeur discordant avec son tabagisme (30% à 40% des fumeurs), qui dure en moyenne 6 mois à 2 ans. Conseil minimal de la part du praticien, suivi éventuellement d'une discussion plus approfondie et de la remise d'une brochure.

- Stade de préparation : le fumeur se prépare à arrêter de fumer. Il existe encore plus de discordance entre le fumeur et son tabagisme (10% à 20% des fumeurs). Ce stade dure en moyenne 1 mois. Nous arrivons à un stade où il est alors possible d'envisager une consultation spécifique de sevrage tabagique.
- Stade d'action : le fumeur arrête de fumer. Il s'aide des conseils qui lui ont été prodigués, de son expérience et surtout de la motivation dont il dispose. Cependant il n'est pas à l'abri d'une rechute et souvent le fumeur retombe au stade précédent. Nous sommes dans cette phase dans l'aide au sevrage proprement dit.
- Stade de maintien : le fumeur sort du tabagisme. Le comportement tabagique n'existe plus. Ce stade est atteint environ 6 mois après l'arrêt. Il est important pour le praticien à cette étape d'être très vigilant et de faire de la prévention des rechutes.
- La terminaison ou achèvement : le patient est sorti du tabagisme.

Ce cycle est très important, tout praticien devrait en prendre connaissance afin de mener au mieux un sevrage tabagique auprès d'un patient. En effet il permettra au médecin généraliste de mieux cerner son patient en connaissant le stade d'évolution du malade.

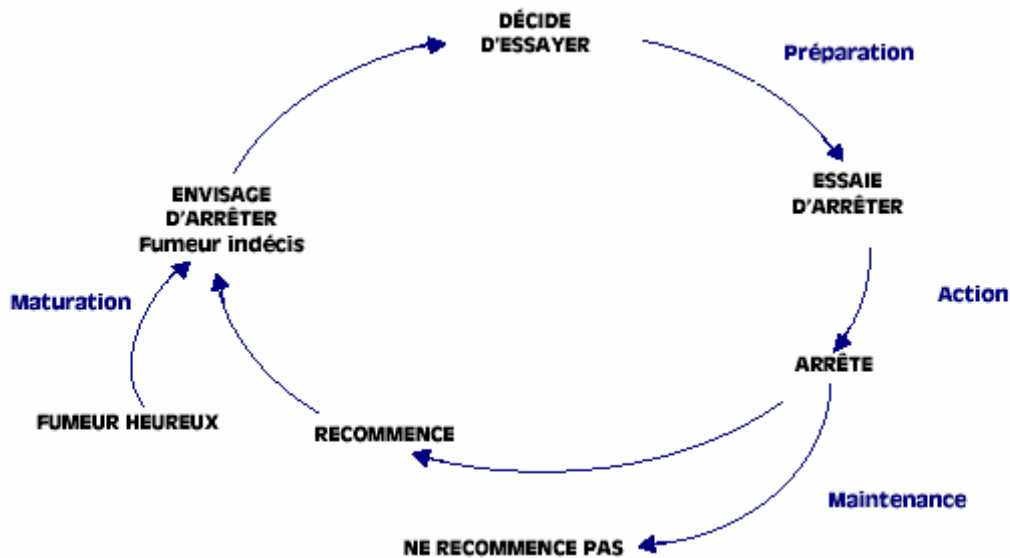


Fig.32 : illustration du cycle de PROCHASKA (44)

ii) Les fiches C

- **Fiche C1** : la dépression, le stress, sont des facteurs très importants de rechute. Ils sont fréquemment associés au tabagisme puisqu'il a été observé (42) que 60% des sujets venant volontairement à la consultation d'arrêt au tabac présentaient fréquemment des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs. Il est donc nécessaire

d'en faire le diagnostic, afin de ne pas compromettre les chances de réussite. Mieux vaut différer le sevrage tabagique afin de traiter un syndrome dépressif. En ne traitant pas ce syndrome, le patient considèrera son tabagisme comme antidépresseur et anxiolytique et s'y raccrochera.

➤ **Fiche C2** : test de Fagerström

Ce test, reconnu par la communauté scientifique, permet d'évaluer la dépendance physique du fumeur à la nicotine, au tabac et à la cigarette.

RÉSULTAT

il faut additionner les 6 chiffres des 6 réponses aux questions... et le comparer au tableau ci-dessous.

- **Entre 0 et 3** : pas de dépendance
- **Entre 4 et 6** : dépendance moyenne
- **Entre 7 et 10** : forte dépendance

TEST DE FAGERSTRÖM

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

Dans les 5 minutes	3
6 - 30 minutes	2
31 - 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

A la première de la journée	1
A une autre	0

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

Oui	1
Non	0

Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
Plus de 30	3

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

Oui	1
Non	0

iii) Les fiches D

➤ Fiche D1 :

- **Fiche D1₁** : test des dépendances comportementales et psychologiques.

Ce test, élaboré par le professeur LAGRUE Hôpital Henri Mondor à Créteil, dans « guide du fumeur » se décompose en 7 items, chacun noté de 0 à 10, 10 étant la dépendance la plus forte. Ce test permettra de cerner la signification des cigarettes pour le fumeur. De cette manière, il sera plus facile de cerner le malade et d'évaluer les situations à risque.

Questionnaire DETA, d'après B. Rueff, les malades de l'alcool, Paris, John Libbey Eurotext, 1995. Ce test permettra de mettre en évidence un alcoolisme associé. Il existe souvent une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac dans la population générale. Cette association est dose dépendante : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs ; les gros buveurs fument plus que les petits buveurs. Il est bon de connaître les dépendances associées de manière à mieux cerner son patient et à envisager un sevrage après l'autre, voire les deux en même temps, mais ceci en milieu hospitalier.

- **Fiche D1₂** : ÉCHELLE D AUTO ÉVALUATION DE LA MOTIVATION A S'ARRÊTER DE FUMER ? Q-Mat :

Le médecin généraliste ne peut omettre cette étape. Elle lui est nécessaire pour adapter sa prise en charge du fumeur.

Un traitement d'arrêt, proposé alors que le patient n'est pas décidé à arrêter, est inefficace. De plus lorsque ce même traitement est proposé de nouveau à un stade ultérieur de motivation, le patient refuse souvent et ne lui fait plus confiance, lui attribuant son échec précédent. (43)

➤ Fiche D2 : arbre décisionnel

La dépendance au tabac revêt trois formes :

*Dépendance physique ou encore pharmacologique : le fumeur a besoin de son apport de nicotine. Il sera donc important de lui apporter un traitement substitutif : les substituts nicotiques.

*Dépendance comportementale (appelée dans cette fiche dépendance psychologique et environnementale) : le geste même de fumer, l'environnement, la pression sociale, importent beaucoup plus pour le fumeur

que l'apport en nicotine. Il sera donc plus judicieux pour ce type de malade de mettre en place des thérapies comportementales et cognitives associées à un soutien de la part de l'entourage plus qu'une thérapeutique à base de substituts.

*Dépendance psychologique : lien étroit entre le tabac et les troubles anxio-dépressifs. Le tabac est utilisé pour calmer les angoisses, le stress ; il a une "utilité" entre autres de coupe-faim. Il est bien évident que, dans ces cas, les effets de la nicotine sont recherchés, donc les patients auront besoin à la fois de substituts nicotiques mais également de thérapies cognitives et comportementales (TCC).

iv) Les fiches E

Ces fiches sont un support pour le praticien dans la mise en place du traitement. Il s'agit d'un résumé des différentes thérapeutiques proposées ainsi que de leurs modalités de mise en place.

*les substituts nicotiques

- les timbres
- les comprimés sublinguaux
- les gommes à mâcher
- les comprimés à sucer
- l'inhalateur

*le bupropion

*les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC)

Principe : modifier le registre de pensées afin d'induire et de faciliter un changement de comportement. Elles modifient les comportements inadaptés de l'individu tant au niveau du déclenchement que du maintien du trouble.

En matière de tabagisme, les techniques de Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) visent à fournir au patient des stratégies de réaction et de gestion des situations à risque de rechute (envie de fumer, stress , etc...) afin de lui construire une meilleure confiance dans ses capacités de résistance à la rechute et par suite au sevrage tabagique. Ceci suppose bien évidemment une assimilation du nouveau comportement par la personnalité du sujet. On peut noter également que les TCC sont des thérapies actives pour le sujet qui doit apprendre à s'observer, à s'auto-évaluer et à faire un apprentissage du changement (44). Elles s'organisent typiquement en 4 phases initiales : l'analyse fonctionnelle, la définition d'un objectif de traitement, la mise en place du traitement et l'évaluation des résultats.

De nombreuses techniques utilisées dans l'aide au sevrage tabagique, ont été décrites dans la littérature :

-les techniques aversives : un stimulus déplaisant va être associé à l'action de fumer de manière à dégoûter le fumeur.

-les techniques d'autocontrôle visent à contrôler des situations dans lesquelles le sujet fume. Elles ont pour but d'affaiblir voire de supprimer la force d'association entre des situations environnementales particulières et la prise de cigarette.

-les techniques de contre-conditionnement

-la sensibilisation directe : technique consistant pour le fumeur à associer la prise de cigarette avec tous les effets nocifs de cette dernière.

-les techniques de renforcement positif ou négatif .

On parle de renforcement positif lorsque le résultat d'un comportement a pour effet d'augmenter la force ou la fréquence de ce comportement : retrouver le goût, l'odorat, le souffle, ses capacités physiques sont des renforçateurs positifs de l'abstinence tabagique. On parle de renforcement négatif quand l'interruption d'un stimulus aversif augmente la force et la fréquence de ce comportement .Par exemple, le « manque » est un renforçateur négatif de la prise de tabac.

-les techniques d'ajustement et de prévention des rechutes

Dans ces techniques, le thérapeute se doit de toujours insister sur les facettes positives du comportement de son patient et sur ses progrès, en se réservant d'aborder dans un second temps, lorsqu'il sentira une base suffisante de confiance du patient en lui-même, les aspects à améliorer. (45)

Selon le groupe de travail sur la dépendance nicotinique de l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) multiplient en général par 2 le taux d'abstinence tabagique 6 mois après l'arrêt, par rapport au groupe contrôle (46).

Il existe également une fiche sur le testeur de monoxyde de carbone qui, pour le patient, est un bon reflet de son intoxication. Par la mise en évidence de la diminution du CO, le médecin peut encourager le patient dans sa démarche de désintoxication. Cet outil a donc un double intérêt : il est un outil d'évaluation de la consommation tabagique et également un outil motivationnel pour le patient.

v) **La fiche F**

Trois règles sont décrites dans cette fiche :

- rassurer le patient : nous abordons dans cette partie tous les points positifs qu'apporte l'arrêt du tabac. Il est important pour le médecin de les connaître afin de mieux rassurer son patient ;

- s'informer : pour gérer au mieux son patient, le praticien doit le cerner le plus possible ;
- expliquer : les différentes règles d'hygiène associées au sevrage tabagique.

vi) La fiche G

ZONE DE RÉUSSITE DU SEVRAGE

La réussite du sevrage tabagique est l'interaction de quatre éléments : la motivation, le moment, la méthode, la maturation. Cette zone est mince et fragile. Si l'un des items n'est pas réalisé, il y a échec. Il est donc nécessaire pour le praticien de bien connaître son patient et de trouver le moment propice, sans précipitation, sous peine pour le patient et le médecin généraliste de se voir confrontés à un échec.

ATTITUDE PRATIQUE FACE À UNE RECHUTE

Il est important pour une réussite ultérieure de ne pas culpabiliser le patient. Il est surtout primordial de comprendre pourquoi le patient a rechuté, quelles en sont les causes et à quel stade de son sevrage il en était, afin d'en tirer les leçons pour une nouvelle tentative.

(ii) Partie Patient

i) Les fiches 1

➤ **Fiche 1₁** :

Le planning des consultations de sevrage tabagiques va être fixé à l'avance avec le patient. Il est très rassurant pour ce dernier de connaître le déroulement du sevrage afin de se sentir suivi et soutenu. Nous noterons qu'il s'agit d'un suivi rapproché mais également continu dans le temps (6 mois à 1 an) afin de rester au plus près du patient et de prévenir au maximum les rechutes.

Cette fiche distribuée au patient va lui dispenser quelques conseils : nous avons vu précédemment que pour certains fumeurs, la dépendance comportementale était parfois très forte, il sera donc nécessaire de limiter au maximum tout ce qui peut être associé au tabac.

« CE N'EST PAS FACILE »

Déculpabilisons le patient dans ces difficultés face au sevrage.

➤ **Fiche 1₂** :

Cette fiche aborde tous les côtés positifs à court, moyen et long terme de l'arrêt du tabac. Elle est très stimulante voire même moteur pour le patient. Ces points touchent directement le malade mais aussi son entourage immédiat. On joue sur la culpabilité que le patient

pourrait et doit certainement éprouver à s'intoxiquer lui-même mais aussi et surtout ses proches par le tabagisme passif. Des enquêtes récentes ont en effet mis en évidence combien le tabagisme passif est très néfaste pour les proches.

« VOUS SEREZ LIBÈRE D'UN ESCLAVAGE »

Les patients sont esclaves de leur tabagisme, toujours à vérifier s'ils ont un paquet avec eux, si ce paquet leur permettra de tenir la journée; en cas de manque, il faut trouver le débiteur le plus proche ou celui ouvert les jours fériés, sous peine de vivre une journée difficile. Tout cela disparaîtra à l'arrêt du tabac ; plus d'esclavage.

ii) Les fiches 2

➤ **Les fiches 2a₁ et 2a₂**

Tout comme celles pour le médecin généraliste, ces fiches ont pour objectif d'exposer au patient les différentes possibilités thérapeutiques s'offrant à lui dans le cadre de son sevrage. Nous y retrouvons donc les différents médicaments en vente libre ou sur prescription, associés à leurs modalités d'utilisation. Le patient pourra s'y référer lorsqu'il le jugera nécessaire.

« Il est impératif d'arrêter de fumer » : mise en garde bien visible pour le fumeur sur les risques potentiel d'associer le tabac avec les différents traitements tel que les substituts nicotiques, le bupropion...

« Votre motivation est le gage de votre réussite » : nous avons vu précédemment dans les fiches médecin que la réussite est l'interaction entre quatre éléments dont la motivation. Il est important pour le malade de comprendre que les traitements ne se substitueront pas à sa motivation, qu'il ne s'agit que d'une aide pharmacologique qui échouera sans volonté.

« N'ACCEPTÉZ JAMAIS PLUS AUCUNE CIGARETTE QUELLES QUE SOIENT LES CIRCONSTANCES » : l'alcool et le tabac même combat, un verre comme une cigarette risquent d'entraîner la rechute.

Dans cette fiche, le côté financier va être mis en avant. Les patients ont toujours le sentiment ou se cachent derrière le côté onéreux des substituts tabagiques. Or la dépense est la même que pour des cigarettes voire même inférieure, et ceci est d'autant plus vrai que le prix des cigarettes a considérablement augmenté et que les substituts nicotinique sont maintenant partiellement remboursés par la Sécurité Sociale. En effet, depuis le 1^{er} février 2007, l'assurance maladie accompagne l'arrêt du tabac. Elle rembourse pour un montant maximum de 50€, par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiques. (Liste des substituts nicotiques remboursés par la sécurité sociale jointe en annexe n°4).

➤ **Les fiches 2 b₁ et 2 b₂**

Dans la fiche 2 b₁ sont exposés tous les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac sur la santé, effets bénéfiques se concrétisant dès les premières 20 minutes , motivation supplémentaire

pour le fumeur de se sevrer. Le patient pourra également se référer à cette fiche lorsqu'il se sentira sur le point de rechuter.

Il est indispensable de faire comprendre au patient que l'envie de fumer peut survenir de façon impérieuse. Ceci n'est cependant pas un signe d'échec. L'envie de cigarette non comblée va procurer chez l'ex-tabagique un vide voire même une anxiété. Il est donc nécessaire de combler ce vide « en faisant quelque chose » : or cette fiche apporte quelques solutions possibles.

iii) Les fiches 3₁ et 3₂

La nicotine mime l'action d'un neuromédiateur naturel, l'acétylcholine, et se fixe alors sur les récepteurs cholinergiques nicotiques localisés en partie sur les neurones dopaminergiques, ce qui induit des effets proches de ceux réalisés par la cocaïne et les amphétamines. En stimulant ces récepteurs, la nicotine provoque la libération de dopamine, transmettant récompense et plaisir. La privation de nicotine entraîne alors une diminution de dopamine, d'où la sensation de manque avec tous ses effets indésirables. (18)

Il est nécessaire d'informer les patients des points négatifs concernant le sevrage tabagique. Le patient confronté à une difficulté dont il n'aurait pas eu connaissance risquerait de se décourager rapidement. L'irritabilité, l'anxiété, les difficultés de sommeil font partie des troubles qui peuvent survenir au cours du sevrage. Ces fiches sont un support, apportant des exemples de solutions, pour éviter au patient le découragement.

iv) Les fiches 4₁ et 4₂

La consommation tabagique est un véritable stimulus thermogénique, elle augmente la dépense énergétique : la nicotine stimule le métabolisme basal, l'utilisation des graisses de réserve, mais également la thermogénèse postprandiale. Elle augmente également très nettement le coût énergétique d'un effort, même modéré. De plus la nicotine entraîne par son effet sur la glycémie (qu'elle augmente légèrement) une baisse de l'appétit. Il n'est donc pas étonnant de constater chez les ex-fumeurs une certaine prise de poids.

Fiche sur laquelle le patient va pouvoir s'appuyer pour équilibrer son alimentation et limiter sa prise de poids.

« VOTRE MOTIVATION A L'ARRÊT DE VOTRE DÉPENDANCE TABAGIQUE EST VOTRE MEILLEUR GAGE DE SUCCÈS » : le patient ne doit jamais oublier que sa motivation sera un de ses meilleurs atouts pour réussir.

Le malade ne doit jamais se sentir seul face à ses difficultés ; ces fiches ont aussi pour rôle de lui rappeler que son praticien restera toujours à son écoute et lui apportera son aide quelles que soient les circonstances : n° de téléphone du médecin de manière à l'avoir toujours « sous la main ».

v) **La fiche 5**

Exemple de répartition alimentaire quotidienne.

vi) **Les fiches 6₁ et 6₂**

Usuellement définie comme la reprise de consommation de tabac après une période d'arrêt plus ou moins prolongée, les rechutes surviennent dans 80% des cas dans les 6 mois suivant l'arrêt, en l'absence d'accompagnement et de surveillance, et touchent à un an 40 à 80% des ex-fumeurs. (47)(48)

Face à des causes et origines multiples de rechutes, les actions correctrices doivent être adaptées en conséquence :

- En cas de dépendance physique et de rechute dans les premiers mois, le traitement nicotinique a pu s'avérer prescrit à dose insuffisante ou arrêté trop rapidement.
- Apparition, souvent progressive alors même que le syndrome de sevrage aigu a disparu, d'un état dépressif. Dans une telle situation, certains sujets vont reprendre leur consommation de tabac, non par goût, mais comme « traitement » de leur état. Dans la mesure même où ils constateront la plupart du temps une amélioration rapide (en quelques jours) de leur état dépressif, ils se confirmeront que le tabac est un véritable antidépresseur. Il est donc important aux différents stades du sevrage de rechercher les symptômes d'une dépression et d'aider le patient à la surmonter. (47)(49)
- Prise de poids attribuée à l'arrêt du tabac, et gérée (le plus souvent chez la femme) par une reprise de la consommation. La prise moyenne est de l'ordre de 2 à 4 kg, environ 10% des patients prennent plus de 10 kg. (47)
- Influence de l'environnement : les situations de stress ou « à risque » (famille, collègues, soirées, etc...) sont favorables aux rechutes.
- Oubli ou éloignement progressif des motifs qui ont conduit à un arrêt du tabac (arrêt du tabac dans des situations de maladie personnelle ou d'un proche, dans des situations familiales spécifiques, etc...). Le patient n'a arrêté qu'en raison de cette cause extérieure ; celle-ci s'éloignant dans le temps et dans son souvenir, sa motivation disparaît.
- Impression de ralentissement des facultés intellectuelles, impression souvent exprimée chez les écrivains, journalistes, etc...

La rechute doit impérativement être un thème à aborder avec le patient et ceci dès la première consultation. Il est nécessaire de le déculpabiliser, car elle existe dans l'histoire normale du sevrage tabagique. La rechute doit au contraire être positivée et la période d'abstinence, aussi courte soit-elle, doit être mise en valeur, positivée et considérée déjà comme une grande réussite de la part du malade. **« La rechute n'est pas un échec, elle est**

fréquente » Il sera cependant indispensable d'analyser avec le patient les causes et circonstances de cette rechute afin d'éviter les mêmes erreurs, de mieux repartir dans un nouveau sevrage tabagique et de le réussir.

« **En analysant ...vous déciderez, au moment choisi par vous**», cf. fiche médicale G, zone de réussite du sevrage.

Nous retrouvons une fois de plus le thème de la volonté mais aussi de l'obstination, surtout ne jamais se décourager. Toute période d'abstinence, même si rechute il y a, est un pas supplémentaire vers la réussite et le sevrage définitif.

(iii) Les grandes fiches

i) Fiche d'évaluation et de suivi du patient

Cette fiche permet de connaître le patient. Elle sera initialement utilisée lors de la première consultation de sevrage tabagique afin d'évaluer l'intoxication du fumeur.

La première partie est composée des différents tests (test de Fagerström, test de dépendance comportementale.) afin d'apprécier la dépendance tabagique et de décider si le moment est venu de commencer le sevrage.

A la suite de ces tests, le médecin retiendra le traitement le plus approprié pour son patient, traitement indiqué sur la fiche.

Les différentes fiches distribuées au patient seront recensées afin de cerner au mieux ses besoins.

La suite de cette fiche concerne le suivi du patient, avec les résumés des consultations à J₇ à J₁₄, J₂₈, puis à 2 mois 6 mois et enfin 1 an, avec à chaque consultation la question de la rechute.

ii) Semainier diététique

A rapporter à chaque consultation afin de suivre l'alimentation du patient pour limiter la prise de poids.

C. RÔLE DE LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE

1. Pour le médecin généraliste

a) Support didactique

- Permet au médecin généraliste peu, voire pas formé au sevrage tabagique, d'avoir une base par l'intermédiaire des différentes fiches.
- La boîte lui servira de guide lors de la consultation de mise en place du sevrage mais aussi tout au long de cette désintoxication.
- Le médecin ainsi mieux informé sera plus à même de diagnostiquer les symptômes de rechute et ainsi de réagir en conséquence et d'adapter son action.

b) Support pédagogique

➤ Pour les étudiants

Les connaissances sur le sevrage tabagique, pour les jeunes diplômés, restent très succinctes (surtout à l'époque de la création de cet outil).

A la faculté de médecine de NANCY ,3 heures de cours concernant le tabagisme sont dispensées en cycle de médecine générale et un séminaire sur les conduites addictives en 2°cycle.

Les objectifs à atteindre à la fin de ces 3 heures sont :

- définir le concept de dépendance tabagique et ses composantes,
- repérer et aborder le patient tabagique et connaître le conseil minimal,
- énumérer les signes du syndrome de sevrage tabagique,
- connaître les différents traitements médicamenteux d'aide à l'arrêt du tabac et leur mode d'emploi,
- identifier les patients avec les situations à risque de rechute,
- connaître les principales causes de rechute et les prévenir,
- et enfin mettre en œuvre un sevrage tabagique avec un suivi dans la durée.

Cette boîte, par les nombreux renseignements qu'elle renferme, est un outil complet pour enseigner à l'étudiant les premières notions du sevrage tabagique.

Elle peut être utilisée comme support lors des cours magistraux ; durant des travaux pratiques, en jeux de rôle (un étudiant joue le rôle du médecin, son binôme le patient) ; les internes, lors de leur stage chez le praticien, peuvent, avec l'aide de cette boîte, mettre en application leurs connaissances, sous le regard de leur maître de stage.

Étudiant, avant d'avoir validé notre thèse, nous effectuons tous des remplacements. Cette boîte peut être d'un grand secours lors d'une demande de sevrage tabagique par un patient ou pour continuer un suivi.

➤ Pour les médecins

- Lors des Formations Médicales Continues
- Lors des Diplômes Universitaires
- Lors des Diplômes Inter-Universitaires

Cette boîte sera utilisée comme support pour l'enseignement ou dans la réalisation de jeux de rôle.

➤ Pour le personnel de PMI :

Le personnel de PMI est un relais important pour éduquer les parents aux méfaits du tabagisme passif.

De plus ce personnel est en contact avec une population souvent parmi la plus défavorisée et souvent moins sensible aux effets néfastes du tabac pour sa santé et celle de ses enfants.

Aussi est-il indispensable de former au sevrage tabagique le personnel de PMI, proche de la population des enfants.

Cette boîte peut servir de support à leur formation et certaines fiches pourront être distribuées aux parents par leur canal.

➤ Pour les pharmaciens

Depuis la délivrance sans ordonnance des substituts nicotiques, le pharmacien est devenu lui aussi un acteur important de mise en route du sevrage tabagique, sans oublier cependant que le relais doit être ensuite passé au praticien de manière à réaliser le suivi du patient.

La boîte de sevrage tabagique, par l'exploitation de certaines fiches, peut aider le pharmacien à connaître le statut tabagique du patient et ainsi à lui proposer le traitement le mieux adapté à son cas.

Cet outil complètera, comme pour les médecins, la formation du pharmacien sur le tabagisme et sur les conditions de délivrance des substituts nicotiques.

➤ Pour les professions paramédicales :

- Les infirmières : que ce soient des infirmières hospitalières ou libérales, ces acteurs de la santé, en contact rapproché avec les malades, ont un rôle préventif et de diagnostic très important. Il est de leur devoir de mettre en garde les malades contre les effets négatifs du tabagisme surtout si ceux-ci sont atteints de pathologies cardiovasculaires et pulmonaires, pour ainsi les motiver à abandonner leur tabagisme. Elles représentent souvent pour le patient, de par leur proximité, une oreille attentive ; elles auront alors un rôle de moteur pour le malade mais devront également diagnostiquer et prévenir les rechutes. Cette boîte sera donc pour elles un support par l'intermédiaire de certaines fiches. Cet outil pourra être utilisé par les professeurs pour dispenser des cours concernant le rôle préventif des infirmières.
- Les sages-femmes : leur rôle préventif auprès des futurs parents et des jeunes mères est primordial. En contact étroit et régulier avec les jeunes mamans, qui leur portent une grande confiance, les sages-femmes ont un champ très large pour dispenser des conseils concernant le sevrage tabagique, mais aussi concernant les effets néfastes du tabagisme passif sur le fœtus et par la suite sur le bébé. Les substituts nicotiques, sous forme de timbres, ne sont pas contre-indiqués lors de la grossesse depuis 1997 (il est toutefois nécessaire pour limiter l'apport de nicotine de les retirer le soir) et les formes orales peuvent être utilisées lors de l'allaitement. Il est donc nécessaire de faire comprendre aux mamans que les traitements leur sont également accessibles et n'ont pas plus d'effets délétères qu'une cigarette. Les fiches de la boîte peuvent donc être utilisées comme support pour les sages-femmes, certaines peuvent être distribuées aux mamans, ou les professeurs peuvent également les utiliser en école pour former les sages-femmes.
- Les kinésithérapeutes : eux aussi ont un rôle préventif et curatif très important. Ils sont en contact permanent lors de rééducations respiratoires ou cardiaques avec des patients présentant des complications du tabagisme. Cette boîte pourrait donc être distribuée en école de kinésithérapeute afin de former les jeunes thérapeutes.

c) Aide à la mise en place du sevrage tabagique et au suivi du patient

Cette boîte est une grande aide à la mise en place du sevrage tabagique et ceci de différentes façons :

- En évidence sur son bureau, le praticien se doit alors de donner au moins le conseil minimal et si le patient semble intéressé, le médecin se doit de proposer une consultation pour démarrer un sevrage tabagique.
- Elle rappelle sans arrêt au praticien l'importance de proposer un sevrage tabagique au fumeur ; il se sentira « coupable » de ne pas le faire.
- Les différentes fiches sont d'un grand support pour la mise en place du sevrage tabagique. Par les différents thèmes abordés, les différents tests utilisés, cet outil permet au praticien de mieux connaître son patient, de mieux cerner son tabagisme et ainsi de proposer la meilleure prise en charge, celle correspondant à chaque situation particulière.
- Par la connaissance de la boîte, le médecin sera mieux formé à diagnostiquer les signes de rechutes et sera ainsi mieux armé pour y faire face.

Elle permet aussi au praticien de suivre son patient de façon rapprochée par la fiche A et le semainier diététique.

d) Réalisation d'enquêtes épidémiologiques

- Cette boîte dans sa globalité est le support de deux enquêtes épidémiologiques : elles concernent les médecins de Lorraine et l'utilisation de cet outil. Ces enquêtes et leurs résultats seront développés dans les paragraphes suivants. Elles ont été réalisées sous la forme de deux questionnaires envoyés à tous les médecins de Lorraine, en 2006 puis en 2008.
- Fiche A : De nombreuses enquêtes épidémiologiques pourraient être réalisées grâce à la fiche A.
 Nous dresserons une liste qui se voudrait la plus complète possible des enquêtes qu'il serait possible d'effectuer à partir de ce document et dont pourrait être déduits des plans d'action :
 - Le nombre de sevrages tabagiques proposés par les médecins de façon générale en Lorraine avec le taux d'échec et aussi de réussite.
 - Le nombre de sevrages tabagiques proposés par les médecins en fonction de leur département d'exercice.
 - Le nombre de sevrages tabagiques proposés par chaque médecin.
 - Le suivi des médecins avec la durée du suivi.
 - Les populations touchées par le tabagisme en sachant que nous n'aurons que des données concernant l'âge, le sexe, l'âge de début, le tabagisme de l'entourage et les dépendances associées. Cette enquête ne mettrait pas en évidence la catégorie socioprofessionnelle touchée.

- Le type de population demandant un sevrage tabagique (là encore la catégorie socioprofessionnelle sera absente d'une telle enquête épidémiologique).
 - La dépendance au tabagisme en fonction de la population touchée.
 - Le pourcentage d'association avec un syndrome dépressif et ceci encore en corrélation avec la population.
 - Les traitements les plus souvent retenus et leur pourcentage de réussite.
 - Les répercussions du sevrage tabagique sur la vie du patient.
 - Les rechutes : le pourcentage de rechutes, leurs raisons, le moment donc la durée d'abstinence, en fonction de la motivation du patient, rechute intervenant avec quel traitement, dans quel type de population, le nombre de rechutes par patient avant un sevrage définitif...
 - Le pourcentage de réussite en fonction de la population, de la motivation du patient, des dépendances associées, en fonction du traitement, la réussite après combien de rechutes...
- Par la fiche test de dépendance comportementale et psychologique, il est possible de faire une voire des enquêtes concernant la signification des cigarettes pour le fumeur.

2. Pour le patient

a) *Stimulation à la mise en place du sevrage tabagique*

- Un message affiché dans la salle d'attente du praticien va interpeller le fumeur sur son tabagisme.
- Bien située dans le cabinet médical, cette boîte de dimensions imposantes, avec son slogan accrocheur, va attirer le regard du patient et ainsi l'interroger, le culpabiliser puis le motiver pour enfin le pousser à demander une consultation spécifique au sevrage tabagique.
- Associée au conseil minimal donné par le praticien, elle va amener le fumeur à se poser des questions concernant son tabagisme et un éventuel sevrage.
- Le praticien en distribuant certaines fiches au patient, même non décidé à débiter un sevrage tabagique, va amener doucement ce dernier à s'interroger sur son tabagisme et à mûrir une décision éventuelle de sevrage.

b) Support pédagogique

Pour un patient, cette boîte contient beaucoup d'informations sur le tabagisme : ses effets néfastes sur la santé, les bénéfices du sevrage tant pour lui-même que pour son entourage, les différents traitements possibles, les effets secondaires du sevrage tabagique, des conseils pour gérer au mieux le manque, des astuces pour garder une alimentation équilibrée...

Les fiches ont une grande 'qualité: celle d'apprendre au patient à déculpabiliser en cas de rechute et au contraire de ne prendre que le côté positif de cet échec ...

Pour chaque fiche, on retrouvera une petite phrase stimulante pour le patient.

c) Dé dramatisation

(i) Du sevrage tabagique

- « Arrêter de fumer c'est possible »
- « Vous serez libéré d'un esclavage »
- « Après quelques semaines d'arrêt du tabac, vous ressentirez un sentiment d'apaisement et non plus un sentiment de manque »
- « Votre motivation à l'arrêt de votre dépendance tabagique est votre meilleur gage de succès »
- Bénéfices à court, moyen et long terme
- Fiche concernant les rechutes

Tous ces éléments vont permettre tout d'abord de motiver le patient à débiter et poursuivre son sevrage tabagique, mais également dédramatiser cet acte en démontrant que cela est possible, que la rechute n'est pas un échec, bien au contraire. La période d'abstinence, quelle que soit sa durée, est déjà une grande réussite en soi.

(ii) De la rechute

La fiche 6₁ distribuée d'office au patient va permettre de dédramatiser cette rechute en expliquant que cela fait partie de l'histoire normale d'un sevrage tabagique, la période d'abstinence est déjà une grande réussite pour le patient.

« Il vaut mieux rechuter plusieurs fois pour enfin parvenir à l'abstinence totale et définitive, plutôt que de renoncer devant la déception éprouvée lors d'une rechute »

« Tout est ensuite question de volonté et d'obstination ». Si le moment choisi est le bon, si l'analyse de la rechute a été comprise, le patient arrivera à surmonter cet échec ou ces échecs.

d) Soutien

- Par la présence constante et la disponibilité du médecin généraliste : le patient a un agenda de consultation bien précis à tenir pour son sevrage. Le praticien restera à son écoute dans ses difficultés, ses questions et ses échecs et ceci à tout moment. Il se montre très impliqué dans la démarche que le fumeur a entreprise. Il est très important pour le malade de se sentir suivi soutenu, ceci est aussi gage de sa réussite.
- Par la présence de cette boîte sur le bureau du praticien
- Par les fiches : les fiches pouvant et devant être distribuées au patient, celui-ci pourra s'y référer en cas de difficultés. Les nombreux conseils donnés, associés aux messages de soutien et d'encouragement, aideront le patient lorsque des doutes peuvent s'installer.

III. LES ENQUÊTES

A. Méthodologie

1. Population étudiée

La population cible de nos 2 enquêtes était l'ensemble des médecins généralistes de Lorraine, dans les 4 départements Meurthe et Moselle, Moselle, Meuse et Vosges.

2. Informations recueillies

Pour recueillir les informations nécessaires à nos 2 enquêtes, 2 questionnaires furent élaborés :

Le questionnaire 2006 a été élaboré par le Docteur F. EMPEREUR, épidémiologiste au CHU de Nancy (cf. annexe n°1)

Le questionnaire 2008 a été élaboré par Sandra YONCOURT et validé par le Docteur Denis EVRARD, directeur de thèse, Président de l'AMPPU 54 (cf. annexe n°3).

3. Traitement des données

L'ensemble des réponses des questionnaires reçus a été saisi manuellement et l'analyse statistique a été réalisée en utilisant les fonctions du logiciel EXCEL, et celles du logiciel SAS pour la partie traitée par Madame EMPEREUR.

En ce qui concerne l'enquête de 2006, 174 médecins ont répondu, soit un taux de 8,2 %. Parmi ces 174 réponses, 3 questionnaires ont été renvoyés non remplis (non médecin généraliste).

En conséquence, seules 171 réponses ont pu être exploitées.

En ce qui concerne l'enquête 2008, 768 médecins ont répondu soit un taux de 34,4%. Parmi ces 768 réponses, 20 médecins ont renvoyé le questionnaire non rempli, en majorité des médecins ayant pris leur retraite ou des médecins n'exerçant pas la médecine générale. En conséquence, seules 748 réponses ont été exploitées.

La différence de taux de réponses dans ces deux enquêtes est très importante. Les questionnaires n'étant pas identiques dans les deux enquêtes, il n'est pas possible de tirer un enseignement de ce constat. Sans doute peut-on imaginer que la lourdeur relative du questionnaire 2006 a pu décourager quelques bonnes volontés ; peut-être peut-on aussi voir dans cette augmentation du taux de réponses, le signe d'une sensibilisation croissante au phénomène du tabagisme et à ses méfaits sur la santé.

B. Résultats

1. Présentation des répondants

a) Répartition par sexe

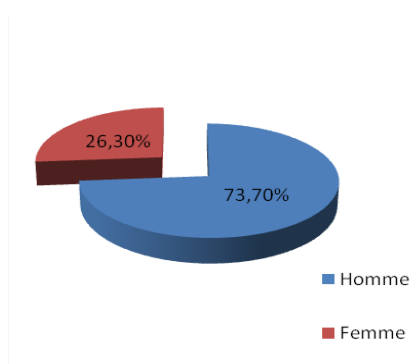


Fig. 33 : répartition par sexe en 2006

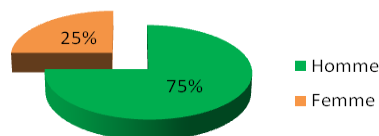


Fig. 34 : répartition par sexe en 2008

Il n'y a pas de biais significatif dans la répartition par sexe des répondants par rapport à la population enquêtée, que ce soit dans les réponses à l'enquête 2006, ou dans les réponses à l'enquête 2008 (total population enquêtée 75% Homme, 25% Femme, en pourcentages arrondis).

b) Répartition par tranche d'âge

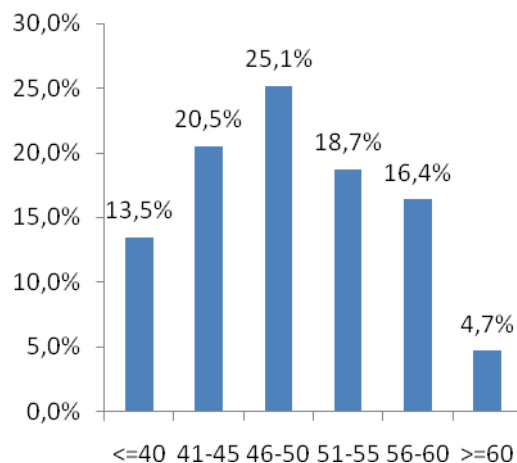


Fig.35 : répartition des répondants par tranche d'âge en 2006

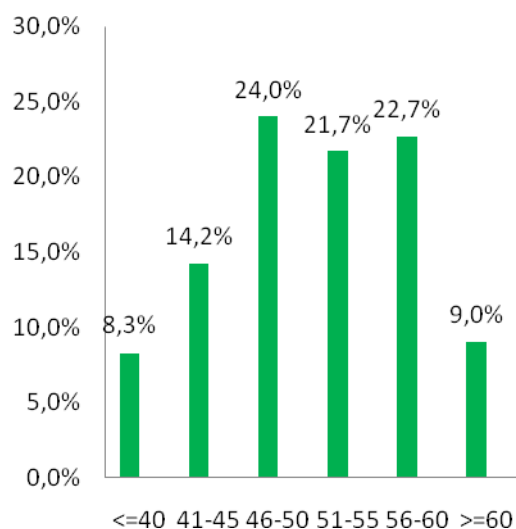


Fig. 36 : répartition des répondants par tranche d'âge en 2008

Ne disposant pas de la répartition par tranche d'âge des populations enquêtées en 2006 ou en 2008, nous ne pouvons tirer d'enseignements des répartitions par tranche d'âge des répondants.

c) Répartition par département :

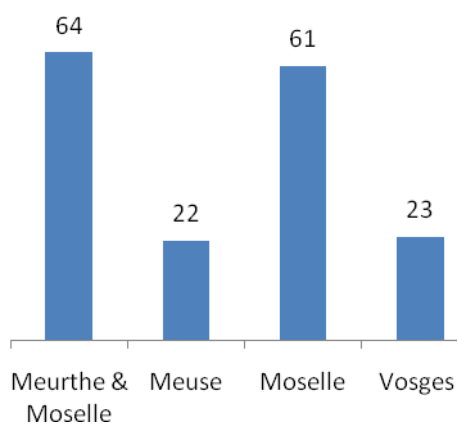


Fig.37 :répartition des répondants par département en 2006

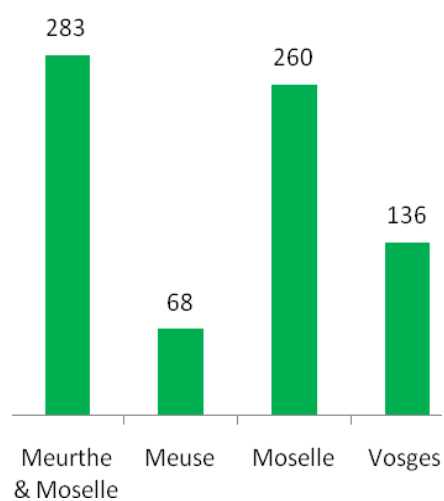


Fig.38 :répartition des répondants par département en 2008

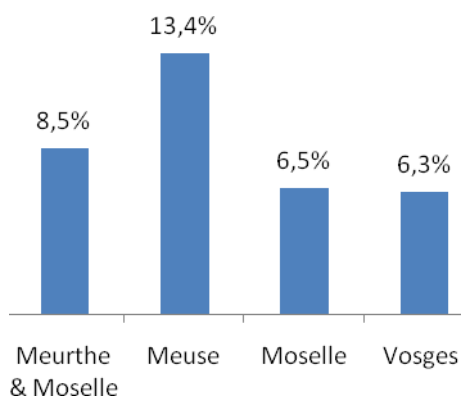


Fig.39 : pourcentage de répondants par département en 2006

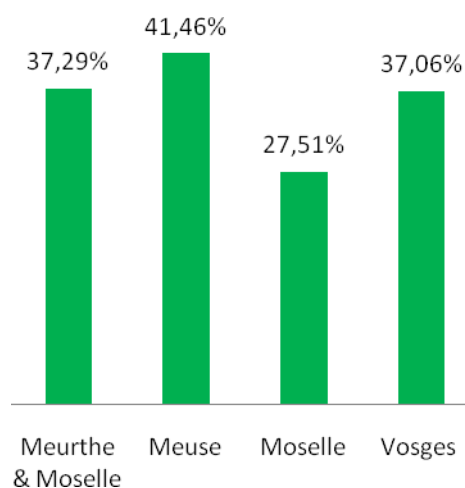


Fig.40 : pourcentage de répondants par département en 2008

Nous pouvons relever pour chaque enquête que le département de la Meuse est en tête du pourcentage de répondants par département, suivi du département de Meurthe & Moselle.

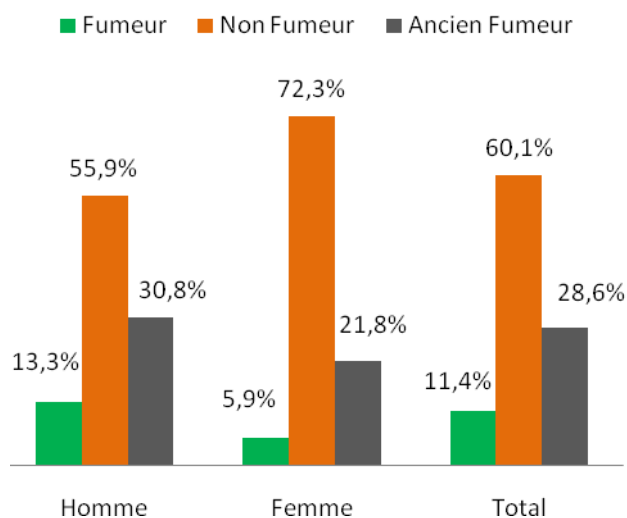
Dans l'enquête 2006 avaient été posées les questions de la zone géographique d'implantation d'exercice (milieu urbain / milieu rural) et du cabinet d'exercice (Groupe ou Individuel).

L'exploitation des réponses n'ayant pas apporté d'information pertinente et discriminante, ces questions n'ont pas été réitérées dans le questionnaire 2008.

2. Statut tabagique des répondants

Cette question n'avait pas été posée dans le questionnaire 2006 . Il est apparu intéressant de l'introduire dans l'enquête 2008 :

Êtes-vous fumeur ? Oui Non Ancien fumeur



Malgré l'évolution relative, mais certes plus récente, du tabagisme féminin, les pourcentages relatifs aux femmes sont tous inférieurs aux pourcentages hommes. Le taux de fumeurs dans notre étude est en deçà de la moyenne nationale 32% versus 11,4% pour notre étude.

Fig.41 :statut tabagique des répondants (en pourcentage)

Le souci d'exemplarité commencerait-il à porter ses fruits ou est-ce la prise de conscience, à laquelle n'échappent pas les médecins, des conséquences du tabagisme sur leur santé ? (85% en 2006 et 90% en 2008 des médecins répondants ont plus de 40 ans)

3. Analyse de la formation post-universitaire :

a) Répartition des répondants Formé/Non Formé

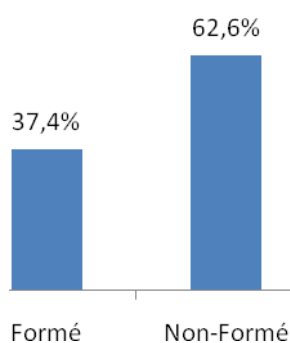


Fig.42 :pourcentages de formés et non formés en 2006

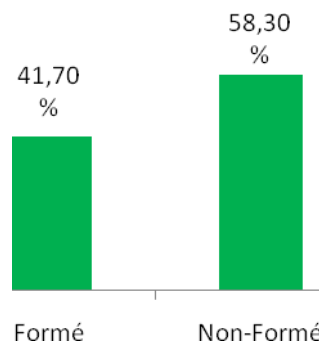


Fig.43 : pourcentage de formés et non formés en 2008

Remarque : Les résultats de l'enquête 2008 retracent les pourcentages de répondants « Formé » en 2008, c'est-à-dire déclarant avoir suivi une formation soit avant 2006 ou depuis 2006.

Dans la population des répondants de l'enquête 2006, 37% déclaraient avoir suivi une formation continue (sans différence significative entre la population féminine et la population masculine des répondants).

Dans la population des répondants de l'enquête 2008, 35% déclarent avoir suivi une formation continue avant 2006. Ce pourcentage n'est pas sensiblement différent de celui relevé dans les déclarants de l'enquête 2006 (et également sans différence significative entre la population féminine et la population masculine des répondants).

Au total, si nous analysons la population de répondants se déclarant formés au moment de l'enquête 2008 (avant ou après 2006), nous trouvons (sans double compte) que 41,7% sont formés (40% des hommes répondants se déclarant « Formé » et 47% des femmes).

De multiples biais peuvent rendre délicat un rapprochement entre les résultats de l'enquête 2006 et ceux de l'enquête 2008. Toutefois la cohérence des résultats entre les répondants à l'enquête 2006 déclarant avoir suivi une formation et ceux de l'enquête 2008 déclarant avoir suivi une formation avant 2006 mérite d'être relevée.

Il paraîtrait donc légitime d'interpréter l'évolution du pourcentage de formés, entre l'enquête 2006 et l'enquête 2008, comme significative d'une augmentation du nombre de formés au sevrage tabagique dans l'ensemble de la population des médecins généralistes lorrains.

b) Répartition des formés /non formés par département

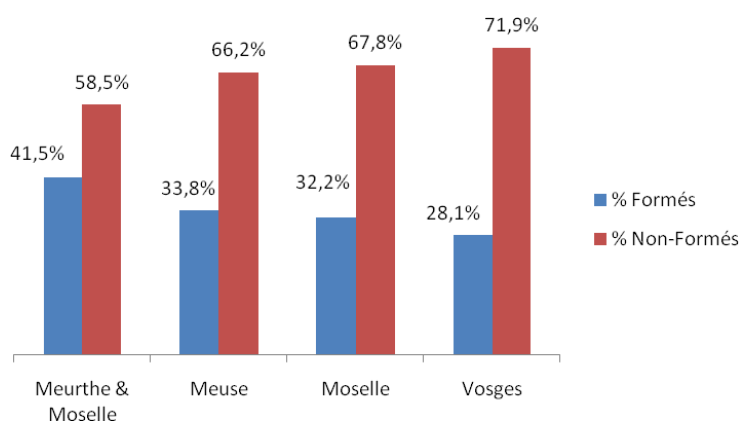


Fig.44 :pourcentage de répondants formés/ non formés par département en 2006

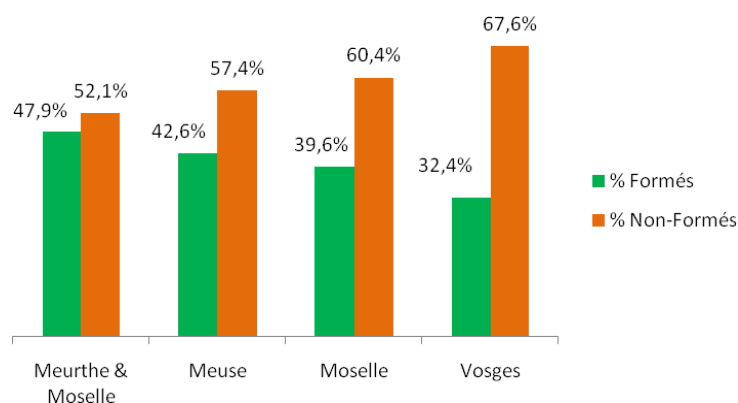


Fig.45 : pourcentage de répondants formés /non formés par département en 2008

Dans mes deux enquêtes, le département de Meurthe & Moselle affiche le pourcentage le plus élevé de médecins généralistes déclarant avoir suivi une formation post-universitaire au sevrage tabagique (respectivement 41,5% et 47,9%). Quant au département des Vosges, les taux sont de 28,1% et 32,4%.

Ces 2 tableaux nous confirment l'amélioration de la formation entre 2006 et 2008 quel que soit le département et ne change pas le « classement » des départements Meurthe & Moselle, Meuse, Moselle, Vosges.

Au total on peut toutefois considérer que le pourcentage de médecins généralistes formés au sevrage tabagique reste encore insuffisant compte tenu de la gravité du tabagisme sur la santé.

c) Répartition des formés par tranche d'âge

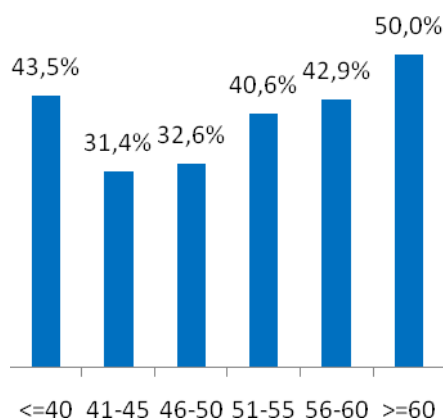


Fig.46 : répartition des formés par tranche d'âge(en pourcentage)en 2006

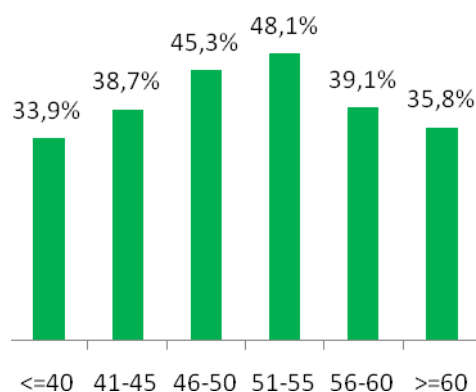


Fig.47 : répartition des formés par tranche d'âge (en pourcentage) en 2008

Les résultats de l'enquête 2008 sont, sans doute compte tenu du taux de réponses, plus représentatifs que les résultats de l'enquête 2006.

Nous pouvons relever que les jeunes diplômés restent insuffisamment formés : en 2008, seuls 33,9% des moins de 40 ans ont reçu une formation en tabacologie. Compte tenu des pourcentages déclarés dans les tranches d'âge supérieures à 40 ans, nous pouvons sans doute en déduire que les médecins se forment suivant leurs besoins et leur pratique au cours de leur exercice médical.

d) Type de formation suivie :

Pour les répondants de l'enquête 2006 qui déclarent avoir suivi une formation en 2006 ou avant et répondent sur le type de formation (incluant les déclarations de formations multiples) :

- 14% déclarent un diplôme (9)
- 75% une formation AMPPU 54 (48)
- 11% une formation autre (Acupuncture, FMC, Lectures personnelles, Soirées Laboratoire) (7)

Pour les répondants de l'enquête 2008 qui déclarent avoir suivi une formation depuis 2006 et répondent sur le type de formation (incluant les déclarations de formations multiples) :

- 12% déclarent un diplôme (31)
- 64% une formation AMPPU 54 (169)
- 24% une formation autre (Acupuncture, FMC, Lectures personnelles, Soirées Laboratoire) (62)

Les répondants non formés le commentent par les motifs suivants (multiples réponses incluses) :

- 44% « manque de temps » (87)
- 24% « pas motivé » (47)
- 13% « pas eu l'occasion » (25)
- 6% « pas informé ou pas de formation disponible » (12)
- 6% « pas nécessaire » (11)
- 4% « autres choix de formation » (8)
- 2% « formation personnelle » (4)
- 2% « formations inadaptées » (4)
- 4% « autres choix de formation » (8)

4. Délivrance du conseil minimal à l'arrêt du tabac :

La question a été posée que dans questionnaire 2008.

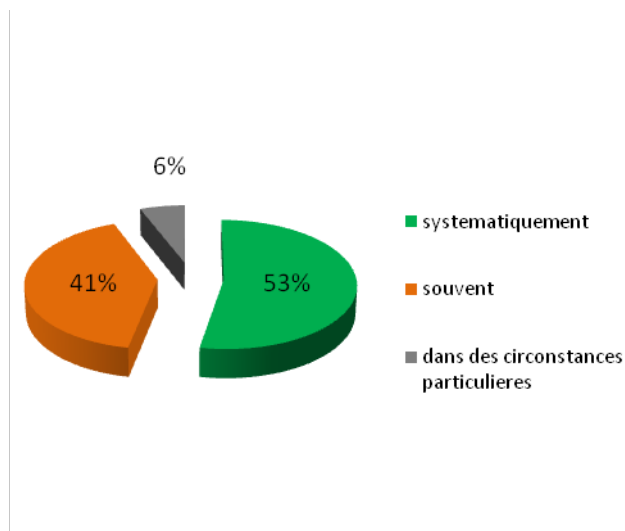


Fig.48 : pourcentage de médecins délivrant le conseil minimal

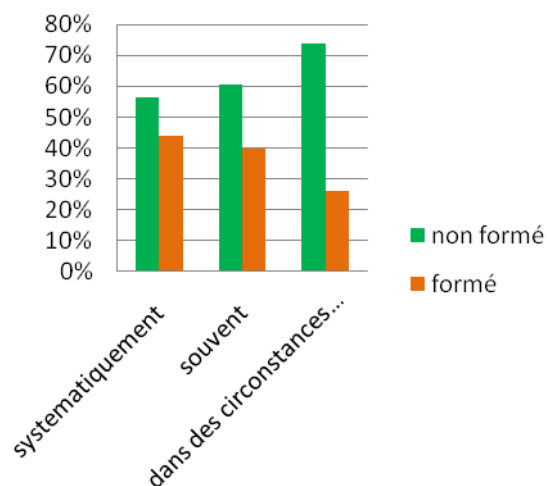


Fig.49 : délivrance du conseil minimal en fonction de la formation(en pourcentage) Test du khi2=0,056

Il n'y a pas de répondant déclarant « ne jamais délivrer le conseil minimal ». 53% déclarent le délivrer systématiquement, 41% souvent et 6% le délivrer dans des circonstances particulières.

La formation semble avoir une influence sur la délivrance systématique du conseil minimal, avec un khi2 à la limite du seuil de significativité habituellement retenu (5,6% pour un seuil habituellement retenu de 5%).

5. Pratique du sevrage tabagique des répondants :

a) Propositions de sevrage tabagique

i) En général

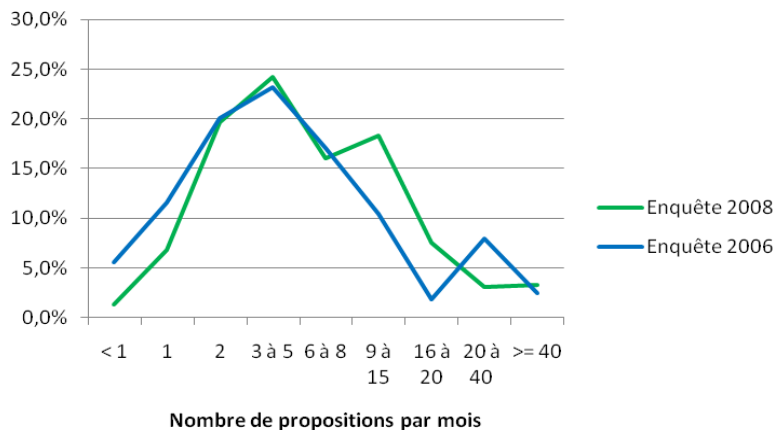


Fig.50 : pourcentage de répondants dans la tranche de propositions de sevrage

Certains biais, par exemple liés au pourcentage plus faible de réponses à l'enquête 2006, peuvent rendre incertaine l'interprétation de l'évolution entre les deux enquêtes.

Toutefois nous pensons pouvoir relever une augmentation des pratiques les plus soutenues de propositions de sevrage tabagique : les pourcentages dans les tranches 6 à 20 ont augmenté entre 2006 et 2008.

L'analyse des moyennes et médianes va dans le même sens : dans l'enquête 2006, la moyenne du nombre de propositions de sevrage par mois s'établit à 6,7 propositions/mois, et la médiane à 4/mois ; dans l'enquête 2008, la moyenne s'établit à 8,7 propositions/mois et la médiane à 5/mois.

ii) En relation avec la formation

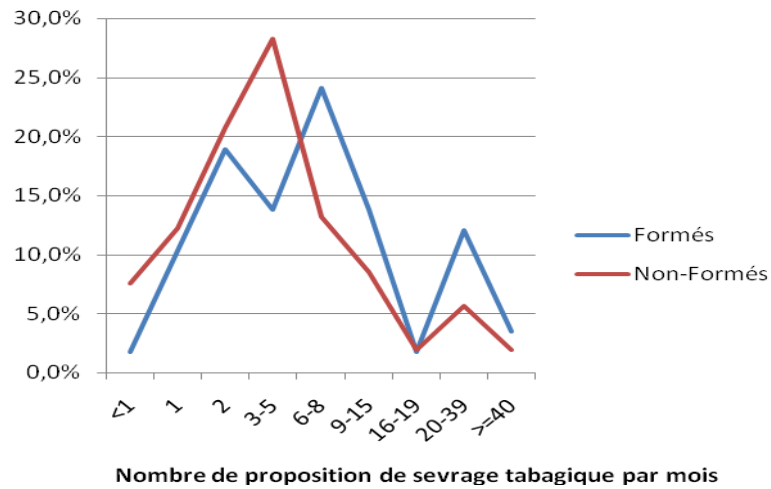


Fig.51 : pourcentage de propositions de sevrage en fonction de la formation en 2006

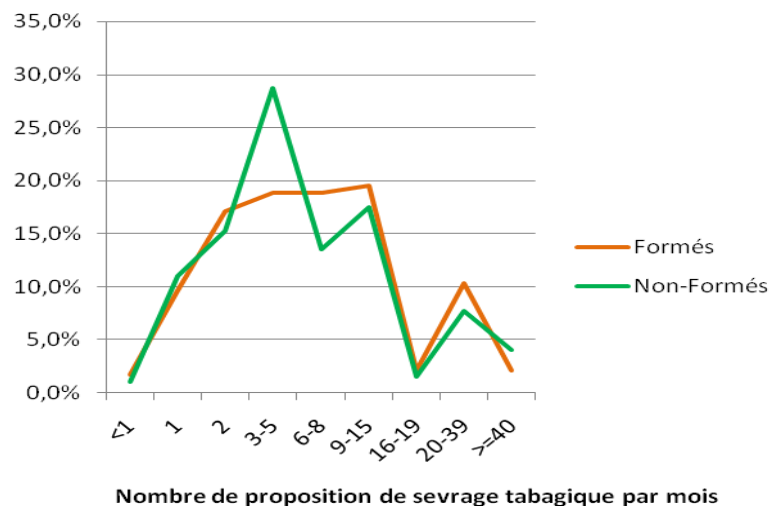


Fig.52 : pourcentage de propositions de sevrage en fonction de la formation en 2008

Ces deux enquêtes montrent une proportion des médecins formés déclarant dans les tranches « 6 propositions par mois et plus », légèrement supérieure à celle des médecins non-formés.

Les résultats des deux enquêtes mettent en évidence des moyennes et médianes stables, autour de 8,5/mois de moyenne pour les médecins formés et d'une médiane de l'ordre de 5/mois.

La formation des médecins généralistes semble avoir un impact sur le nombre de propositions de sevrage tabagique.

iii) En relation avec le statut tabagique des médecins

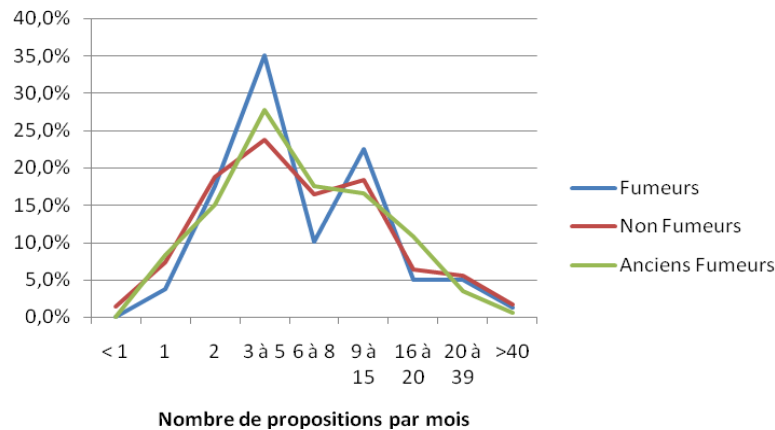
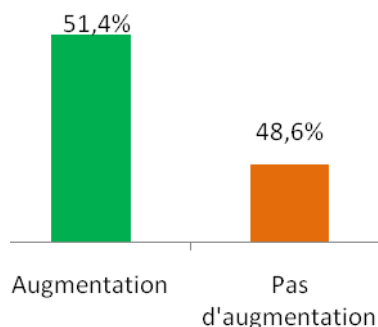


Fig.53 : pourcentage de proposition de sevrage en fonction du statut tabagique en 2008

Dans notre enquête, le statut tabagique du praticien ne semble pas influencer sa pratique. On retrouve des moyennes de propositions de sevrage de 8,4 pour les non fumeurs, 8,7 pour les anciens fumeurs et enfin 8 propositions par mois pour les fumeurs. Le test de Student est non significatif. Il n'existe donc pas de relation entre le statut tabagique des médecins et leur pratique en matière de sevrage tabagique.

iv) Évolution 2006 - 2008

➤ En général



- 334 médecins répondent ne pas avoir augmenté leurs propositions.
82 d'entre eux commentent cette stabilité. Pour 39 ceci résulte d'une stabilité de leur clientèle et de leur pratique, 29 du constat que ce sont toujours les mêmes patients qui ne sont pas motivés et/ou ne veulent pas s'arrêter de fumer, 9 par un développement de l'automédication ou de recours direct aux pharmaciens, 8 enfin semblent traduire un découragement.
- 353 médecins estiment avoir augmenté le nombre de proposition de sevrage :
- 131 médecins déclarent avoir augmenté leur nombre de propositions sans toutefois chiffrer l'augmentation
- 222 enfin chiffrer l'augmentation ; en moyenne elle serait de 60%, la médiane des 222 déclarants s'établissant à 50%.

Fig.54 : pourcentage d'augmentation du nombre de proposition de sevrage en 2008

➤ En fonction du statut tabagique du médecin

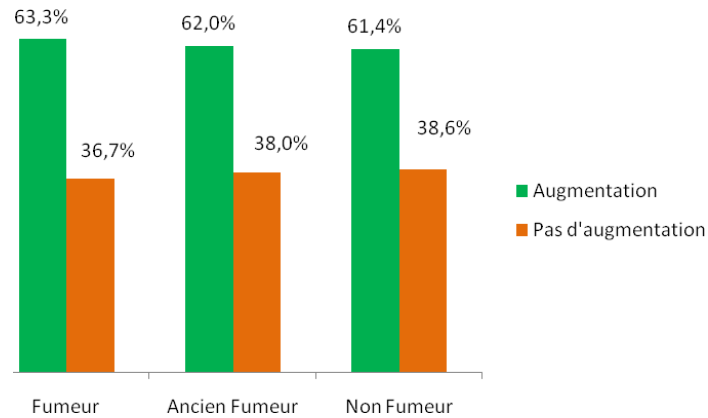


Fig. 55 : pourcentage d'augmentation /non augmentation du nombre de propositions de sevrage en fonction du statut tabagique

L'augmentation du nombre de propositions de sevrage tabagique est un peu plus importante pour les médecins fumeurs que pour les non-fumeurs ou anciens-fumeurs : serait-ce le signe que les médecins fumeurs sont plus sensibilisés au sujet en 2008 ?

Par ailleurs, on pourrait interpréter l'évolution inverse des déclarants « Pas d'augmentation » comme traduisant le fait que les non-fumeurs, déjà très sensibilisés au sujet en 2006, avaient dès cette date largement sensibilisé leur clientèle.

b) Demandes de sevrage tabagique

(i) En général

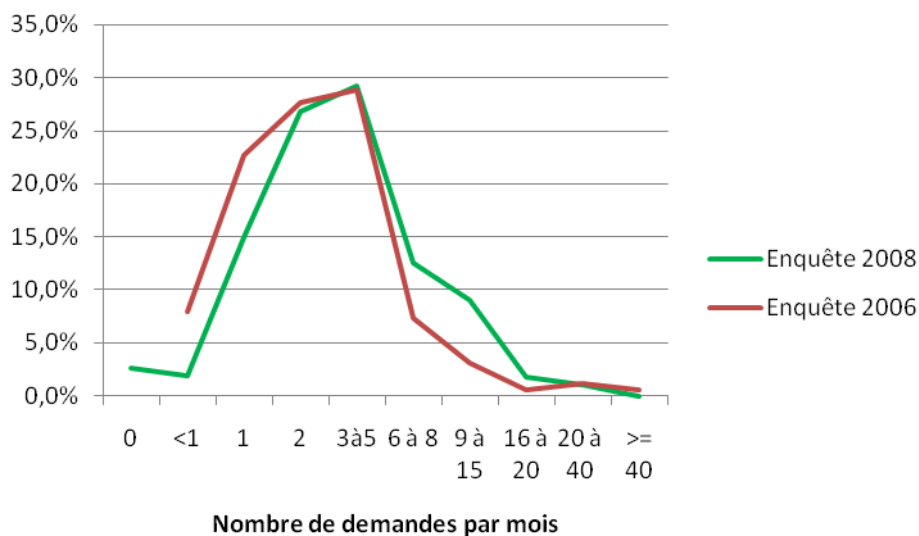


Fig.56 : pourcentage de répondants dans la tranche de demandes de sevrage

Dans l'enquête 2006, la moyenne déclarée du nombre de demandes de sevrage par mois s'établit à 3 demandes/mois, la médiane s'élevant à 2. En 2008, la moyenne déclarée s'élève à 4,4 et la médiane à 3.

Peut-être ces évolutions traduisent-elles une évolution des mentalités : les fumeurs seraient enfin plus nombreux à prendre conscience des méfaits du tabac ... Ou peut-être est-ce dû au coût du tabac ...

(ii) Évolution 2006- 2008

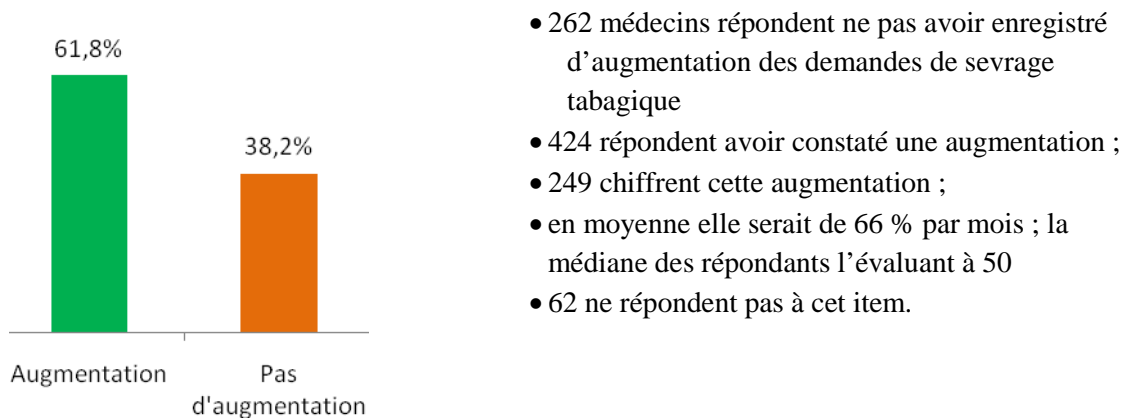


Fig.57 :pourcentage d'augmentation du nombre de demande de sevrage en 2008

Ce tableau confirme ce que nous avons pu constater précédemment : l'augmentation des demandes de sevrage tabagique des patients fumeurs auprès des praticiens.

6. Relation avec les centres de tabacologie

La question relative à la connaissance et à l'orientation vers des centres de tabacologie n'a été posée que dans l'enquête 2008.

a) **Connaissance de l'existence d'un centre de tabacologie :**

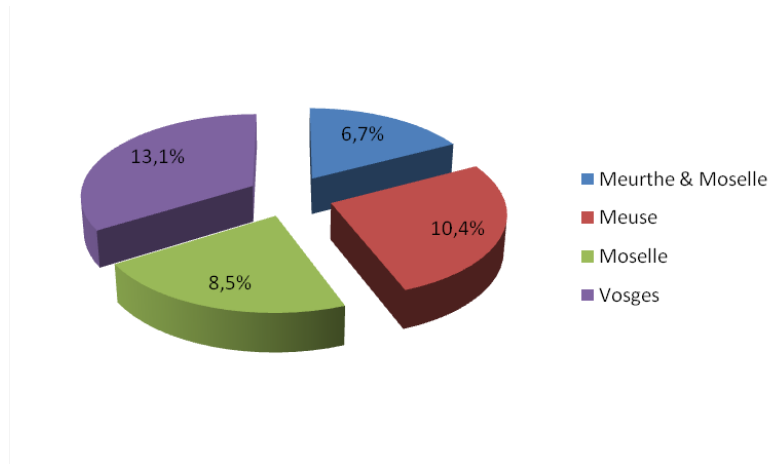


Fig.58 : Pourcentage de répondants déclarant ne pas connaître l'existence d'un centre de tabacologie dans le département ; par département.

Globalement, seule une faible proportion des médecins généralistes répondants déclare ne pas connaître de centre de tabacologie.

Les médecins généralistes des Vosges sont les plus nombreux en proportion à déclarer ne pas connaître de centre (13.1%). Effet d'éloignement? Effet de la formation? Comme nous avons pu le noter dans le tableau des formés /non formés par département, les praticiens vosgiens sont en effet ceux qui déclarent avoir suivi le moins de formations au sevrage tabagique, en proportion.

b) **Orientation vers les centres de tabacologie :**

(i) **En général**

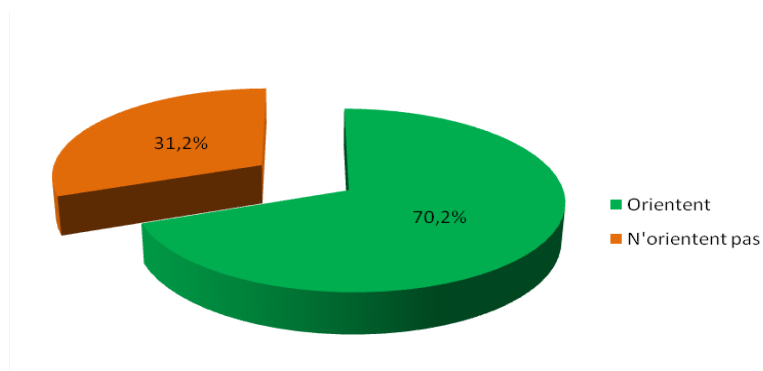


Fig.59 : pourcentage de répondants orientant vers un centre de tabacologie

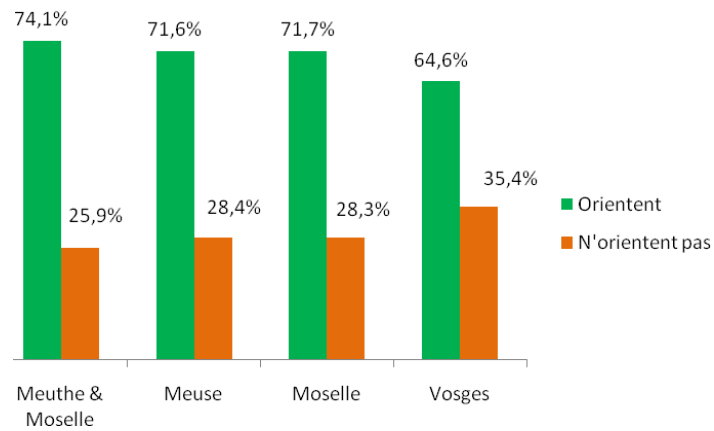
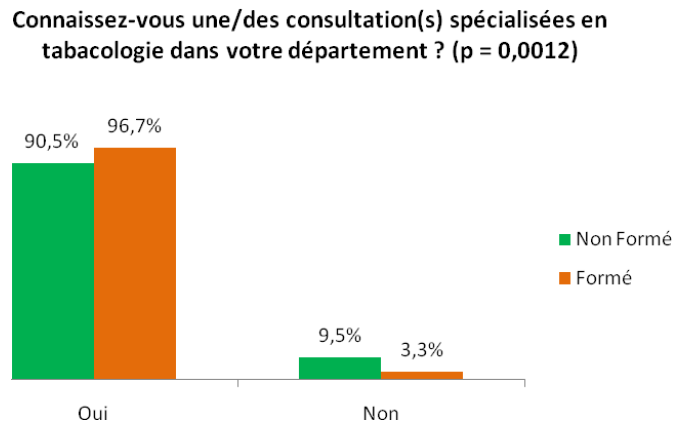
(ii) En fonction du département

Fig. 60 : pourcentage de répondants orientant/n'orientant pas vers les centre de tabacologie en fonction du département

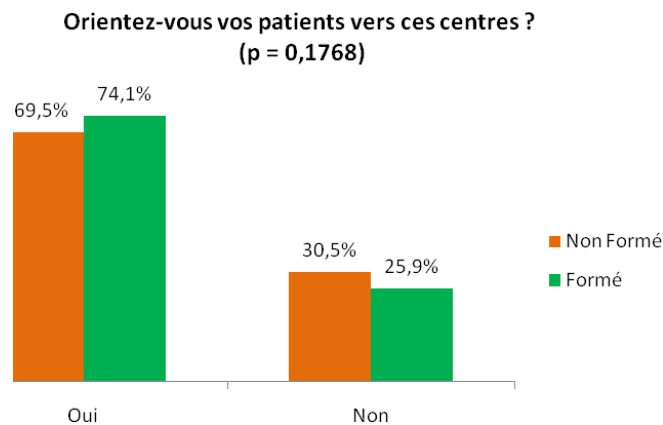
24% des médecins qui répondent connaître l'existence de consultations spécialisées dans leur département n'orientent toutefois pas leurs patients sur celles-ci. La proportion est à peu près identique (22/2 %) dans chaque département, sauf dans le département des Vosges où elle s'élève à 30,5 %. Malgré un taux déclaré de connaissance plus faible en Meuse, le pourcentage de recours aux centres semble relativement plus élevé.

Pour les 122 médecins qui motivent leur non-orientation sur ces consultations, les motifs en sont les suivants :

- Délais de consultation trop longs et/ou éloignement: 28 (23%)
- Préfère traiter lui-même: 48 (39%)
- Expériences non concluantes: 13 (11%)
- Seulement dans des situations très exceptionnelles: 17 (14%)
- Refus des patients: 16 (13%)

(iii) En fonction de la formation.**Fig.61 : Lien entre la connaissance en des centres de tabacologie et la formation**

Nous pouvons remarquer que malgré une différence très peu importante entre les oui des formés et ceux des non formés, nous avons un test du khi2 très significatif. La formation joue donc un rôle important dans la connaissance des centres de tabacologie. Les praticiens formés ont une meilleure connaissance de ces centres de tabacologie.

**Fig.62 : lien entre l'orientation vers des centres de tabacologie et la formation**

Par contre, il n'y a pas de corrélation significative (au seuil de 5%) entre la formation et l'orientation sur ces centres, ni dans un sens (mieux l'on a été formé, plus on oriente), ni dans l'autre sens (plus l'on a été formé, moins l'on pense l'orientation sur ces centres nécessaire ou utile, par rapport à sa propre pratique et à ses propres résultats). Cependant, nous pouvons constater dans les 2 cas (formés/non formés) que les praticiens orientent assez volontiers leurs patients.

7. Utilisation de la boîte de sevrage tabagique

a) *En général*

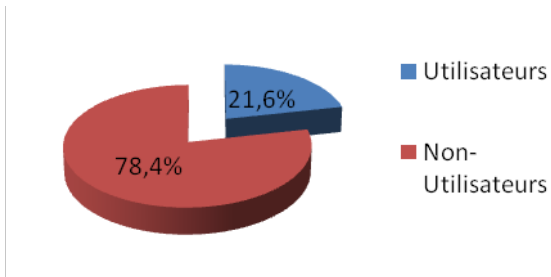


Fig.63 : pourcentage de répondants déclarant utiliser la boîte de sevrage tabagique en 2006

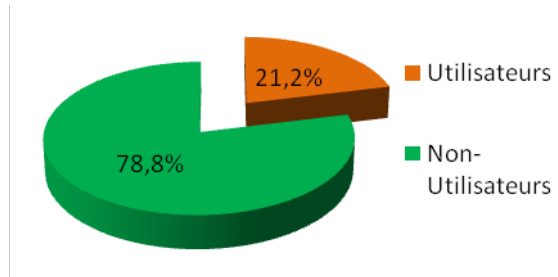


Fig.64 : pourcentage de répondants déclarant utiliser la boîte de sevrage tabagique en 2008

Remarque :

Les réponses au questionnaire 2008 nous permettent d'affiner le pourcentage de médecins utilisateurs de la boîte en 2006. En effet, la question posée « avez-vous utilisé la boîte ? » peut être considérée comme une approximation de « l'avez-vous utilisée en 2006 ? ». 36,5% des répondants déclarent l'avoir utilisée, ce qui est donc supérieur au 21,6% ci-dessus.

Parmi ces utilisateurs, 57,1% déclarent encore utiliser la boîte en 2008 et 42,9% ne plus l'utiliser.

b) En fonction de la formation :

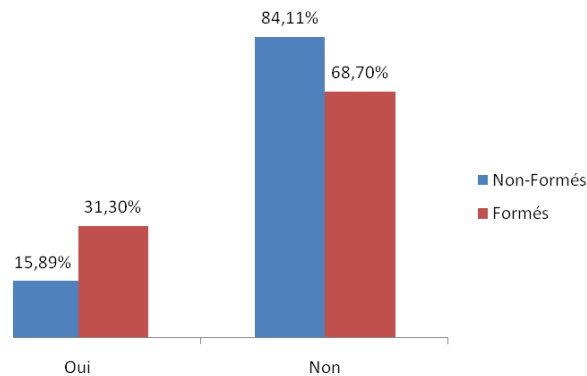


Fig.65 : pourcentage d'utilisateurs selon la formation en 2006 p=0,02

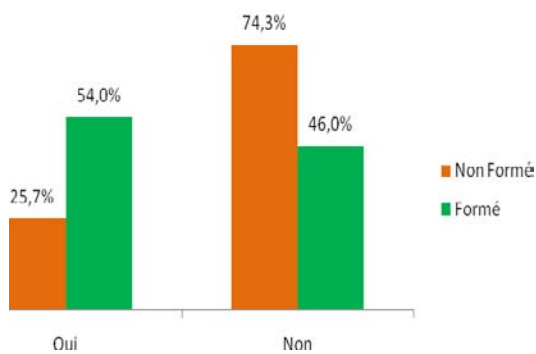


Fig.66 : pourcentage de répondants ayant utilisé la boîte en fonction de la formation en 2008 (p<0,0001)

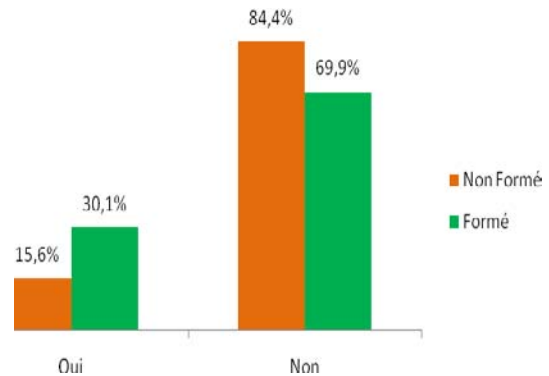


Fig . 67 : pourcentage de répondants utilisant la boîte en fonction de la formation en 2008 (p < 0,0001)

La corrélation entre la formation et l'utilisation de la boîte de sevrage tabagique est très significative ($p < 0,0001$) en 2008, mais également en 2006 avec un $p=0,02$.

Toutefois, l'utilisation de la boîte est relativement peu répandue et tend à s'estomper au cours du temps. Si 54% des médecins formés déclarent avoir utilisé la boîte (ce qui est un pourcentage tout à fait remarquable), seuls 30,1% déclarent encore l'utiliser (réciproquement 25,7% et 15,6% pour les médecins non-formés). L'utilité de la boîte semble donc bien réelle, tout au moins dans les premières phases de pratique du sevrage tabagique.

Les non-utilisateurs de la boîte (tant passés que présents) qui fournissent un commentaire, déclarent assez généralement que la boîte est trop compliquée (45% des répondants renseignant cet item) et trop chronophage d'utilisation (15% des répondants renseignant cet item). Toutefois, une proportion assez élevée de répondants déclarent ne pas connaître cette boîte : 29%.

Cependant, un nombre significatif d'entre eux indique trouver les fiches ou certaines d'entre elles utiles et les utiliser.

c) Utilisation de la boîte et nombre de propositions de sevrage tabagique

L'exploitation des résultats de nos enquêtes fait apparaître des corrélations qui, significatives sur notre échantillon de répondants, ne le sont pas totalement, d'après le test de Student, pour l'ensemble de la population des médecins généralistes de Lorraine.

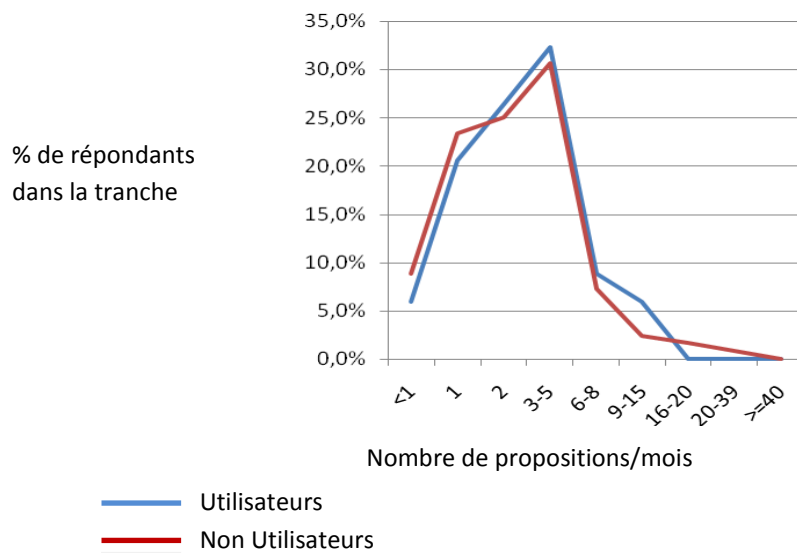


Fig.68 : lien entre l'utilisation de la boîte de sevrage et le nombre de propositions de sevrage par mois en 2006

- Répartition des déclarants « avoir utilisé la boîte » par tranche de nombre mensuel de propositions

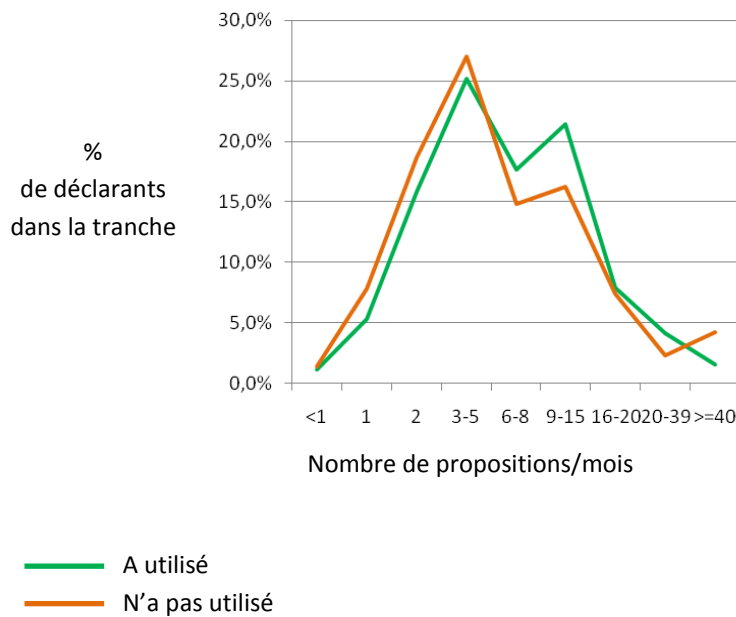


Fig.69 : lien entre les répondants ayant/n'ayant pas utilisé la boîte de sevrage et le nombre de propositions de sevrage par mois en 2008

- Répartition des déclarants « utiliser la boîte » par tranche de nombre mensuel de propositions

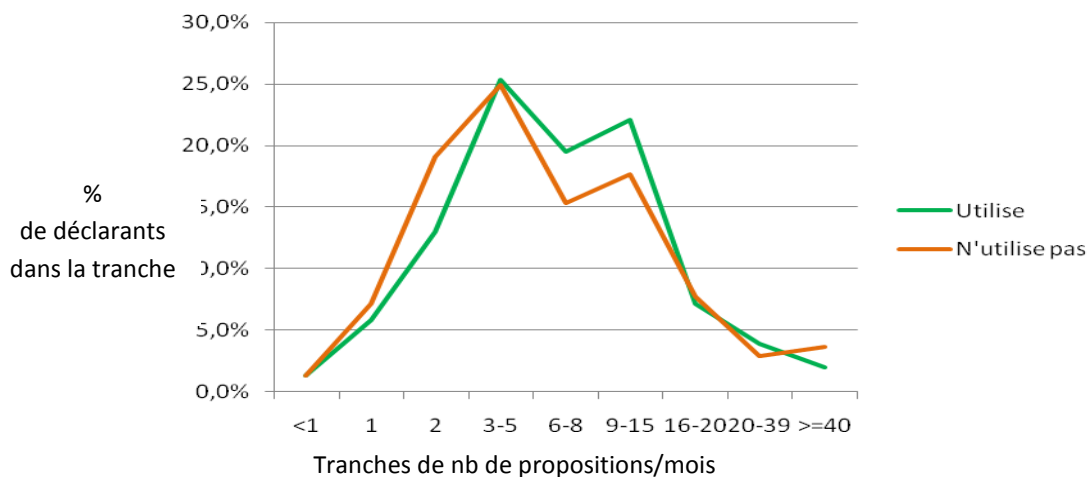


Fig.70 : lien entre les répondants utilisant/n'utilisant pas la boîte de sevrage et le nombre de propositions de sevrage par mois en 2008

Au regard des courbes, les praticiens ayant utilisé ou utilisant la boîte de sevrage tabagique semblent proposer plus de sevrages tabagiques que les non-utilisateurs. En effet, nous pouvons remarquer qu'au-delà de 6 sevrages tabagiques par mois, ils sont plus nombreux en pourcentage.

➤ Évolution 2006 2008

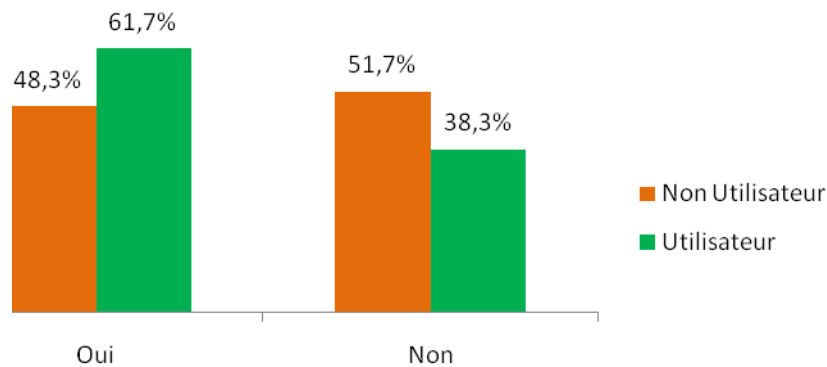


Fig.71 : lien entre l'utilisation de la boîte de sevrage et l'augmentation du nombre de propositions par mois : Depuis 2 ans, avez-vous une augmentation du nombre de propositions de sevrage ? (p = 0,0037) :

La corrélation entre l'utilisation de la boîte de sevrage tabagique et l'augmentation du nombre de propositions de sevrage tabagique par le médecin est significative : 61,7 % des médecins utilisateurs de la boîte déclarent une augmentation de leur nombre mensuel de propositions de sevrage, contre moins de un répondant sur deux pour les non-utilisateurs.

d) Utilisation de la boîte et nombre de demandes de sevrage tabagique

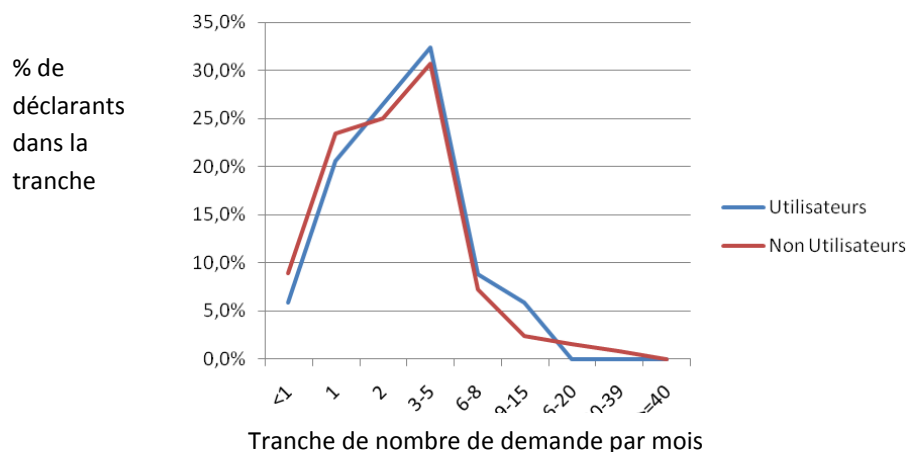


Fig.72 : En 2006, pourcentage de déclarants utilisateurs/non utilisateurs par tranche de nombre de demandes de sevrage par mois

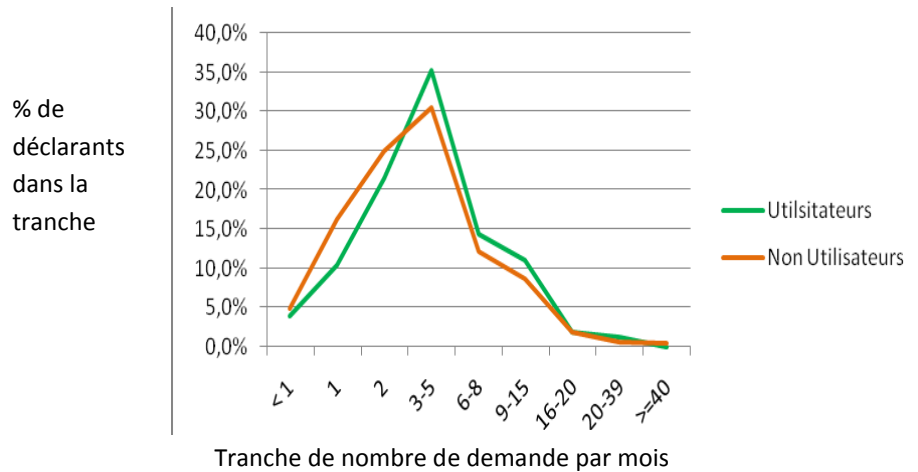


Fig.73 : En 2008, pourcentage de déclarants utilisateurs/non utilisateurs par tranche de nombre de demandes de sevrage par mois

Nous pouvons noter que les praticiens utilisateurs de la boîte de sevrage tabagique semblent, tant en 2006 qu'en 2008, avoir légèrement plus de demandes de sevrage. Le fait de montrer l'affiche dans la salle d'attente ou encore de mettre la boîte en évidence dans le cabinet pourrait sans doute contribuer à la sensibilisation des patients.

En moyenne, en 2006, les répondants utilisateurs de la boîte avaient 4,1 demandes de sevrage tabagique par mois contre 3 pour les non-utilisateurs.

En 2008, on trouve une moyenne de 5,5 demandes de sevrage pour les utilisateurs, contre 4 chez les non-utilisateurs.

e) Utilisation des fiches

44 répondants ont coté les fiches et cette question n'a été posée qu'en 2006.

Le tableau ci-dessous regroupe la moyenne et la médiane par fiche des cotations obtenues.

Fiche	Moyenne	Médiane
A : fiche de suivi	6,3	7
B1 : le médecin et le sevrage tabagique	5	5
B2 : le rôle du médecin généraliste	5,7	6
B3 : le conseil minimal	6	6
B4 : cycle de PROCHASKA	5	5
C1 : identification d'un syndrome dépressif	5,9	6
C2 : test de Fagerström	7,9	8
D1 : test de dépendance comportementale et psychologique et questionnaire DETA	7,4	8
D2 : évaluation de la motivation à s'arrêter de fumer	6	6
E1 : les médicaments	6,3	7
E2 : modalités d'utilisation des gommes et comprimés	6,5	7
E3 : modalités d'utilisation des timbres	6,4	6
E4 : l'inhalateur, le bupropion	5,7	6
E5 : risques médicamenteux et prescription chez la femme enceinte et allaitante	5,7	6
E6 : CO	5,1	5
F : conseils alimentaires	6,8	7
G : zone de réussite et attitude pratique face à une rechute	6	6
1 : conseils aux patients et planning des consultations	6,8	7
2a : les traitements	6,4	7
2b : conseils face à l'envie de fumer	7	7
3 : irritabilité, anxiété, sommeil : que faire ?	6,9	7
4 : conseils alimentaires	7	7
5 : répartition journalière des aliments	6,4	7
6 : la rechute	6,7	7
7 : semainier diététique	6	6
8 : efficacité conseils	6,2	6

Fig.74 : cotation des fiches

La fiche « test de Fagerström » et la fiche « test de dépendance comportementale et psychologique et questionnaire DETA », sont les outils les plus utilisés par les praticiens lors de leur pratique de sevrage tabagique. Viennent ensuite dans le classement les fiches apportant des conseils aux patients. Les fiches les moins utilisées sont celles expliquant l'utilisation des médicaments et l'utilité du testeur de CO.

**Avez-vous besoin de fiches complétant les points
abordés par les fiches existantes ?**
($p = 0,0101$)

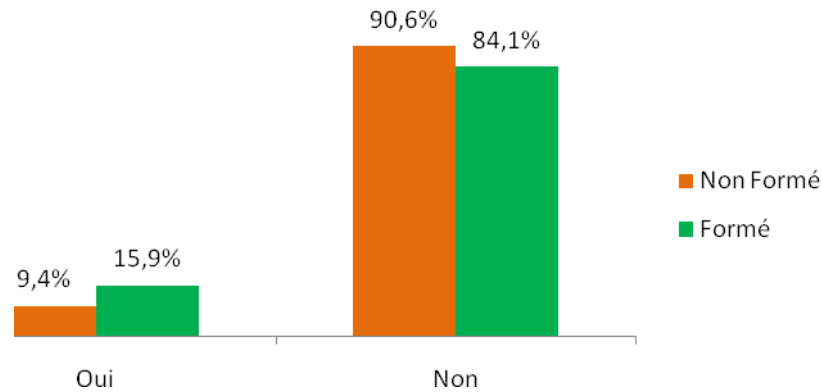


Fig.75 : lien entre la formation et le besoin de fiches complémentaires

Les praticiens ne ressentent pas le besoin de compléter les fiches pré-existantes, dans 90,6% des cas pour les non formés et 84,1% des cas pour les formés. La boîte peut donc être considérée comme complète.

f) Utilité d'un format informatique

**Un format informatique vous conduirait-il à une
utilisation ou meilleure utilisation de cet outil ?**
($p < 0,0001$)

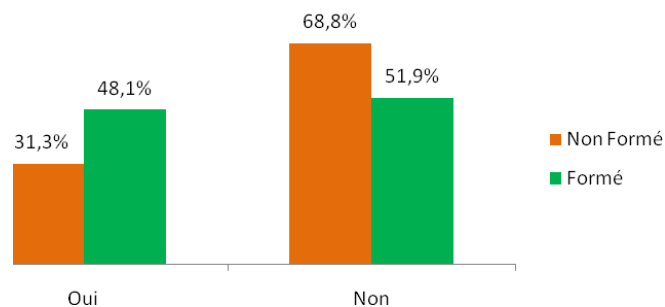


Fig.76 : lien entre la formation et le besoin d'un format informatique

IV. DISCUSSION

Nous discutons ci-dessous les résultats de nos deux enquêtes et les rapprochons de ceux de trois autres études : l'enquête nationale Baromètre Santé 2002-2003, le Baromètre Santé 2005 et l'enquête CRAES-CRIPS d'octobre 2003 portant sur les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. Ainsi nous disposerons en comparaison de 2 études d'envergure nationale et d'une étude régionale.

A. Description de la population des répondants

Nous n'avons pas obtenu d'informations détaillées sur la population enquêtée (ensemble des médecins généralistes de Lorraine) ; seuls le département d'exercice et le sexe nous ont été accessibles.

Le « répondant type » de nos enquêtes est, dans 75% des cas (même pourcentage que dans l'ensemble de la population enquêtée), un homme (73,7% dans l'enquête 2006), âgé de 46 à 50 ans, non fumeur pour 60,1% des répondants. Le taux de réponses par département n'introduit pas de biais.

B. Statut tabagique des médecins sondés

Dans notre enquête 2008 (question non posée dans l'enquête 2006), nous recensons 60,1% de non fumeurs, 28,6% d'anciens fumeurs et 11,4% de fumeurs.

Notre taux de fumeurs est en deçà de la moyenne nationale :

- 29,9% de fumeurs dans la population générale pour le Baromètre Santé 2005, (10)
- 28,8% chez les praticiens dans le Baromètre Santé 2003, (55)
- et 12% chez les praticiens dans l'enquête CRIPS – CRAES 2003.

En ce qui concerne la population générale lorraine, le pourcentage déclaré de fumeurs était de 25% en 2005 (Baromètre Santé établi sur un échantillon lorrain par l'École de Santé Publique de Nancy).

D'une manière générale, la prévalence du tabagisme des médecins généralistes a d'ailleurs régressé régulièrement de 1966 (56%) à 2005 (24%), malgré une tendance à la stabilisation ces dernières années (50).

La liberté laissée à chaque enquêté de répondre peut, comme dans toute enquête basée sur le volontarisme, avoir introduit des biais dans les réponses à notre enquête: les médecins fumeurs ont peut-être, en proportion, moins répondu que les non-fumeurs et anciens-fumeurs. Ou bien, la Lorraine se montrerait-elle plus « vertueuse », le souci d'exemplarité commencerait-il à porter ses fruits, la peur des pathologies liées au tabagisme progresserait-elle, notamment avec l'âge (85% des répondants en 2006 et 90% des répondants en 2008 ont plus de 40 ans)... ?

C. Le suivi d'un enseignement initial et/ou d'une formation post-universitaire

Dans notre étude, 37,4% en 2006 et 41,7% en 2008 des médecins répondants déclarent avoir reçu une formation post-universitaire (le département de Meurthe & Moselle affiche le taux le plus élevé, tant en 2006 qu'en 2008 : 41,5% et 47,9%).

Si, parmi les moins de 40 ans, seuls 33% déclarent avoir reçu une formation en tabacologie, les pourcentages systématiquement plus élevés dans les tranches d'âge supérieures (avec un pic, d'après l'enquête 2008, entre 46 et 55 ans) confirment tout à la fois que les médecins, au cours de leur exercice médical, restent sensibles à leurs besoins de formation et que ces formations se doivent d'être adaptées à l'évolution de leur pratique.

Notre taux de médecins formés peut être rapproché du taux affiché dans l'étude CRAES-CRIPS 2003, où 45% des médecins déclarent avoir reçu une formation en tabacologie.

Les motifs d'absence de formation avancés par les répondants sont à 44% le manque de temps, suivi avec 24% par l'absence de motivation pour le sujet et à 19% par un manque d'occasion (motif sans doute proche d'un manque de motivation, soit un total de 43%).

Hormis pour le motif « manque de temps », moins souvent avancé dans notre étude, ces données restent cohérentes avec celles de l'enquête INPES 2003, dans laquelle 46% des médecins interrogés déclarent avoir le sentiment de ne pas être assez formés, mais 68% déclarent ne pas être intéressés par une formation qui leur prendrait trop de temps : FMC, séminaire... (72% souhaiteraient recevoir des outils de formation).

Sans nier la légitimité de ces motifs et en particulier celui du manque de temps, il convient néanmoins de s'interroger aussi sur l'apparente discordance entre l'idée, maintenant communément admise par l'ensemble des médecins généralistes, de leur rôle primordial dans la lutte contre le tabac et ces taux encore significatifs d'absence de motivation ou de volonté de consacrer du temps à ces formations.

Il conviendrait sans aucun doute tout à la fois de renforcer la formation universitaire sur le tabagisme et de poursuivre le développement des programmes de formation continue, ainsi que les recherches et expériences en matière de supports et de médias (auto-formation, e-Learning, etc...).

A Nancy, 3 heures de cours sur le tabagisme sont dispensées durant le cycle « médecine générale » et un séminaire sur les conduites addictives est donné en 2° cycle. Il existe également ailleurs en France des diplômes inter-universitaires de tabacologie accessibles aux médecins et à d'autres professionnels de la santé :

- Lyon-1, Dijon, Clermont-Ferrand et Saint-Etienne
- Paris-sud et Créteil
- Toulouse, Bordeaux et Montpellier
- Tours, Angers, Nantes, Brest et Poitiers
- Nancy, Reims et Strasbourg

D. Délivrance du conseil minimal

Au terme de notre enquête 2008, 53% des médecins délivrent de façon systématique le conseil minimal, 41% souvent et 6% le font dans des situations spécifiques (grossesse, contraception, pathologies liées au tabac, etc...).

Le conseil minimal est ainsi utilisé à 100%. Ce score est impressionnant! Nous pouvons toutefois nous demander si, malgré le caractère anonyme du questionnaire et de son dépouillement, les réponses n'ont pas été quelque peu biaisées par un certain « politiquement correct ».

Cependant, le conseil minimal n'est posé systématiquement que par 53% des médecins généralistes.

Ce pourcentage nous paraît insuffisant et mériterait d'être amélioré.

Si les questions constituant le conseil minimal étaient systématiquement posées par les médecins généralistes, on constaterait un gain de 2% d'arrêts dans la population des fumeurs vus par un médecin, soit un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui s'arrêteraient chaque année dans l'ensemble de la France.

Le conseil minimal a un impact individuel faible, mais la généralisation de son application peut laisser espérer une multiplication du nombre de sevrages réussis. Il est donc nécessaire de continuer de sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt de sa mise en œuvre. (51)

La formation a une influence sur la pratique de délivrance systématique du conseil minimal. Dans notre enquête 2008, le test du khi 2 de corrélation entre formation et délivrance systématique du conseil minimal fournit une probabilité ($p=0,056$) que l'on peut retenir comme significative.

La formation joue ainsi un rôle important dans la mise en place de consultations de sevrage tabagique.

E. Pratique du sevrage tabagique

1. Nombre de propositions de sevrage tabagique par mois

a) En général

Nos enquêtes mettent en évidence une augmentation significative du nombre de propositions de sevrage tabagique par mois : la moyenne du nombre mensuel de propositions de sevrage tabagique s'élève en 2008 à 8,7 contre 6,7 en 2006.

Des médianes s'établissant respectivement à 4/mois dans l'enquête 2006 et 5/mois dans l'enquête 2008, nous pouvons inférer que plus d'un médecin sur deux a proposé un sevrage tabagique à l'un de ses patients au cours de la dernière semaine précédant l'enquête.

Ces données confirment les résultats de l'enquête INPES (2003) qui mettent en évidence une augmentation significative ($p<0.001$) du nombre de patients vus pour sevrage tabagique entre l'enquête 98/99 et celle de 02/03 (combinée à une hausse du nombre de personnes qui déclarent désirer arrêter de fumer). (56)

Elles ne sont pas incohérentes avec les chiffres des publications de la Conférence Consensus d'aide au sevrage tabagique (51), qui indiquent que, si la plupart des médecins généralistes déclareraient se sentir concernés par le problème du tabagisme, moins d'un sur deux déclarerait avoir vu un patient dans ce cadre et sur ce thème la semaine précédant leur réponse.

Cette augmentation du nombre de propositions de sevrages tabagique entre 2006 et 2008 montre peut-être que les politiques anti-tabac commencent à porter leurs fruits. Mais ces taux restent insuffisants quand on relève qu'au moins un patient sur trois a essayé d'arrêter seul de fumer au cours de l'année précédente, et que 50% de la population générale des fumeurs a une dépendance moyenne ou forte qui nécessiterait une aide.

b) En fonction de la formation

La formation semble avoir un impact sur la pratique des médecins généralistes.

Nous pouvons en effet noter, en 2006 et dans l'enquête 2008, que le nombre de propositions de sevrage tabagique chez les praticiens formés est supérieur à celui des propositions formulées par les praticiens non formés .

Ces résultats corroborent une évaluation de l'impact de la formation sur des tabacologues belges réalisée en mars 2008, afin de mesurer de façon rétrospective l'impact de celle-ci dans la pratique des professionnels. Ces résultats montrent un impact positif de la formation sur leur pratique , en terme d'acquis de connaissances, d'assurance dans l'accompagnement du fumeur et d'élargissement de leur champ d'activité. A la suite de cette formation, un tabacologue sur deux a mis en place une consultation spécifiquement consacrée au sevrage tabagique en individuel et un tabacologue sur trois travaille dans un centre d'aide aux fumeurs. Ces données mettent en avant l'apport significatif de la formation dans l'accessibilité du fumeur à une structure spécifique d'aide à l'arrêt du tabac. Le tabacologue voit maintenant en moyenne entre 8 et 9 fumeurs par semaine en consultation individuelle (52) .

c) En fonction du statut tabagique du médecin

Au terme de notre enquête 2008, le statut tabagique des praticiens ne semble pas avoir d'impact significatif sur leur pratique.

Ce résultat, qui peut paraître étonnant, se retrouve aussi bien dans l'enquête CRAES-CRIPS que dans le Baromètre Santé 2003. Pourtant certaines études (51) (53) affirment que le statut tabagique du médecin est une entrave à son efficacité, sa crédibilité étant en jeu : « rien n'est plus contagieux que l'exemple » disait La Rochefoucauld.

d) Evolution dans le temps

Notre enquête demandait aux médecins d'évaluer leur pourcentage d'augmentation de propositions de sevrage tabagique. 51,4% des praticiens ont déclaré dans l'enquête 2008 avoir augmenté leur nombre mensuel de propositions de sevrage tabagique depuis 2006. 63% de ceux-ci chiffrent en moyenne à 60% le taux d'augmentation.

Ces pourcentages sont très significatifs et confirment l'implication croissante des médecins généralistes. Ces augmentations sont d'autant plus importantes que les praticiens sont fumeurs : 63,3%, contre 62% pour les ex-fumeurs et 61,4% pour les non fumeurs. Il existe ainsi une corrélation positive entre le statut tabagique du médecin et l'augmentation du nombre de propositions de sevrage tabagique ($\chi^2 = 0,001$). Les médecins fumeurs eux-mêmes touchés par les méfaits du tabagisme seraient-ils donc plus sensibilisés par le problème et ainsi plus enclins à proposer un sevrage tabagique à leurs patients?

2. Nombre de demandes de sevrage tabagique par mois

a) En général

En 2006, la moyenne du nombre de sevrages tabagiques demandés par mois s'élevait à 3/mois. En 2008, elle a augmenté et se situe à 4,4/mois.

Cette progression se retrouve également sur les 2 courbes où nous pouvons noter un déplacement de la courbe 2008 vers les tranches supérieures, c'est-à-dire celles de plus de 6 demandes par mois.

La politique de lutte anti-tabac, les campagnes d'information et les campagnes publicitaires conjuguées aux hausses du prix du tabac, commencent à porter leurs fruits et les fumeurs se montrent enfin désireux d'amorcer un sevrage tabagique. Ceci est bien le reflet de ce qu'il est possible de constater au niveau de la population générale avec une baisse de la prévalence des fumeurs, selon le Baromètre Santé 2000 (33,1%) et le Baromètre Santé 2005 (29,9%).

b) Évolution entre 2006 et 2008

Les praticiens sont 61,8% à avoir constaté une augmentation de leur nombre de demandes par mois entre 2006 et 2008. Ceux qui quantifient cette augmentation (60%) l'évaluent à environ 66%.

F. Relation avec les centres de tabacologie**1. En général**

61,3% des praticiens déclarent connaître l'existence de consultations spécialisées en tabacologie dans leur département (38,7% déclarent donc ne pas en connaître).

Parmi ceux-ci, 60,8% orientent leurs patients vers ces centres, 14,8% déclarent ne le faire qu'occasionnellement, ou en cas de demande du patient, ou en cas d'échec de leur intervention et 24,4% déclarent ne jamais y recourir (notons que dans les Vosges un des motifs souvent avancé est l'éloignement).

Ainsi et au total, 37,3% des médecins de Lorraine auraient recours aux centres de tabacologie.

Ce taux d'utilisation est supérieur au taux recensé par l'enquête INPES 2003, dans laquelle 11,3% des médecins déclarent travailler en relation avec de telles structures, 2,2% y envoyer directement leurs patients et 86,5% prendre en charge eux-mêmes leurs patients sans l'aide des centres de tabacologie. (57)

En revanche, les taux relevés dans notre enquête 2008 sont comparables à ceux recensés dans l'enquête CRAES-CRIPS, où 62% des médecins déclarent avoir connaissance de centres de tabacologie et 34% y avoir recours systématiquement ou occasionnellement.

2. En fonction de la formation

96,7% des praticiens formés déclarent avoir connaissance de l'existence de consultations spécialisées et 74,1% y orienter leurs patients. En comparaison, les praticiens non formés

sont 90,5% à déclarer avoir connaissance de ces structures et 69,5% à déclarer y orienter leurs malades.

Ces taux relativement peu différents n'en sont pas moins significatifs :

- Le test du khi2 de corrélation entre la formation et la connaissance des structures est significatif $p=0,0012$. La formation permet donc aux praticiens d'avoir une meilleure connaissance de l'existence de consultations spécialisées ; ce qui n'est pas surprenant.
- En revanche, il n'y a pas de corrélation (ni de corrélation « inverse ») entre la formation et le recours à de telles consultations spécialisées (test du khi2=0,1768).

G. Utilisation de la boîte de sevrage tabagique

1. En général

Les praticiens sont dans nos deux enquêtes environ 21% à utiliser la boîte.

Cependant, il est intéressant de noter que près de la moitié des utilisateurs initiaux (2006) n'utilisent plus la boîte en 2008 (questionnaire 2008 : questions « avez-vous utilisé la boîte ? » et « utilisez-vous la boîte ? »).

Plusieurs interprétations sans doute simultanées peuvent, à défaut d'informations et d'explications complémentaires, être formulées à ce constat, par exemple :

- L'utilisation de la boîte conforte dans un premier temps la pratique, et par la suite son utilisation ne paraît plus aussi indispensable.
- L'utilisation n'a été que très temporaire en phase de curiosité/nouveauté.
- Dans ce cas, comme dans beaucoup d'initiatives de même nature, sans une action continue d'animation et d'incitation, l'usage d'un « outil » quel qu'il soit, s'estompe dès lors qu'il n'a pas franchi un seuil minimal d'appropriation.

2. En fonction de la formation

En 2006, les praticiens formés étaient 31,3% à utiliser la boîte contre 15,9% de non formés. En 2008, les médecins utilisateurs sont à 30,1% des praticiens formés contre 15,6% de non formés.

La formation joue ainsi un rôle réel dans l'utilisation de cet outil (test du khi 2 $p=0,0001$).

Ceci n'est guère étonnant puisque cette boîte a été diffusée à l'ensemble des médecins de Lorraine pour sa grande majorité lors de formations ou lors de la semaine médicale de Lorraine. De plus, il s'agit d'un outil d'aide pour les médecins lors des consultations de sevrage tabagique, et nous avons pu noter que les médecins formés proposaient plus de sevrages tabagiques que les médecins non formés. Il n'est donc pas incohérent de penser que les médecins formés recourent davantage à cette boîte.

Soulignons encore une fois que la boîte de sevrage tabagique semble perdre ses utilisateurs au cours des années. Ils sont 54% à l'avoir utilisée, pour 30,1% à l'utiliser encore lors du questionnaire 2008. Au fil des années, la boîte perdrait de son intérêt. Un format informatique serait-il actuellement plus à la mesure des praticiens, nous verrons cela ultérieurement.

3. Utilisation de la boîte et propositions de sevrage tabagique

a) En général

Dans nos deux enquêtes, nous relevons une conjonction de l'utilisation de la boîte de sevrage tabagique par les praticiens et d'une augmentation du nombre mensuel de leurs propositions de sevrage tabagique.

Nous pouvons alors formuler trois hypothèses :

- Les médecins utilisateurs, comme nous avons pu le montrer précédemment, sont des praticiens ayant reçu une formation en tabacologie, donc plus sensibilisés au sevrage tabagique.
- Les utilisateurs sont des médecins très concernés par le problème du tabagisme, donc plus enclins que d'autres à sevrer ou tenter de sevrer leurs patients.
- La boîte est une aide pour le praticien ; son utilisation facilite le déroulement de la consultation de sevrage et en réduit peut-être la durée. Les médecins utilisateurs ont ainsi plus de facilité ou moins de réticence à proposer des sevrages tabagiques.

b) Dans le temps

61,7% des utilisateurs ont vu leur nombre de propositions augmenter, contre 48,3% pour les non utilisateurs.

Cette constatation rejoint les hypothèses avancées précédemment.

4. Utilisation de la boîte et demandes de sevrage tabagique

Quelle que soit l'enquête, les utilisateurs de la boîte de sevrage tabagiques ont légèrement plus de demandes de sevrage tabagique que les non utilisateurs.

En même temps que la distribution de la boîte, on a distribué une affiche aux praticiens (représentant la face avant de la boîte), pour la coller dans leur salle d'attente. Cette affiche, si les praticiens en ont fait l'usage recommandé, a pu permettre de sensibiliser le malade lors de son attente au cabinet, et d'amorcer le processus de dialogue sur le sevrage tabagique.

Par ailleurs, la boîte, de par son volume quelque peu imposant, ne passe guère inaperçue au sein d'un cabinet médical . Son slogan accrocheur interpelle le patient.

5. Utilisation et cotation des fiches

Dans le questionnaire 2006, il était demandé aux médecins répondants de bien vouloir coter sur une échelle de 0 à 10 les fiches de la boîte.

Un quart des répondants a procédé à la cotation. Il est intéressant de remarquer que, parmi ceux-ci, quelques-uns se déclaraient cependant non-utilisateurs de la boîte : nous avons donc des non-utilisateurs de la boîte dans sa totalité, qui utilisaient toutefois les fiches ou du moins certaines d'entre elles.

La cotation moyenne des fiches est de 6,3 pour une médiane de 6,5. Ceci traduit une appréciation positive , même avec le biais inévitable de réponses (les utilisateurs et surtout ceux appréciant les fiches ont sans doute plus répondu à cette demande de cotation).

L'efficacité Conseils a été cotée 6,2 en moyenne pour une médiane de 6.

Il est notable que les fiches de test C2 (test de Fagerström) et D1 (test de dépendance comportementale et psychologique et questionnaire DETA) ont été les mieux cotées (C2 moyenne 7,9 et médiane 8 ; D1 moyenne 7,4 et médiane 8). Ce sont les fiches les plus utilisées par les praticiens lors de leur pratique quotidienne. Celles qui permettent d'évaluer au mieux un fumeur.

6. Besoin d'un outil informatique

La question «Un format informatique vous conduirait-il à une utilisation ou meilleure utilisation de cet outil ? » n'a été posée que dans le questionnaire 2008.

D'une manière qui pourrait apparaître surprenante, nous obtenons une majorité de réponses négatives tant par les praticiens non formés (68,8%) que par les praticiens formés (51,9%). A noter que nous avons classé les réponses commentées d'un « peut-être », « éventuellement », etc... parmi les réponses négatives.

Toutefois, il n'y a aucune raison de penser que les médecins généralistes sont systématiquement moins équipés en informatique et internet et moins habiles à leur utilisation. Ces réponses nous paraissent donc plutôt traduire la position des répondants sur la « matière » elle-même de la boîte.

Il existe d'ailleurs une corrélation significative entre la formation et le besoin d'un outil informatique : le test du khi 2 fournit un $p < 0,0001$.

L'absence de besoin d'un support informatique pourrait aussi s'expliquer par le simple fait qu'à l'heure actuelle, il est possible de trouver tous les renseignements nécessaires sur le net. Cependant, nous pouvons nous poser la question de savoir s'il ne serait pas judicieux de regrouper toutes les informations accessibles sur le net, au sein d'un seul et même outil plus facile et plus « contrôlé » d'utilisation (cf. aussi notre remarque ci-dessus sur le e-Learning).

CONCLUSION

Si les mesures décidées et mises en œuvre par les pouvoirs publics sont éminemment nécessaires et portent leurs fruits, elles semblent néanmoins rencontrer certaines limites. Après une décroissance sensible, le tabagisme des femmes a connu une certaine remontée entre 2003 et 2005 ; depuis 2004, les volumes de ventes de cigarettes se sont stabilisés et cette stabilisation semble s'être confirmée sur le début 2008 ; les ventes de scaferlatis (tabac traditionnel, à pipe et à rouler) et de cigares cigarillos ont augmenté.

Nul ne peut donc douter que la lutte contre le tabagisme doive être poursuivie sans relâche, comme doivent être promues toutes les mesures de prévention de l'entrée dans le tabagisme, afin de protéger notamment nos jeunes générations (c'est dès l'adolescence que l'habitude tabagique s'installe et les différences de prévalence constatées à cet âge tendent à se maintenir tout au long du cycle de vie).

Dans son rôle privilégié et incontestable de premier intervenant de santé auprès de la population, le médecin généraliste ne peut, dans son activité professionnelle, se désintéresser du problème du tabagisme. Il ne peut se passer de connaissances minimales en tabacologie, particulièrement pour le sevrage tabagique.

Si depuis la réforme du deuxième cycle des études médicales un module en tabacologie est délivré, cette formation reste encore trop courte et ne touche que les générations d'étudiants ayant bénéficié ou bénéficiant de cette réforme. Délivrée au cours de la formation universitaire, cette formation ne bénéficie conséquemment pas à l'ensemble de la population des médecins généralistes en exercice.

Des formations médicales continues et post-universitaires sont donc indispensables, comme est indispensable la mise à disposition des praticiens d'outils et de supports d'aide à leur pratique, adaptés à leur situation et au quotidien chargé de leur vie professionnelle.

C'est dans ce contexte et dans cette perspective que, sous la direction du Docteur FRANCO, président de l'AMPPU 54 (Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire), les médecins formateurs du réseau 54 décidèrent en 1998 de créer un instrument d'aide au sevrage tabagique. Cet outil pédagogique rassemblerait toutes les connaissances essentielles à la réalisation d'une consultation en cabinet. Ces connaissances essentielles étaient déjà documentées mais bien souvent dispersées dans de nombreuses publications.

Il apparaissait donc utile, voire nécessaire, de les réunir dans un outil facile d'utilisation.

A l'issue de leurs travaux, dont la qualité fut reconnue par le prix LILLY et le prix IfedMG, a été créée la boîte de sevrage tabagique, diffusée en 2001 aux médecins généralistes de Meurthe et Moselle, puis après quelques adaptations en 2004, à l'ensemble des médecins généralistes de Lorraine (soit au cours de formations, soit lors de la Semaine Médicale de Lorraine, soit tout simplement par la poste).

Il était indispensable d'évaluer l'impact de cet outil ainsi que de son utilisation, afin d'en tirer les enseignements et de pouvoir capitaliser sur cette expérience pour progresser dans la mise au point, pour les médecins généralistes, d'aides performantes et adaptées.

C'est l'objet de ce travail, qui s'est fondé sur deux enquêtes menées auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Lorraine à deux ans d'intervalle, en 2006 et en 2008.

Le taux de réponses à l'enquête 2008 est un motif certain de satisfaction : 2233 médecins ont été interrogés, 768 soit près de 35 % ont répondu, retournant le questionnaire rempli avec beaucoup de soins.

La sensibilisation des médecins lorrains au tabagisme est indéniable et active. Le taux de réponses à notre enquête 2008 en témoigne, comme en témoigne l'augmentation très sensible du nombre de propositions de sevrage tabagique formulées par les praticiens. La totalité des médecins répondants déclarent également délivrer le conseil minimal ; ce qui à confirmer à tout le moins une implication.

La formation post-universitaire et continue a une influence sur la pratique des médecins, tant en ce qui concerne la délivrance systématique du conseil minimal, qu'en ce qui concerne le nombre mensuel de propositions de sevrage.

En revanche, la formation n'influence pas le recours par les praticiens aux consultations spécialisées : on ne constate ni augmentation, ni réduction.

Nos deux enquêtes ont également permis de recueillir des données qui actualisent voire complètent les données d'autres études.

En ce qui concerne l'utilisation de la boîte de sevrage tabagique, nos travaux montrent que cette boîte n'a peut-être pas répondu à toutes les attentes et à toute l'implication de ses concepteurs, à tous les efforts qui y ont été consacrés.

Le taux d'utilisation de la boîte de sevrage tabagique reste faible et a significativement décliné (presque de moitié) entre nos deux enquêtes. Si nous relevons une conjonction de l'utilisation de la boîte de sevrage tabagique par les praticiens et d'une augmentation du nombre mensuel de leurs propositions de sevrage tabagique, cette conjonction peut tout autant résulter de la formation, comme nous l'avons rappelé plus haut.

Nulle autre corrélation très pertinente et significative n'a été mise en évidence.

Sans doute une opération de ce type aurait-elle nécessité un suivi plus serré et continu, ce qui aurait certainement impliqué des moyens humains et financiers significatifs qui n'étaient peut-être pas mobilisables.

Il n'en demeure pas moins que, à leur niveau, cette initiative et cet outil, ont contribué à soutenir et animer l'effort de sensibilisation, de formation et de mise en réseau des médecins généralistes pour la lutte contre le tabagisme.

De telles mobilisations méritent sans aucun doute d'être poursuivies, tout comme les travaux de mise au point d'outils adaptés aux techniques modernes (internet, e-learning etc.), aux contraintes de la pratique quotidienne des médecins généralistes (notamment la course contre le temps), ainsi qu'aux spécificités du sevrage tabagique et à ses phénomènes multiples et complexes de dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

1 : GLASSMAN A. H.

Cigarette smoking: implication for Psychiatric Illness
Am j Psychiatric. 1993;50:pp.546-553

2 : La revue des tabacs, n°258 / Fév. 2006, n°539 /Fév. 2007, n°550 / Fév. 2008.

3 : BESSON D.

Consommation de tabac, division Synthèses des biens et services,
Insee Première N°1110 - décembre 2000

4 : Données Alt adis Distribution et Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac OFDT .

5 : HILL C., LAPLANCHE A.

Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°22-23/2003 ; pp.98-100

6 : OFDT

Baromètre sante 2005, INPES
Exploitation OFDT

7 : HILL C., LAPLANCHE A.

Évolution de la consommation de cigarettes en France, par sexe, 1900-2003
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°21-22 /2005 ; pp.94-97

8 : GURY Baptiste

Enquête sur le tabagisme des footballeurs professionnels du grand est de la France (Auxerre, Dijon, Metz, Nancy, Reims, Sedan, Sochaux, Strasbourg, Troyes) - 115p.
Th : Méd. : Nancy I : 2008 ; p.36

9 : L'état de santé de la population en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique –Rapport 2007

10 : WILQUIN J. L

Tabagisme : le recul se confirme
Baromètre sante 2005 : Premiers résultats ; pp.29-37

11 : BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S.

Les drogues à 17 ans : Évolutions, contextes d'usage et prises de risques
Résultat de l'enquête nationale ESCAPAD 2005
Tendances n°49 septembre 2006
www.ofdt.fr

12 : Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine ORSAS

La consommation de tabac et de cannabis en Moselle et en Lorraine : 27 février 2007.
www.orsas.fr

13 : JOSSERAN L.

La législation contre le tabac en France, Monographie « Tabac : on peut être efficace »
La revue du praticien ; 15 nov. 2004 : 54 n°17 ; pp.1906-1910

14 : Tableau de l'économie française - Edition 2007 ; Edition INSEE

15 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage, p 41

16 : INSERM Expertise collective

Composition chimique du tabac, comprendre la dépendance pour agir
http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac2/tabac_2chap02.pdf

17: <http://www.ligue-cancer.net>

18: STAHL S.

Psychopharmacologie essentielle 1^{ère} édition Paris Flammarion 2002

19 : GRISEAU D., BAUDIER F., JANVRIN M.P.

Épidémiologie du tabagisme en France
La Revue du Praticien, 1993, n°43

20 : LAGRUE G., BRANELLE A., LEBARGU F.

La toxicologie du tabac
La Revue du Praticien, 1993, n°43

21 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 p.59

22 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 p.57

23 : ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M.

Toxicomanie, p.62

24 : Dépliant INPES : La dépendance au tabac

25 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 p.51

26 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 pp.60-62

27 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004, p.63

28 : SASCO A.

Épidémiologie des cancers broncho-pulmonaires primitifs, monographie « Cancers broncho-pulmonaires »
La revue du praticien ; 1 avril 2003 : 53 N°7 ; pp.721-726

29 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 p. 64

30 : Cancers bronchiques primitifs

La revue du praticien médecine générale février 2009 ; Tome 23 ; n°815 pp.89-93

31 : TREDANIEL J., SAVINELLI F., VIGNOT S., BOUSQUET G., LE MAIGNAN C., MISSET J.L.

Conséquences du tabagisme passif chez l'adulte
Revue des maladies respiratoires ; supplément N°2 ; 2006 : 23 ; 4S pp.67-73

32 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 p.69

33 : LE FAOU A.L. , SCEMAMA O.

Épidémiologie du tabagisme, « Cancer bronchique : cours du groupe d'oncologie thoracique de langue française 2005 »
La Revue des maladies respiratoires ; Déc.2005 ; Vol.22

34 : DETOURNAY B., PRIBIL C. , FOURNIER M., HOUSSET B., HUCHON G., HUAS D., GODARD P., VOINET C., CHANAL L., JOURDANNE C., DURAND-ZALESKI I., and the group SCOPE

The SCOPE study : healthcare consumption related to patients with COPD in France
Value health 2004 ; 7 : pp.168-174.

35 : Christophe PISON

Corpus médical de la faculté de Grenoble juillet 2002
www.sante.ujf-grenoble.fr

36: HALBERT R.J., ISONAKA S., GEORGE D., IQBAL A.

Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease?
Chest; 2003; 123: pp.1684-1692)

37: BENARD E., DETOURNAY B., NEUKIRCH F., PRIBIL C., EL HASNAOUI A.

Prévalence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : estimation pour la France
La lettre du pneumologue ; Volume 8, n°4, juillet –août 2005

38 : DAUTZENBERG B.

Pathologie liée au tabagisme, monographie « tabagisme : on peut être efficace »
La revue du praticien ; 15 nov. 2004 ; 54 numéro 17 ; pp.1877-1882.

39: WIRTH N., ABOU-HAMDAN K., SPINOSA A., BOHADANA A., MARTINET Y.

Le tabagisme passif
Revue de Pneumologie Clinique ; 2005 ; 61 ; pp.7-15

40 : DAUTZENBERG B., BIRKUI P.

Le tabac
Impact Médecin Hebdo n° 266 du 3 février 1995

41 : WWW.CRAES.CRIPS.ORG/PUBLICATIONS/2008/TABABOX/PDF/ANIMATION-THEME8/FICHE%20ANIM%20T8-ACT2-ANN1A4.PDF consulté le 17 fév. 2009

42: GLASSMAN AN .H.

Cigarette Smoking: Implication for psychiatric illness.
Am j psychiatric.1993 :50 :pp.546-553

43 : LAGRUE G, DUPONT P.

Préparation à l'arrêt du tabac : les 5 étapes.
La revue du Praticien médecin généraliste, 2003 : 17 : pp.1-4

44 : MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 : p.187

45: AUBIN HJ, TILIKETE S, LAHMEK P.

Traitement cognitivo-comportemental du tabac.
Alcoologie et addiction 2000 : 22 (4) pp.313-318

46 : ANDRÉ C, LEGERON P, ALCARAZ G.

Les thérapies comportementales dans l'aide au sevrage tabagique.
Conférence de consensus : l'arrêt de la consommation du tabac. Edition E.D.K. Paris ; 1998

47 :RAPHAEL F. ,STEYER E .,PAILLE F .

Reussir son arrêt du tabac : rôle du generaliste dans la prevention de la rechute.
Le concours medicale,2005,127,123,p.141-144

48 : MARLATT G, GORDON J.

Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addiction behaviors,
1 vol. New York: Guilford Press 1985

49 : LAGRUE G., DUPONT P.

Sevrage tabagique : prévenir les rechutes. La Revue du Praticien médecine. Générale,
2003 :17 : pp.1-4

50 : MARTINET Y. ; BOHADANA A.

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition Masson 2004 p. 293

51 : SLAMA K.

Le conseil minimal d'aide à l'arrêt des fumeurs.
Conférence de consensus, l'arrêt de la consommation de tabac. Paris. Ed EDK. Vol 1 ; 1998 ;
pp.178-183)

52 : Education Santé , n°241 , janvier 2009

53 : GUARRIGUES et NAZERZADEH

Le médecin généraliste face à un patient fumeur.
La revue du praticien en médecine générale .2002 ;571 : pp.600-604

54 : Les pratiques à l'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes en région
Rhône-Alpes (en ligne). Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé - Centre Régional
d'Information et de Prévention Sida (CRAES-CRIPS). Octobre 2003 disponible sur
http://www.craes-crips.org/publications/2003/aide_arret_generalistes.pdf

55 : GAUTIER A, (sous la direction de)

Baromètre sante médecins/pharmaciens 2003, INPES
p.46

56 : GAUTIER A, (sous la direction de)

Baromètre sante médecins/pharmaciens 2003, INPES
p.143

57 : GAUTIER A, (sous la direction de)

Baromètre sante médecins/pharmaciens 2003, INPES fig. 1 p .142

58 : MARTINET Y., BOHADANA A

Le tabagisme : de la prévention au sevrage
Edition MASSON 2004 p.61

ANNEXES

ANNEXE 1: ENQUÊTE 2006**Enquête d'évaluation de la « Boîte Sevrage Tabagique »**N : / / / **1. Renseignements concernant le médecin utilisateur :**

Vous êtes :

 un homme : une femme

Votre âge :ans

Votre année d'installation : / / /

Vous exercez :

 au sein d'un cabinet de groupe en cabinet individuel

Vous êtes installé :

 en milieu urbain en milieu rural

Département d'exercice :

 Meurthe & Moselle Meuse
 Moselle Vosges

Avez-vous suivi une formation spécifique au sevrage tabagique :

Oui Non

Si oui, était-ce :

- Un diplôme (DU...)
- Une soirée AMPPU
- Autres

Combien proposez-vous de sevrage tabagique par semaine ?.....

par mois ?.....

Combien proposez-vous de demande de sevrage tabagique par semaine ?.....

par mois ?.....

Demandez-vous à vos patients s'ils ont une volonté d'arrêter de fumer ?

- Si oui, proposez-vous alors un sevrage tabagique
 - Oui
 - Non, pourquoi ?.....
- Si non, pourquoi ?.....

2. Utilisation de la « Boite Sevrage Tabagique »

Utilisez-vous votre « boîte de sevrage tabagique » ?

Oui

Non

Vous avez déjà utilisé : __ jeux de fiches

De combien de fiches suivantes vierges disposez vous actuellement

Fiches médicales : (pouvant être renseignées pour chaque patient)

A : Fiche médicale : sevrage tabagique : __

C2 : Test dépression / MINI : test de dépendance à la nicotine : test de Fagerström : __

D1 : Test de dépendance comportementale et psychologique / Test d'auto-évaluation des chances de réussite : __

Fiches patients :

1 : Vous avez décidé d'arrêter de fumer, l'arrêt du tabac vous donnera des bénéfices : __

2a : Pour débiter le traitement médicamenteux : __

2b : Que faire face au désir de fumer ? : __

3 : Irritabilité, anxiété, sommeil : __

4 : Conseils alimentaires : __

5 : Exemple de répartition journalière des aliments : __

6 : Vous avez recommencé à fumer : __

7 : Enquête alimentaire semainier : __

3. Satisfaction sur la « boite à tabac »

Trouvez-vous la boîte attractive ?

Oui

Non

Commentaires :

Le classement des fiches est-il clair ?

Oui

Non

Commentaires :

La boîte vous semble-t-elle simple à utiliser ?

Oui

Non

Commentaires :

Que souhaiteriez-vous améliorer dans la boîte ?

.....

Attribuez une note d'intérêt aux fiches (0 : intérêt le plus faible à 10 : intérêt le plus grand) :

Fiches médicales :

A : fiche médicale sevrage tabagique										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B1 : Le médecin et le sevrage										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B2 : Le rôle du généraliste										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B3 : Le conseil minimal										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B4 : Schéma de l'évolution naturelle du tabagisme										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C1 : Identification d'un épisode dépressif majeur par le questionnaire MINI										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C2 : Test de Fagerström										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1 : Test des dépendances comportementales et psychologiques										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D2 : Arbre décisionnel										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E1 : Les médicaments utilisés dans l'aide au sevrage tabagique										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E2 : Modalités d'utilisation des gommes et du comprimé sublingual										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E3 : Modalités d'utilisation des timbres										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E4 : L'inhalateur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E5 : Cas particulier										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E6 : CO										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F : Conseils alimentaires poids et tabac										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
G : Zone de réussite du sevrage										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fiches patient:

1 : Pour votre santé vous avez décidé d'arrêter de fumer. L'arrêt du tabac vous donnera des										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2a : Pour débiter le traitement médicamenteux										
0conseils	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2b :Que faire face au désir de fumer										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 : Irritabilité, anxiété, sommeil										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 : C										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 : Exemple de répartition journalière										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 : Vous avez recommencé à fumer										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 : Semainier diététique										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sur le nombre de fiches médicales issues de cette boîte, à combien cotez-vous l'efficacité										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANNEXE 2 : FICHES QUESTIONNAIRE 2006

POUR VOTRE SANTÉ, VOUS AVEZ DÉCIDÉ D'ARRÊTER DE FUMER

“Ce n'est pas facile”

Pour soutenir votre effort, il existe des méthodes d'accompagnement et des médicaments adaptés à **votre cas personnel**.

Le préalable indispensable est de convenir d'un **calendrier de consultations** au cours desquelles nous ferons le point sur vos éventuelles difficultés ainsi que sur le traitement.

Vous avez fixé la date de votre 1^{ère} consultation au :

...../...../.....

Les consultations suivantes auront lieu à :

J + 7, soit le : J + 2 mois, soit le :

J + 14, soit le : J + 3 mois, soit le :

J + 28, soit le : J + 4 mois, soit le :

Puis selon les résultats obtenus, nous conviendrons d'autres rendez-vous.

Quelques conseils pour vous aider dans votre démarche :

- Evitez les ambiances enfumées,
- Informez votre entourage familial et professionnel de votre décision afin qu'il vous apporte son aide,
- Ecartez de votre environnement habituel les objets liés à l'usage du tabac,
- Abandonnez certaines habitudes que vous savez fortement associées à la consommation tabagique,
- En cas de forte envie de fumer, mâchez une gomme à la nicotine, respirez profondément, marchez un peu, buvez un verre d'eau, mangez un fruit,
- Si le geste vous manque, manipulez un petit objet.

L'ARRÊT DU TABAC VOUS DONNERA DES BÉNÉFICES

Bénéfices immédiats

- Vous retrouverez le goût des aliments,
- Vous récupérerez votre odorat,
- Votre souffle deviendra meilleur, la montée des escaliers sera plus rapide,
- Votre haleine ne sera plus mauvaise,
- Votre teint apparaîtra plus frais et plus clair,
- Vos habits et vos cheveux ne sentiront plus le tabac,
- Vous serez un exemple pour votre entourage et surtout pour votre famille, vos enfants,
- Vous ne gênez plus vos voisins au restaurant ou ailleurs,
- Votre qualité de vie sera améliorée,
- Vous économiserez une somme d'argent non négligeable,

Bénéfices à plus long terme

- Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer,
- Dès le premier jour de l'arrêt du tabac, les risques de maladies graves commencent à diminuer,
- Votre toux, les signes de bronchite chronique, vont tendre à disparaître en quelques semaines,
- Le risque cardiovasculaire diminue dès les premiers mois, ceci, même si vous êtes porteur d'une affection cardiaque (exemple : infarctus du myocarde),
- Le risque de cancer diminue au cours des années.

Bénéfices pour la santé des autres

- Pour votre conjoint,
- Surtout pour les enfants présents et à venir.

Vous serez libéré d'un esclavage
QUE FAIRE, FACE AU DÉSIR DE FUMER ?

POUR DÉBUTER LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX, *il est impératif d'arrêter de fumer*

Les produits médicamenteux les plus couramment utilisés pour vous aider sont

- **Le dispositif transdermique ou patch à la nicotine**

En vente libre. La concentration sera proportionnelle à votre consommation habituelle, à réduire sur plusieurs mois.

- Mettez un patch le matin, sur une zone dépourvue de poils, en changeant chaque jour d'emplacement.

Des effets secondaires peuvent survenir. Signalez les événements anormaux à votre médecin (pâleur, hypersudation, nausées, troubles sensoriels).

- **Les gommes à la nicotine**

Les gommes dosées à 2 mg et à 4 mg sont en vente libre.

Vous allez mâcher ces gommes en cas d'envie de fumer, ou si vous êtes dans une situation à risques : café, réunions.

- Mâchez lentement une gomme jusqu'à l'apparition du goût [10 mouvements], puis appliquez la gomme sous la langue ou entre joue et gencive, attendez 1 ou 2 minutes, puis remâchez 10 fois.

- Vous utiliserez 10 gommes par jour en moyenne, et jusqu'à un maximum de 30 gommes pour les 2 mg et 15 pour les 4 mg

- Si vous êtes un patient plus dépendant, l'association de dispositif transdermique et de gommes peut vous être proposée. Dans ce cas on limitera la prise des gommes à une dizaine par jour

Des effets secondaires peuvent survenir : sensations de brûlures buccales ou de la gorge, hyper-salivation, brûlures d'estomac. Si vous avez des symptômes anormaux contactez votre médecin.

- **Les comprimés sublinguaux**

Les comprimés sublinguaux de 2 mg sont en vente libre.

- Placez-les sous la langue où ils se dissolvent en 30 mn.

- En moyenne, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures en début de traitement (maximum 30 par jour).

- **Les comprimés à sucer**

Les comprimés à sucer dosés à 2 mg et 4 mg sont en vente libre.

- Placez-les sous dans la bouche en les déplaçant régulièrement d'un côté à l'autre, jusqu'à dissolution complète (20 à 30 mn).

- En moyenne, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures en début de traitement (maximum 15 comprimés à 2 mg par jour et 11 par jour pour les comprimés à 4 mg).

L'inhaleur

• L'inhaleur est en vente libre. Il se présente sous la forme d'un embout buccal en matière plastique dans lequel on insère des cartouches interchangeables contenant un tampon imprégné de nicotine. Chaque cartouche libère environ 4 mg de nicotine.

• On peut utiliser 6 à 12 cartouches par jour en fonction des besoins.

• Il faut éviter de l'utiliser à une température inférieure à 15° car l'efficacité serait moindre.

Les effets secondaires sont rares et transitoires : irritation au niveau de la bouche ou de la gorge, toux.

Le Bupropion

• Le Bupropion est un médicament délivré uniquement sur ordonnance. Il atténue les effets désagréables liés au manque de nicotine. Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

• Respectez certaines contre-indications (à voir avec votre médecin) et soyez vigilant en cas de conduite d'automobile ou d'engins.

• Débutez le traitement par 1 comprimé à 150 mg par jour, le matin pendant 7 jours, puis 2 comprimés par jour (1 le matin et 1 le soir en respectant un intervalle de plus de 8 heures entre les 2 prises).

• Un arrêt du tabac doit être programmé au cours de la 2^{ème} semaine de traitement.

• Les effets secondaires possibles sont : insomnie, sécheresse buccale, tremblements, troubles de la concentration, anxiété, dépression, vertiges, troubles digestifs, ou crise convulsive.

Votre motivation est le gage de votre réussite

L'utilisation scrupuleuse du traitement et des consignes reçues est un gage de réussite, sachant que le coût du traitement est de 250 à 300 euros pour 3 mois, alors que la consommation tabagique d'un paquet par jour est d'environ 350 euros pour la même durée.

*N'acceptez jamais plus aucune cigarette,
quelles que soient les circonstances*

QUE FAIRE FACE AU DÉSIR DE FUMER ?

Quelques semaines après l'arrêt du tabac, l'envie de fumer peut survenir de manière intense et brutalement : ce désir impérieux ne dure heureusement que quelques minutes, 3 à 4 habituellement.

Il est impératif de prévoir la ou les réponses à donner à ces envies impérieuses afin de ne pas "craquer" :

Vous pouvez :

- boire un grand verre d'eau
- changer d'activité, sortir de l'endroit où vous vous trouvez
- mâcher un chewing-gum sans sucre
- faire quelques respirations profondes
- compter jusqu'à 100, et prendre une gomme de nicotine ou un comprimé sublingual

En fait, il faut occuper l'instant laissé vide par la non prise d'une cigarette, ***"en faisant quelque chose"***.

Ces envies très fortes sont des réflexes conditionnés qui arrivent toujours lors de circonstances au cours desquelles vous aviez l'habitude de fumer.

Votre médecin et vous-même allez, ensemble, lister ces circonstances et les analyser afin que vous puissiez les éviter ou tout au moins les anticiper afin de ne pas craquer.

QUE GAGNE-T-ON A ARRÊTER DE FUMER ?

20 mn après la dernière cigarette

La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.

8 h après la dernière cigarette

La quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié, l'oxygénation des cellules redevient normale.

24 h après la dernière cigarette

Le risque d'infarctus du myocarde diminue déjà. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Le corps ne contient plus de nicotine.

48 h après la dernière cigarette

Le goût et l'odorat s'améliorent. Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.

72 h après la dernière cigarette

Respirer devient plus facile. Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique.

2 semaines à 3 mois après la dernière cigarette

La toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle. On marche plus facilement.

1 à 9 mois après la dernière cigarette

Les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.

1 an après la dernière cigarette

Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié. Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui du non fumeur.

5 ans après la dernière cigarette

Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié.

10 à 15 ans après la dernière cigarette

L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

IRRITABILITÉ, ANXIÉTÉ, SOMMEIL

L'arrêt du tabac peut perturber votre sommeil, c'est une des manifestations du manque de nicotine, lorsque l'organisme se remet à fonctionner normalement.

Les patchs, appliqués sur 24 heures, peuvent également provoquer ce phénomène.

Comment faire pour y remédier ?

- Couchez vous à une heure régulière.
- Comptez le nombre d'heures de sommeil : une nuit réparatrice est d'environ 6 à 8 heures.
- Pour déclencher le sommeil, détendez-vous : préférez une demi-heure de lecture avant le coucher que la télévision.
- Si les troubles du sommeil sont apparus après le début du traitement par patch, enlevez le patch le soir au coucher, et remettez-en un le lendemain matin.

Le syndrome de sevrage peut se manifester par une **irritabilité**, une **frustration**, une **agressivité**, une **anxiété**, une **insomnie**.

Si vous fumiez lors des moments de stress, le manque de cigarettes peut majorer votre anxiété.

C'est pendant les 8 premiers jours de l'arrêt du tabac que ces signes seront les plus gênants, puis ils diminueront progressivement pour être nettement plus modestes vers la 3^{ème} semaine.

Que faire pendant cette période de manque ?

- Il est conseillé de ne pas consommer d'excitants : café, thé, alcool,...
- Un minimum de temps de détente est nécessaire :
 - chaque soir vous devez pratiquer une activité qui vous relaxe pendant environ 20 minutes (musique, lecture, relaxation...).
 - si vous préférez l'effort à la détente : pratiquez 30 mn à 1 h de dépense physique (jardinage, sport ...).

Après quelques semaines d'arrêt du tabac, vous ressentirez un sentiment d'apaisement et non plus un sentiment de manque.

Si ce n'est pas votre cas consulter votre médecin :

Quelques séances de relaxation et d'exercices respiratoires ainsi qu'un soutien psychologique permettent souvent de remédier à ces troubles.

CONSEILS ALIMENTAIRES

Le tabac a un effet anorexigène (coupe-faim) et provoque une augmentation des dépenses énergétiques de l'organisme.

Après l'arrêt du tabac, cet effet disparaît et entraîne une sensation de faim. De plus, cette situation s'accompagne souvent d'un besoin de grignoter, il est donc important de surveiller régulièrement votre poids.

Pour éviter de prendre du poids, veillez à avoir une alimentation équilibrée et variée. Par ailleurs, maintenez, voire augmentez votre activité physique.

Faites au minimum 3 repas par jour

Petit-déjeuner - Déjeuner - Dîner

(Mangez lentement en mastiquant longuement)

Evitez les grignotages

Attention aux produits sucrés : sucre, confiseries, pâtisseries, chocolat, glaces, fruits secs.

Attention aux produits gras : charcuterie, fromage en excès, chips, biscuits, apéritifs, fruits oléagineux (cacahuètes, noix, pistaches...)

Limitez les matières grasses

Fritures, sauces, mayonnaise...

Modérez la consommation de boissons sucrées

sodas, colas, jus de fruits, sirop, café, thé et infusions sucrées,... et de boissons alcoolisées, vins, bière, apéritif...

Consommez journallement

le lait et les produits laitiers, sources de calcium

les viandes, poissons, œufs, abats, riches en fer et protéines

les légumes et les fruits, sources de vitamines, de minéraux et de fibres

le pain, les céréales, les féculents (pommes de terre, pâtes, riz, légumes secs...), sources de glucides et d'énergie

le café ou le thé non sucré (ajout d'édulcorant possible).

"Quelques conseils à ne pas oublier"

Mangez de tout, sous toutes les formes de cuisson, sans supprimer un groupe d'aliments.

Préférez l'eau à toute autre boisson.

Répartissez votre alimentation sur 3 repas au moins.

Mangez calmement en vous accordant du temps.

Ayez une activité physique quotidienne, même modérée.

***Votre motivation à l'arrêt de votre dépendance
tabagique est votre meilleur gage de succès.***

En cas de difficultés, vous pouvez me contacter par téléphone
aux heures de consultations

au n°.....

EXEMPLE DE REPARTITION JOURNALIERE

Petit déjeuner

- boisson (café, thé, infusion)
- lait ou fromage ou laitage
- pain ou céréales
- beurre, sucres, confiture : modérément
- fruit ou jus de fruits

Déjeuner et dîner

- une crudité ou un potage
- une viande ou poisson ou oeufs ou abat ou jambon (une portion moins importante si l'on en prend aux 2 repas)
- une part de légumes verts à l'un des repas, une part de féculents à l'autre repas
- une portion de fromage ou un laitage
- un fruit
- du pain
- peu de matières grasses de cuisson et d'assaisonnement
- de l'eau

Éventuellement une collation

En milieu de matinée ou d'après midi, pour ne pas grignoter n'importe quoi, en cas de fringale, choisir de préférence

- un laitage, yaourt, fromage blanc, petit suisse...
- ou un morceau de pain + 1 portion de fromage
- ou un morceau de pain + une demi tranche de jambon
- ou un fruit

D'après Y. MARTINET et Collaborateurs

VOUS AVEZ RECOMMENCE A FUMER

La rechute n'est pas un échec, elle est fréquente.

La majorité des patients rechute sur le difficile parcours du sevrage tabagique. Ce n'est pas un drame.

L'important c'est que vous ayez réussi pendant un certain temps à vivre sans tabac, ce qui est une réussite, et ce qui prouve que vous pourrez le refaire.

Il est très difficile de cesser de fumer. Il est normal pour la plupart des fumeurs de s'y reprendre à plusieurs fois.

Les rechutes sont des étapes normales de l'histoire d'une abstinence réussie. Ce sont des expériences - apprentissages quasi obligatoires. Elles vous permettront ultérieurement de cesser définitivement de fumer.

Cet incident de parcours ne doit pas vous décourager dans la décision que vous avez prise.

Vous devez analyser avec votre médecin les causes de rechute. Vous en tirerez les enseignements utiles à votre prochaine tentative de sevrage.

Facteurs ou situations à risque qui ont induit votre rechute

- Une forte dépendance physique au tabac,
- Un environnement tabagique,
- La persistance du besoin, du désir de fumer,
- Le stress,
- Les difficultés personnelles ou socio-professionnelles,
- L'apparition d'anxiété et de dépression consécutives à l'arrêt du tabac,
- Une prise de poids excessive,
- Une baisse de votre motivation à cesser de fumer,
- Une situation tentante.

Quels sont les circonstances, ainsi que le ou les facteurs qui ont induit votre rechute ? Et pourquoi avez vous rechuté ?

En analysant tout ceci avec votre médecin vous déciderez, **au moment choisi par vous**, de tenter à nouveau de cesser de fumer. Vous serez beaucoup mieux aguerri pour réussir.

Il vaut mieux rechuter plusieurs fois pour enfin parvenir à l'abstinence totale et définitive, plutôt que de renoncer devant la déception éprouvée lors d'une rechute.

**ARRÊTER DE FUMER EST UNE QUESTION
D'OBSTINATION.**

*Notez votre alimentation pendant la semaine à venir,
en n'omettant pas les grignotages ou collations
Cette évaluation nous permettra d'améliorer le suivi de votre
poids.*

Bon courage !

SEMAINIER DIÉTÉTIQUE

	Date	Nature des aliments	Quantité
1^{er} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			
2^{ème} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			
3^{ème} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			

	Date	Nature des aliments	Quantité
4^{ème} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			
5^{ème} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			
6^{ème} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			
7^{ème} jour			
Petit-déjeuner			
Collation			
Midi			
Collation			
Dîner			

Nom : Prénom : Date de naissance :/..../....

► 1^{ère} consultation - date :...../...../.....

Poids : Taille : T.A. :
Motivation : Certaine Incertaine Non motivation
Existence d'un état dépressif ? En cas de doute : test MINI (fiche C1)
 Si trouble : STOP

Histoire du tabagisme : Nombre d'années de tabagisme :
 Tabagisme exprimé en P.A. :
 Age de début :
 Consommation quotidienne :
 Taux de nicotine et de goudron :
 Nombre de tentatives d'arrêt :
 Lieu du tabagisme :
 Tabagisme de l'entourage :
 Coût mensuel :

Commentaires :

Dépendances associées : Alcool : oui, non
 Benzodiazépines : oui, non
 Stupéfiants : oui, non
 Cannabis : oui, non

Test de Fagerström : Dépendance nulle ou légère (0 à 2)
 (Fiche C2) Dépendance faible (3 à 4)
 Dépendance moyenne (5)
 Forte dépendance (6 à 7)
 Très forte dépendance (8 à 10)

Test de dépendance comportementale : Pas du tout (0)
 (Fiche D1) Un peu (1)
 Moyennement (2)
 Beaucoup (3)

Test d'évaluation de la motivation à l'arrêt : Moins de 6 : motivation faible
 (Fiche D2) De 7 à 15 : motivation moyenne
 Plus de 16 : motivation forte

Conclusion des tests : Décision de sevrage : oui / non
 Détermination d'une date d'arrêt du tabac :/...../.....

Traitement(s) initial(aux) retenu(s) (fiches E) :

Abstention médicamenteuse Comprimé à sucer
 Timbres nicotine (en cm²) Inhalateur
 Gommages nicotine (en mg) Bupropion
 Microtab Autres

Remise de fiches-conseils patient nécessaires :

(1) "Vous avez décidé d'arrêter de fumer"
 (2) "Modalités d'emploi des médicaments"
 (3) "Anxiété, insomnie, irritabilité"
 (4) "Conseils alimentaires"

► 3^{ème} consultation (J + 14) - date :...../...../.....

Poids :

Taille :

T.A. :

- a cessé de fumer

Répercussions du sevrage sur la qualité de vie :

Bénéfices liés à l'arrêt du tabagisme :

Reconduction, adaptation du traitement :

- n'a pas cessé de fumer ou a rechuté (fiche G)

Identification des raisons :

Détermination d'une nouvelle date d'arrêt du tabagisme/...../.....

Remise de fiches conseils, lesquelles ?

Date de la consultation suivante :/...../.....

Commentaires :

► 4^{ème} consultation (J + 28) - date :...../...../.....

Poids :

Taille :

T.A. :

- a cessé de fumer

Répercussions du sevrage sur la qualité de vie :

Bénéfices liés à l'arrêt du tabagisme

Reconduction, adaptation du traitement

- n'a pas cessé de fumer ou a rechuté (fiche G)

Identification des raisons :

Détermination d'une nouvelle date d'arrêt du tabagisme :...../...../.....

Remise de fiches conseils, lesquelles ?

Date de la consultation suivante/...../.....

Commentaires :

LE MÉDECIN ET LE SEVRAGE TABAGIQUE

70% des 20 millions de fumeurs consultent un médecin généraliste au moins une fois par an. Très peu d'entre eux expriment spontanément une demande d'aide au sevrage. Pourtant, ils sont 39 % à avoir essayé d'arrêter et plus d'un tiers envisage de le faire à court terme.

Ces chiffres devraient encourager le médecin à aborder le sujet avec tous ses patients, d'autant plus qu'une intervention minimale de sa part peut se révéler efficace,

c'est le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac.

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

Une étude randomisée a été menée dans la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, auprès de 28.000 patients.

Dans le groupe d'intervention, le médecin généraliste posait systématiquement la question : "Etes-vous fumeur ? ". Si la réponse était positive, il demandait : "Voulez-vous arrêter de fumer ? ".

Aux patients qui répondaient "oui" la brochure : "Je tabastoppe" du C.F.E.S était distribuée. Aucune question systématique n'était posée dans le groupe de contrôle.

Les patients ont été contactés un mois, puis un an après la consultation. Le nombre de personnes ayant cessé de fumer sans rechute était presque 4 fois plus élevé dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle.

Le médecin généraliste peut et doit intervenir dans les différentes étapes de l'aide à l'arrêt du tabac :

- Identifier le comportement tabagique
- Susciter, encourager la motivation à l'arrêt.
- Donner les conseils d'arrêt, accompagnés de brochures et mettre en place un suivi médicalisé.

En cas de difficultés, avoir recours aux centres spécialisés.

SEVRAGE TABAGIQUE

LE ROLE DU GÉNÉRALISTE

Les généralistes ont un rôle central dans la lutte contre le tabagisme. Ils connaissent bien leurs patients et leur histoire.

Leur influence dans la maturation de la décision “ d’arrêter “ de leur patient est fondamentale.

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

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge de toutes les maladies, et le tabagisme est une maladie. La force d’intervention de la médecine générale est infiniment plus grande que celle de tous les spécialistes réunis.

Il a été calculé que si chaque médecin généraliste consacrait 7 secondes par an pour parler du tabac avec chacun de ses malades, il serait plus efficace que toutes les consultations spécialisées en sevrage tabagique. (*Pr. B. DAUTZENBERG, Dr P. BIRKUI - IMPACT MÉDECIN HEBDO N° 266 du 3 Février 1995 - Le tabac*)

Le médecin généraliste

- 1) Inscrit le statut tabagique dans le dossier médical de tous ses patients.
- 2) Classe les fumeurs dans un des stades de préparation à l'arrêt du tabac. Il est capable de :
 - Sensibiliser les fumeurs satisfaits
 - Proposer de l'aide à ceux qui envisagent de s'arrêter
 - Aider ceux qui ont décidé de s'arrêter
 - Suivre et aider ceux qui ont cessé de fumer
 - Prescrire et appliquer les stratégies de sevrage
 - Aider et motiver les patients qui recommencent à fumer, à prévoir une nouvelle tentative d'arrêt du tabac.

LE CONSEIL MINIMAL

(L'arrêt de la consommation du tabac - Conférence de consensus, Paris, Octobre 1998. ANAES)

Ce conseil minimal consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer.

Ce conseil minimal pour tous s'adresse aux :

fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela
fumeurs heureux de l'être
fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt
fumeurs qui ne demandent pas d'aide

Le conseil minimal peut se compléter par les questions suivantes :

est-ce que vous fumez ? pourquoi ?
voulez-vous arrêter ?
que n'aimez-vous pas dans le fait d'arrêter de fumer ?
comparez les raisons pour continuer et arrêter,
quelle est votre motivation pour arrêter dans le mois ?

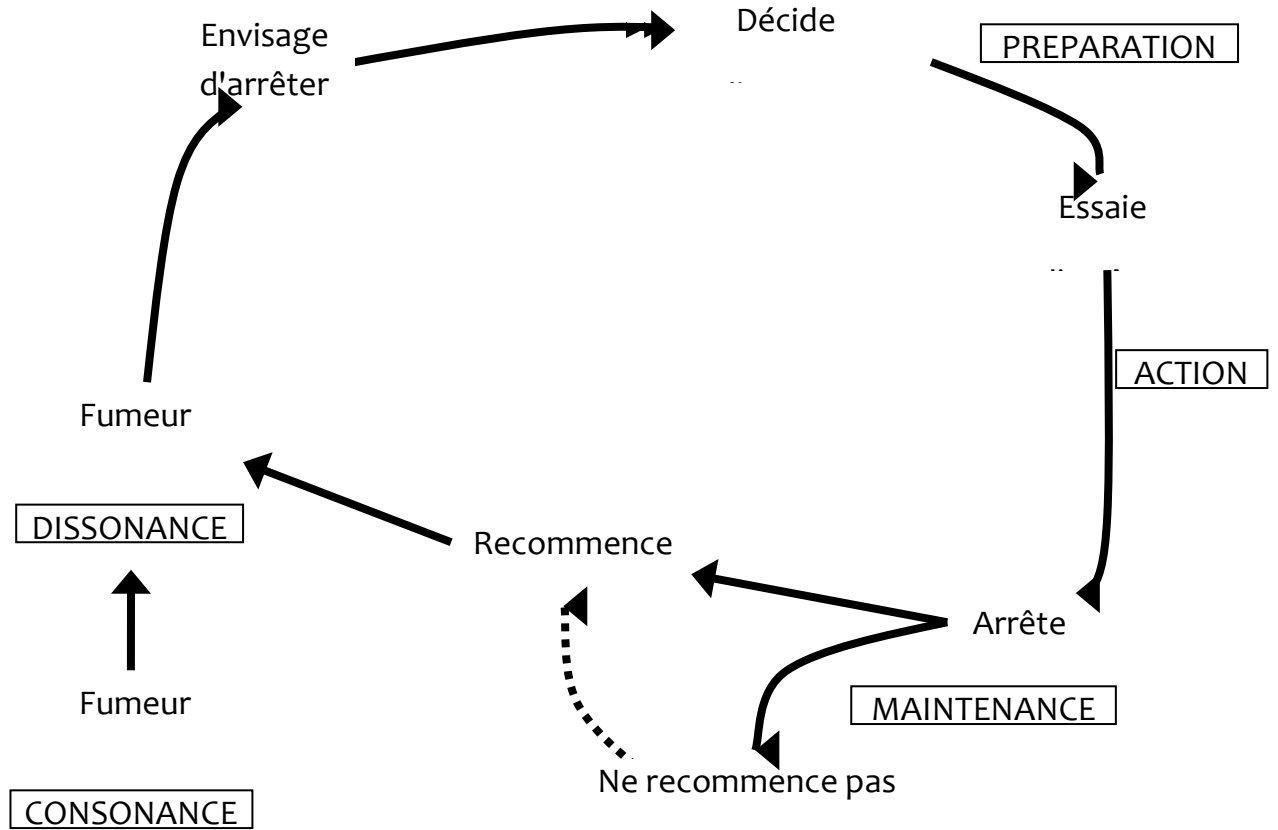
Cette méthode rapide mérite d'être largement utilisée. Elle peut être suivie d'un conseil bref ou d'une discussion plus approfondie.

Elle entraîne 2 à 5 % d'arrêts soutenus. Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du malade.

Le conseil minimal déclenchera peut être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions et pourra provoquer une demande de prise en charge plus importante.

SCHÉMA DE L'ÉVOLUTION NATURELLE DU TABAGISME

D'après J. PROCHASKA Amer. Psychologist 1992, 47



*Pourcentage de fumeurs aux différentes phases évolutives,
et durée moyenne de chacune de ces phases*

	Etats-Unis	Pays-Bas	Délai
Fumeurs satisfaits	40 %	60 %	5 – 20 ans
Fumeurs indécis	40 %	30 %	6 mois – 2 ans
Préparation Action	20 %	10 %	1 mois

IDENTIFICATION D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PAR LE QUESTIONNAIRE MINI

Question 1 Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

Question 2 Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?

Si "non" à Question 1 et Question 2 : **STOP**



Patient non déprimé

Si "oui" à Question 1 et / ou Question 2 →

Question 3 Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :

Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (coter oui, si +/- 5 % du poids)

Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?

Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous plus agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?

Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?

Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable ?

Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions ?

Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

Si nombre de "oui" à Question 1 + Question 2 + Question 3 \geq 5



Dépression majeure

Questionnaire " Mini " (Mini International Neuropsychiatric Interview) conçu à partir des critères diagnostiques du DSM IV, Lecrubier Y. (Inserm U 302), Sheehan D., 1995

		Oui	Non
Question 1	Humeur dépressive		
Question 2	Perte d'intérêt		

Si "non" à Question 1 et Question 2 : **STOP**



Patient non déprimé

Si "oui" à Question 1 et / ou Question 2 →

		Oui	Non
Question 3	Troubles de l'appétit		
	Troubles du sommeil		
	Agitation - Ralentissement		
	Fatigue		
	Culpabilité		
	Troubles de la concentration		
	Idées suicidaires		

Si nombre de "oui" à question 1 + question 2 + question 3 ≥ 5



Dépression majeure

Autres troubles à dépister

TOC – Phobies sociales – Troubles bipolaires

TEST DE FAGERSTRÖM

TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

<input type="checkbox"/> Dans les 5 premières minutes	3
<input type="checkbox"/> Entre 6 et 30 minutes	2
<input type="checkbox"/> Entre 31 et 60 minutes	1
<input type="checkbox"/> Après 60 minutes	0
2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ?
(église, bibliothèque, cinéma)

<input type="checkbox"/> Oui	1
<input type="checkbox"/> Non	0
3. Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez le plus de mal à renoncer ?

<input type="checkbox"/> La première le matin	1
<input type="checkbox"/> Une autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

<input type="checkbox"/> 10 ou moins	0
<input type="checkbox"/> de 11 à 20	1
<input type="checkbox"/> de 21 à 30	2
<input type="checkbox"/> plus de 30	3
5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

<input type="checkbox"/> Oui	1
<input type="checkbox"/> Non	0
6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?

<input type="checkbox"/> Oui	1
<input type="checkbox"/> Non	0

Résultat :	de 0 à 2 points	➔	dépendance nulle ou légère
	de 2 à 4 points	➔	dépendance faible
	5 points	➔	dépendance moyenne
	de 6 à 7 points	➔	dépendance forte
	de 8 à 10 points	➔	dépendance très forte

TEST DES DÉPENDANCES COMPORTEMENTALES ET PSYCHOLOGIQUES

Évaluez de 0 (nul) à 10 (extrême) la signification de vos différentes cigarettes en plaçant une croix sur chacune des échelles graduées :

Besoin du geste :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Situation conviviale : (fêtes, soirées ...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Plaisir :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Réponse au stress :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimulation intellectuelle :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Soutien pour le moral :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Contrôle de l'appétit, du poids :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Professeur Gilbert LAGRUE - Centre de Tabacologie - Hôpital Henri Mondor - Créteil

“ GUIDE DU FUMEUR “

Questionnaire DETA

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

Deux réponses positives ou plus font suspecter un problème d'alcool.

D'après B. Rueff, Les malades de l'alcool. Paris, John Libbey Eurotext, 1995 ; 144 pages

ECHELLE D'AUTO - ÉVALUATION DE LA MOTIVATION

A S'ARRÊTER DE FUMER, Q - Mat

Cette échelle doit permettre au clinicien d'explorer avec rapidité et fiabilité le degré de motivation du fumeur.

Pensez-vous que dans 6 mois

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vous fumerez toujours autant | 0 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes | 2 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes | 4 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez arrêté de fumer | 8 |

Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | 0 |
| <input type="checkbox"/> Un peu | 1 |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup | 2 |
| <input type="checkbox"/> Enormément | 3 |

Pensez-vous que dans 4 semaines

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vous fumerez toujours autant | 0 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes | 2 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes | 4 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez arrêté de fumer | 8 |

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

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Quelquefois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> Toujours | 3 |

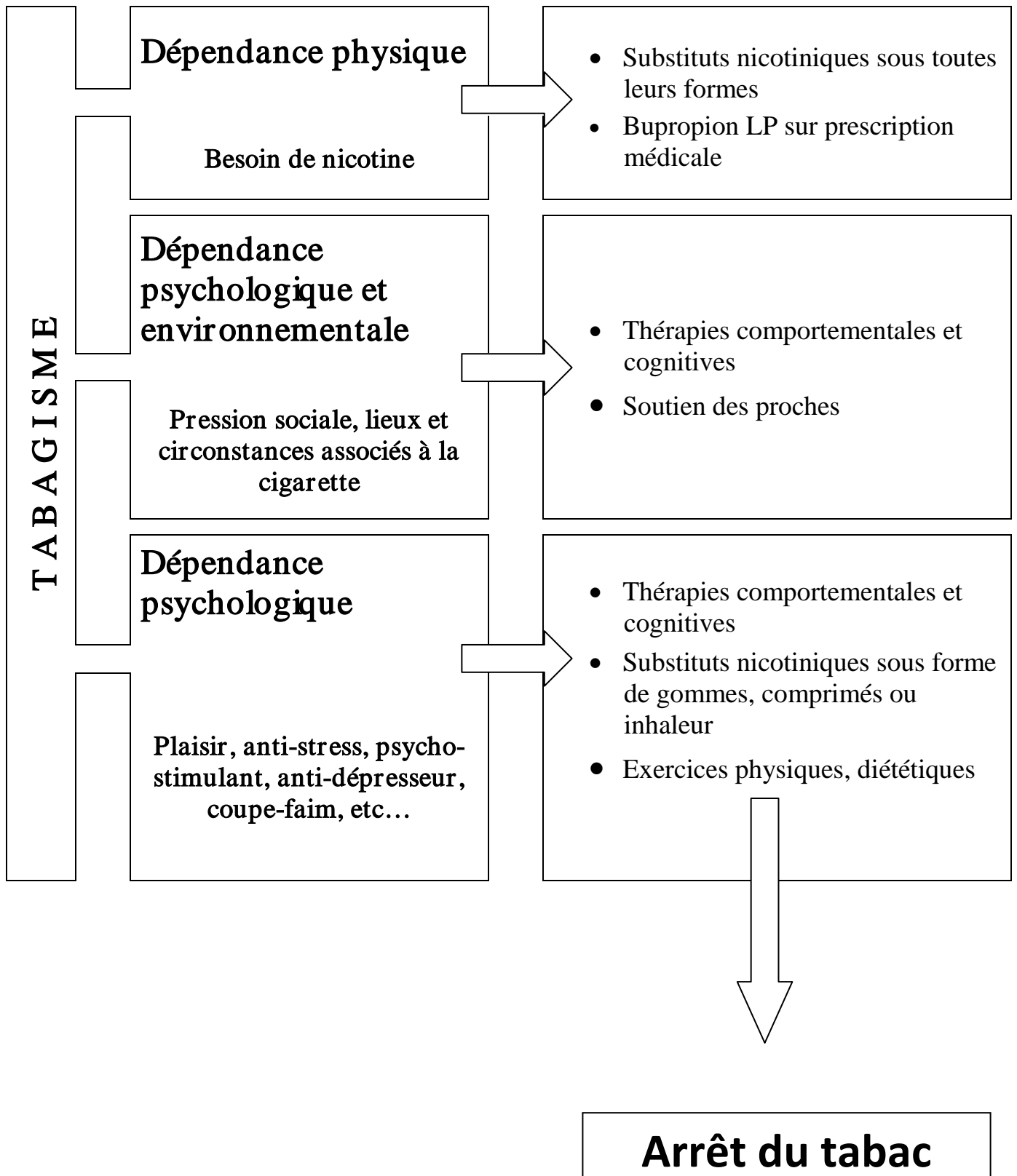
Votre score : / 20

Interprétation de votre score

Un total avoisinant 20 montre une motivation élevée

Autour de 16 – 17, la motivation est forte avec des chances de réussite.

ARBRE DÉCISIONNEL



LES MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Les médicaments susceptibles d'aider au sevrage tabagique sont principalement représentés par :

- Les timbres à la nicotine ou dispositifs transdermiques,
- Le comprimé sublingual, les gommes à mâcher à base de nicotine, et le comprimé à sucer,
- L'inhaleur,
- D'autres spécialités non encore commercialisées en France ou en cours de développement clinique : spray nasal.

1. Le timbre à la nicotine (patch) : trois dosages

	Nicorette®	NiQuitin®	Nicopatch® - Nicotinell®
	/ 16h	/ 24h	/ 24h
7 cm ²		7 mg	
10 cm ²	5 mg		7 mg
15 cm ²		14 mg	
20 cm ²	10 mg		14 mg
22 cm ²		21 mg	
30 cm ²	15 mg		21 mg
Dosage le plus fort au début du traitement, puis passer au moyen et au faible sur une durée totale d'au moins 3 mois. Ne pas dépasser 6 mois de traitement. <i>En vente libre, mais non remboursé S.S.</i>			

2. Le comprimé sublingual

	Nicorette®	Microtab
2 mg	Maximum 30 prises /j Utilisation selon les besoins pendant 2 à 3 mois, puis diminution progressive. Ne pas dépasser 6 mois de traitement. <i>En vente libre, mais non remboursé S.S.</i>	

3. Les gommes à mâcher à base de nicotine (sans sucre)

	Nicorette®	Nicotinell®	Nicogum®
2 mg	8 à 12 /j sans dépasser 30 /j	8 à 12 /j sans dépasser 25 /j	8 à 12 /j sans dépasser 23 /j
4 mg	8 à 12 /j sans dépasser 15 /j	8 à 12 /j sans dépasser 15 /j	
Utilisation selon les besoins pendant 3 mois, puis diminution progressive. Ne pas dépasser 6 mois de traitement. <i>En vente libre, mais non remboursées S.S.</i>			

4. Le comprimé à sucer

	NiQuitin® sans sucre
2 mg	Maximum 15 prises /j
4 mg	Maximum 11 prises /j
Ne pas dépasser 6 mois de traitement <i>En vente libre, mais non remboursé S.S.</i>	

5. L'inhaleur

	Nicorette®
10 mg	6 à 12 cartouches /j pendant 3 mois environ, Puis diminution du nombre de cartouches pendant 6 à 8 semaines. Ne pas dépasser 6 mois de traitement. <i>En vente libre, mais non remboursées S.S.</i>

6. Les thérapies comportementales et cognitives

Elles aident les personnes à modifier un comportement ou un système de pensée, à rompre avec certaines habitudes, à gérer leur stress autrement qu'en fumant. Les TCC sont largement reconnus par les experts pour leur efficacité dans l'accompagnement de l'arrêt du tabac.

MODALITÉS D'UTILISATION DES GOMMES ET DU COMPRIMÉ SUBLINGUAL

- **Les gommes** sont à mâcher lentement une dizaine de fois, en attendant quelques secondes entre chaque mastication, puis à appliquer sous la langue ou entre joue et gencive : attendre 1 ou 2 mn puis remâcher lorsque le goût s'atténue.

Une gomme doit être "consommée" en 30 mn au minimum et à raison de **10 /j en moyenne** avec un maximum de 30 gommes/j.

- **Le comprimé sublingual** sera placé sous la langue, où il sera dissout lentement (pendant environ 30 mn).
 - Posologie initiale de 1cp toutes les 1 ou 2 heures (8 à 12 cp/j).
 - Chez les fumeurs très dépendants ou ayant déjà échoué dans leur tentative d'arrêt, il est recommandé la posologie de 2 cp par prise, jusqu'à 16 à 24 cp/j.
 - Ne pas administrer plus de 30 cp/j.

Précautions d'emploi des gommes et du comprimé sublingual

Les porteurs de prothèses dentaires peuvent éprouver des difficultés à mâcher

La nicotine déglutie peut exacerber la symptomatologie des patients atteints d'œsophagite ou d'ulcère gastro-duodéal

En cas de nécessité l'utilisation des formes orales est possible chez la femme enceinte ou la femme qui allaite, à prendre après les tétées

Attention à l'utilisation intempestive par l'enfant

Contre-indications des gommes et du comprimé sublingual

Hypersensibilité à la nicotine ou à l'un des composants du comprimé

Chez l'enfant de moins de 15 ans

MODALITÉS D'UTILISATION DES TIMBRES

Le dosage en mg ou la surface en cm² sont choisis selon l'importance du tabagisme :

plus de 20 cigarettes par jour :

30 cm² pendant un à deux mois

20 cm² pendant un mois

10 cm² pendant un mois

20 ou moins de 20 cigarettes par jour :

20 cm² pendant un ou deux mois

et relais par 10 cm² pendant un mois

ou si nécessaire après consultation à J 8 :

30 cm² pendant un mois

20 cm² pendant un mois

10 cm² pendant un mois

Ces durées de traitement sont indicatives et modulées selon les besoins.

Précautions d'emploi des timbres

L'emploi du timbre impose l'arrêt du tabac

Les signes de surdosage doivent être recherchés

Les contre-indications seront respectées

Les situations à risques seront dépistées

Contre-indications des dispositifs trans-dermiques

Enfant, hypersensibilité à l'un des constituants, dermatose gênant l'usage de tels dispositifs. Il n'y a plus de contre-indications cardiovasculaires.

ASSOCIATION TIMBRES - GOMMES

Elle représente actuellement la méthode de choix :

Chez les fumeurs très dépendants (Fagerström supérieur à 7)

Chez les fumeurs recherchant l'effet pics. Dans ce cas, le nombre de gommes doit être limité à 6 ou 8 /j, à 2 mg

L'INHALEUR

L'inhalateur est en vente libre.

Il est constitué d'un embout buccal dans lequel on insère une cartouche à la nicotine. Ce procédé permet de prendre en compte la composante gestuelle.

Chaque cartouche libère environ 4 mg de nicotine. L'absorption de la nicotine se fait au niveau de la bouche. Il est recommandé d'utiliser entre 6 et 12 cartouches/j et chaque cartouche est utilisée pour environ 3 fois 20 mn d'inhalation intense.

Les effets secondaires (peu fréquents et transitoires) sont :

Irritation au niveau de la bouche ou de la gorge

Toux

Les contre-indications sont les mêmes que les substituts nicotiques.

LE BUPROPION

Le Bupropion est un médicament psychotrope agissant sur la recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Son efficacité a été évaluée.

Ce médicament, est délivré sur prescription médicale, il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

Ses contre-indications sont :

Age < 18 ans

Hypersensibilité au Bupropion ou à ses excipients

Troubles convulsifs évolutifs

Antécédents convulsifs

Tumeur du SNC

Sevrage alcoolique en cours

Sevrage aux benzodiazépines en cours

Boulimie actuelle ou antécédents de

Anorexie mentale actuelle ou antécédents de

Insuffisance hépatique sévère

Prise d'IMAO (précautions spécifiques si arrêt récent d'IMAO)

Trouble bipolaire

Grossesse

Allaitement

Des précautions d'emploi et une surveillance étroite sont nécessaires si :

Sujet âgé : 150 mg/j

Insuffisance hépatique légère à modérée : 150 mg/j

Insuffisance rénale : 150 mg/j

Dépression : possibilité d'épisode psychotique

Attention en cas de conduite automobile ou engins

Attention à certaines interactions médicamenteuses

La prescription se fait selon le schéma suivant :

1 cp/j à 150 mg pendant 6 jours puis

2 cp/j en espaçant les prises > 8 h, la 1^{ère} prise le plus tôt possible le matin (permet de prendre le 2^{ème} comprimé tôt dans l'après-midi et limite l'insomnie)

Programmer un arrêt du tabac entre J 7 et J 15

Durée du traitement : 7 à 9 semaines

Signaler à l'AFSSAPS les utilisations trop longues ou à posologies anormales (> 300 mg)

Les effets indésirables possibles sont :

Les plus fréquents :

Sécheresse de la bouche, insomnie, tremblements, trouble de la concentration, troubles digestifs (nausées, vomissements...), céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété, éruption cutanée, prurits, sueurs, fièvre, réaction d'hypersensibilité telle que urticaire.

Les plus rares :

Élévation de la TA, tachycardie, bouffées vasomotrices, douleur thoracique, asthénie, confusion, anorexie, acouphènes, troubles visuels, crise convulsive (1/1000), irritabilité, agressivité, vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope, réaction d'hypersensibilité plus sévères (œdème de Quincke, dyspnée / bronchospasme et choc anaphylactique), arthralgies, myalgies.

QUANT AUX AUTRES MÉDICATIONS

Anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, elles obéissent aux règles habituelles de prescription de ces classes thérapeutiques.

La recherche d'antécédents dépressifs ou de troubles anxieux doit être systématique avant toute tentative de sevrage.

CAS PARTICULIERS

Risques médicamenteux au cours du sevrage

Du fait de la diminution de leur élimination, il y a un risque de surdosage pour

Héparines

Théophylline

Neuroleptiques

Béta-bloquants

Femme enceinte ou allaitante

La prescription des substituts nicotiques est autorisée chez la femme enceinte depuis 1997 en sachant que le risque éventuel avec ces produits est bien moindre que celui lié à la consommation de tabac. Une surveillance médicale est toutefois justifiée dans ce cas.

La prescription se fait selon les règles générales mais pour limiter l'apport en nicotine, il est recommandé d'utiliser les timbres à la nicotine à retirer le soir au coucher.

En cas d'allaitement, il est préférable, en cas de nécessité, d'éviter les timbres à diffusion continue et d'utiliser plutôt les formes orales qui sont à prendre après les tétées pour limiter le passage de nicotine dans le lait maternel.

CO

Le testeur de monoxyde de carbone est un appareil qui permet d'évaluer rapidement le taux de monoxyde de carbone inhalé par le fumeur. Ce taux reflète le degré d'intoxication tabagique des dernières 24 h.

Il est intéressant de pratiquer ce dosage simple pour plusieurs raisons.

Visualiser son taux de CO permet souvent :

Une prise de conscience plus concrète de son intoxication,

D'observer qu'une diminution du nombre de cigarettes n'est pas suffisante pour limiter l'intoxication,

De renforcer la motivation au cours du sevrage en maintenant des taux de non-fumeurs,

D'être sensibilisé à l'exposition au tabagisme passif.

Pour réaliser ce dosage, il faut demander au patient d'inspirer profondément puis d'expirer après 15 s d'attente en plaçant les lèvres autour de l'embout buccal jetable.

Des taux $<$ à 5 ppm sont considérés comme normaux.

Au dessus de 5, ce taux varie en fonction de la quantité fumée mais dépend également de la façon dont le fumeur inhale sa cigarette. Une exposition au tabagisme passif peut se révéler par des taux qui peuvent varier entre 5 et 10 ppm en général.

Un taux $>$ à 20 ppm traduit un tabagisme actif intense.

CONSEILS ALIMENTAIRES

POIDS ET TABAC

Rassurer le patient et insister sur les bénéfices de l'arrêt du tabac :

Arrêter de fumer améliore le goût et le plaisir à table, l'appétence pour les aliments à saveur sucrée.

Les risques liés à la prise de poids sont largement compensés par les bénéfices résultant du sevrage tabagique.

S'informer :

du niveau d'exercice physique, des habitudes diététiques et éventuellement réaliser une enquête alimentaire sur une semaine, dès la première consultation (modèle de semainier joint).

Expliquer au patient que :

Arrêter de fumer entraîne habituellement une *prise de poids de 2,5 à 5 kg* : suspension de l'effet anorexigène et augmentation du métabolisme basal de la nicotine (évalué à 300 calories pour 30 cigarettes).

Les activités physiques brûlent des calories et limitent la prise de poids. *Pratiquer l'exercice physique ne suffit pas à perdre du poids, des mesures diététiques sont indispensables*, rééquilibrer si nécessaire, fractionner les prises alimentaires.

1 h de marche ou 1/2 h de sport par jour est nécessaire.

En cas de surpoids initial, il est préférable d'entraîner le patient à suivre des mesures diététiques avant d'engager un sevrage tabagique.

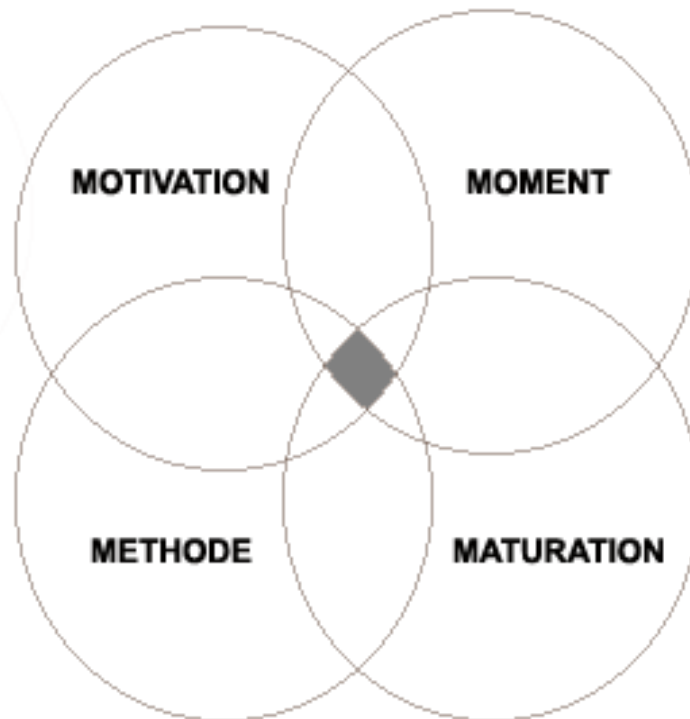
L'utilisation de la nicotine transdermique permet une nicotémie modérée qui diminue voire supprime la prise de poids.

A chaque consultation le poids sera vérifié et confronté aux valeurs du poids idéal, du BMI et du rapport tour de taille / tour de hanche.

Limiter la prise de poids par une prise en charge diététique précoce est indispensable ainsi que l'usage d'un traitement nicotinique (attention à soutenir la surveillance diététique à l'arrêt de prescription de nicotine).

Si la prise de poids est excessive et selon les antécédents, faire appel aux conseils d'un *nutritionniste*.

ZONE DE RÉUSSITE DU SEVRAGE



Zone de réussite du sevrage (en grisé)

ATTITUDE PRATIQUE FACE À UNE RECHUTE

Ne jamais culpabiliser ou dramatiser

Connoter positivement l'expérience d'abstinence

Expliciter les apprentissages de la phase d'abstinence

Analyser les causes perçues de rechute

Accompagner une tâche cognitive de résolution de problèmes : élaborer une stratégie de rechange

Réinitialiser le cycle d'une tentative ultérieure

Traiter au besoin les problèmes intercurrents

Pr. J.P. KAHN Réseau Tabac Généraliste

En cas de difficultés, avoir recours aux centres spécialisés

ANNEXE 3: ENQUÊTE 2008

**QUESTIONNAIRE SUR L'UTILISATION
DE LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE
AMPPU 54**

Mai 2008

Ce questionnaire vous est adressé dans le cadre des travaux de thèse de médecine de Madame Sandra YONCOURT. Il fait suite à celui qui vous avait été adressé en mars 2006.

Nous vous remercions du temps que vous voudrez bien consacrer à le remplir et nous le retourner.

1/ Renseignements concernant le médecin

Vous êtes :

une femme un homme

Quel est votre âge :

Votre année d'installation :

Vous exercez

au sein d'un cabinet de groupe en cabinet individuel

Votre département d'exercice est :

Meurthe et Moselle Meuse Moselle Vosges

Êtes-vous fumeur ?

Oui Non Ancien fumeur

Avez-vous avant 2006 suivi une ou des formation(s) spécifique(s) au sevrage tabagique ?

Oui Était-ce : un diplôme Une formation AMPPU Autre :

Non Pourquoi ?

Depuis 2006 avez-vous suivi une ou des formation(s) spécifique(s) au sevrage tabagique ?

Oui Combien :

Était-ce dans le cadre de : Soirée AMPPU Autres

Non Pourquoi

Donnez-vous le conseil minimal à l'arrêt du tabac :Systématiquement Souvent Dans des situations spécifiques

(grossesse, contraception, pathologie liée au tabac...)

Jamais **Combien de sevrage tabagique proposez-vous ?**

Par semaine : Par mois :

.../....

Depuis 2 ans avez-vous augmenté ce nombre ?Oui De combien :Non Pourquoi :**Combien avez-vous de demandes de sevrage tabagique ?**

Par semaine :

Par mois :

Ce chiffre a-t-il augmenté depuis 2006 ?Oui De combien :Non Pourquoi :**Connaissez-vous une/des consultation(s) spécialisées en tabacologie dans votre département ? :**Oui Non Pourquoi :**Orientez-vous vos patients vers ces centres ?**Oui Non Pourquoi :**2/ Utilisation de la Boite de Sevrage Tabagique****Avez-vous utilisé cette boîte ?**

Oui Non Pourquoi :

Utilisez-vous cette boîte ?

Oui

Non Pourquoi :

Avez-vous besoin de fiches complétant les points abordés par les fiches existantes ?

Oui Non

Un format informatique vous conduirait-il à une utilisation ou meilleure utilisation de cet outil ?

Oui Non

**ANNEXE 4 : SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE
PAR L'ASSURANCE MALADIE A COMPTER DU 1ER FEVRIER 2007**

Liste arrêtée au 08/12/2008. Cette liste est amenée à évoluer.

Code CIP	Libelle CIP	Groupe	Age minimal > ou =	Date de début de prise en charge	Date de fin de prise en charge
3437654	NIQUITIN 14MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3464591	NIQUITIN 14MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3437660	NIQUITIN 21MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3464562	NIQUITIN 21MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3575238	NIQUITIN 2MG S/SUC CPR BT36	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3575244	NIQUITIN 2MG S/SUC CPR BT72	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3596045	NIQUITIN 2MG S/SUC GOM BT24	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3596068	NIQUITIN 2MG S/SUC GOM BT96	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3575267	NIQUITIN 4MG S/SUC CPR BT36	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3575273	NIQUITIN 4MG S/SUC CPR BT72	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3596080	NIQUITIN 4MG S/SUC GOM BT24	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3596105	NIQUITIN 4MG S/SUC GOM BT96	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3437648	NIQUITIN 7MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	
3701306	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 2MG S/S CPR 24	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3701312	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 2MG S/S CPR 72	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3695445	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 4MG S/S CPR 24	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3695617	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 4MG S/S CPR 72	GLAXOSMITHKLINE	18	01/02/2007	
3571996	NIQUITIN CLEAR 14MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3572004	NIQUITIN CLEAR 14MG/24H DISP 28	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3571973	NIQUITIN CLEAR 14MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3572027	NIQUITIN CLEAR 21MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3572033	NIQUITIN CLEAR 21MG/24H DISP 28	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3572010	NIQUITIN CLEAR 21MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3571950	NIQUITIN CLEAR 7MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3571944	NIQUITIN CLEAR 7MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	01/02/2007	31/12/2008
3795649	NIQUITIN 7MG/24H, DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795655	NIQUITIN 7MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795603	NIQUITIN 14MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795626	NIQUITIN 14MG/24H, DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795632	NIQUITIN 14MG/24H DISP 28	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795572	NIQUITIN 21MG/24H DISP 7	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795589	NIQUITIN 21MG/24H DISP 14	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3795595	NIQUITIN 21MG/24H DISP 28	GLAXOSMITHKLINE	15	26/12/2007	
3631669	NICOTINELL FR.2MG S/SUC GOM 24	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3631712	NICOTINELL FR.2MG S/SUC GOM 96	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3631480	NICOTINELL MEN2MG S/SUC GOM 24	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3631534	NICOTINELL MEN2MG S/SUC GOM 96	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3631563	NICOTINELL MEN4MG S/SUC GOM 24	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3631623	NICOTINELL MEN4MG S/SUC GOM 96	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3640898	NICOTINELL MENT 1MG CPR BT36	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3686848	NICOTINELL MENT 2MG CPR BT36	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3346791	NICOTINELL TTS 14MG/24H DISP 7	NOVARTIS	15	01/02/2007	
3346839	NICOTINELL TTS 14MG/24H DISP28	NOVARTIS	15	01/02/2007	
3346845	NICOTINELL TTS 21MG/24H DISP 7	NOVARTIS	15	01/02/2007	

3346874	NICOTINELL TTS 21MG/24H DISP28	NOVARTIS	15	01/02/2007	
3346785	NICOTINELL TTS 7MG/24H DISP 28	NOVARTIS	15	01/02/2007	
3346756	NICOTINELL TTS 7MG/24H DISP 7	NOVARTIS	15	01/02/2007	
3669672	NICOTINELLCLASSIC 2MG S/S GM24	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3669749	NICOTINELLCLASSIC 2MG S/S GM96	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3669784	NICOTINELLCLASSIC 4MG S/S GM24	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3669844	NICOTINELLCLASSIC 4MG S/S GM96	NOVARTIS	18	01/02/2007	
3588198	NICORETTE 10MG/16H DISP TRAN28	PFIZER	15	01/02/2007	
3362896	NICORETTE 10MG/16H DISP TRANS7	PFIZER	15	01/02/2007	
3365297	NICORETTE 15MG/16H DISP TRAN28	PFIZER	15	01/02/2007	
3362910	NICORETTE 15MG/16H DISP TRANS7	PFIZER	15	01/02/2007	
3763112	NICORETTE 2MG S/SUC GOM BT105	PFIZER	15	01/02/2007	
3763129	NICORETTE 2MG S/SUC GOM BT210	PFIZER	15	01/02/2007	
3763098	NICORETTE 2MG S/SUC GOM BT30	PFIZER	15	01/02/2007	
3527363	NICORETTE 2MG S/SUC GOM BT36	PFIZER	15	01/02/2007	
3527357	NICORETTE 2MG S/SUC GOM BT96	PFIZER	15	01/02/2007	
3763075	NICORETTE 4MG S/SUC GOM BT105	PFIZER	15	01/02/2007	
3763052	NICORETTE 4MG S/SUC GOM BT30	PFIZER	15	01/02/2007	
3357056	NICORETTE 4MG S/SUC GOM BT36	PFIZER	15	01/02/2007	
3480532	NICORETTE 4MG S/SUC GOM BT96	PFIZER	15	01/02/2007	
3362867	NICORETTE 5MG/16H DISP TRANS 7	PFIZER	15	01/02/2007	
3757695	NICORETTE FRUIT 2MG S/S gom 210	PFIZER	15	01/02/2007	
3709957	NICORETTE FRUIT 2MG S/S gom b/105	PFIZER	15	01/02/2007	
3709897	NICORETTE FRUIT 2MG S/S gom b/30	PFIZER	15	01/02/2007	
3710073	NICORETTE FRUIT 4MG S/S gom b/105	PFIZER	15	01/02/2007	
3710015	NICORETTE FRUIT 4MG S/S gom b/30	PFIZER	15	01/02/2007	
3483890	NICORETTE INHAL 10MG C.+ETUI 6	PFIZER	15	01/02/2007	
3483915	NICORETTE INHAL 10MG CARTCHE18	PFIZER	15	01/02/2007	
3763017	NICORETTE MENT 2MG S/SUC GOM105	PFIZER	15	01/02/2007	
3527392	NICORETTE MENT 2MG S/SUC GOM96	PFIZER	15	01/02/2007	
3763135	NICORETTE MENT F.2MG S/S GOM105	PFIZER	15	01/02/2007	
3674101	NICORETTE MENT F.2MG S/S GOM12	PFIZER	15	01/02/2007	
3763141	NICORETTE MENT F.2MG S/S GOM210	PFIZER	15	01/02/2007	
3654966	NICORETTE MENT F.2MG S/S GOM30	PFIZER	15	01/02/2007	
3654972	NICORETTE MENT F.2MG S/S GOM36	PFIZER	15	01/02/2007	
3655026	NICORETTE MENT F.2MG S/S GOM96	PFIZER	15	01/02/2007	
3763158	NICORETTE MENT F.4MG S/S GOM105	PFIZER	15	01/02/2007	
3674130	NICORETTE MENT F.4MG S/S GOM12	PFIZER	15	01/02/2007	
3655049	NICORETTE MENT F.4MG S/S GOM30	PFIZER	15	01/02/2007	
3655055	NICORETTE MENT F.4MG S/S GOM36	PFIZER	15	01/02/2007	
3655090	NICORETTE MENT F.4MG S/S GOM96	PFIZER	15	01/02/2007	
3493256	NICORETTE MICROTAB 2MG CPR 105	PFIZER	18	01/02/2007	
3493233	NICORETTE MICROTAB 2MG CPR 30	PFIZER	18	01/02/2007	
3424226	NICORETTE ORAN 2MG S/SUC GOM36	PFIZER	15	01/02/2007	
3424232	NICORETTE ORAN 2MG S/SUC GOM96	PFIZER	15	01/02/2007	
3771809	CHAMPIX 0,5 MG/1 MG CP BT11/14	PFIZER	18	28/03/2007	
3771821	CHAMPIX 0,5 MG CP BT28	PFIZER	18	28/03/2007	
3771844	CHAMPIX 0,5 MG CP BT56	PFIZER	18	28/03/2007	
3771838	CHAMPIX 0,5 MG CP BT56 ETUI	PFIZER	18	28/03/2007	
3771850	CHAMPIX 1 MG CP BT28	PFIZER	18	28/03/2007	
3771904	CHAMPIX 1 MG CP BT56	PFIZER	18	28/03/2007	
3771867	CHAMPIX 1 MG CP BT56 ETUI	PFIZER	18	28/03/2007	

3798671	NICORETTE MICROTAB CITR. 2MG CPR sublingual BT30	PFIZER	18	26/09/2007	
3798694	NICORETTE MICROTAB CITR.2MG CPR sublingual BT100	PFIZER	18	26/09/2007	
3799191	NICORETTE MICROTAB 2 MG CPR sublingual BT20	PFIZER	18	26/09/2007	
3799216	NICORETTE MICROTAB 2 MG CPR sublingual BT30	PFIZER	18	26/09/2007	
3799222	NICORETTE MICROTAB 2 MG CPR sublingual BT90	PFIZER	18	26/09/2007	
3799239	NICORETTE MICROTAB 2 MG CPR sublingual BT100	PFIZER	18	26/09/2007	
3799245	NICORETTE MICROTAB 2 MG CPR sublingual BT150	PFIZER	18	26/09/2007	
3698610	NICOGUM MENT S/SUC 2MG GOM 12	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3698633	NICOGUM MENT S/SUC 2MG GOM 36	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3698691	NICOGUM MENT S/SUC 2MG GOM 96	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3721912	NICOGUM REGL-MENT S/S2MG GOM12	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3721935	NICOGUM REGL-MENT S/S2MG GOM36	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3721987	NICOGUM REGL-MENT S/S2MG GOM96	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3560656	NICOGUM S/SUC 2MG GOM MACH 12	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3574977	NICOGUM S/SUC 2MG GOM MACH 36	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3574983	NICOGUM S/SUC 2MG GOM MACH 96	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3644761	NICOPASS 1,5MG S/S MENT PAST12	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3644784	NICOPASS 1,5MG S/S MENT PAST36	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3649899	NICOPASS 1,5MG S/S MENT PAST96	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3649907	NICOPASS 1,5MG S/S REGL PAST12	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3649936	NICOPASS 1,5MG S/S REGL PAST36	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3649988	NICOPASS 1,5MG S/S REGL PAST96	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3346957	NICOPATCH 14MG/24H DISP 28	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3346928	NICOPATCH 14MG/24H DISP 7	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3347000	NICOPATCH 21MG/24H DISP 28	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3346963	NICOPATCH 21MG/24H DISP 7	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3346911	NICOPATCH 7MG/24H DISP 28	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3346880	NICOPATCH 7MG/24H DISP 7	PIERRE FABRE	15	01/02/2007	
3631474	NICOTINELL MENTHE 2 mg SANS SUCRE BT12	NOVARTIS	18	15/03/2008	
3761283	NICOTINELL REGLISSE 2 mg sans sucre BT12 gommes.	NOVARTIS	18	15/03/2008	
3761366	NICOTINELL REGLISSE 2 mg sans sucre, BT 96 gommes	NOVARTIS	18	15/03/2008	
3710133	NICORETTE MENT. CANNELLE 2mg ss sucre BT 30gom.	MC NEIL SANTE GRAND PUBLIC	15	08/12/2008	
3710216	NICORETTE MENT.CANNELLE 2mg ss sucre BT 105gom.	MC NEIL SANTE GRAND PUBLIC	15	08/12/2008	

ANNEXE 5: PRESENTATION DE LA BOITE AUX MEDECINS

► **Justification de l'action**

- Motivation des médecins généralistes
- Formation des médecins
- Motivation des patients
- Information des patients
- Accompagnement du sevrage

► **Présentation de la boîte**

- Deux compartiments principaux
 - Fiches « médecin »
 - Fiches « patient »
- Deux compartiments annexes
 - Fiche « suivi du patient »
 - Fiche « diététique et suivi de l'action »

► **Fiches « médecins »**

- Guide la consultation et le suivi
- Rassemble la documentation utile
- Permet le choix de la méthode
- Évoque les cas particuliers
- Sert de support et d'outil pédagogique au cours de réunions de FMC

► **Fiches « patients »**

- Motive et conforte la décision du patient
- Guide les étapes du sevrage
- Déculpabilise les envies de rechutes
- Définit les modalités médicamenteuses et alimentaires
- Analyse les rechutes éventuelles et prépare la prochaine tentative

► **En pratique**

- Les fiches sont mises à jour (2004)
- L'action « boîtes de sevrage tabagique » est désormais étendue aux 4 départements lorrains
- Vous avez reçu, il y a quelques jours, soit la mise à jour, soit la boîte en entier

ANNEXE 6: PRESENTATION DE LA BOÎTE AUX PHARMACIENS

► Quelques faits inquiétants

- OMS
 - 5 millions de décès par an dans le monde
 - 50% des décès dans les pays riches
 - Prévision : 1 milliard de morts au cours du 21ème siècle
- Progression du tabagisme dans les pays en voie de développement
- Prévalence tabagisme masculin :
 - Pays riches : 35% ;
 - Pays en développement : 50% ;
 - Chine : 60%
- 2003 - Convention Cadre OMS, adoptée par 47 pays :
 - inscrire les mesures efficaces dans un cadre législatif

► Le Tabagisme en France

Pourcentage de fumeurs réguliers par sexe et par âge

Sexe	Année	18 - 24	25 - 34	35 - 49	50 - 64	+ 65	Total
Hommes	1953	ND	74 %	74 %	73 %	65 %	72 %
	2001	35 %	45 %	40 %	28 %	11 %	32 %
Femmes	1953	ND	23 %	20 %	11 %	2 %	17 %
	2001	30 %	36 %	29 %	14 %	3 %	21 %

Sources : sondage SEITA 1953 et INSEE 2001

► Le Tabagisme des jeunes de 17 - 18 ans

Groupe	Expérimentation	Usage quotidien
Filles 2000	79,4 %	40,2 %
Filles 2002	78,9 %	39,0 %
Garçons 2000	76,0 %	41,9 %
Garçons 2002	75,6 %	40,0 %

- ¼ des jeunes fument leur première cigarette avant l'âge de 10 ans
- Début du tabagisme :
 - garçons : 13,4 ans
 - filles : 13,6 ans

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT)

► A l'arrivée...

- 12 millions de personnes, âgés de 18 à 75 ans, fument (*Enquête EROPP 2002*)
- 66 400 décès par an

**ANNEXE 7: DATE DES REUNIONS DE PRESENTATION DE LA BOÎTE
DE SEVRAGE TABAGIQUE**

- 3 réunions se sont déroulées dans les Vosges
 - le 27/10/2004 à Epinal
 - le 16/12/2004 à Saint Maurice
 - le 01/12/2005 à Saint Dié
- 3 en Moselle
 - le 12/01/2005 à Hagondange
 - le 01/04/2005 à Sarrebourg
 - le 26/05/2005 à Remilly
- 3 en Meuse
 - le 27/10/2005 à Verdun
 - le 24/11/2005 à Saint Mihiel
 - le 30/11/2005 à Bar le Duc
- 4 auprès des pharmaciens
 - de Meurthe et Moselle le 24/05/2005
 - des Vosges, les 16/12/2004 et 01/12/2005
 - de la Moselle, les 01/04/2005 et 26/05/2005
 - de la Meuse, les 24/11/2005 et 30/11/2005.

ANNEXE 8: PRE-TEST

1. Le nombre de décès liés au tabac par an en France est voisin de 65 000
 Vrai Faux
2. La mesure du CO dans l'air expiré permet de quantifier le tabagisme des quelques heures précédant l'examen
 Vrai Faux
3. L'efficacité d'une méthode d'aide au sevrage tabagique se mesure 1 an après l'arrêt du tabac
 Vrai Faux
4. La substitution nicotinique permet de contrôler la dépendance physique
 Vrai Faux
5. La maladie asthmatique est plus fréquente chez les enfants dont les parents fument
 Vrai Faux
6. Il faut 5 ans d'arrêt complet du tabac pour que le risque de cancer du poumon revienne proche de la normale
 Vrai Faux
7. Les bénéfices cardiovasculaires d'un sevrage tabagique n'apparaissent qu'après plusieurs mois
 Vrai Faux
8. La prise de poids moyenne suivant le sevrage est de 4 à 5 kg
 Vrai Faux
9. L'arrêt du tabac doit être brutal
 Vrai Faux
10. Le test de Fagerström permet d'apprécier la dépendance nicotinique
 Vrai Faux
11. Le taux de nicotine sanguin augmente 4 à 5 mn après le début de la consommation d'une gomme à la nicotine pour atteindre un pallier entre 20 à 30 mn
 Vrai Faux
12. La substitution nicotinique est contre-indiquée en cas de grossesse
 Vrai Faux

13. La prévention des rechutes, passées les premières semaines, repose sur l'approche comportementale
● Vrai ○ Faux
14. Les troubles rencontrés au début du sevrage sont plus souvent liés à un sous dosage qu'à un surdosage
● Vrai ○ Faux
15. La nicotine diminue le taux sanguin de caféine :
○ Vrai ● Faux
16. La fumée la plus toxique est celle inhalée par le fumeur :
○ Vrai ● Faux
17. Selon les études Il y a entre 60% et 90%, de fumeurs chez les alcoolos dépendants :
● Vrai ○ Faux

ANNEXE 9: PRE, POST - TESTS

1. Le nombre de décès liés au tabac par an en France est voisin de 65 000 :
 Vrai Faux
2. La mesure du CO dans l'air expiré permet de quantifier le tabagisme des quelques heures précédant l'examen :
 Vrai Faux
3. L'efficacité d'une méthode d'aide au sevrage tabagique se mesure 1 an après l'arrêt du tabac :
 Vrai Faux
4. La substitution nicotinique permet de contrôler la dépendance physique :
 Vrai Faux
5. La maladie asthmatique est plus fréquente chez les enfants dont les parents fument :
 Vrai Faux
6. Il faut 5 ans d'arrêt complet du tabac pour que le risque de cancer du poumon revienne proche de la normale :
 Vrai Faux
7. Les bénéfices cardiovasculaires d'un sevrage tabagique n'apparaissent qu'après plusieurs mois :
 Vrai Faux
8. La prise de poids moyenne suivant le sevrage est de 4 à 5 kg :
 Vrai Faux
9. L'arrêt du tabac doit être brutal :
 Vrai Faux
10. Le test de Fagerström permet d'apprécier la dépendance nicotinique :
 Vrai Faux
11. Le taux de nicotine sanguin augmente 4 à 5 mn après le début de la consommation d'une gomme à la nicotine pour atteindre un pallier entre 20 à 30 mn :
 Vrai Faux
12. La substitution nicotinique est contre-indiquée en cas de grossesse :
 Vrai Faux
13. La prévention des rechutes, passées les premières semaines, repose sur l'approche comportementale :
 Vrai Faux
14. Les troubles rencontrés au début du sevrage sont plus souvent liés à un sous dosage qu'à un surdosage :

● Vrai ○ Faux

15. La nicotine diminue le taux sanguin de caféine :

 ○ Vrai ● Faux

16. La fumée la plus toxique est celle inhalée par le fumeur :

 ○ Vrai ● Faux

17. Selon les études il y a entre 60% et 90%, de fumeurs chez les alcoolos dépendants :

 ● Vrai ○ Faux

ANNEXE 10: BILAN DES PRE-TESTS ET DES POST-TESTS

Lieu		Date	Nb réponses	Pourcentage de bonnes réponses	
				Pré-tests	Post-tests
88	Epinal	27-oct.-04	15	65,90%	100%
88	St Maurice	16-déc.-04	16	73,50%	89,40%
57	Hagondange	12-janv.-05	9	66,30%	78,40%
57	Héming	01-avr.-05	8	74,00%	85,20%
57	Remilly	26-mai-05	7	67,50%	94,00%
55	Verdun	27-oct.-05	12	79,40%	81,00%
55	Saint Mihiel	24-nov.-05	11	55,20%	97,40%
55	Bar le Duc	30-nov.-05	16	62,54%	87,24%
88	Saint Dié	01-déc.-05	22	68,82%	89,71%
Pharmaciens	Nancy	24-mai-05	17		
			133	68%	89%

Résumé de thèse : traduction en langue anglaise

A kit for helping the general practitioners in Lorraine to handle smoking cessation: two investigations for evaluating their use of this tool.

Tobacco use remains the single most preventable cause of death in France. The French government took steps to develop tobacco control policies and to build capacity for effective implementation.

Most of the time general practitioners are the main advisers for handling chronic diseases and among them tobacco addiction.

However their training on how to help smokers to quit tobacco use can still be enhance, and and the aids to support their consultations be improved.

Having this in mind in 1999, a team of practitioners with AMPPU 54 designed and dispatched an aid called "The Box for Smoking Cessation" to each and every general practitioner in Lorraine.

Within the framework of this thesis, two investigations were led in order to evaluate how this aid was used and how effective it was. These investigations were also an opportunity to gather some fresh information about the practice, the knowledge and the needs of the practitioners for handling tobacco cessation.

The practitioners show an increasing awareness to tobacco addiction. The "Conseil Minimal" is systematically delivered and more than 60 % of the practitioners having answered the surveys state an increase of their monthly tobacco cessation proposals.

By these surveys, it appears that this Box has not been and is not generally used. Nevertheless we think that what this team did and the dispatching of such a box was a significant part in making the Lorraine general practitioners more aware of the difficulties of tobacco cessations and the training they would need.

VU

NANCY, le 26 mars 2009
Le Président de Thèse

Professeur Y. MARTINET

NANCY, le 26 mars 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 30 mars 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

Le tabagisme reste, en France, en ce début du XXI^{ème} siècle la première cause évitable de mortalité. Les pouvoirs publics en ont pris la mesure, et construit un arsenal législatif et réglementaire.

Le médecin généraliste peut être, la plupart du temps, l'interlocuteur principal d'une prise en charge des pathologies chroniques et parmi elles du tabagisme.

Toutefois, la formation des médecins généralistes à la lutte contre le tabagisme et les outils, dont ils disposent pour soutenir leurs consultations, sont encore à compléter.

Dans ce contexte, l'AMPPU 54 a créé en 1999 un outil : LA BOÎTE DE SEVRAGE TABAGIQUE., diffusé à l'ensemble des médecins généralistes lorrains.

Dans le cadre de cette thèse, deux enquêtes (une en 2006 et l'autre en 2008) ont été conduites auprès de l'ensemble des médecins généralistes lorrains. Ceci afin d'évaluer l'utilisation de cet outil, de compléter et d'actualiser les connaissances sur la pratique, la formation et les besoins des médecins lorrains dans le domaine de la lutte contre le tabagisme.

Les médecins généralistes lorrains montrent une sensibilisation croissante au sevrage tabagique. Le conseil minimal est donné systématiquement et plus de 60 % des répondants à l'enquête 2008 déclarent avoir augmenté leur nombre mensuel de propositions de sevrage tabagique.

Si la diffusion d'une telle Boîte de Sevrage Tabagique a certainement contribué à la sensibilisation des médecins, son utilisation a été faible.

TITRE EN ANGLAIS:

A kit for helping the Lorraine general practitioners to handle nicotinic weaning: two investigations for evaluating their use of such a tool.

THESE : MEDECINE GENERALE ANNEE 2009

MOTS CLEFS

Tabagisme. Boite de Sevrage tabagique. Pratique des médecins généralistes lorrains.

Faculté de Médecine Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex