La dépendance au tabac chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés suivis en ambulatoire en Lorraine

Pauline Hurion

▶ **To cite this version:**

Pauline Hurion. La dépendance au tabac chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés suivis en ambulatoire en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931868

HAL Id: hal-01931868
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931868

Submitted on 23 Nov 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-thesesexercice-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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2017

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pauline HURION

le 21 décembre 2017

La dépendance au tabac chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés suivis en ambulatoire en Lorraine

Membres du Jury :

Président : Professeur Paolo DI PATRIZIO

Juges :

Professeur François PAILLE

Professeur Bernard KABUTH

Docteur Jean-François AUBERTIN

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission
Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER

Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation)***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : ***(Réanimation)***

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LEVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; addictologie)***

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***

Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Docteur Damien MANDRY

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

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***

Docteur Antoine KIMMOUN

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***

Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***

Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***

Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***

Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIETNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître, Président et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,

Professeur Universitaire de Médecine Générale,

Qui a accepté de prendre la direction de ce travail,

Qui m’a accompagnée avec tant de disponibilité,

Veuillez trouver le témoignage de ma sincère gratitude.

A nos juges,

Monsieur le Professeur François PAILLE,

Professeur Universitaire, Professeur de thérapeutique, Professeur de Médecine Interne,

Qui nous fait l'honneur de siéger dans le jury de cette thèse,

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur de Pédopsychiatrie,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean-François AUBERTIN,

Médecin généraliste,

Qui êtes l'initiateur de ce projet,

Qui m'a fait découvrir d'autres facettes de la médecine générale,

Qui m'a tant transmis au cours de mon stage à ses côtés,

Soyez assuré de mes remerciements les plus sincères.

A Mickaël,

Qui est à mes côtés depuis la première année, et qui mérite de voir ce travail achevé autant que mois. Merci pour ton soutien, ton écoute et pour l'amour que tu me donnes chaque jour.

A mes parents, Alice et Frédéric,

Qui m'ont soutenue, épaulée et tant aimée tout au long de mon parcours. Je leur suis infiniment reconnaissante pour tout ce qu'ils m'ont apporté depuis si longtemps. Vous m'avez aidée, réconfortée

A mes soeurs, Julie, Axelle et Ariane,

Dont je suis si fière, tout simplement merci de faire partie de ma vie.

A ceux qui ne sont plus là,

Mais qui sont près de nous malgré tout,

Vous m'avez soutenue et j'espère vous rendre fiers.

A Patrizia Carrieri,

Qui m’a aidée à de nombreuses étapes de l’élaboration,

Je vous remercie pour votre disponibilité.

A Aurélie, Anne et Séverine,

Ma plus belle rencontre au cours de mes études,

Je vous remercie pour votre amitié indéfectible, votre présence dans les meilleurs et les pires moments, et surtout votre sens du pratique et de l’esthétique.

A mes amis les Plouks et les Illangeois,

Pour leur soutien jusqu’à ce jour tant attendu,

Il est temps de fêter ça maintenant

A Paul,

Qui m’a si patiemment attendue,

Je te remercie pour tout ce que tu me permets de réaliser aujourd’hui. Prendre ta succession est pour moi une grande source de bonheur.

A mes collègues, Christelle, Corinne, Manu et Fred,

Je vous remercie de me faire une place au sein du cabinet.

Tous ensemble, vous avez traversé ma vie et vous avez contribué à me faire devenir la personne que je suis aujourd’hui. Pour cela, je vous en remercie.

SERMENT

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

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

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

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

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

Liste des abréviations 19
I. Introduction 20
A. Contexte de notre travail 20
B. Définitions de la dépendance et de la toxicité 21
C. Le tabac 22
1. Santé publique 22
2. Dépendance 23
3. Toxicité 23
D. L'héroïne 23
1. Epidémiologie 24
2. Dépendance 24
3. Toxicité 24
E. les produits de substitution 25
1. Les substituts nicotiniques 25
2. Les traitements de substitution aux opiacés 25
F. Cadre législatif 27
1. Le tabac 27
2. L'héroïne 28
G. Intérêt de la médecine générale dans la prise en charge des addictions 28
H. Objectifs de l'étude 29
II. Matériel et méthode 30
A. Conception de l'étude 30
1. Type d'étude et période d'inclusion 30
2. Population étudiée 30
B. Recherche bibliographique 31
C. Procédures 31
D. Mesures 31
1. Description socio-démographique 32
2. Comportement vis-à-vis du tabac 32
a) Consommation de tabac et degré de dépendance 32
b) Tentatives de sevrage du tabac 32
c) Motivation au changement 33
d) Usage de la cigarette électronique 33
3. Traitement de la dépendance aux opiacés 33
4. Prise de traitements psychotropes 34
E. Analyse des données 34
III. Résultats 35
A. Description de la population 35
1. Données socio-démographiques 35
a) Sexe 35
b) Âge 35
c) Situation professionnelle 35
d) Niveau d'étude 36
2. Traitement de substitution aux opiacés 37
a) Buprénorphine 37
b) Méthadone 37

c) Suboxone® 37
B. Habitudes tabagiques 38
1. Prévalence 38
a) Tabagisme actuel 38
b) Sevrage tabagique réussi 39
c) Âge de début 39
d) Consommation 40
e) Environnement du patient 40
2. Niveau de dépendance 41
3. Arrêt du tabac 42
a) Désir d'arrêt du tabac 42
b) Arrêts tentés 42
c) Arrêts réussis 42
d) Nombre de sevrages significatifs 43
e) Moyens utilisés 44
4. Usage de la cigarette électronique 45
a) Modalités de l'usage 45
b) Raison du non-usage 45
5. Motivation à l'arrêt 46
C. Perception du tabac par rapport au traitement de substitution 46
1. Stratégie d'arrêt envisagée 46
2. Toxicité et dépendance 47
a) Du tabac 47
b) Du traitement de substitution 48
D. Consommation de médicaments psychotropes 48
1. Anxiolytiques 48
2. Antidépresseurs 49
3. Neuroleptiques 49
E. Analyses bi-variées 49
1. Consommation importante de tabac 49
2. Absence de sevrage significatif 51
3. Absence de motivation au sevrage tabagique 53
4. Désir d'arrêt du tabac avant le traitement de substitution 54
5. Perception du traitement de substitution aux opiacés comme toxique 54
IV. Discussion 56
A. Validité des résultats 56
1. Limites de l'étude 56
a) Le recrutement des patients 56
b) Le questionnaire 56
c) Absence de relecture 57
2. Représentativité de l'échantillon 57
B. Principaux résultats 60
1. L'imprégnation tabagique 60
a) Une prévalence élevée et stable 60
b) Un niveau de dépendance élevé 60
c) Une consommation importante 61
2. Entrée dans le tabagisme précoce comme facteur prédictif 62

C. Le sevrage tabagique 63
1. Une motivation présente 63
2. Des tentatives moins nombreuses 63
3. Les méthodes 64
a) Le recours modéré au médecin 64
b) Un usage limité des substituts nicotiniques 64
c) L'attrait de la cigarette électronique 65
D. Facteurs liés aux difficultés du sevrage tabagique 66
1. Niveau socio-économique bas 66
2. Comorbidités psychiatriques et consommation de médicaments psychotropes 66
E. Perception du tabac par rapport aux TSO 67
1. Le tabac : toxicité et dépendance comprises 67
2. Les TSO : perception en demi-teinte 67
3. Perspectives 68
V. Conclusion 69
Bibliographie 70
Annexes 75
Annexe 1 : questionnaire patient 75
Annexe 2 : questionnaire de l'enquête de Thomas Tarjus 79
Annexe 3 : Questionnaire de Fagerström à deux questions 88
Annexe 3 : Liste des figures 89
Annexe 4 : Listes des tableaux 90
Annexe 5 : Fiche de thèse 91
Résumé 93

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances

EROPP : Enquête sur les Représentations, Opinions et Perception sur les Psychotropes

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MESH : MEdical Subject Headings

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RECAP : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

A. Contexte de notre travail

La prise en charge de la dépendance aux opiacés apparaît comme une priorité chez les patients consultant en médecine générale comme en centre d'addictologie dès la première consultation. L'héroïne est perçue comme néfaste dès l'expérimentation pour 90% des français (1), avec des méfaits bien connus, tant sur le plan somatique, psychiatrique ou social (2).

Cependant, la mortalité liée au tabac est estimée à 78000 morts par an en France (3) selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, et c'est également la première cause de mortalité évitable dans le monde. La prise en charge du tabagisme est donc une réelle nécessité et un objectif de santé publique en France, pour la population générale et pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés.

Au cours de mes stages en addictologie, hospitalière ou ambulatoire, j'ai réalisé que la plupart des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) étaient également dépendants au tabac. En abordant le sujet du sevrage tabagique avec les patients, j'ai pu constater que le sujet était compris comme une nécessité, mais souvent un objectif remis à une date ultérieure, sans notion de l'urgence relative à la mortalité associée au tabagisme.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est d'étudier l'addiction au tabac chez les patients sous TSO. Les objectifs secondaires sont d'étudier les modalités des tentatives de sevrage tabagique, mais également de comprendre leur perception des différents produits : tabac et TSO.

B. Définitions de la dépendance et de la toxicité

La **dépendance** est définie selon les critères du DSM 5 par un usage inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

- Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit

- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets

- Craving ou une envie intense de consommer le produit

- Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison

- Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit

- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit

- Utilisation répétée du produit dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux

- L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, et/ou effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit

- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit) et/ou le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La **toxicité** est définie par la propriété d'une substance à nuire à un organisme après pénétration (4).

Une même substance peut provoquer à la fois dépendance et toxicité : c’est le cas du tabac ou de l’héroïne.

Les **traitements de substitution** permettent alors de limiter la toxicité des produits, pour pouvoir agir dans un second temps sur la dépendance.

Ainsi, pour le tabac, la nicotine est la substance addictogène, qui possède un effet éveillant, anxiolytique et coupe-faim (5).

Les substances toxiques du tabac sont dégagées par le phénomène de combustion, elles comprennent notamment du monoxyde de carbone et des goudrons.

Concernant l’héroïne, appartenant à la famille des opiacés, elle est directement addictogène avec un effet apaisant, euphorisant et une sensation d’extase.

Sa toxicité est liée au mode de consommation, notamment injectable avec un risque d’infection locale (abcès) et générale (contamination par le VIH, VHB, VHC). De plus, elle n’est jamais consommée pure mais avec d’autres substances (6) qui peuvent être, elles aussi, addictogènes et toxiques.

C. Le tabac

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier, dont les feuilles sont cueillies, séchées et fermentées, puis utilisées sous forme de cigarettes, cigares, pipe, tabac à rouler ou à mâcher.

1. Santé publique

Selon l’OMS, le tabac tue 5,1 millions de personnes dans le monde chaque année, soit 9% de la mortalité annuelle (7). En France, on compte 78000 décès attribuable au tabagisme en 2010.

Cette mortalité va s’accroître dans les années à venir en raison du décalage entre la consommation du tabac et l’apparition des pathologies.

Le tabac est responsable de 22% des décès masculins et 5% des décès féminins.

Il est responsable de 85% des décès par cancer du poumon, 70% des décès par maladie respiratoire chronique et 10% des décès par maladie cardiovasculaire.

2. Dépendance

La substance addictogène est la nicotine. C’est un alcaloïde puissant, auquel la dépendance est très forte. Elle apparaît dès les premières semaines d’exposition et pour une faible quantité de tabac (8).

La nicotine arrive au cerveau entre 9 et 19 secondes après avoir été inhalée.

Elle a des vertus psycho-actives, avec une stimulation du système nerveux central. Elle active les centres du plaisir et de la récompense.

3. Toxicité

La cigarette compte environ 2500 composés chimiques avant d’être allumée.

La fumée de tabac est un aérosol dont le mélange se forme entre 1000°C et 1500°C. Le nombre de substances passe alors à 4000 dont beaucoup sont toxiques, notamment les goudrons, les agents de saveur,des gaz toxiques (monoxyde de carbone, oxyde d’azote, acide cyanhydrique, ammoniac) et des métaux lourds (cadmium, plomb, chrome, mercure).

Parmi ces substances, D. Hoffmann et I. Hoffmann, dans une analyse publiée en novembre 2001 par le *National Cancer Institute* américain, en ont identifié 64 qui sont cancérigènes (9).

D. L’héroïne

L’héroïne appartient à la famille des opiacés avec la morphine, la codéine, l’opium, la méthadone et la buprénorphine bas et haut dosages.

Les opiacés sont fabriqués à base d’opium, lui-même issu de la culture du pavot.

L’héroïne telle qu’on la trouve à l’achat n’est jamais pure, elle est coupée avec de nombreux produits tels que la caféine le paracétamol, le mannitol, le talc, ou même d’autres produits stupéfiants comme la kétamine, la cocaïne ou l’amphétamine. On y retrouve également des médicaments : antidépresseurs, anxiolytiques, antalgiques et même anti-inflammatoires non stéroïdes (6).

L’héroïne est consommée de plusieurs manières : elle peut être injectée, sniffée par voie nasale, ou inhalée à chaud (vapeurs d’héroïne : mode de consommation appelé la chasse au dragon). Les effets se font ressentir en quelques secondes pour la forme injectable, à quelques minutes pour la forme sniffée (10).

Elle provoque une euphorie initiale, puis une sensation de calme, de stupeur rêveuse, d’apaisement, de diminution des sentiments d’angoisse et d’anxiété qui peut durer plusieurs heures.

1. Epidémiologie

On dénombre 1,3 million d’usagers problématiques d’opiacés en Europe, dont 250 000 français. Le coût social annuel individuel estimé des drogues illicites est de 29 000 euros. En Europe, chaque année 6 200 décès par surdose de drogue sont recensés. Ils représentent 3,4 % des décès chez les 15- 39 ans, parmi lesquels les opioïdes sont responsables de 66 % des surdoses mortelles. En France en 2013, les décès par surdose d’héroïne, de buprénorphine et de méthadone ont été respectivement de 57, 45 et 112 (11).

2. Dépendance

La substance addictogène est l’héroïne. C’est un alcaloïde puissant, auquel la dépendance est très puissante. Elle apparaît en quelques jours de consommation répétée, et parfois dès la première prise

3. Toxicité

La toxicité de l’héroïne, en dehors des overdoses, est essentiellement due aux produits de coupe, utilisés pour diluer le produit, ainsi qu’au mode de consommation.

Ainsi, l’administration par voie intraveineuse expose à un risque infectieux (abcès, pneumopathie, endocardite, infection par le VHB,VHC, VIH) avec le partage de seringue. Le

partage de paille (pour l'utilisation par voie nasale ou « sniff ») peut également participer à la transmission des VIH, VHB et VHC.

Les autres risques sont liés aux conduites à risque induites par la dépendance, ainsi que le surdosage.

En effet, la dépendance induite par l'héroïne amène à prendre des risques de plus en plus importants pour se procurer cette substance illicite tels que vols ou agressions. De plus, le trafic d'héroïne est passible de peines judiciaires.

Le surdosage, ou overdose, est caractérisé par une somnolence, voir un coma hyporéflexique, une dépression respiratoire, un oedème pulmonaire, une bradycardie vagale, des troubles du rythme, une hypothermie et peut conduire au décès.

E. les produits de substitution

1. Les substituts nicotiniques

Les substituts nicotiniques ont été développés dans les années 1980 par l'armée suédoise pour les sous-mariniers qui souffraient du manque de tabac en mission : c'est l'apparition des gommes à mâcher (12).

Les patchs ou dispositifs transdermiques sont apparus dans les années 1990. Ils diffusent sur 16h ou 24h de la nicotine à dose constante dans le sang par voie transdermique.

On trouve également sur le marché des formes orales : gommes à mâcher, inhaleur, comprimés à la nicotine à sucer ou à faire fondre sous la langue

2. Les traitements de substitution aux opiacés

- la méthadone :

Deux scientifiques allemands, Max Bockmühl et Gustav Ehrat synthétisent un précurseur de la méthadone, la péthidine en 1937 afin de soulager les douleurs de femmes enceintes pendant la grossesse. En 1938, deux de leurs collègues mettent au point la méthadone.

A la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, les Etats-Unis récupèrent les travaux des scientifiques allemands et les premières publications apparaissent de 1945 à 1948 et mettent en garde contre le risque de dépendance.

En 1964, les médecins américains Nyswander et Dole expérimentent la méthadone pour traiter la dépendance à l'héroïne : la méthadone devient alors le traitement de substitution le plus populaire au monde (13).

La méthadone a reçu l'AMM en 1995 comme traitement de substitution aux opiacés (14).

La primo-prescription de méthadone se fait en milieu hospitalier ou dans des centres spécialisés, son administration se fait par voie orale, en sirop ou en gélule.

En effet, la méthadone présente des concentrations thérapeutiques très proches de la dose toxique et qui peuvent conduire à des surdosages mortels, d'où l'étroite surveillance notamment à l'instauration.

La prescription peut être relayée par un médecin thésé et inscrit au conseil de l'Ordre. Elle se fait pour une durée maximale de 14 jours pour la forme en sirop et 28 jours pour la forme en gélule, sur des ordonnances sécurisées.

- la buprénorphine haut dosage

La buprénorphine a été mise au point dans les années 1970 et commercialisée sous la marque d'analgésique TEMGESIC®. Le dosage était alors de 0,2mg.

Un psychiatre belge, Marc REISINGER, a publié le premier article sur l'usage de la buprénorphine à haut dosage dans le traitement de la dépendance aux opiacés (15). La buprénorphine haut dosage (comprimés de 0,4mg, 2mg et 8mg) a reçu l'AMM en France en 1996 a été commercialisée sous le nom SUBUTEX®.

Sa primo-prescription et son renouvellement peuvent se faire en ambulatoire, par un médecin thésé et inscrit au Conseil de l'Ordre. La prescription se fait pour une durée maximale de 28 jours sur une ordonnance sécurisée.

L'administration se fait par voie sublinguale.

- l'association buprénorphine haut-dosage + naloxone

La buprénorphine haut dosage fait l'objet d'un marché noir, consommée en sniff ou en injection. Elle expose à des complications infectieuses telles que des abcès et des thromboses veineuses lorsqu'elle est injectée (16).

Une alternative à ce problème a voulu être résolu avec l'arrivée de l'association buprénorphine haut dosage + naloxone, commercialisée sous le nom SUBOXONE® (17).

Le naloxone provoque un syndrome de sevrage s'il est injecté. Cependant, selon la Revue Prescrire publiée en juin 2007, il n'existe aucune étude indiquant une amélioration du mésusage depuis.

Comme le SUBUTEX®, la primo-prescription et son renouvellement peuvent se faire en ambulatoire, par un médecin thésé et inscrit au Conseil de l'Ordre. La prescription se fait pour une durée maximale de 28 jours sur une ordonnance sécurisée.

L'administration se fait par voie sublinguale.

F. Cadre législatif

1. Le tabac

Le tabac est une substance addictogène licite. Cependant, depuis la découverte des effets cancérigènes du tabac dans les années 1950, l'Etat Français a mis en place des mesures législatives et réglementaires contraignantes (18).

La loi Veil du 9 juillet 1976, première loi visant à lutter contre le tabagisme, limite la publicité, interdit de fumer dans certains espaces publics à usage collectifs, et oblige à la première modification des paquets avec l'affiche « abus dangereux ».

La deuxième grande loi est la loi Evin du 10 janvier 1991 qui renforce la loi Veil : elle favorise l'augmentation du prix du tabac, interdit la distribution gratuite, la publicité directe ou indirecte, et la vente aux moins de 18 ans.

En 1995 est apparue l'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes la teneur en nicotine, goudrons, et monoxyde de carbone inhalés, puis des avertissements sanitaires généraux et spécifiques, dans un cadre noir et blanc.

Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin avec une interdiction de fumer dans tous les espaces publics, les établissements de santé, les transports en commun et les établissements accueillant des mineurs

Les établissements d'hôtellerie et de restauration ont dû se conformer à ce décret au 1er janvier 2008.

En 2011, des photos dissuasives sont venues compléter l'information fournie sur les paquets.

En 2017, les paquets sont devenus neutres et normalisés.

2. L'héroïne

L'héroïne est une substance illicite, appartenant à la catégorie des stupéfiants, dont l'usage et le trafic sont passibles de peine allant de l'amende à une peine d'emprisonnement.

L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende (19). Cet usage peut être privé ou public. La peine encourue peut inclure une injonction thérapeutique, des travaux d'intérêt général, une amende, le suivi d'un stage de sensibilisation, etc.

Le trafic de stupéfiants comprend l'ensemble des étapes qui contribuent à la commercialisation de drogue, de la production à la vente, comprenant également le transport et la détention.

La peine encourue peut aller jusqu'à 7500000€ d'amende et 30 ans d'emprisonnement pour le trafic en bande organisée (20). De plus, les condamnés sont exclus de nombreuses professions, notamment la fonction publique, la banque et l'édition de livres pour la jeunesse (21).

G. Intérêt de la médecine générale dans la prise en charge des addictions

L'accompagnement des patients dépendants aux opiacés se fait à 90% en médecine de ville (22).

Les patients sont vus par leur médecin traitant de manière mensuelle ou bimensuelle pour le renouvellement de leur traitement de substitution aux opiacés. En effet, la prescription de méthadone en sirop est limitée à 14 jours, et la prescription de méthadone en gélule ou de buprénorphine se fait pour une durée de 7 à 28 jours. Cette fréquence des consultations permet d'instaurer un climat de confiance et de connaissance du patient. Le lien établi permet alors d'aborder le sujet de la réduction des risques en matière de substances toxiques, notamment de l'arrêt du tabac au moment voulu.

H. Objectifs de l’étude

L’objectif principal est de décrire les caractéristiques de l’addiction au tabac chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés : prévalence, dépendance et motivation au sevrage tabagique.

L’objectif secondaire est de décrire les différentes tentatives de sevrage tabagique chez ces patients : nombre, moyens mis en oeuvre, taux de réussite. La compréhension des notions de dépendance et de toxicité pour les TSO et le tabac permettra d’adapter le message de promotion d’arrêt du tabac chez ces patients suivis en médecine ambulatoire.

II. Matériel et méthode

A. Conception de l'étude

1. Type d'étude et période d'inclusion

Il s'agit une étude épidémiologique, prospective, multicentrique, quantitative, transversale, de cohorte, en cabinet ambulatoire.

Les patients étant revus par leur médecin tous les 28 jours au maximum pour le renouvellement de leur TSO, l'étude a porté sur une durée de 28 jours, du 17 juillet 2017 au 13 aout 2017.

2. Population étudiée

La population étudiée rassemble 300 patients suivis pour leur traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Buprénorphine haut dosage et association Buprénorphine-Naloxone) par des médecins généralistes en Lorraine.

Les 300 patients sont recrutés par 30 médecins généralistes en Lorraine impliqués dans la prise en charge de la dépendance et connus pour suivre des patients sous traitement de substitution aux opiacés.

Une première recherche bibliographique nous a permis de découvrir la thèse de médecine générale de Thomas Tarjus en 2012, dont le titre est : « la dépendance au tabac chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés ». La population étudiée dans cette thèse est celle de patients suivis en CSAPA pour leur TSO. Elle comporte 290 patients. Nous nous sommes basés son travail pour élaborer notre questionnaire.

Le nombre de 300 patients a été fixé pour permettre la comparaison avec la population étudiée dans la thèse de Thomas Tarjus.

Les médecins investigateurs ont proposé le questionnaire aux 10 premiers patients vus en consultation entrant dans les critères d'inclusion (tout patient volontaire ayant une dépendance selon les critères du DSM 5 et suivis en ambulatoire pour une prescription de TSO) et n'ayant aucun critère d'exclusion (patients mineurs ou incapables de répondre au questionnaire).

B. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique préliminaire a été menée grâce au moteur de recherche PubMed dans la base de données en ligne Medline de la National Health Library. Les mots clés et termes MESH utilisés étaient : « nicotine », « smoking », « opioid dependance », « buprenorphine » et « methadone ».

Une deuxième recherche a été réalisée sur Google Scholar avec les mots clés « tabac », « dépendance », « substitution aux opiacés », « méthadone » et « buprénorphine ».

C. Procédures

Le questionnaire [*Annexe 1*] est proposé par le médecin prescripteur de TSO au cours de la consultation. Les patients le remplissent et le remettent à leur médecin. Le consentement du patient est recueilli oralement. Les patients sont informés par écrit de l'anonymat de leurs réponses et de leur droit de retrait ou de rectification des informations fournies, sans aucune modification de leur prise en charge par le médecin qui les suit.

D. Mesures

Le questionnaire vise à déterminer le profil socio-démographique des patients, le comportement tabagique, et la perception du tabac et des TSO.

Pour élaborer le questionnaire, la base prise a été le questionnaire donné aux patients pour la thèse de Thomas Tarjus [*Annexe 2*]. Ce questionnaire comportant 8 pages, il a dû être raccourci pour s'adapter aux contraintes liées à la consultation en médecine ambulatoire. Les questions sur la consommation d'alcool et autres substances illicites ont été retirées.

Une question a été rajoutée sur la perception du tabac et des traitements de substitution aux opiacés (« pensez-vous qu'il soit toxique ? / rende dépendant ? »).

1. Description socio-démographique

L'âge, le sexe, la situation professionnelle ainsi que le niveau d'études ont été recueillis selon les catégories utilisées par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Afin d'évaluer l'environnement du patient, nous nous sommes intéressés à son environnement : tabagisme passif (« vivez-vous avez d'autres fumeurs ? » et « fumez-vous à l'intérieur de votre logement ? ») .

2. Comportement vis-à-vis du tabac

a) Consommation de tabac et degré de dépendance

La question du tabagisme ancien ou actuel a été posée avec les questions « fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ? » et fumez-vous tous les jours ? »

Nous avons ensuite exploré le champ du tabagisme avec l'intensité de la consommation : « combien de cigarettes fumez-vous par jour ? ».

Le degré de dépendance au tabac a été ensuite quantifié par un questionnaire de Fagerström à deux questions [*annexe 3*]. Le score total est compris entre 0 et 6. Son interprétation est la suivante :

- 0 ou 1 : peu ou pas de dépendance
- 2 ou 3 : dépendance moyenne
- 4, 5 ou 6 : dépendance forte.

b) Tentatives de sevrage du tabac

Les tentatives de sevrage tabagique ont été évaluées par les questions « combien de fois avez-vous arrêté de fumer plus de 7 jours d'affilée ? » et « avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? ».

Les méthodes employées ont été explorées avec les modalités suivantes : substituts nicotiniques, ZYBAN®, CHAMPIX®, volonté seule, cigarette électronique ou autre méthode à préciser.

c) Motivation au changement

La motivation au changement a été explorée avec la question : « avez-vous envie d'arrêter de fumer ? ». La question ouverte : « pourquoi voudriez-vous arrêter de fumer ? » a permis d'explorer les raisons de cette motivation.

La motivation à l'arrêt du tabac par rapport au TSO a été évaluée avec la question « lequel voudriez-vous arrêter en premier : le tabac ? le traitement de substitution aux opiacés ? ou les deux en même temps ? »

d) Usage de la cigarette électronique

La cigarette électronique, pouvant être utilisée pour le sevrage tabagique, a fait l'objet de deux questions pour comprendre son utilisation ou son non-usage.

Concernant les usagers, les questions ont permis de connaître les modalités de l'utilisation de celle-ci avec les items : « avez-vous utilisé de manière concomitante le tabac et la cigarette électronique ? », « avez-vous utilisé du liquide avec de la nicotine ? », « l'utilisez-vous davantage que le tabac ? », « votre consommation de tabac a-t'elle diminué depuis son usage ? » et « pensez-vous qu'elle soit moins nocive que le tabac ? ».

Concernant les non-usagers, l'objectif des questions est de connaître les raisons de ce non-usage avec les items : « je n'aime pas le parfum », « je n'arrive pas à ressentir les même effets qu'avec la cigarette », « elle est coûteuse » et « je pense qu'elle est aussi ou plus nocive que la cigarette ».

3. Traitement de la dépendance aux opiacés

La question a été posée du type de traitement de substitution utilisé, de la posologie prise actuellement et de l'âge de début de prise. La durée du traitement peut en être déduite.

4. Prise de traitements psychotropes

La prise d'un traitement psychotrope a été demandée, séparée entre 3 items : anxiolytiques, antidépresseurs et neuroleptiques.

E. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel STATPLUS.

Les médianes, moyennes, taux de prévalence, écarts-type et analyses bi-variées ont été calculées avec ce même logiciel.

Les analyses bi-variées ont été faites avec un test exact de Fisher, qui est une alternative plus adaptée au test du Chi-deux lorsque les échantillons sont petits.

III. Résultats

Sur les 300 questionnaires recueillis, 123 ont été renvoyés.

A. Description de la population

1. Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques sont résumées dans le tableau 1.

a) Sexe

Un patient n'a pas répondu à la question. Parmi les 122 autres patients, il y a 74% d'hommes (90 patients) et 26% de femmes (32 patientes).

b) Âge

L'âge moyen des patients est de 37,7 ans, le plus jeune patient a 22 ans, et le plus âgé a 57 ans.
La médiane est de 38 ans.

c) Situation professionnelle

Les 123 patients ont répondu à cette question.
Au moment de la réponse au questionnaire, 50% étaient des travailleurs actifs (61 patients), 41% des patients étaient au chômage ou bénéficiaires du RSA (51 patients), 7% étaient en invalidité ou bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), soit 9 patients, et 2% étaient en formation (2 patients).

d) Niveau d’étude

Trois patients n’ont pas répondu à la question du niveau d’étude.

Sur les 120 patients ayant apporté une réponse, 53% étaient titulaires d’un BEP ou d’un CAP (63 patients), 15% n’avaient aucun diplôme (18 patients), 13% étaient détenteurs du baccalauréat (16 patients), 9% s’étaient arrêtés au brevet des collèges (11 patients), 7% avaient poursuivi les études 2 ans après le baccalauréat (8 patients) et 3% suivi des études plus de 2 ans après le baccalauréat (4 patients).

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de la population

		Total	**Hommes : n=90 (74%)**	**Femmes n=32 (26%)**
Activité professionnelle	**Travailleur actif**	61 (50%)	48 (39%)	13 (11%)
	En formation ou étudiant	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)
	Chômage ou RSA	51 (41%)	36 (29%)	15 (12%)
	Invalidité ou AAH	9 (7%)	8 (6%)	1 (1%)
	Total	123 (100%)	93 (76%)	30 (24%)
Niveau d'étude	**Sans diplôme**	18 (15%)	14 (12%)	4 (3%)
	Brevet des collèges	11 (9%)	7 (6%)	4 (3%)
	BEP ou CAP	63 (53%)	50 (41%)	13 (12%)
	Baccalauréat	16 (13%)	9 (7%)	7 (6%)
	Bac + 2	8 (7%)	5 (4%)	3 (3%)
	Au-delà de bac + 2	4 (3%)	3 (2%)	1 (1%)
	Total	120 (100%)	88 (73%)	32 (27%)

2. Traitement de substitution aux opiacés

Trois patients n'ont pas répondu à la question.

La distribution des traitements de substitution pour les 120 patients ayant apporté une réponse est représentée dans la figure ci-dessous [*figure 1*].

L'âge moyen de début du TSO était de 29,2 ans, l'âge minimal de début à 14 ans et l'âge maximal à 52 ans. La médiane d'âge de début est à 28 ans.

a) Buprénorphine

Le traitement de substitution majoritairement utilisé était la buprénorphine.

Au total, 55% des patients (66 patients) bénéficient d'un traitement par buprénorphine. Il y a respectivement 34 patients sous Subutex® et 32 patients sous buprénorphine en générique.

La posologie moyenne est de 7,4mg par jour.

L'âge moyen de début est de 29 ans. La durée moyenne de traitement par buprénorphine est de 9,8 ans.

b) Méthadone

Parmi les patients ayant répondu à la question, 39% sont sous méthadone (46 patients), dont 22% sous forme de sirop (26 patients) et 17% sous forme de gélule (20 patients).

La posologie moyenne est de 56mg par jour.

L'âge moyen de début est de 29 ans.La durée moyenne de traitement par méthadone est de 7,8 ans.

c) Suboxone®

Il y a 8 patients sous Suboxone®, soit 7% des patients.

La posologie moyenne est de 8mg par jour.

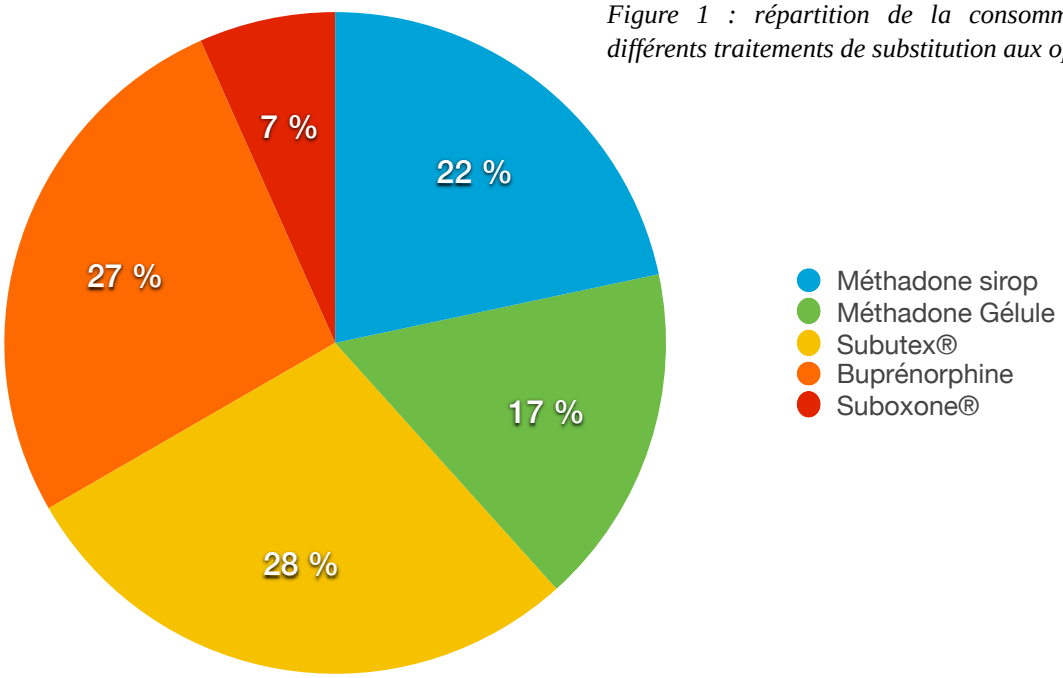


Figure 1 : répartition de la consommation des différents traitements de substitution aux opiacés

B. Habitudes tabagiques

1. Prévalence

a) Tabagisme actuel

La prévalence du tabagisme actuel est de 91,1%. Cent-douze patients ont répondu « OUI » à la question « fumez-vous tous les jours? ».

Parmi les 12 patients ayant déclaré ne pas fumer tous les jours, 3 déclarent ne jamais avoir fumé, soit 2,4%.
La prévalence du tabagisme ancien ou actuel est de 97,6%, soit 120 patients.

b) Sevrage tabagique réussi

Huit patients déclarent avoir arrêté de fumer au moment du questionnaire, soir 6,7% des patients.

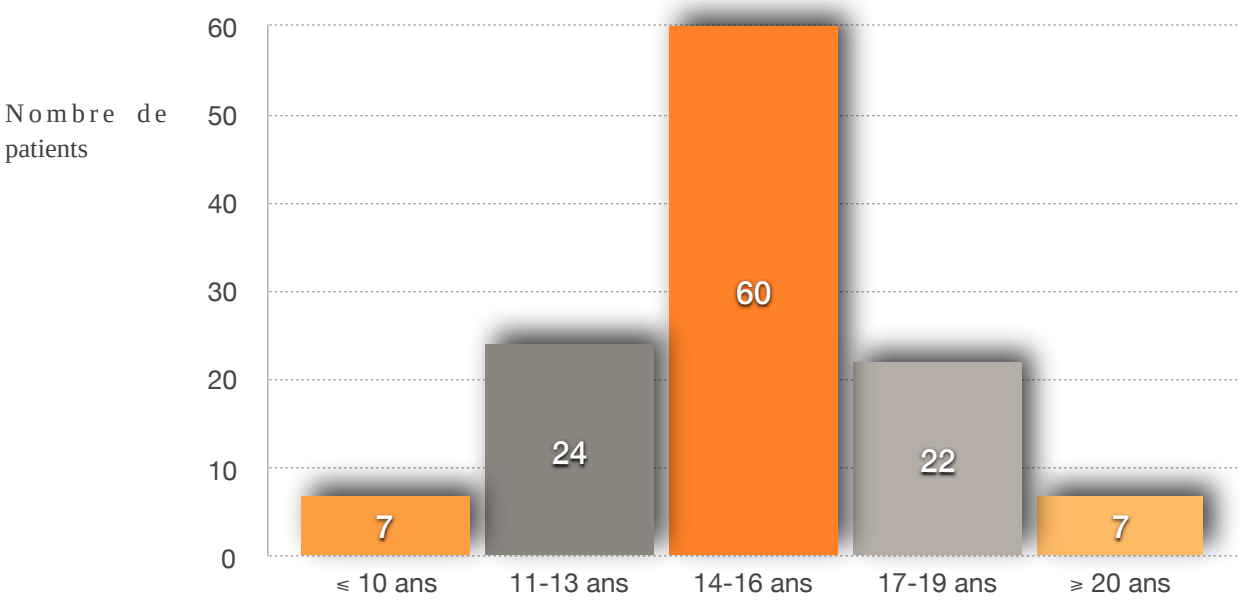
c) Âge de début

L'âge moyen de la première cigarette est de 15 ans, avec un âge minimal à 8 ans et un âge maximal de la première cigarette à 28 ans. La médiane est à 15 ans. Soixante patients ont fumé leur première cigarette entre 14 et 16 ans (50% des patients ayant fumé). Sept patients ont fumé leur première cigarette avant 10 ans et autant après 20 ans.

L'âge moyen d'entrée dans le tabagisme est de 16,7 ans, avec une médiane à 16 ans.

Quatorze patients (14%) ont débuté le tabagisme quotidien avant 14 ans, 55 (47%) entre 14 et 16 ans et 46 patients (39%) à 17 ans ou plus.

Figure 2 : âge moyen de la première cigarette



d) Consommation

Le nombre moyen de cigarettes consommées est de 17 par jour. Le minimum est de 2 cigarettes et le maximum est de 60 cigarettes par jour. La médiane est de 15 cigarettes par jour.

e) Environnement du patient

Parmi les 112 fumeurs actifs, 90 déclarent fumer à l'intérieur de leur domicile, soit 80,4% des patients.

Soixante-treize patients déclarent habiter avec d'autres fumeurs. Parmi les 11 patients ne fumant pas, aucun ne vit avec un fumeur. Le tabagisme passif est uniquement l'objet des fumeurs actifs : 65% des fumeurs actifs subissent également un tabagisme passif.

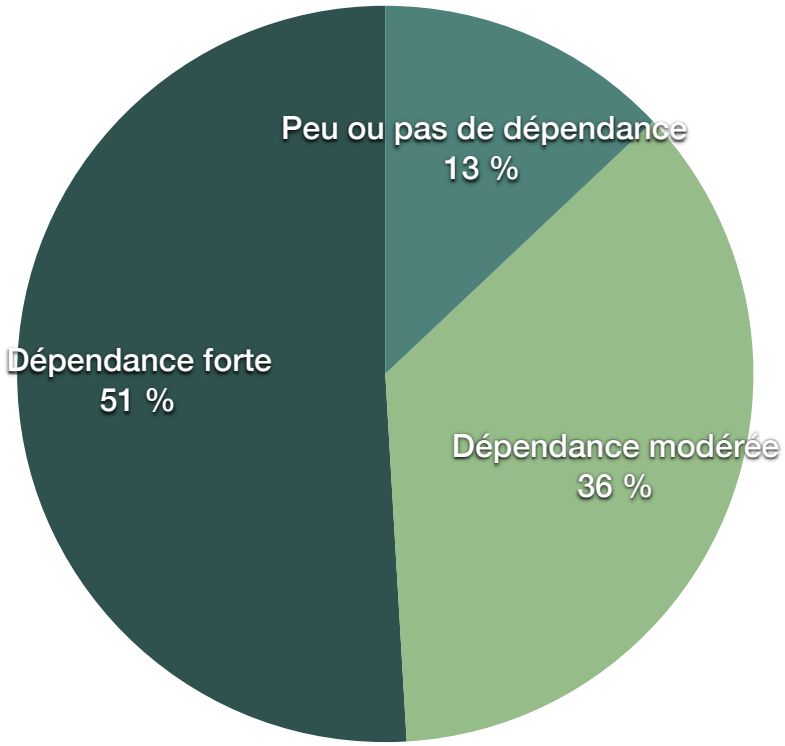
2. Niveau de dépendance

Le niveau de dépendance est évalué par un questionnaire de Fagerström à deux questions, les résultats se classant en 3 catégories : peu ou pas de dépendance, dépendance moyenne et dépendance forte.

Parmi les fumeurs actuels, quatre patients n'ont pas répondu à la question.

Sur les 108 patients fumant actuellement et ayant apporté une réponse, 51% avaient une dépendance forte (55 patients), 36% avaient une dépendance moyenne (39 patients) et 13% n'avaient pas ou peu de dépendance au tabac (14 patients).

Figure 3 : répartition des niveaux de dépendance au tabac



3. Arrêt du tabac

a) Désir d’arrêt du tabac

Cent-seize patients ont répondu à la question sur le désir de l’arrêt du tabac. Parmi eux, 53,4% ont répondu avoir envie d’arrêter de fumer (62 patients) et 46,6% n’en expriment pas le désir (54 patients).

b) Arrêts tentés

Cinquante quatre patients, soit 45% des patients fumant ou ayant fumé, déclarent avoir déjà essayé d’arrêter de fumer.

c) Arrêts réussis

Huit patients déclarent avoir arrêté de fumer, soit 6,7% des 120 patients ayant fumé.

d) Nombre de sevrages significatifs

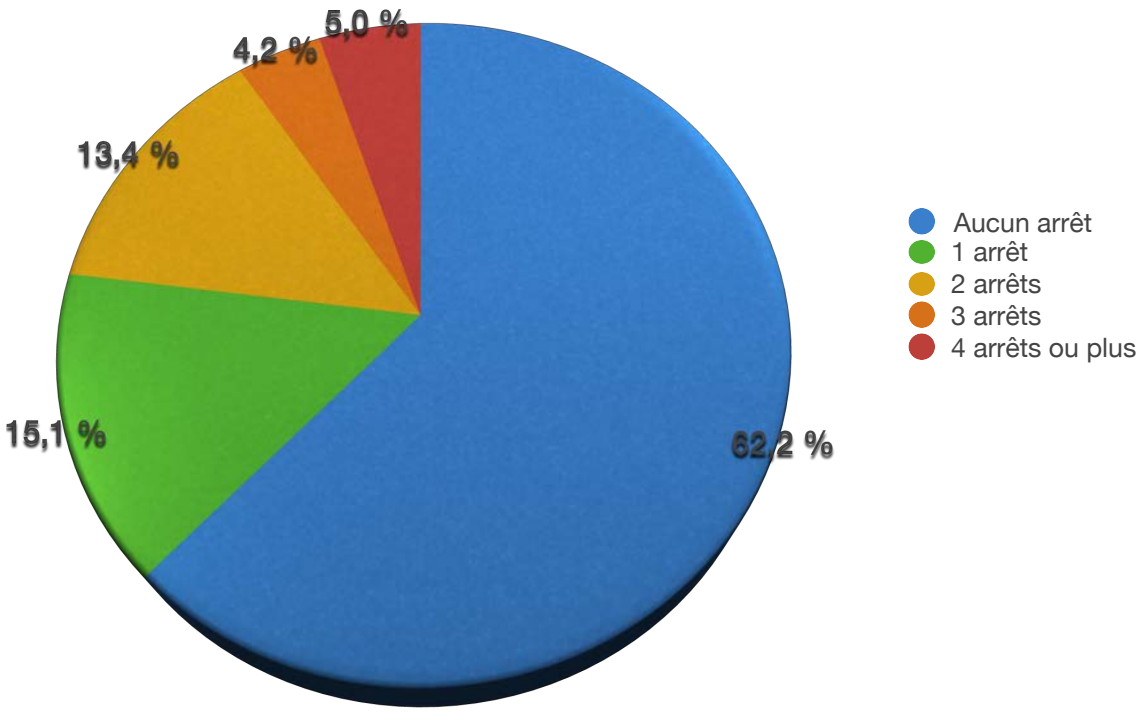
Un patient n'a pas répondu à la question : « combien de fois avez-vous arrêté de fumer plus de 7 jours d'affilée ? ». Parmi les 119 patients ayant fumé et ayant répondu à la question, 74 n'ont jamais arrêté de fumer, soit 62,2% des patients.

Le nombre moyen d'arrêt est de 0,83 arrêt.

Dix-huit patients ont arrêté une fois (15,1%), 16 patients ont réussi à arrêter de fumer deux fois (13,4%), 5 patients ont fait 3 arrêts (4,2%) et 6 patients ont arrêté 4 fois ou plus (5,0%).

Le nombre maximal d'arrêts est de 10.

Figure 4 : répartition du nombre d'arrêts supérieurs à 7 jours déjà réalisés par les patients



e) Moyens utilisés

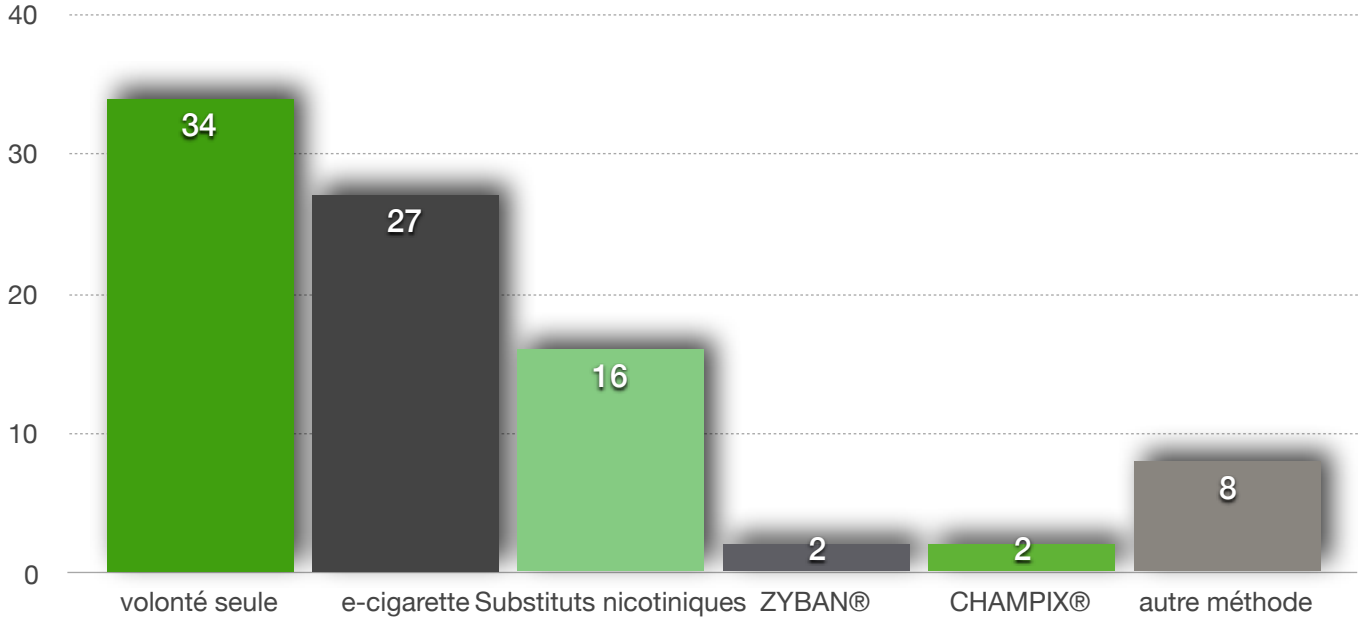
Parmi les 120 patients ayant fumé, 7 n'ont pas répondu à la question.

Parmi les 113 patients ayant répondu, 54 ont déjà essayé d'arrêter de fumer (47,8%) et 59 n'ont jamais fait aucune tentative (52,2%).

Les méthodes de sevrage tabagique ont été :

- la volonté seule, utilisée par 34 patients (63,0%),
- la cigarette électronique, utilisée par 27 patients (50,0%),
- les substituts nicotiniques, utilisés par 16 patients (29,6%),
- le Champix® pour 2 patients, soit 3,7%
- le Zyban® pour 2 patients, soit 3,7%
- une autre méthode pour 8 patients (14,8%). Les méthodes évoquées ont été l'hypnose pour deux patients. Les autres méthodes n'ont pas été précisées.

Figure 5 : Méthode de sevrage tabagique



4. Usage de la cigarette électronique

La cigarette électronique a été utilisée en vue d'un sevrage tabagique pour 27 patients. Mais 93 patients déclarent en avoir fait l'usage, soit 75,6% de l'ensemble des patients.

a) Modalités de l'usage

Parmi les 93 patients déclarant en avoir fait l'usage, 36 patients déclarent l'avoir utilisée de manière concomitante au tabac (38,7%).

Cet usage a permis de diminuer la consommation de tabac pour 21 patients (22,6%).

La cigarette électronique a même été davantage utilisée que le tabac pour 16 patients (17,2%).

Le produit contenu dans la e-cigarette comportait de la nicotine pour 47 patients (50,1%).

La cigarette électronique est perçue comme moins nocive que le tabac pour 33 patients (35,5%).

b) Raison du non-usage

Quatre-vingt-six patients déclarent n'en avoir pas ou plus fait l'usage.

Parmi eux, 18 patients (20,9%) invoquent la raison d'un goût non apprécié.

L'effet différent de celui de la cigarette est une cause de non-usage pour 32 patients (37,2%).

Le coût de la cigarette électronique est un motif d'arrêt ou de non-usage pour 11 patients (12,8%).

La cigarette électronique est perçue comme plus nocive que le tabac pour 29 patients (33,7%).

Au total, la cigarette électronique est perçue comme plus nocive que le tabac pour 26,8% de l'ensemble de la population étudiée, et moins nocive pour 23,6%.

5. Motivation à l'arrêt

Cinquante-deux patients ont expliqué les raisons qui les motiveraient à arrêter de fumer.

La santé est la première raison du désir de sevrage tabagique avec 47 patients (90,3%).

La deuxième raison est le coût engendré par l'achat du tabac pour 25 patients (48,1%).

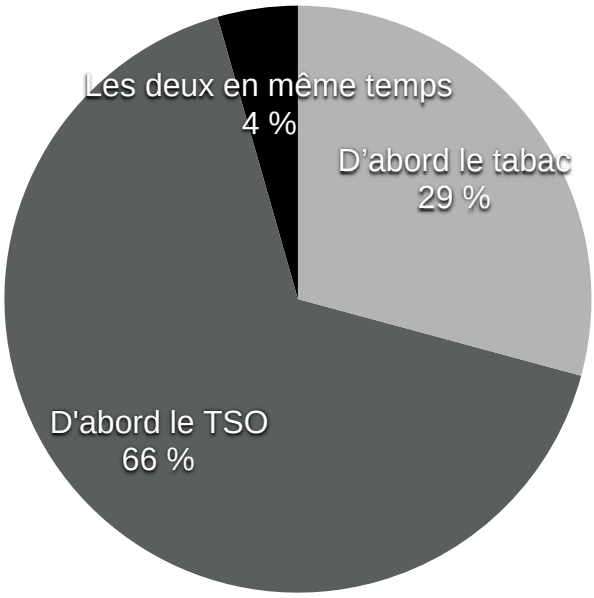
Les autres raisons invoquées sont l'amélioration des capacités sportives pour 3 patients (5,8%), pour leurs proches pour 2 patients (3,8%), pour diminuer le stress pour 1 patient (1,9%), pour l'image renvoyée par les fumeurs pour 1 patient (1,9%) et par rapport à l'interdiction de fumer dans les lieux publics pour 1 patient (1,9%).

C. Perception du tabac par rapport au traitement de substitution

1. Stratégie d'arrêt envisagée

Parmi les 113 patients ayant répondu à la question, 75 patients désireraient arrêter le traitement de substitution en premier (66%). Trente-trois patients préfèreraient arrêter le tabac en premier (29%) et 5 patients (4%) souhaiteraient arrêter les deux en même temps.

Figure 6 : Qu'arrêteriez-vous en premier ?



2. Toxicité et dépendance

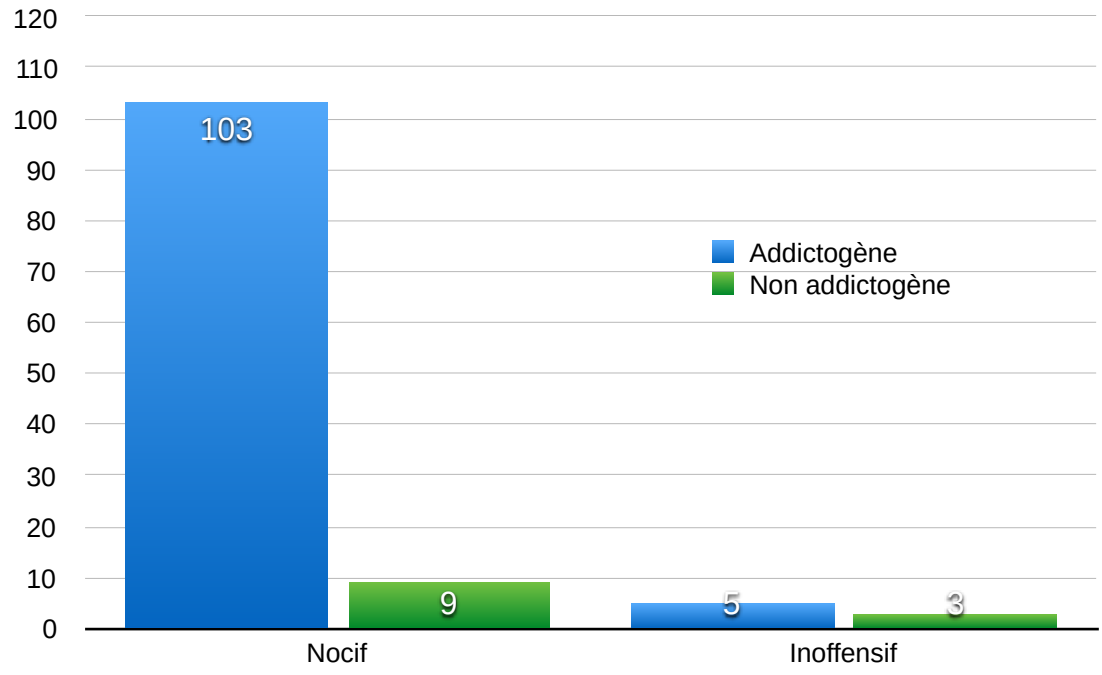
Trois personnes n'ont pas répondu aux questions sur la toxicité et le potentiel addictogène du tabac et des TSO.

a) Du tabac

Parmi les 120 patients ayant répondu, 112 patients (93,3%) perçoivent le tabac comme nocif et 108 patients (90,0%) considèrent qu'il rend dépendant.

Sur les 112 patients percevant le tabac comme nocif, 103 (92,0%) le considèrent comme addictogène.

Figure 7 : Perception du tabac

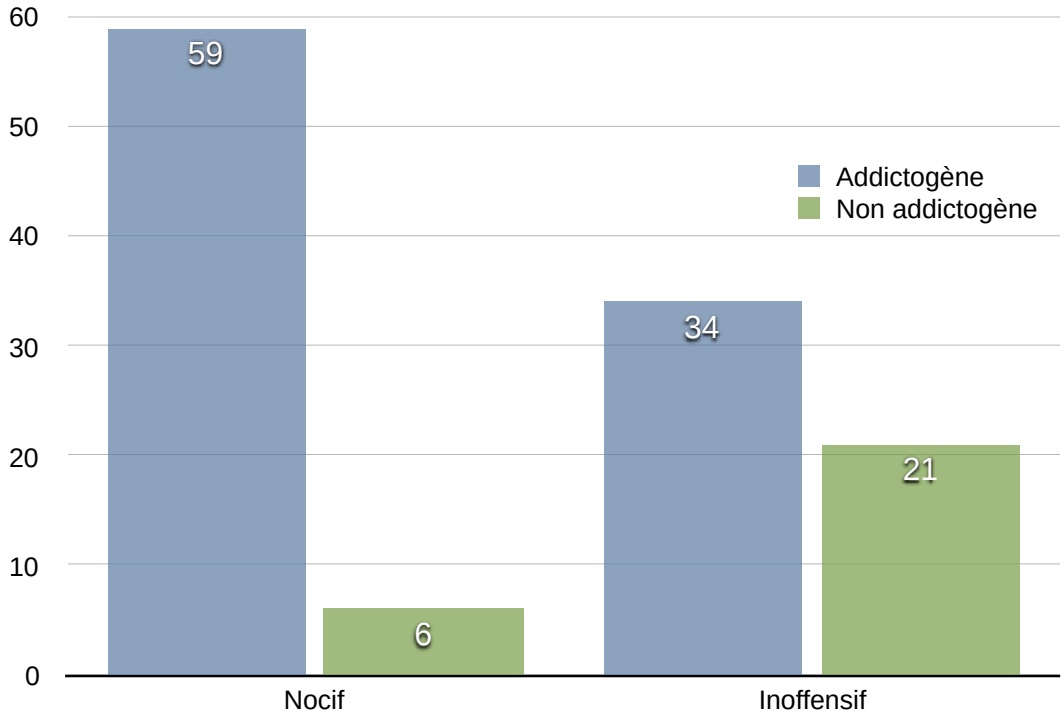


b) Du traitement de substitution

Parmi les 120 patients ayant répondu, 65 patients (54,2%) estiment que le TSO est nocif et 93 (77,5%) pensent que le TSO rend dépendant.

Sur les 93 patients considérant le TSO comme addictogène, 59 d'entre eux (63,4%) le pensent nocif.

Figure 8 : Perception du TSO



D. Consommation de médicaments psychotropes

1. Anxiolytiques

Parmi les 123 personnes interrogées, 38 patients (30,9%) déclarent prendre ou avoir pris des anxiolytiques au cours de leur vie. La durée minimale de traitement est de 6 mois et la durée maximale est de 20 ans. La moyenne est de 6,5 ans de traitement.

2. Antidépresseurs

Douze patients (9,8%) déclarent prendre ou avoir pris des antidépresseurs au cours de leur vie. La durée minimale de traitement est de 10 mois et la durée maximale est de 20 ans. La moyenne est de 8,3 ans.

3. Neuroleptiques

Neuf patients (7,3%) déclarent prendre ou avoir pris des neuroleptiques au cours de leur vie. La durée minimale de traitement est de 2 mois et la durée maximale est de 15 ans. La moyenne est de 7,1 ans.

E. Analyses bi-variées

1. Consommation importante de tabac

Ces facteurs influant sur une consommation de cigarettes supérieure à 20 cigarettes par jour ont été testés :

- un niveau de dépendance élevé au mini-Fagerström,
- une entrée dans le tabagisme avant 14 ans,
- une entrée dans le tabagisme après 18 ans,
- le tabagisme à l'intérieur du domicile,
- le sexe,
- l'inactivité et l'activité professionnelles,
- l'absence de sevrage effectif jamais réalisé,
- l'absence de tentative de sevrage jamais réalisée,
- l'absence de motivation au sevrage tabagique,
- la co-consommation de médicament psychotrope.

Les facteurs ayant une influence significative sur une consommation élevée de tabac sont :

- un niveau de dépendance élevée (p<0,001),
- le tabagisme au domicile (p=0,008),
- l'absence de sevrage effectif jamais réalisé (p=0,029),
- l'absence de tentative jamais réalisée (p=0,010).

Tableau 2 : facteurs influant sur une consommation importante de cigarettes

Variable	OR	Intervalle de confiance 95% OR	*p*
Dépendance élevée	20,00	[7,43-60,40]	<0,001
Tabagisme au domicile	3,27	[1,33,8,02]	0,008
Absence de sevrage	2,31	[1,01-5,48]	0,038
Absence de tentative de sevrage	0,40	[0,17-0,89]	0,017

Ainsi, un tabagisme important a un lien direct avec un niveau élevé de dépendance, la question du niveau de consommation de cigarettes entrant dans la réalisation du questionnaire de Fagerström.

Le tabagisme au domicile et l'absence de sevrage jamais réalisé favorisent une consommation importante de cigarettes.

2. Absence de sevrage significatif

Ces facteurs pouvant avoir un impact sur l'absence de sevrage jamais réalisé ont été testés :

- l'absence ou la présence de motivation au sevrage,
- la perception du tabac comme non toxique,
- la présence d'autres fumeurs au domicile,
- la consommation de tabac à l'intérieur du domicile,
- une consommation de cigarettes supérieure à 20 cigarettes par jour,
- un niveau de dépendance élevé selon le mini-Fagerström,
- l'absence de tentative de sevrage,
- la co-consommation de médicament psychotrope,
- un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat,
- l'absence d'activité professionnelle.

Les facteurs ayant un lien statistique avec l'absence de sevrage significatif sont :

- l'absence de motivation au sevrage tabagique ($p<0,001$),
- la motivation au sevrage tabagique ($p=0,003$),
- l'absence de tentative de sevrage jamais réalisé ($p=0,005$),
- la présence d'autres fumeurs à domicile ($p=0,013$),
- le tabagisme à l'intérieur du domicile ($p=0,019$),
- 0une consommation importante de cigarettes ($p=0,038$).

Tableau 3 : facteurs ayant un lien avec l'absence de sevrage significatif jamais réalisé

Variable	OR	Intervalle de confiance 95% OR	*p*
Motivation	0,30	[0,13-0,69]	0,003
Absence de motivation	6,54	[2,57-18,49]	<0,001
Absence de tentative de sevrage	2,87	[1,37-6,01]	0,005
Autres fumeurs à domicile	2,63	[1,16-6,05]	0,013
Tabagisme au domicile	2,77	[1,13-6,99]	0,019
> 20 cigarettes par jour	2,31	[1,01-5,48]	0,038

Ainsi, il y a un très fort lien entre l'absence de motivation au sevrage tabagique et l'absence de sevrage significatif jamais réalisé.

Une consommation de tabac importante, la présence d'autres fumeurs au domicile et la consommation de tabac à l'intérieur limitent les sevrages du tabac.

3. Absence de motivation au sevrage tabagique

Les variables pouvant avoir une influence sur l'absence de motivation au sevrage tabagique testés sont :

- l'absence de sevrage effectif,
- la perception du tabac comme non nocif,
- la présence d'autres fumeurs au domicile,
- le tabagisme à l'intérieur du domicile,
- une consommation importante de cigarettes (>20 cigarettes par jour),
- une dépendance forte au mini-Fagerström,
- l'inactivité professionnelle,
- un niveau éducatif inférieur au baccalauréat (CAP ou moins),
- l'absence de tentative de sevrage jamais réalisée.

Les paramètres influant sur l'absence de motivation de manière significative sont :

- l'absence de sevrage significatif jamais réalisé (p<0,001),
- la présence d'autres fumeurs au domicile (p=0,016),
- l'absence de tentative jamais réalisée ($p<0,001$).

Tableau 4 : facteurs influant sur l'absence de motivation au sevrage tabagique

Variable	OR	Intervalle de confiance 95% OR	*p*
Absence de sevrage	6,54	[2,57-18,49]	<0,001
Autres fumeurs au domicile	2,65	[1,178-6,190]	0,016
Absence de tentative de sevrage	5,12	[2,24-12,24]	<0,001

Ainsi, il y a une corrélation forte entre la motivation au sevrage tabagique, l'absence de sevrage effectif et l'absence même de tentative de sevrage.

Les autres fumeurs au domicile limiteraient la motivation à l'arrêt.

4. Désir d'arrêt du tabac avant le traitement de substitution

Les variables testées pour connaître leur influence sur le désir de sevrage tabagique avant celui du TSO sont :

- un niveau de dépendance au tabac élevé,
- la perception du tabac comme toxique,
- la perception du TSO comme inoffensif,
- la motivation à l'arrêt du tabac,
- un nombre de sevrage tabagique supérieur ou égal à 1,
- l'absence de sevrage jamais effectué,
- la présence d'autres fumeurs au domicile,
- le tabagisme à l'intérieur du domicile.

Le seul paramètre ayant un lien statistique significatif est le tabagisme à l'intérieur du domicile (OR = 0,37, IC 95% [,014-0,94], *p*=0,022).

5. Perception du traitement de substitution aux opiacés comme toxique

La perception du TSO comme une substance toxique par les patients peut être liée à différentes variables qui sont testées :

- l'arrêt du traitement de substitution en premier par rapport au tabac,
- l'arret du tabac en premier par rapport au TSO,

- un niveau d'éducation supérieur ou égal au baccalauréat,
- une consommation de cigarettes importante (>20/j),
- une dépendance au tabac élevée,
- l'inactivité professionnelle,
- la perception du tabac comme nocif,
- la perception du tabac comme addictogène.

Les variables ayant une influence sur la perception du TSO comme nocif sont :

- la volonté d'arrêt du TSO avant le tabac (p=0,046),
- le perception du TSO comme addictogène (p=*0,003)*,
- un niveau de dépendance au tabac élevé (p=0,0047),
- l'inactivité professionnelle (p=0,0047).

Tableau 4 : facteurs influençant la perception du TSO comme nocif

Variable	**OR**	**Intervalle de confiance 95% OR**	***p***
Arrêt du TSO en premier	0,46	[0,21-1,02]	0,046
TSO addictogène	0,28	[0,11-0,71]	0,003
Dépendance élevée au tabac	2,13	[0,98-4,71]	0,047
Inactivité professionnelle	2,13	[0,98-4,71]	0,047

Ainsi, une dépendance forte au tabac est associée de manière plus importante à la perception du TSO comme nocif.

Les patients qui pensent le TSO nocif désirent pourtant moins l'arrêter en premier.

IV. Discussion

A. Validité des résultats

1. Limites de l’étude

a) Le recrutement des patients

La Lorraine était la deuxième région la plus prescriptrice de TSO en 2000 selon les données de la CNAM. La prévalence du tabagisme ne présentait pas de différence significative avec celle de la France en 2010 selon le Baromètre Santé de 2010.

Selon l’OMS, augmenter le prix du paquet pour faire baisser le nombre d'acheteurs est «la méthode la plus efficace pour endiguer la propagation de la consommation du tabac». La proximité du Luxembourg, pays frontalier où le tarif du paquet de cigarettes est près de 30% moins cher (5€ au lieu de 7€ en France), pourrait majorer le nombre de cigarettes consommées chez les fumeurs.

b) Le questionnaire

La longueur du questionnaire a été réduite à 3 pages par rapport à celui de Thomas Tarjus. Toutes les questions sur la consommation d’autres produits stupéfiants ont été retirées. Aucune question sur la cannabis n’a été posée. Cependant, le cannabis se consomme habituellement fumé avec du tabac. La consommation de tabac peut donc être minorée chez les fumeurs de cannabis. Et les fumeurs de cannabis exclusifs (absence de consommation de tabac seul) n’ont peut-être pas su comment remplir le questionnaire.

Le biais de désirabilité a été minoré au maximum par l’anonymat des questionnaires et l’absence de relecture. Cependant, le désir d’acceptation sociale des patients peut conduire à une minoration du nombre de cigarettes ou une modification des réponses concernant la motivation au changement.

c) Absence de relecture

Les questionnaires n'ont pas été relus par les médecins après remplissage. Une relecture aurait permis un nombre de données exploitables plus important, avec une moindre part d'items non ou mal remplis.

2. Représentativité de l'échantillon

Les données ont été comparées à deux études :

- L'étude OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) (23), étude nationale et annuelle, qui vise à recueillir des informations valides concernant l'abus et la dépendance aux substances psychoactives. Elle recueille des caractéristiques sociodémographiques des patients usagers de substances illicites ou détournées de leur usage, des patients consommateurs de TSO. Elle recueille également leurs consommations de substances illicites et de médicaments psychotropes, et leurs pathologies somatiques associées. Elle concerne donc des patients sous TSO, mais également des patients avec des mésusages médicamenteux ou des usagers actuels de drogues illicites.
- L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EBG) (24) de l'assurance maladie, données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). L'EGB est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par les trois principaux régimes d'assurance maladie :
  - le régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires) (RG) (75 % des assurés sociaux)
  - le régime social des indépendants (RSI) et le régime agricole (Mutualité sociale agricole ou MSA) qui représentent à eux deux 10,5 % des assurés sociaux.

  L'EGB résulte d'un sondage au 1/97ème sur le numéro de Sécurité sociale et regroupe 622 000 bénéficiaires en 2015. Il permet de déterminer le nombre de personnes ayant des délivrances de TSO en pharmacie d'officine mais aussi leurs modalités de consommation et leurs caractéristiques.

Tableau 6 : comparaison de 4 études parmi des patients sous TSO en France

	CIREDO	OPEMA	EBG-CNAMTS	Thomas Tarjus
Population étudiée	**Patients suivis par des médecins généralistes en Lorraine**	**Patients suivis par des médecins généralistes en France**	**Patients remboursés pour des TSO par les 3 principaux régimes d'assurance maladie en France**	**Patients suivis dans le CSAPA parisien « la Mosaïque »**
Période de l'enquête	**Juillet-Aout 2017**	**2015**	**2015**	**2012**
Effectif total de l'étude	**123 patients**	**1040 patients**	**152000 patients**	**82 patients**
Homme	**74 %**	**72 %**	**77 %**	**87 %**
Femme	**26 %**	**28 %**	**23%%**	**13 %**
Âge moyen	**37,7 ans**	**41,3 ans**	**39 ans**	**40 ans**
Méthadone	**39 %**	**42 %**	**31 %**	**70 %**
Buprénorphine	**55 %**	**53 %**	**70 %**	**21 %**
Médicaments associés :				
- Benzodiazépines	**31 %**	**27 %**	**50 %**	**43 %**
- Antidépresseurs	**9,8 %**	**10 %**	**25 %**	**22 %**
- Neuroleptiques	**7,3 %**	**4 %**	**18 %**	**18 %**
Revenus :				
- Activité professionnelle	**50 %**	**51 %**	**non renseigné**	**51 %**
- Prestations sociales	**48 %**	**43 %**	**non renseigné**	**47 %**

L'échantillon étudié semble représentatif des patients sous TSO suivis en médecine ambulatoire en France selon l'étude OPEMA.

Les données de l'étude OPEMA incluent un nombre de patients plus important, comprenant également des patients usagers d'opiacés illicites et/ou avec un mésusage de médicaments psychotropes. Cette différence peut expliquer les variations des résultats obtenus.

Ainsi, l'âge moyen est plus bas dans notre échantillon (-3,6 ans) que dans l'étude OPEMA. La proportion d'hommes et de femmes est presque similaire (2 points de différence). Les revenus issus de prestations sociales sont plus importants dans notre échantillon (+5 points).

Les résultats de la CNAMTS incluent tous les patients ayant une délivrance de TSO en officine, ceux issus de médecine ambulatoire et ceux issus de CSAPA.

Nous observons des différences significatives de distribution des TSO entre notre échantillon et celui de l'EBG-CNAMTS, plus représentatif de la population générale. En effet, la part de prescription de buprénorphine est significativement moins importante dans notre étude que dans la population générale (55% *vs* 70%).

Les résultats de l'EBG témoignent de différences significatives au niveau de la consommation de benzodiazépines, d'antidépresseurs et de neuroleptiques. La consommation de médicaments est plus importante chez les patients suivis en centres d'addictologie selon l'étude RECAP (25). Cette population de patients issus de CSAPA, inclue dans les résultats de la CNAMTS, peut expliquer ces différences.

Nous avons également choisi d'étudier les différences entre notre échantillon et celui de la thèse de médecine Générale de Thomas Tarjus (26): Il s'agit de patients suivis dans un seul CSAPA. Les patients qui y sont suivis ont des caractéristiques différentes de la population suivie en ambulatoire.

En effet, s'il n'y a pas de différence significative de l'âge entre les 2 études, la répartition entre hommes et femmes n'est pas similaire avec 74% d'hommes pour notre étude contre 87% pour l'étude parisienne. Or les hommes fument davantage de cigarettes que les femmes, on peut donc s'attendre à ce que la consommation moyenne de cigarettes soit donc majorée par rapport à notre étude.

La répartition entre méthadone et buprénorphine est complètement différente : la part de méthadone dans le travail de Thomas Tarjus (26) est presque deux fois plus importante que dans la nôtre (70% *vs* 39%). Cependant, selon une étude italienne de 2012 (27), il n'existe pas de différence significative entre les patients sous méthadone et ceux sous buprénorphine en ce qui concerne le niveau de dépendance, la consommation de tabac ou de nombre de sevrage.

On peut donc s'attendre à des résultats similaires dans ces catégories.

B. Principaux résultats

1. L’imprégnation tabagique

a) Une prévalence élevée et stable

Trois patients déclarent n’avoir jamais fumé, et 97,6% des patients ont consommé du tabac de manière régulière.

Le tabagisme actuel des patients de notre échantillon a une prévalence très élevée. Ainsi, 91% des patients interrogés sont des fumeurs actifs. Ce résultat est cohérent avec d’autres études retrouvées dans la littérature : notamment en Italie en 2012 avec 97,2% (27).

A noter que dans l’étude OPEMA de 2015, 81% des sujets inclus sont consommateurs de tabac. Cependant, cette étude comporte également des patients non consommateurs d’opiacés, pouvant expliquer la différence avec notre étude. De plus, la prévalence du tabagisme diminue avec l’âge. Or l’âge moyen des patients de l’étude OPEMA est de 4 ans supérieure : davantage de patients peuvent avoir arrêté de fumer.

Dans le travail de Thomas Tarjus en 2012 (26), la prévalence du tabagisme actif était de 97,6% (*vs* 91%).

Par ailleurs, la prévalence du tabagisme dans la population générale française est estimée à 29,4% en 2015 (28), avec une diminution constante depuis 40 ans.

Cette diminution n’est pas du tout retrouvée chez les usagers de TSO depuis plus de 15 ans,comme on le constate dans une étude française de 2001, dans le centre Méthadone de Créteil, où la prévalence du tabagisme était de 90% (29).

b) Un niveau de dépendance élevé

Dans notre étude, un questionnaire de Fagerström à deux questions (mini-Fagerström) a été utilisé. Plus de la moitié des patients (51%) ont une dépendance forte.

Dans l'étude italienne de 2012, le niveau de dépendance était évalué par un questionnaire de Fagerström (27).

Le score médian obtenu était de 6, correspondant à un niveau de dépendance moyen.

Dans le travail de Thomas Tarjus, le score médian obtenu était de 5 avec un questionnaire de Fagerström classique, ce qui correspond à une dépendance moyenne comme dans l'étude italienne. Trente-cinq pour-cent des patients avaient une dépendance forte (*vs* 51% ici).

Il existe donc une différence significative entre les deux échantillons. La dépendance au tabac est plus marquée chez les patients suivis en ambulatoire que chez les patients suivis en CSAPA.

Dans la population française en 2010, 17,7% des fumeurs réguliers ont une dépendance forte au tabac selon le mini-Fagerström, soit trois fois moins que dans notre échantillon (30).

c) Une consommation importante

La consommation moyenne est de 17 cigarettes par jour, avec une médiane à 15 cigarettes par jour.

Dans la population générale, la consommation moyenne était de 13,5 cigarettes par jour pour les fumeurs quotidiens en 2014, selon l'INPES (31).

Dans l'étude italienne de 2012 (27), la consommation moyenne était de 20,5 cigarettes par jour.

Or on constate une diminution de la consommation moyenne de tabac depuis 2005 en France avec 14,8 cigarettes par jour en 2005 contre 13,6 en 2010.

Si la consommation de tabac chez les patients sous TSO suivis en ambulatoire suit la même évolution, elle pourrait expliquer en partie la différence entre 2012 en Italie et 2017 en Lorraine.

Dans le travail de Thomas Tarjus en 2012 (26), le nombre moyen de cigarettes consommées est plus proche des résultats de notre étude, avec 16 cigarettes par jour. Nous aurions pu nous attendre à une consommation plus importante en CSAPA qu'en ambulatoire, l'échantillon du CSAPA comportant davantage d'hommes. La consommation moyenne de tabac est donc

similaire en CSAPA et en ambulatoire, malgré les différences de caractéristiques de la population.

2. Entrée dans le tabagisme précoce comme facteur prédictif

L'âge moyen de la première cigarette est de 15 ans dans notre étude. En CSAPA (26), l'âge moyen est identique.

En 2011, en France, l'âge moyen de la première cigarette était de 14,1 ans (31), et l'âge moyen d'entrée dans le tabagisme se fait à 15 ans.

On constate que l'entrée dans le tabagisme se fait similairement au même âge pour l'ensemble de la population française et pour les patients sous TSO.

La proportion de personnes ayant expérimenté le tabac avant 14 ans (32) est même moindre avec 34% pour la population générale contre 26% dans notre étude.

L'âge moyen d'entrée dans le tabagisme quotidien est de 16,7 ans dans notre échantillon. La proportion de fumeurs ayant eu un tabagisme quotidien avant 14 ans est de 14,4%. Toujours selon l'étude HBSC, l'entrée dans le tabagisme avant 14 ans est de 4,6%.

Cette entrée précoce dans le tabagisme quotidien pourrait être un facteur prédictif de l'apparition d'autres dépendances, que ce soit l'alcool ou d'autres drogues (33).

C. Le sevrage tabagique

1. Une motivation présente

Plus de la moitié (53%) des patients de notre échantillon ont envie d'arrêter de fumer. La différence avec la population générale est peu significative avec 59,6% selon le Baromètre Santé de 2014. Nous pouvons espérer que les nombreuses campagnes d'information sur le tabac, à large diffusion, qui touchent l'ensemble de la population française, contribue à ce résultat.

2. Des tentatives moins nombreuses

Près d'un patient sur deux (45%) a essayé d'arrêter de fumer et plus d'un tiers (37,8%) a fait un sevrage ayant duré plus de 7 jours dans notre étude. Le nombre moyen d'arrêts du tabac est proche de 1.

Ces chiffres sont beaucoup plus élevés que dans la population générale française avec 70,7% des patients ayant déjà arrêté de fumer volontairement pendant plus d'une semaine.

Cette différence peut s'expliquer par le niveau de dépendance au tabac beaucoup plus élevé.

En CSAPA en 2012 (26) , 39% des patients avait arrêté de fumer au moins une fois pendant plus de 7 jours consécutifs, et le nombre moyen d'arrêts est de 1. Il n'y a pas de différence significative entre les deux échantillons.

Une étude américaine a introduit le concept de « fumeur hard-core », ou « fumeur invétéré ». Il n'existe pas de définition stricte de ce concept mais il inclut plusieurs critères selon la définition d'Emery et coll en 2000 (34) :

– absence de tentative pour cesser de fumer dans les 12 derniers mois,

– ne pas avoir l'intention d'arrêter de fumer,

– avoir une consommation quotidienne d'au moins 15 cigarettes.

Ces patients sont plus difficilement accessibles au sevrage tabagique selon l'étude d'Emery. Ils ne sont que peu sensibles aux messages d'information et de prévention du tabac.

Nombre de nos patients pourraient entrer dans cette catégorie, la consommation moyenne étant de 17 cigarettes, le nombre moyen d'arrêts inférieur à 1 et la proportion de patients ayant envie d'arrêter de fumer d'à peine la moitié de la population.

3. Les méthodes

a) Le recours modéré au médecin

Près des deux tiers (63%) des patients de notre étude ayant essayé d'arrêter de fumer l'ont fait sans accompagnement médical. On retrouve cette proportion dans la population générale selon le baromètre santé 2010 (35) et dans le travail de Thomas Tarjus en 2012 avec 61% de l'échantillon étudié. Pourtant, ces patients consultent leur médecin de manière mensuelle. Il serait intéressant de savoir à quelle fréquence leur est proposé le sevrage tabagique.

b) Un usage limité des substituts nicotiniques

La proportion d'usage des substituts nicotiniques est similaire à celle de la population générale avec 29,6% d'usage pour les deux groupes. Le résultat est un peu moindre en CSAPA avec 20%. Nous aurions pu espérer un usage plus important des substituts nicotiniques au vu de l'expérience positive des traitements de substitution aux opiacés que nos patients ont.

c) L’attrait de la cigarette électronique

La cigarette électronique, dont l’usage s’est développé depuis 4 ans, est perçu comme un outil dans l’arrêt du tabac pour la moitié des patients (50%) de notre étude.

Dans la population générale, la cigarette électronique est considérée comme une aide au sevrage tabagique pour 82% des fumeurs selon le baromètre santé de 2014, et elle pourrait aider à ne pas reprendre le tabagisme pour 89% des personnes interrogées (36).

De plus, son usage a permis de diminuer la consommation de tabac pour un patient sur cinq de notre étude (22%) , contre quatre sur cinq (82%) des fumeurs de la population générale. Parmi ces fumeurs, les deux tiers (66%) perçoivent la cigarette électronique comme moins nocive que le tabac, contre un tiers (35,5%) pour les patients de notre étude. Un tiers (33,7%) des patients de notre échantillon considère la cigarette électronique comme plus nocive que le tabac.

Ainsi, nous constatons des différences de perception de différents produits (substituts nicotiniques, cigarette électronique) entre notre échantillon et la population générale française. La perception de la dangerosité des différentes substances est à mettre en parallèle avec celle du tabagisme, perçu comme dangereux pour la santé en usage quotidien pour seulement 47% des Français interrogés selon l’étude EROPP de 2013 (1).

D. Facteurs liés aux difficultés du sevrage tabagique

Certains facteurs sont connus dans la littérature pour être des freins au sevrage tabagique, comme un niveau socio-éducatif bas ou la co-consommation de médicaments psychotropes. Nous n'avons pas retrouvé de lien statistique dans notre échantillon, celui-ci étant de trop petite taille.

1. Niveau socio-économique bas

Selon le Baromètre Santé de 2014 (37), la prévalence du tabagisme régulier est plus importante chez les patients avec un faible niveau d'études. Or 77% des patients de notre échantillon n'ont pas été jusqu'au baccalauréat.

De même, les patients au chômage ont la prévalence de tabagisme la plus élevée en 2014 avec 48,2%, ainsi que ceux ayant les moindres revenus (36%). Dans notre échantillon, 48% des patients vivent des prestations sociales (chomage, RSA, invalidité et AAH).

Notre population cumule donc ces facteurs qui freinent le sevrage tabagique : un faible niveau d'étude et un niveau de chômage élevé.

2. Comorbidités psychiatriques et consommation de médicaments psychotropes

Dans notre échantillon, la consommation de médicaments psychotropes est deux fois supérieure à celle de la population générale (31% *vs* 16%). Cette consommation accrue témoigne d'une prévalence plus importante des troubles psychiatriques.

La conférence d'experts de l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT) et de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) met en avant le rôle majeur du tabagisme chez les patients atteints de maladies psychiatriques (38).
En effet, de nombreuses études épidémiologiques montrent une forte association entre tabagisme et pathologies psychiatriques, notamment en ce qui concerne les troubles de l'humeur. L'intensité du tabagisme a un lien direct avec les états dépressifs. Le sevrage tabagique majore transitoirement les symptômes des troubles de l'humeur.

Les troubles psycho-pathologiques à type de dépression ou de trouble bipolaire sont fréquemment associés au tabagisme (39).

En fait, chez ces patients très dépendants, l'usage de substances psycho-actives est associé le plus souvent à une souffrance psychique ancienne, réalisant une tentative d'automédication. Rapidement, l'installation de la dépendance aggrave les troubles psychologiques.

La proportion de patients consommant des anxiolytiques (31% *vs* 43%), des antidépresseurs (10% *vs* 41%) et des neuroleptiques (7% vs 18%)est moins importante en ambulatoire qu'en CSAPA. La prévalence des troubles de l'humeur et troubles psychotiques semble donc moins importante en ambulatoire.

Les patients ayant des troubles de l'humeur nécessitent un accompagnement spécifique, pluridisciplinaire (addictologue, psychiatre,médecin généraliste, psychologue…) qui est souvent plus facilement réalisable en CSAPA où l'ensemble des intervenants se situe au même endroit.

E. Perception du tabac par rapport aux TSO

1. Le tabac : toxicité et dépendance comprises

Dans notre étude, plus de neuf patients sur dix (93%) considèrent le tabac comme nocif et une proportion similaire (90%) le considèrent comme addictogène.

C'est un peu moins que dans la population générale où la presque totalité des personnes interrogées perçoivent le tabac comme nocif (1) selon l'étude EROPP de 2013.

Cette perception toutefois importante dans les deux cas peut être le fruit des nombreuses campagnes d'information sur la dangerosité du tabac.

2. Les TSO : perception en demi-teinte

Dans notre étude, le TSO est perçu comme nocif pour plus de la moitié des patients (54%), et comme addictogène pour 77,5%.

Dans une étude française de 2007, on constate que les objectifs du traitement sont mal compris par les patients sous TSO (40).

Les avantages perçus par les patients sont tout d'abord l'évitement de phénomènes négatifs plus que des avantages positifs directs du traitement pour les patients d'une étude australienne sur la perception des TSO en prison (41).

Selon l'étude DRAMES en 2012, 187 décès sont liés à l'abus de TSO (42). Et 78000 décès sont liés au tabac en France en 2015 selon l'OFDT.

Les notions de toxicité et de dépendance sont donc difficiles à différencier pour nos patients. Il semble nécessaire de renforcer la compréhension de ces deux concepts.

Tout d'abord, en prenant appui sur l'expérience positive qu'ils ont des TSO qu'ils utilisent depuis plusieurs années, pour expliquer la réduction des risques liée à la substitution.

Ensuite, en se basant sur ces concepts acquis, aborder le sujet du tabac, pour amener le sevrage tabagique, par le moyen qu'ils le désirent, comme une réduction des risques.

3. Perspectives

Nous ignorons la perception du tabac par rapport aux TSO pour les médecins. En structure hospitalière, notamment en pyschiatrie (43), il existe des mécanismes de déni parmi les soignants, qui ne proposent pas toujours le sevrage tabagique, par crainte de décompensation d'autres pathologies psychiatriques ou d'autres addictions. Une certaine ambivalence est également présente chez les soignants. Or le conseil minimal a un rôle indispensable en médecine générale dans le chemin vers le sevrage tabagique selon la Société Française d'Addictologie en 2016 (44).

Nous pouvons donc nous interroger sur l'abord de la dépendance au tabac lors de consultation d'addictologie. La question du tabagisme peut et doit être abordée dès le premier entretien avec le patient, que la consultation soit pour un renouvellement ou même pour une introduction de traitement de substitution aux opiacés, que cette consultation se déroule en centre d'addictologie ou en consultation de médecine générale. Il peut s'agir d'une intervention brève rappelant les méfaits du tabac, d'un questionnement plus important sur les motivations personnelles qui peuvent conduire au sevrage tabagique, ou même de la date et de la méthode à utiliser pour réaliser le sevrage.

La question du tabac doit être abordée à chaque consultation de manière systématique, comme une piqure de rappel qui, nous l'espérons, finira par aboutir à un sevrage.

A cette fin, un travail régulier d'information et de formation des professionnels de santé sur la prise en charge du tabagisme pour l'ensemble de leurs patients semble donc essentiel.

V. Conclusion

La dépendance au tabac est un objectif de santé publique en France et dans le monde. La prise en charge du tabagisme doit être abordée pour tous les patients consultant leur médecin. La prévalence du tabagisme chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés est extrêmement importante. Ils ne semblent pas avoir été touchés par les multiples campagnes d'information sur les méfaits du tabac. En effet, si la prévalence du tabagisme diminue en France depuis 40 ans, elle n'a pas eu d'effet sur celle des patients sous traitement de substitution.

Ces patients, cumulant plusieurs dépendances, nécessitent une attention particulière. Si la prise en charge du tabagisme ne leur semble pas être une priorité, elle est néanmoins indispensable.

Les patients sous traitement de substitution aux opiacés cumulent de nombreux facteurs freinant le sevrage tabagique : un bas niveau socio-éducatif, des troubles de l'humeur plus fréquents, une entrée dans le tabagisme jeune plus fréquente.

Une prise en charge pluridisciplinaire comportant addictologues, psychiatres, généralistes, paraît indispensable, avec des stratégies d'approche similaires pour les opiacés et le tabac, et un traitement prolongé, sous peine de rechute précoce.

Le travail du médecin généraliste est essentiel dans l'approche du sevrage tabagique. En voyant son patient mensuellement, il peut mettre en place un suivi rapproché de la prise en charge du tabagisme. Il peut renforcer la compréhension des mécanismes de la dépendance au tabac en s'appuyant sur l'expérience que les patients ont de la substitution aux opiacés. Cette compréhension des notions de toxicité et de dépendance, acquise pour l'héroïne, doit se faire pour le tabac. Elle peut être un axe de travail supplémentaire dans l'abord du sevrage tabagique. Les praticiens doivent être formés à prendre en charge des patients pluri-dépendants. L'abord du sevrage tabagique doit se faire sans tarder, dès la première consultation.

La réduction des risques est un concept largement compris dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés. L'addiction aux opiacés est perçue comme une maladie chronique, nécessitant un traitement pendant plusieurs années voire plusieurs décennies par un traitement de susbtitution. L'addiction tabagique pourrait-elle être perçue de la même manière, avec une substitution sur plusieurs années ?

Bibliographie

1. TOVAR ML., LE NÉZET O., BASTIANIC T., Perception et opinions des Français sur les drogues. Tendances, OFDT, Oct 2008, n°88, 6p

2. La consommation d'héroïne et ses méfaits, Prévention et pratique médicale, avril 2005 [en ligne] Disponible sur <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs31033> (consulté le 10/09/17)

3. OFDT. Evolution du nombre de décès liés au tabac et des ventes de tabac en France depuis 1980. [en ligne] Disponible sur <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-la-mortalite-induite-par-la-consommation-et-ventes/> (consulté le 10/09/2017)

4. Garnier-Delamarre : Dictionnaire illustré des termes de médecine. Toxicité : définition. 28e Édition, Paris, 2004. 1046p.

5. LAGRUE G., LEBARGY F., CORMIER A. Des récepteurs nicotiniques à la dépendance tabagique : Perspectives thérapeutiques. Alcoologie et Addictologie A. 2001, vol 23,suppl, pp 39S-42S

6. LAHAIE E., CADET-TAIROU A., JANSEN E., Composition de l'héroïne et connaissance des usagers - Résultats de l'enquête SINTES Observations, Saint-Denis, OFDT, 2010, 35 p.

7. HILL Catherine, Épidémiologie du tabagisme. La revue du Praticien, 20 mars 2012, Vol 62, n°3, p 325.

8. Centre d'Expertise Collective de l'INSERM, ABBROUS N., AUBIN HJ., BERLIN Y., and all. Tabac : Comprendre la dépendance pour agir, France, Les Editions Inserm, 2004, 473p ISBN :2-85598-829-2

9. INPES. Tabac. Le produit : Composition et effets sur l'organisme. [en ligne] Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/tabac-composition.asp> (consulté le 28/07/2017)

10. LAHAIE E., CADET-TAIROU A., Héroïne : composition, prix, connaissance des usagers, Analyse réalisée à partir des résultats de l'enquête SINTES Novembre 2010-Décembre 2011. Saint Denis : OFDT. Collection TREND. 55p. ISBN : 979-10-92728-08-8

11. GOULLE JP., GUERBET M., Prise en charge des addictions à l'héroïne, Bull. Acad. Natle Méd., 2016, 200, nos 4-5, 779-792, séance du 31 mai 2016

12. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies Thérapeutiques Médicamenteuses et Non Médicamenteues de l'Aide à l'Arrêt du Tabac - Argumentaire. Mai

2003 [en ligne]. Mai 2003. Disponible sur <https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/25.AfSSAPS_pdf_allant_de_1_a_10/AfSSAPS_pdf_6_les_therapeutiques_ayant_demontre_leur_efficacite.pdf> (consulté le 21/07/2017)

13. CHOSSEGROS P., OELSNER A. , FETUS-ALVEZ P., and all. Méthadone : données de la littérature et histoire de France : un outil indispensable au sein d'un arsenal thérapeutique diversifié. Journal de médecine de Lyon (Lyon. 1864) A. 1995, n° 1500, pp. 25-32, ISSN : 0021-7883

14. AUGÉ-CAUMON MJ., BLOCH-LAINÉ JF., LOWENSTEIN W., and al. L'accès à la méthadone en France : bilan et recommandations. [en ligne] Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, Paris, 2001, 58p, disponible sur < http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000177.pdf >

15. REISINGER M., Buprenorphine as new trament for héron dependence. Drug and Alcool Dependence. Dec 1985, Vol 16, n°3, pp 257-262

16. GRAU D., VIDAL N., FAUCHERRE V., and al. Complications infectieuses induites par le mésusage de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) : Analyse rétrospective de 42 observations. La revue de médecine interne, mars 2010, Vol 31, n°3, pp 188-193

17. HAS Commission de transparence, SUBOXONE 2 mg / 0,5 mg, comprimés sublinguaux, B/7 (CIP 377 613-2) et B/28 (CIP 377 614-9) SUBOXONE 8 mg / 2 mg, comprimés sublinguaux, B/7 CIP 377 615-5) et B/28 (CIP 377 616-1) [en ligne], disponible sur : < https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone_.pdf>, (consulté le 30/06/2017)

18. INPES, La législation anti-tabac en France [en ligne] disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp.> (consulté le 31/06/17)

19. Code de la santé publique, Article L3421-1, modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 48 JORF 7 mars 2007 [en ligne] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688171&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 01/07/2017)

20. Article 222-34 Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 [en ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417715&cidTexte=LEGITEXT000006070719>,(consulté le 01/07/2017)

21. OBRADOVIC I., La réponse pénale à l'usage des stupéfiants, Tendances, OFDT, nov 2010, n°72, 6p

22. RIFF B., Quels sont les critères de choix pour un suivi ambulatoire par la médecine de ville ou par un centre spécialisé ? Alcoologie et addictologie. 2004;26(4):167S–172S.

23. Centre d'addictolovigilance PACA Corse, centre associé. Programme d'Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire : OPEMA N°7, 2 novembre - 6 décembre 2015. [en ligne] Disponible sur <http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_resultats_opema_2015.pdf> (consulté le 07/09/2017)

24. BRISACIER AC., Tableau de bord des TSO. [en ligne] Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO150625.pdf> (consulté le 08/09/2017)

25. PALLE C., VAISSADE L., Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP, Tendances, OFDT, juin 2007, 6 p

26. Dépendance au tabac chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés [en ligne] Thèse de Médecine Générale. Université de Paris Didierot, 2012, 88p, Disponible sur <http://www.theseimg.fr/1/node/74>, (consulté le 20/06/17)

27. PAJUSCO B., CHIAMULERA C., QUAGLIO G., and al. Tobacco Addiction and Smoking Status in Heroin Addicts under Methadone *vs.* Buprenorphine Therapy, Int J Environ Res Public Health. 2012 Mar; 9(3), pp 932–942

28. LERMENIER A., Tabac, OFDT, Drogues et addictions, données essentielles., [en ligne] 2013, pp 278-287, Disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13tab.pdf> (consulté le 02/07/17)

29. ASNAFI-FARHANG S., Hatchuel HATCHUEL P., BOURHIS F. and al. Prevalence of cannabis and tobacco use in patients attending a methadone center. Evaluation by urinary biomarkers. Annales de médecine interne. 2001, vol 3, pp 37–42.

30. LERMENIER-JEANNET A., Tabagisme et arrêt du tabac en 2016, Saint-Denis, OFDT, 10p

31. SPILKA S., LE NÉZET O. Consommation de tabac chez les adolescents : état des lieux. [en ligne] OFDT, Saint-Denis, Disponible sur < http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevalence_du_tabagisme_chez_les_jeunes.pdf > (consulté le 06/07/2017)

32. GODEAU E., NAVARRO F., ARNAUD C., La santé des collégiens en France / 2010 : Données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). Saint-Denis : INPES, coll. Etudes santé, 2012, 254p

33. BAILLY D., BAILLY-LAMBIN I., Consommation de substances et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent ; données épidémiologiques et stratégies de prévention. Journal de pédiatrie et de puériculture, Elsevier, septembre 1999, Vol 6, n°12, pp 337-42

34. EMERY S., GILPIN EA., AKE C., and al. Characterizing and identifying "Hard-Core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. Am J Public Health 2000;90:pp 387-94

35. GUIGNARD R., BECK F., RICHARD JB., Le tabagisme en France : Analyse de l'enquête Baromètre Santé de 2010. Saint-Denis, INPES,coll. Baromètre Santé, 2013, 56p

36. ANDLER R., GUICHARD R., WILQUIN JL.,and al. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014. [en ligne] Evolutions, INPES, juin 2015, n°33. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1689.pdf > (consulté le 07/07/2017)

37. GUIGNARD R., BECK F., RICHARD JB., La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions, INPES, janvier 2015, vol 31, 6p

38. ALLILAIRE JF., DE BEAUREPAIRE R., JEAMMET P., and al. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques : Conférence d'experts. 2008. [en ligne] Office Fançais de prévention du tabagisme,Paris, Janvier 2009. Disponible sur < http://santenpdc.gapi.fr/etudes/oft_tabac-et-psychiatrie_janvier2009.pdf > (consulté le 05/08/2017)

39. TOUZEAU D., LAGRUE G., Prise en charge des héroïnomanes en traitement de maintenance, Le Courrier des Addictions, 2010, Vol 12, n°2, pp 12-14

40. GUICHARD A., LERT F., BRODEUR JM., and al. Burprenorphine substitution treatment in France : Drug user's views of the doctor-user relationship. Social Science & Medicine, Elsevier, juin 2007, vol 64, n°12, pp 2578-2593

41. SINDICICH N., ZADOR D., LARNEY S., and al. Patients motivations, perceptions and experiences of opioid substitution therapy in prison. Technical Report Number 332, funded by Justice Health and Forensic Mental Health Network. National Drug and Alcohol research Centre, University of New South Wales, Sydney, 2016, 43p, ISBN : 0 7334 3613 7

42. Centres d'Evaluation et d'Information sur le Pharmacodépendance, ASNM. DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances) : Résultats de l'enquête 2012. [en ligne]. Mars 2015. 5p. Disponible sur < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ca18bbf06b99f339a2975e892c1a907c.pdf > (consulté le 06/09/2017)

43. SEMAL R. Quelles représentations soignantes pour quelle prise en charge du tabac en psychiatrie en 2016 ? 10e congrès de la Société francophone de Tabacologie. [en ligne] Lille, nov 2016. Disponible sur < http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25149.pdf > (consulté le 06/09/2017)

44. P CASTERA, L HARRY KNAFO, S KINOUANI, Université de Bordeaux, DMG. Arrêt du tabac et proposition systématique de substituts nicotiniques chez tout fumeur en soins primaires. 10e Congrès de la Société Francophone de Tabacologie. [en ligne] Lille, nov 2016. Disponible sur < http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/csft2016_Livret.pdf >, (consulté le 07/09/2017)

Annexes

Annexe 1 : questionnaire patient

Lettre d'information destinée au patient

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de participer à une étude concernant le tabac.
Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre les informations, et pour demander au médecin qui vous fournit ce questionnaire de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Le but de ce questionnaire est d'étudier la relation entre le tabac et les produits substitutifs aux opiacés comme le SUBUTEX ou la METHADONE.
Il permettra de vous proposer une meilleure prise en charge concernant le tabac et les traitements substitutifs aux opiacés.

Il s'agit de remplir un questionnaire durant la consultation concernant le renouvellement de votre traitement.
Le questionnaire se divise en 3 parties :

- la première concerne le médecin qui vous remet le questionnaire
- la deuxième concerne vos habitudes de vie et permettra de mieux vous connaître
- la troisième concerne votre relation au tabac. Si vous ne fumez pas, ce questionnaire vous concerne tout de même.

Ce questionnaire est anonyme et le traitement des données et anonyme également. Il permettra la réalisation d'une thèse de médecine générale pour l'obtention d'un diplôme de Docteur en Médecine Générale.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, le médecin qui vous fournit ce questionnaire vous communiquera les coordonnées du responsable de l'étude.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Merci pour votre attention.

Questionnaire 10

Nom du médecin que vous consultez : _____ Date : ___/___/_____

Caractéristiques individuelles : remplissez la case ou cochez la ou les réponses correspondantes

1) Age : __ ans

2) Sexe : Homme __ ou Femme __

3) Taille : ___ cm

4) Poids : ___kg

5) Quelle est votre situation actuelle ? cochez la case correspondante	
Travailleur actif	
En formation ou étudiant	
Au chômage ou bénéficiaire du RSA	
En invalidité ou bénéficiaire de l'allocation Adulte Handicapé	
Autre : précisez :	

6) Quel est votre niveau d'étude ? Cochez la case correspondante :	
Sans diplôme	
Brevet des collèges	
CAP ou BEP	
Baccalauréat	
Bac +2	
Au delà de Bac +2	

7) Quel traitement de substitution orale prenez-vous ? Cochez la case correspondante		Depuis combien d'années ?
Methadone en sirop		
Méthadone en gélule		
SUBUTEX® (non substituable)		
Buprénorphine		
SUBOXONE®		
A quel âge l'avez-vous pris pour la première fois ?		

Questionnaire 10

8) Prenez-vous régulièrement les médicaments suivants ? Depuis quand ? A quel dosage ? La liste n'est pas complète, n'hésitez pas à demander à votre médecin si vos médicaments appartiennent à ces catégories, cochez la ou les cases correspondantes		nombre d'années
Des tranquillisants comme LEXOMIL®, VALIUM®, SERESTA®, LYSANXIA®		
Des antidépresseurs comme PROZAC®, DEROXAT®, ZOLOFT®, EFFEXOR®		
Des neuroleptiques comme TERCIAN®, LOXAPAC®, RISPERDAL®, SOLIAN®		

TABAC

9) Etes vous actuellement fumeur ou avez-vous été fumeur de tabac ? oui ___ non ____ si oui, depuis combien d'années ? _____ ans

10) Fumez vous tous les jours ? Oui ___ Non ____

11) Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

12) A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? ____ans

13) Vivez-vous avec des fumeurs ? Oui ___ Non ___

14) Fumez- vous à l'intérieur de votre logement ? Oui___ Non ____

15) Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? Oui ___ Non ___

16) Combien de fois dans votre vie avez-vous arrêté de fumer plus de 7 jours d'affilée? ___

17) Répondez aux questions suivantes concernant le tabac. Cochez les cases correspondantes.	Oui	Non
Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?		
Si oui, avec des substituts nicotiniques ?		
Si oui, avec du ZYBAN®ou bupropion ?		
Si oui, avec du CHAMPIX® ou varenicline ?		
Si oui, avec la volonté seule ?		
Si oui, avec la cigarette électronique ?		
Si oui, avec une autre méthode ? Précisez _____		

18) Si vous avez essayé la cigarette électronique…cochez les cases correspondantes.	Oui	Non
Avez-vous utilisé de manière concomitante le tabac et la cigarette électronique ?		
Avez-vous utilisé du liquide avec de la nicotine ?		
L'utilisez-vous davantage que le tabac ?		

Questionnaire 10

18) Si vous avez essayé la cigarette électronique…cochez les cases correspondantes.	Oui	Non
Votre consommation de tabac a-t'elle diminué depuis son usage ?		
Pensez-vous qu'elle soit moins nocive que le tabac ?		

19) Si vous n'avez pas ou plus l'usage de la cigarette électronique, c'est parce que…cochez les cases correspondantes.	
Je n'aime pas le parfum	
Je n'arrive pas à ressentir les mêmes effets qu'avec la cigarette	
Elle est coûteuse	
Je pense qu'elle aussi ou plus nocive que le tabac	

20) Degré de dépendance au tabac : questionnaire de Fagerström. Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse		
Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous ?	5 min	3
	30 min	2
	60 min	1
	plus de 60 min	0
Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?	31 ou +	3
	21 à 30	2
	11 à 20	1
	10 ou moins	0

21) Si vous décidiez d'arrêter un ou plusieurs produits, vous arrêteriez…cochez la case correspondante	
le tabac en premier et le traitement de substitution en second	
le traitement de substitution en premier et le tabac ensuite	
les deux en même temps	

22) Pensez vous que… (cochez la case correspondante)	le tabac	le traitement de substitution
Soit nocif		
Rende dépendant		

23) Pourquoi voudriez-vous arrêter de fumer ? réponse libre

Fin.

Annexe 2 : questionnaire de l'enquête de Thomas Tarjus

ANNEXE 6. QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

Tabac + autres dépendances

Enquête

Nous étudions les relations entre la consommation de tabac et celle d'autres drogues et les méthodes de s'en libérer.

Si vous fumez ou avez-vous fumé du tabac et / ou êtes, ou avez été consommateur d'au moins une autre drogue telle que l'alcool, le cannabis , les médicaments benzodiazépines ou somnifères, les morphiniques (héro, buprénorphine, méthadone, morphine, opium …), la cocaïne, le crack ou les amphétamines et ses dérivés (ecstasy …), pourriez-vous répondre à ce questionnaire et le remettre à l'infirmière qui va vous recevoir en consultation et qui a besoin de connaître vos habitudes de fumeur pour mieux vous aider à arrêter, si vous le désirez.

Merci de bien vouloir prendre le temps de remplir les questions des pages suivantes, elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec l'infirmière et le médecin.

Les informations contenues dans ce questionnaire pourront faire l'objet d'un traitement informatique anonyme. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" et à son décret d'application n°78-774 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour l'exercer, adressez-vous à votre centre d'addictologie.

N° :

79

Date : |___|___| |___|___|___|___| (jour mois année)

I Caractéristiques individuelles

1 – Age : ___|___| ou Date de naissance : |___|___| |___|___|___|___| 2 - Sexe : H |__| - F |__|

3 - Taille : _____ cm 4 - Poids: _____ kg estimé |__| / balancé |__|

Pour les femmes :

5 - Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui |__| - Non |__|

6 - Prenez-vous la pilule ? Oui |__| - Non |__|

Pour les questions 7 à 9, merci de cocher la case correspondant à votre réponse.

7 - Quelle est votre situation actuelle ?

Travailleur actif	|__|	En formation/Étudiant	|__|
Au chômage, bénéficiaire du RSA	|__|	Invalidité / Allocation adulte handicapé	|__|

- Y a-t-il des fumeurs dans votre lieu de vie principal ? Tabac Oui |__| - Non |__|

Cannabis Oui |__| - Non |__|

8 - Quel est votre niveau d'études ?

Sans diplôme	|__|	Bac	|__|
Collège	|__|	Etudiant	|__|
Lycée	|__|	Bac +2	|__|
En apprentissage ou formation alternée	|__|	Au delà de Bac +2	|__|

II Traitements

Si vous avez des doutes concernant les réponses aux questions suivantes, n'hésitez pas à en parler à l'enquèteur.

9 - Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ? - si oui, depuis combien de mois ?

- Des tranquillisants : lexomil, valium, séresta, lysanxia, équanil, atarax Oui |__| - Non |__| - |__| |__| |__|
- Des antidépresseurs : prozac, déroxat, zoloft, athymil, Oui |__| - Non |__| - |__| |__| |__|
- Des neuroleptiques: zyprexa, tercian, solian, loxapac, risperdal, clopixol Oui |__| - Non |__| - |__| |__| |__|
- Un traitement de substitution opiacé : buprénorphine : Oui |__| - Non |__| - |__| |__| |__|
- méthadone : Oui |__| - Non |__| - |__| |__| |__|

10 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour ?

- Une dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt total ou partiel de l'activité : Oui |__| - Non |__|

- Une tentative de suicide Oui |__| - Non |__|

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé ? Si oui le(s)quel(s) ?

III Vos habitudes de vie

11 - Quelle est votre activité physique par semaine (en moyenne durant l'année écoulée) ?

aucune	|__|	de 1 à 2 heures	|__|
moins de 30 min	|__|	de 2 à 4 heures	|__|
entre 30 min et 1heure	|__|	plus de 4 heures	|__|

- Combien de tasses de café buvez vous par jour ? _____
- Combien de litres de coca buvez-vous par jour ? _____
- Combien de repas prenez-vous par jour ? _____

IV TABAC

12 – êtes vous actuellement ou avez-vous été fumeur de tabac ? Oui |__| - Non |__|

si oui ,

13 - À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à I_____I ans

- 14 - Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ? Oui |__| - Non |__|

Si vous avez été fumeur de tabac ?

15 Comment avez-vous arrêtez ?

- Substituts nicotiniques Oui |__|
- Bupropion (Zyban) Oui |__|
- Acupuncture Oui |__|
- Volonté seule Oui |__|
- Varinicline '(Champix) Oui |__|
- Autre : …. Oui |__|

Si vous êtes actuellement fumeur de tabac

16 - Fumez-vous tous les jours ? Oui |__| - Non |__|

17 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? _____ Cigarettes roulées ? _____

18 - Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (cochez les cases correspondantes) :

Cigarillos |__| Cigare __| Pipe |__| Tabac à mâcher |__| Snus |__| Narguilé / Chicha |__| Bidis |__|

19 - Combien de fois avez-vous arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? _____

20 **Degré de dépendance au tabac (test de Fagerström)** *Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.*

• Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-	Dans les 5 minutes	3

vous votre première cigarette ?	30 minutes	2
	60 minutes	1
	Plus de 60 minutes	0
• Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir		
de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
(ex : cinémas, bibliothèques)	Non	0
• À quelle cigarette renonceriez-vous	À la première de la journée	1
le plus difficilement ?	À une autre	0
• Combien de cigarettes fumez-vous	10 ou moins	0
par jour, en moyenne ?	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
• Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Oui Non	1 0
• Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui Non	1 0
- Faites le total de vos réponses : Total : _____		

21 - **Questionnaire HONC (perte de contrôle) :** *répondez par oui ou non aux dix questions suivantes:*

1. Avez-vous jamais fait une tentative, même brève, d'arrêt du tabac ? Oui |__| - Non |__|
2. Avez-vous déjà ressenti un besoin impérieux de fumer ? Oui |__| - Non |__|
3. Vous êtes-vous déjà senti dépendant au tabac ? Oui |__| - Non |__|
4. Avez-vous déjà ressenti que vous aviez vraiment besoin d'une cigarette ? Oui |__| - Non |__|
5. Est-il difficile pour vous de vous empêcher de fumer dans les endroits où vous n'êtes pas supposé le faire, comme dans le bus, dans une salle d'attente ? Oui |__| - Non |__|
6. Quand vous avez essayé de vous arrêter de fumer OU quand vous n'avez pas pu fumer, avez-vous trouvé…
   - Qu'il était difficile de vous concentrer parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui |__| - Non |__|
   - Vous êtes-vous senti plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui |__| - Non |__|
   - Avez-vous ressenti un besoin intense ou une urgence à fumer ? Oui |__| - Non |__|
   - Vous êtes-vous senti nerveux, anxieux parce que vous ne pouviez pas fumer? Oui |__| - Non |__|
   - Vous êtes-vous senti triste ou déprimé parce que vous ne pouviez pas fumer? Oui |__| - Non |__|

Additionnez vos réponses (1 point par réponse " Oui ") : Total : _____

V Alcool

2 - Questionnaire AUDIT

Questions	Score
. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	
Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4
. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vou uvez ?	
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4
. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulièr	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus ca e vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle mpêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Résultat :

VI Cannabis

23 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des **12 derniers mois** ? Oui |__| - Non |__|

24 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des **trente derniers jours** ? |___|

choisir un chiffre dans la liste 1. Une seule fois dans le mois 2. Une fois par semaine ou moins
3. 2 à 6 fois par semaine 4. Chaque jour

Si vous consommez d'aproduits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

25 - À quel âge avez-vous fumé votre premier joint ? à I_____I ans

- **Consommation de cannabis** durant les 30 derniers jours:

26**--** Nombre de joints par jour |___|___|

27 **-** Nombre de joints le soir |___|___|

28 - Nombre de joints le week-end |___|___|

29 - Avez-vous commencé à fumer régulièrement du tabac avant le cannabis ? Oui |__| - Non |__|

30- Pouvez vous estimer le délai entre ces deux usages réguliers ? (mois, années) _____

31 - Quelle quantité de cannabis estimez-vous utiliser par semaine (en grammes, 1-2, 6, 12, 25)? |____|

32 – Avez-vous envie d'arrêter de consommer du cannabis ? Oui |__| - Non |__|

si oui,

33 – Quelle stratégie souhaitez vous ? Vous voulez arrêter:

Le tabac et le cannabis en même temps Oui |__| - Non |__|
Le tabac d'abord avant le cannabis Oui |__| - Non |__|
Le cannabis d'abord avant le tabac Oui |__| - Non |__|
Vous ne voulez pas les arrêter Oui |__| - Non |__|

VII Autres produits addictifs

34-42_ Produits consommés : *au cours du mois passé*

Produit	Mode de consommation habituel IV : 1 / snif : 2 Fumé : 3 / oral : 4	Fréquence de consommation (mois passé)	*choisir un chiffre dans la liste* ***1**. Une seule fois dans le mois* ***2**. Une fois par semaine ou moins* ***3**. 2 à 6 fois par semaine* ***4**. Chaque jour*	Consommation Au moins une fois durant la vie	Age de début de usage (ans)
Héroïne	|___|___|	|___|		|___|	|___|___|
Morphine	|___|___|	|___|		|___|	|___|___|
BENZO	|___|___|	|___|		|___|	|___|___|
Tranquilisant	|___|___|	|___|		|___	|___|___|
Anti dépresseur	|___|___|	|___|		|___|	|___|___|
COCAÏNE	|___|___|	|___|		|___	|___|___|
CRACK	|___|___|	|___|		|___	|___|___|
Amphétamines	|___|___|	|___|		|___|	|___|___|
Autres	|___|___|	|___|		|___|	|___|___|

(1) *Autres produits consommés* : *indiquer les produits consommés au cours du mois*
(2) *Mettre en premier le produit qui pose le plus de problèmes.*

VIII MOTIVATION

'ourquoi fumez-vous ?

:valuez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. *Lisez chaque proposition t entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".*

	TABAC										
e fume…	***Jamais***										***Toujours***
parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour mieux dormir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour augmenter mon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour oser aller vers les autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour aller mieux comme un médicament	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour gérer mes colères ou mes conflits	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour supporter mon entourage	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pour faire parti du groupe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quel est votre degré de motivation pour arrêter de fumer ?

2 - À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? Entourez le chiffre qui correspond le votre situation : (*0 signifie : "Pas important du tout" et 10 signifie "Extrêmement important").*

pas important du tout *extrêmement important*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capaci arvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

) signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

Aucune confiance *Totale confiance*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 3 : Questionnaire de Fagerström à deux questions

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

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

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

Interprétation selon les auteurs :

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

© Haute Autorité de Santé – 2014

Annexe 3 : Liste des figures

Figure 1 : répartition de la consommation des différents traitements de substitution aux opiacés ……..……..……39
Figure 2 : âge moyen de la première cigarette…….…….40
Figure 3 : répartition des niveaux de dépendance au tabac……42
Figure 4 : répartition du nombre d'arrêts supérieurs à 7 jours déjà réalisés par les patients…..…44
Figure 5 : Méthode de sevrage tabagique……..45
Figure 6 : Qu'arrêteriez-vous en premier ?……47
Figure 7 : Perception du tabac……..……48
Figure 8 : Perception du TSO……..…..…49

Annexe 4 : Listes des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de notre population.……..……36
Tableau 2 : facteurs influant sur une consommation importante de cigarettes…….….49
Tableau 2 : facteurs ayant un lien avec l'absence de sevrage significatif jamais réalisé…..……50
Tableau 3 : facteurs influant sur l'absence de motivation au sevrage tabagique…….…..….51
Tableau 4 : facteurs influençant la perception du TSO comme nocif……53
Tableau 5 : comparaison de 4 études parmi des patients sous TSO en France……..…56

Annexe 5 : Fiche de thèse

Pauline HURION
19 rue de la fontaine
57480 KIRSCHNAUMEN
pauline.hurion@voila.fr
06-01-80-04-48

THESE – MEMOIRE : LA DEPENDANCE AU TABAC CHEZ LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT SUBSTITUTIF AUX OPIACES EN AMBULATOIRE

THESE

Président du jury : Pr Paolo Di Patrizio

Directeur de thèse : Dr Paolo Di-Patrizio
Co-directeur de thèse : Dr Jean-François Aubertin

En 2012, une thèse a été réalisée par Thomas TARJUS sur la dépendance au tabac chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés. La population étudiée a été recrutée en CSAPA. Ainsi, j'ai pu constater que ne nombreuses études avaient été réalisées en centres spécialisés mais peu en cabinet de ville. Il me paraît donc intéressant, en tant que futur médecin généraliste, d'étudier les patients sous traitement substitutif aux opiacés en ambulatoire.

Objectif principal : étudier le profil d'addiction tabagique chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés en soins primaires

Objectif secondaire : évaluer le type de prise en charge propose aux patients pour leur dépendance au tabac en soins primaires

Méthode : étude prospective quantitative transversale de cohorte en cabinet ambulatoire

Population à inclure : 300 patients, recrutés par 30 médecins généralistes de la région Lorraine recrutés à partir des réseaux d'addictologie ou connus pour suivre des patients sous traitement substitutif aux opiacés

Critères d'inclusion :

- tout patient volontaire consultant le médecin généraliste pour une prescription ou un renouvellement de traitement substitutif aux opiacés
- patient ayant une dépendance selon les critères du DSM5
- patient dont la prise en charge se fait en ambulatoire
- patient prenant un traitement substitutif aux opiacés
- patient ayant signé l'accord de participation.

Critères d'exclusion :

- patient mineur
- patients non capables de répondre au questionnaire

Retombées : sensibiliser les médecins généralistes à la nécessaire prise en charge conjointe de la dépendance tabagique chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés.

MEMOIRE

Le mémoire portera sur l'élaboration du protocole avec la mise en évidence des difficultés potentielles rencontrées à la constitution d'un panel de 300 patients en cabinet de médecine générale en ambulatoire.

Objectif de soutenance : Octobre 2015

Bibliographie :

- Thèse : " dépendance au tabac chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés ", Thomas TARJUS, juin 2012

lien : theseimg.fr/1/node/74

- Article de revue PSYCHOTROPES : " représentation des traitements substitutifs aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés médecins patients ", février 2013, Morgane Guillo Landreat

lien : http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=PSYT_192_0023

- Article de revue Cochrane « La formation des professionnels de santé consistant à demander à leurs patients s'ils fument permet-elle d'augmenter le nombre d'offres de conseils et d'arrêter de fumer ? « , 9 décembre 2013, Carson KV

lien : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000214.pub2/abstract;jsessionid=06E29357DC50C27E2C8299222E715FAA.f01t03

Objectif de soutenance : Octobre 2016

Résumé

En français :

La dépendance au tabac est un objectif de santé publique avec 78000 morts par an en France. Notre étude est une étude épidémiologique prospective multicentrique quantitative transversale de cohorte en cabinet ambulatoire. Elle inclut 123 patients sous méthadone ou buprénorphine suivis en ambulatoire en Lorraine en 2017.

L'objectif principal est d'étudier le profil d'addiction tabagique des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). Les objectifs secondaires sont d'étudier le type de prise en charge proposé pour le sevrage tabagique, et la perception du TSO et du tabac.

La prévalence du tabagisme est très importante (91,%). 51% ont une dépendance forte selon le mini-Fagerström. La consommation moyenne de tabac est élevée avec 17 cigarettes par jour. Comparativement à la population générale française, l'âge moyen de la première cigarette est identique (15 ans), les patients ayant commencé avant 14 ans sont 3 fois plus nombreux (14%) et les tentatives de sevrage sont deux fois moins nombreuses (38%).

Les méthodes utilisées pour le sevrage sont : la volonté seule (63%), la cigarette électronique (50%), les substituts nicotiniques (20%), les médicaments (7%).

Le tabac est perçu comme nocif pour 93% des patients et le traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour 54%. Pourtant les patients désirent arrêter le TSO en priorité (66%). La compréhension du principe de réduction des risques doit être un axe de travail supplémentaire pour le sevrage tabagique. La prise en charge du tabagisme pourrait-elle faire l'objet d'une substitution au long cours, comme pour les opiacés ?

Mots-clés : dépendance aux opiacés, subtitution, sevrage tabagique

En anglais :

Smoking addiction in patients under opiate substitution treatment in outpatient in Lorraine

Smoking addiction is a public health goal with 78,000 deaths a year in France. Our study is a multi-center prospective cross-section epidemiological study of ambulatory cohort. It includes 123 methadone or buprenorphine patients followed by general practitioner in Lorraine in 2017.

The main objective is to study the smoking addiction profile of patients on opioid substitution therapy (OST). The secondary objectives are to study the type of management proposed for smoking cessation, and the perception of TSO and tobacco.

The prevalence of smoking is very important (91%). 51% have a strong addiction according to the mini Fagerström. Tobacco consumption is high with 17 cigarettes per day on average. Compared with the general French population, the average age of the first cigarette is identical (15 years), patients who started before 14 years are 3 times more as many (14%) and cessation attempts are twice less (38%).

The methods used for tobacco cessation are: the will alone (63%), the electronic cigarette (50%), the nicotine substitutes (20%), drugs (7%).

Tobacco is perceived as harmful for 93% of patients and opioid substitution treatment (OST) for 54%. However, patients want to stop OST as a priority (66%). Understanding the principle of harm reduction should be an additional area of work for smoking cessation. Could the management of smoking be subject to long-term substitution, as for opiates?

Key-words :Opioid dependance, substitution, smoking cessation

VU

NANCY, le 11 novembre 2017
Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le 13 novembre 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10127

NANCY, le 22 novembre 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT