



HAL
open science

Etude de la pertinence en soins primaires des outils et moyens de prise en charge les plus adaptés dans le sevrage tabagique par technique du groupe nominal

Charles-Henry Pierre

► **To cite this version:**

Charles-Henry Pierre. Etude de la pertinence en soins primaires des outils et moyens de prise en charge les plus adaptés dans le sevrage tabagique par technique du groupe nominal. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932313

HAL Id: hal-01932313

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932313>

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
Année 2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

PIERRE Charles-Henry

né le 27 février 1989 à Nancy

le 12 Mars 2018

Etude de la pertinence en soins primaires des outils et moyens de prise en charge les plus adaptés dans le sevrage tabagique par technique du groupe nominal

Président du jury: Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO
Membres du jury: Monsieur le Professeur Ari CHAOUAT
Monsieur le Professeur Roland JAUSSAUD
Monsieur le Professeur Yves MARTINET
Directrice de thèse: Madame le Docteur Nathalie WIRTH



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE
NANCY

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 CHENUÉL

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 AUBREGÉ - 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)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

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

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

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

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

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

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

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

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

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

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

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

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

1^{ère} 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

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

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

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

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

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

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

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

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

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

Docteure Elisabeth STEYER

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

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE
GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

66^{ème} 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 Würzburg (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 (VIËTNAM)
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)

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur P. DI PATRIZIO

Professeur de Médecine Générale

Directeur du Département de Médecine Générale

**Coordinateur local et régional Grand Est du DES de Médecine
Générale**

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir accepté de suivre et soutenir ce travail.

Nous vous prions de voir dans ce modeste travail toute l'expression de notre profond respect et de notre immense gratitude.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur A. CHAOUAT

Professeur de Pneumologie

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Nous vous prions de croire en l'expression de nos profonds remerciements.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur R. JAUSSAUD

Professeur de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique

Vous avez si gentiment accepté de participer au jury.

Veillez trouver l'expression de nos sincères remerciements et recevez ici toute notre reconnaissance.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Y. MARTINET

Professeur Émérite

Professeur de Pneumologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous nous avez porté en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre plus profond respect.

À NOTRE DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur N. WIRTH

Médecin Tabacologue

De l'initiation de ce projet, jusqu'à sa finalisation, vous avez sans cesse été présente. Cette thèse est aussi la vôtre.

Nous nous souviendrons de votre soutien indéfectible.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Aux participants au groupe nominal:

Madame le Docteur Pascale BEURRIER, Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY, Monsieur le Docteur Olivier HANRIOT, Monsieur le Docteur Christophe JACQUIER et Monsieur le Docteur Rémy PAZZOGNA.

Merci de votre participation à cette étude et de l'intérêt porté à ce sujet.

À mes parents,

Par votre soutien et vos conseils, j'ai pu me construire et devenir la personne que je suis aujourd'hui. Je ne vous dirai jamais assez merci pour votre présence à mes côtés. Ma réussite est aussi la vôtre.

À ma sœur Elise,

Je suis heureux de partager autant de choses avec toi et de te voir si souvent. Merci d'être là quand j'en ai besoin. Je suis admiratif de tout ce que tu as construit dans ta vie et du courage dont tu fais preuve dans tous tes choix.

À ma soeur Bérengère,

Nous ne nous parlons pas vraiment et n'avons jamais rien partagé, mais tu resteras ma soeur quoiqu'il en soit.

À mes grands-parents,

Ma vie ne serait pas la même sans vous. Merci pour ce que vous m'avez apporté et pour tout ce que vous m'avez inculqué pendant les semaines de vacances passées chez vous durant mon enfance.

Au reste de ma famille,

C'est toujours un plaisir de vous voir et de passer du temps avec chacun de vous.

À ma marraine,

Nous ne nous voyons que très rarement, mais pour autant, je sais que je peux compter sur toi à n'importe quel moment et que tu seras toujours présente dans ma vie.

À toi Romaric,

Je pense à toi tous les jours. J'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui. Tu peux être sûr que personne ne t'oublie. Je suis impatient d'aller continuer ce que tu as commencé à Madagascar.

À Hélène,

Ton départ à Dijon n'a en rien affecté notre amitié, au contraire. Je sais que je peux compter sur toi, comme tu peux compter sur moi. Merci de tes nombreux messages et de ton soutien tout au long de ce travail. Te voir est toujours un immense bonheur.

**À mes amis d'enfance: Elise, Arnaud, Gauthier, Hakim, Kévin, Maxime B.,
Maxime B., Maxime P., Simon,**

Vous êtes à mes côtés depuis 28 ans... Nous avons tout vécu ensemble, et c'est loin d'être terminé. Je serai toujours là pour vous, vous le savez. Ma vie ne serait pas la même sans votre présence et votre amitié. Merci mes amis.

À Nathalie,

Nos chemins se sont séparés, mais je suis heureux de t'avoir auprès de moi encore aujourd'hui. Notre aventure en Amérique du sud nous réunira pour toujours. Mon plaisir est immense de te savoir dans cette salle. Je suis admiratif de tout ce que tu accomplis au quotidien.

À David et Bruno,

Nous avons commencé nos études de médecine ensemble, un mois d'Aout à Forma. Je suis très fier de vous compter parmi mes amis et j'espère que l'on aura l'occasion de voyager à nouveau ensemble et de vivre encore de belles aventures. Je suis convaincu que vos carrières seront belles.

À Lilou et Lulu,

Pour être qui vous êtes et pour avoir été systématiquement présentes depuis plus de 10 ans. Nos chemins s'éloignent, puis se rejoignent au cours du temps mais vous n'en restez pas moins toujours là. Notre amitié est forte, et je sais qu'elle durera très longtemps.

À Hélène, Marie, La Lub, Roger, Tronchi, Bihl, Litch, PA, Sorci,

L'internat est une étape où il est bon de pouvoir partager nos joies et nos peines, ainsi que nos ressentis. Vous êtes devenus de véritables amis, et pour la plupart toujours là quand j'en ai besoin. Cet internat a eu une saveur particulière grâce à vous. Merci pour tout.

Jérémy,

J'ai vraiment hâte que l'on parte sur les routes ensemble, et tellement heureux de le faire avec toi. En espérant que cette virée au Cap Nord sera le début de bien d'autres périples.

Ed, Ludo, Mathieu,

Nos soirées autour de bonnes pintes à discuter voyages et à se raconter nos anecdotes sont tellement enrichissantes et plaisantes. J'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres. Je suis certain que vous serez d'excellents médecins.

Flash, Mike,

Nos sorties course à pied chaque semaine me remplissent toujours de bonheur. Quelle joie de vous voir prendre autant de plaisir dans ce sport. De grandes performances vous attendent en 2018 et de belles découvertes sur les chemins de trail.

Clémence,

Les voyages que nous avons fait ensemble nous uniront à jamais. Nous avons vécu tellement de belles choses sur les routes du monde entier. Tout simplement, merci. J'espère que tu seras heureuse.

À tous mes amis rencontrés durant mes études,

Nos chemins se sont pour certains éloignés à un moment. Mais les souvenirs des moments passés ensemble restent et ressurgissent parfois quand on ne les attend pas. Je ne vous oublierai pas.

Ninon et Morgane,

Merci pour votre relecture et d'avoir été là pour écouter et entendre mes plaintes. Vous avez participé à ce projet bien plus que vous ne l'imaginez. Je suis pressé de pouvoir en faire autant pour vous.

À tous les médecins rencontrés lors de mon cursus,

Vous avez chacun à votre façon contribué à me former et me transmettre vos connaissances et savoir-faire. Merci pour tout.

Et à tous les autres,

Que chacun soit chaleureusement remercié.

SERMENT

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

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

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

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

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

IDM: Infarctus Du Myocarde

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

BPCO: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

HAS: Haute Autorité de Santé

CO: Monoxyde de Carbone

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OR: Odd Ratio

HSI: Heaviness of Smoking Index

HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

TNS: Traitement Substitutifs Nicotiniques

RR: Risque Relatif

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

TIS: Tabac Info Service

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

UCT: Unité de Coordination Tabacologique

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. GÉNÉRALITÉS

1. Le tabagisme

- 1) *Chiffres*
- 2) *Conséquences sanitaires*

2. Le sevrage tabagique

1) *L'évaluation initiale*

- a. Conseil d'arrêt
- b. Évaluation de la consommation
- c. Évaluation de la motivation
- d. Évaluation de la dépendance
 1. Définition
 2. Critères du DSM V
 3. Test de Fagerström
 4. Recherche des signes de sevrage
 5. Craving
 6. Dépendance psychologique, comportementale et environnementale
- e. Évaluation des comorbidités
- f. Évaluation des coaddictions
 1. L'alcool
 2. Les autres produits psychoactifs
- g. Évaluation du poids

2) *Traitements de la dépendance au tabac*

- a. Pharmacologiques
 1. Traitements substitutifs nicotiques
 2. Varénicline
 3. Chlorhydrate de bupropion

b. Non pharmacologiques

1. Thérapies cognitivo comportementales
2. Conseils aux fumeurs

c. Autres

1. Autres méthodes
2. Cigarette électronique

3) *Prise en charge et modalités de suivi*

3. Médecine générale et sevrage tabagique

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Le groupe nominal

- 1) *Description*
- 2) *Indication*
- 3) *Composition du groupe*
- 4) *Recrutement et modalités d'information*
- 5) *Lors de la réunion*

2. Mise en pratique

- 6) *Les participants*
- 7) *Organisation de la réunion*
- 8) *La réunion*

a. Présentation

b. Liste soumise au vote

IV. RÉSULTATS

1. Tableau des propositions principales

2. Détail des principaux résultats

V. DISCUSSION

1. La validité interne

- 1) *La méthode du groupe nominal*
- 2) *La faisabilité*
- 3) *Les biais de sélection*
- 4) *Les biais de résultats*
- 5) *La représentativité de l'échantillon*
- 6) *Le recueil de l'information*
- 7) *La cotation des items*
- 8) *Les items retenus*

2. La validité externe

- 1) *L'intérêt de ce travail*
- 2) *L'utilisation de ces propositions par les médecins généralistes*
- 3) *L'applicabilité des propositions*
- 4) *L'impact des propositions et perspectives*

3. Comparaison des résultats par rapport à la littérature

VI. CONCLUSION

Annexes

Références bibliographiques

I. INTRODUCTION

Le tabac est apparu en France au cours du XVI^{ème} siècle. Il s'est rapidement popularisé en Europe et dans le monde entier. Cette plante originaire d'Amérique du Sud, possédant un fort pouvoir addictif, est aujourd'hui consommée partout dans le monde. Son usage s'est banalisé principalement sous la forme de cigarette¹, mais toutes les formes de tabac fumé sont toxiques: tabac à rouler, cigares, cigarillos, chichas, pipes ...

En 2014, 5,8 trillion de cigarettes ont été fumées, avec la Chine en tête des pays consommateurs. Le pays se distingue nettement avec plus de cigarettes consommées que dans les 29 pays combinés qui le suivent au classement. A ce jour, la consommation mondiale est estimée à plus de 7 millions de tonnes par an pour plus de 1 milliard de consommateurs actifs². Même s'il existe une diminution significative de la consommation dans les pays développés, la consommation totale augmente au niveau mondial et on note une montée progressive du tabagisme féminin.

La prise en charge de la dépendance au tabac est devenue un enjeu de santé publique depuis plusieurs années. Cela a débuté lorsque le coût médico-social a rattrapé et dépassé les recettes liées à la vente des paquets de cigarettes. En effet, le tabagisme a un retentissement économique très important sur la société. Il y a les coûts directs, comme les dépenses engagées pour soigner les malades du tabac, et les coûts indirects, comme les journées de travail « perdues » et leur indemnisation en raison des arrêts maladie. Ces dernières années, de nombreuses mesures ont été mises en place pour lutter contre le tabagisme. L'Etat a alloué un budget pour la prévention, en réalisant et diffusant par exemple des spots publicitaires dans le but d'informer sur les dangers du tabac et sur les traitements qui existent pour le sevrage. D'autre part, de plus en plus de textes de lois ont été créés (annexe 1).

Le médecin généraliste est défini comme le spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient et assure la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours. Il possède une place majeure, autant dans la prévention que dans la prise en charge du sevrage tabagique, puisqu'il est l'intervenant médical qui va côtoyer le plus le patient. Leur dossier médical doit comporter le statut vis-à-vis des principales consommations à risque, et en particulier celle du tabac. Dès lors que le patient est fumeur, le médecin généraliste devra donner le conseil d'arrêt, qui doit être systématique, et proposer systématiquement une consultation spécifiquement consacrée à cette question.

Parallèlement au développement des mesures de lutte contre le tabagisme, les traitements de la dépendance tabagique ont connu un véritable essor, comme le démontre la littérature à ce sujet.

Suite à une revue de cette littérature, les traitements validés et recommandés pour la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale seront décrits dans une première partie consacrée aux généralités sur le tabagisme. Dans une seconde partie, la formation d'un groupe nominal constitué de médecins généralistes permettra d'évaluer les connaissances et l'application des recommandations de la prise en charge du tabagisme dans la pratique quotidienne en soins primaires, et de lister les problèmes rencontrés.

II. GÉNÉRALITÉS

1. Le tabagisme:

1) *Chiffres:*

a. Dans le monde:

Le tabac est un fléau inégalé de santé publique dans le monde. Il tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie³. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac tue plus de 7 millions de personnes dans le monde par an. Ce chiffre, qui augmente sans cesse, est estimé à 8 millions d'ici 2030. Parmi les victimes du tabagisme, deux populations sont à prendre en compte: plus de 6 millions sont des consommateurs actifs ou des anciens consommateurs, tandis qu'environ 890 000 sont involontairement exposés à la fumée. Une personne meurt à cause du tabac toutes les 6 secondes sur la planète. Au XX^{ème} siècle, le tabac a tué 100 millions de personnes, c'est-à-dire bien plus que les 2 guerres mondiales réunies⁴.

Pour la période 2010-2025, on estime que le tabac est le facteur de risque principal de mort prématurée chez les hommes et le deuxième chez les femmes (après une pression artérielle haute)².

Près de 80% du milliard de fumeurs vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, là où la morbidité et la mortalité liée au tabac est la plus lourde⁴. Un cercle vicieux s'est mis en place puisque le tabagisme augmente dans les pays en voie de développement, mais les consommateurs de tabac vont faire augmenter les dépenses de santé et vont mourir prématurément, privant ainsi leur famille de revenus, et donc freiner le développement économique du pays dans lequel ils vivent.

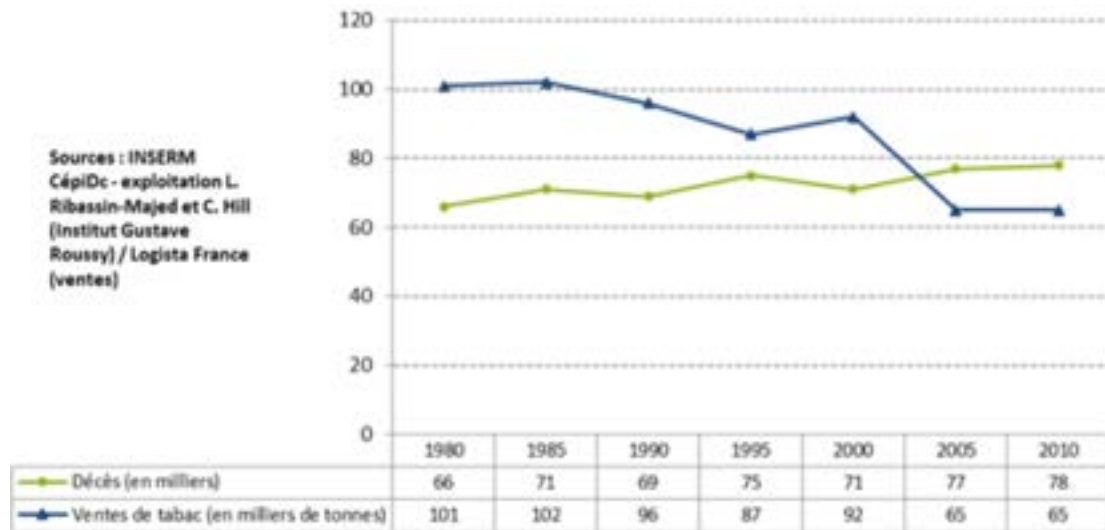
De plus, seuls 24 pays au monde proposent des services complets d'aide au sevrage tabagique. Cela ne représente que 15% de la population mondiale. Et dans un quart des pays à revenu faible, il n'existe aucune aide au sevrage.

b. En France:

La consommation de tabac est la première cause évitable de morts, avec 73 000 morts par an, soit 200 par jour. Il faut savoir que 2 fumeurs sur 3 qui fument toute leur vie meurent d'une affection liée à leur tabagisme. Depuis les années 1980, il existe une diminution du volume des ventes de tabac en France. Les décès qui y sont néanmoins liés également augmentent eux de manière constante puis se stabilisent

désormais car la courbe des décès suit celle des ventes avec un retard de 10 à 20 ans (figure 1)⁶.

Figure 1: Évolution du nombre de décès liés au tabac et des ventes de tabac en France depuis 1980 (d'après 6)

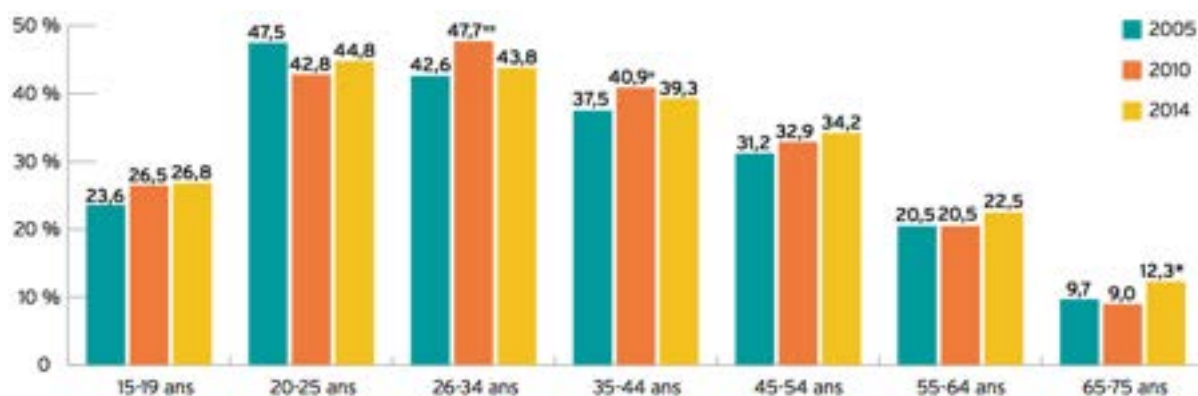


Les baromètres santé sont des enquêtes déclaratives répétées existantes depuis 1992. Ils permettent d'établir un état des lieux, pour chaque thème de santé étudié, des perceptions, attitudes et comportements des personnes qui résident dans notre pays. La répétition de ces baromètres au fil des années rend possible le suivi de leurs évolutions dans le temps.

Ainsi, le baromètre santé 2014 a permis de faire le point sur l'évolution récente de la prévalence du tabagisme et sur les caractéristiques de la consommation de tabac. Il a montré que la prévalence du tabagisme chez les 15-75 ans entre 2010 et 2014 était stable et le tabagisme régulier apparaît même en légère baisse en 2014 (de 29,1% en 2010 à 28,2% en 2014).

La France compte actuellement 28,2% de fumeurs occasionnels chez les 15-75 ans. Chez les hommes de 20 à 25 ans, 44,8% déclarent fumer quotidiennement, ce qui fait d'eux la sous-population la plus touchée (figure 2). C'est également dans cette sous-population que la consommation de tabac est la plus importante chez les femmes (figure 3)⁷.

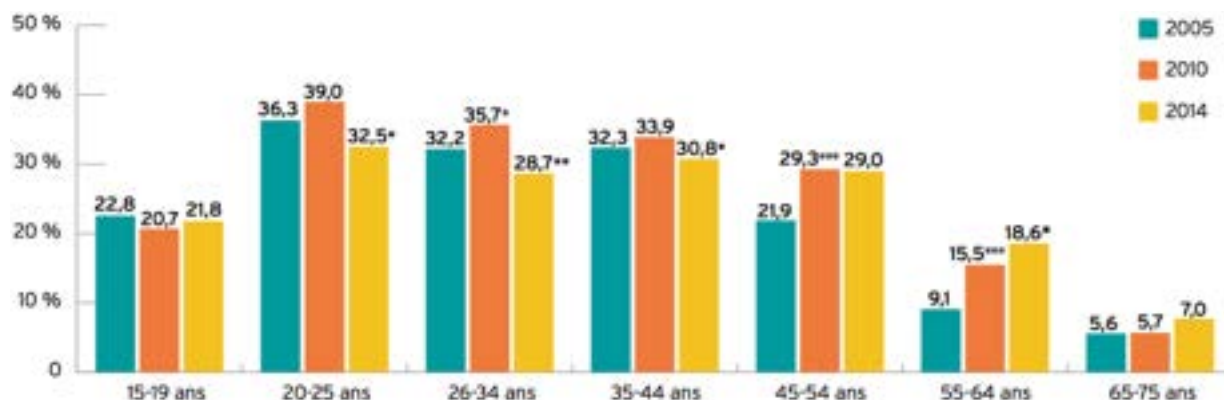
Figure 2: Évolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans) (d'après 7)



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (* : p<0,05). Les ** indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (* : p<0,05 ; ** : p<0,01).

Figure 3: Évolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans) (d'après 7)



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (* : p<0,05 ; ** : p<0,01). Les ** indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (* : p<0,05 ; *** : p<0,001).

Pour ce qui est du sevrage, le baromètre santé 2014 nous révèle en particulier que 29% des fumeurs quotidiens ont essayé d'arrêter de fumer dans l'année:

- 71% ont arrêté leur consommation pendant au moins une semaine (ils étaient 69% en 2010)
- 29% ont fait une tentative d'arrêt au cours de l'année
- 8,5% ont fait une tentative d'arrêt il y a entre un et deux ans
- 13,2% ont essayé il y a entre deux et cinq ans
- 19,4% ont essayé d'arrêter il y a plus de cinq ans

Le baromètre nous apprend également que le nombre de fumeurs quotidiens ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année, estimée à 29%, est en augmentation, alors que ce chiffre était de 25% en 2010. Cette hausse est importante chez les 15-24 ans : 54% en 2014 (41% en 2010).

La proportion de fumeurs réguliers déclarant avoir envie d'arrêter de fumer est de 59,5% :

- 10,6% aimerait le faire dans le mois à venir
- 16,7% entre un et six mois
- 5,3% au-delà de six mois mais dans les douze prochains
- 26,5% dans un avenir qu'ils n'ont pas déterminé

2) *Conséquences sanitaires:*

Il n'y a pas de consommation de tabac sans risque. Une personne qui fume toute sa vie de manière régulière perd en moyenne 15 ans de vie. La fumée de cigarette est composée de plus de 4000 substances, dont la nicotine. Sont également présents des toxiques, irritants et cancérigènes, des gaz et des particules fines. La nicotine est responsable de la dépendance, et impliquée dans le risque cardiovasculaire. Mais c'est en grande partie les autres composants qui vont entraîner la mortalité liée au tabagisme.

Le tabac a de très nombreuses répercussions sur le corps et la santé²:

- les yeux: cataracte, dégénérescence maculaire entraînant une cécité
- le cerveau: accident vasculaire, addiction, anxiété
- le nez: rhinosinusites chroniques, cancer des cavités nasales
- les cheveux: décoloration
- les dents: décoloration, maladies parodontales, caries, perte de dents
- la bouche et la gorge: cancers, infections
- les oreilles: infections, surdité
- les poumons: cancers, bronchites chroniques, infections pulmonaires, asthme
- le coeur: coronaropathies, athérosclérose
- la poitrine et l'abdomen: insuffisance rénale, ischémie intestinale⁸, cancers
- le foie
- l'appareil reproducteur: diminution de la fertilité
- le système urinaire: cancers de vessie, de prostate
- la peau: psoriasis, vieillissement prématuré
- les mains: troubles circulatoires
- le système squelettique: arthrose de hanche, ostéoporose...

Les trois principales causes de décès liés au tabagisme sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.

a. Les cancers:

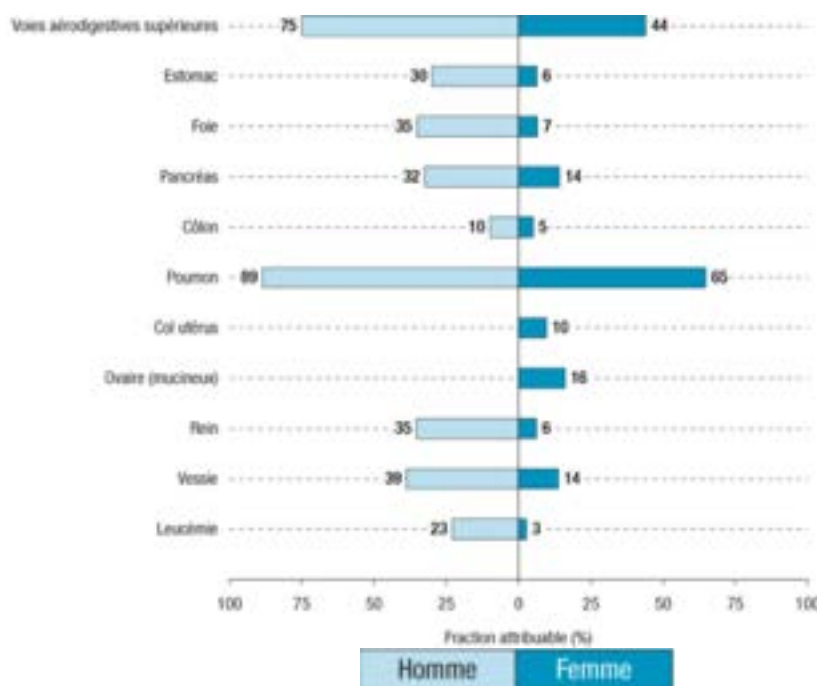
Ils sont la principale cause de décès liée au tabagisme et sont estimés à hauteur de 60%⁹. En première ligne, celui du poumon puisque près de 90% de ces cancers sont rattachés à la consommation tabagique. Le risque va être lié au nombre de cigarettes fumées mais également, et surtout, à la durée de la consommation tabagique (figure 4)¹⁰. En effet, pour une dose de tabac fumée doublée, le risque de cancer pulmonaire est également multiplié par 2, mais si l'on double la durée de consommation tabagique, le risque est multiplié par 20¹¹. Chaque cigarette augmente de 7% le risque d'avoir un cancer bronchique¹².

Figure 4: Mortalité par cancer bronchique en fonction de la durée du tabagisme chez l'homme (d'après 10)

Tranche d'âge	Consommation moyenne (cigarettes.j ⁻¹)	Durée moyenne du tabagisme (années)	Mortalité par cancer bronchique (décès/100 000 personnes)
40-49	25	29	24
50-59	23	36	147
60-69	23	44	432
70-79	20	51	933

En dehors du cancer pulmonaire, le tabagisme peut provoquer des cancers au niveau des autres organes et les décès attribuables au tabagisme sont nombreux (figure 5)¹³.

Figure 5: Décès attribuables au tabagisme selon la localisation cancéreuse. Estimation pour la France métropolitaine dans la population âgée de plus de 35 ans en 2013 (d'après 13)



b. Les maladies cardiovasculaires:

Selon l'OMS, 20 à 25% des décès d'origine cardiovasculaire sont liés au tabac, et celui-ci serait même le premier facteur de risque. Deux substances sont à l'origine de ces pathologies: la nicotine et le monoxyde de carbone.

Le tabac va augmenter fortement le risque d'infarctus du myocarde (IDM), d'artériopathie des membres inférieurs, d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'accident vasculaire cérébral (AVC)¹⁴:

- Risque d'AVC multiplié par 7 chez les fumeurs
- Risque d'IDM multiplié par 8 avant l'âge de 45 ans mais risque de survenue divisé par 2 en cas de sevrage.

L'athérosclérose induite par le tabac atteint surtout les artères de moyens et de gros calibres qui possèdent de fortes résistances périphériques. La nicotine stimule la synthèse des catécholamines qui agissent sur l'endothélium et entraînent des lésions athéromateuses en activant le système sympathique. En inhalant la fumée, les fumeurs vont former de la carboxyhémoglobine qui va provoquer des lésions endothéliales par hypoxie, stade premier de l'athérosclérose.

c. Les pathologies respiratoires:

11% des patients fumeurs sont atteints d'une pathologie respiratoire. En 2000, environ 30% des morts par maladies respiratoires non cancéreuses en Europe étaient liés à la consommation de tabac et environ 66% des morts par bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) étaient directement liés au tabac fumé, qui est le premier facteur de risque de cette pathologie. Le risque global de mortalité par BPCO est environ 20 fois supérieur chez un fumeur par rapport à un non-fumeur¹⁵.

Le tabagisme va aggraver l'évolution de la maladie asthmatique. Les symptômes seront moins bien contrôlés, les hospitalisations plus fréquentes et la qualité de vie sera donc bien diminuée.

En dehors de la BPCO et de l'asthme, bien d'autres affections respiratoires sont liées au tabac:

- les pathologies infectieuses seront plus fréquentes: pneumopathies, gripes, bronchites aiguës, tuberculoses

- certaines pathologies interstitielles: hystiocytose langerhansienne pulmonaire, pneumopathie interstitielle desquamative, fibrose pulmonaire idiopathique, bronchiolite respiratoire avec pneumopathie interstitielle, hémorragie alvéolaire au cours du syndrome de Goodpasture, pneumopathie aigüe à éosinophiles¹⁶.

2. Le sevrage tabagique:

1) L'évaluation initiale:

a. Conseil d'arrêt:

Lorsque le médecin voit un patient en consultation, il se doit lui demander: « Est-ce que vous fumez ? ».

Cette question doit toujours être posée, indépendamment du motif de consultation. Si le patient répond oui, il doit lui poser quelques questions dans le cadre d'une intervention brève:

- évaluer la consommation de manière précise
- recommander, d'une manière claire, l'arrêt du tabac
- informer le patient sur les risques du tabac et les bénéfices de l'arrêt
- se mettre à sa disposition pour une éventuelle prise en charge et se montrer disponible

Cette attitude doit être systématiquement adoptée face à tout patient. Bien appliquée par le médecin de famille, celle-ci entraînera la discussion avec les fumeurs qui se posent des questions, et déclenchera une demande de prise en charge plus importante et personnelle. Ce conseil d'arrêt est la méthode la plus efficace en terme de coût. C'est le fait de le répéter de manière systématique au patient qui entraîne cette efficacité.

Une étude a montré que ce conseil, donné par le médecin à tous les patients fumeurs qu'il suit quotidiennement, entraîne une augmentation de 2% de sevrage à long terme par an. Cela représente 75 000 sevrages supplémentaires par an au niveau national¹⁷. L'efficacité de ce conseil a été évaluée et jugée avec un Odd Ratio (OR) = 1,82 (IC95% = 1,16-2,86) en cas de tentative d'arrêt après avoir reçu des conseils d'arrêt et un OR = 2,23 (IC95% = 1,56-3,2) si un traitement pharmacologique lui est associé¹⁸.

Ce conseil d'arrêt doit être clair et précis. La Haute Autorité de Santé (HAS) donne quelques exemples dans sa recommandation de bonne pratique de 2014 (annexe 2).

b. Évaluation de la consommation:

Si le patient fume, il faut évaluer sa consommation de manière très précise, la dater et la quantifier, pour connaître son histoire tabagique. Il faut évaluer:

- le mode de consommation du tabac: cigarette, chicha, pipe, cigare, tabac à rouler ...
- l'âge de début
- l'histoire tabagique familiale
- depuis combien d'années fume-t-il
- le nombre de cigarettes fumées
- les circonstances qui entraînent l'envie de fumer
- les circonstances qui déclenchent la consommation
- s'il existe un tabagisme passif; en particulier, connaître le statut tabagique de la famille et des amis proches. Il faudra alors évaluer la possibilité d'une tentative de sevrage conjointe avec celle du patient.
- s'il a déjà essayé d'arrêter. Si la réponse est oui: combien de temps a duré son sevrage, s'il a pris un traitement, comment cela s'est-il passé, quels signes de sevrage ont été présents, les causes des rechutes ..

La méthode du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré permet d'avoir un bon reflet de la consommation des dernières heures du patient, mais trop peu de médecins ont cette machine dans leur cabinet. Pourtant, ces analyseurs de CO sont simples d'utilisation et leur prix n'est pas excessif.

c. Évaluation de la motivation:

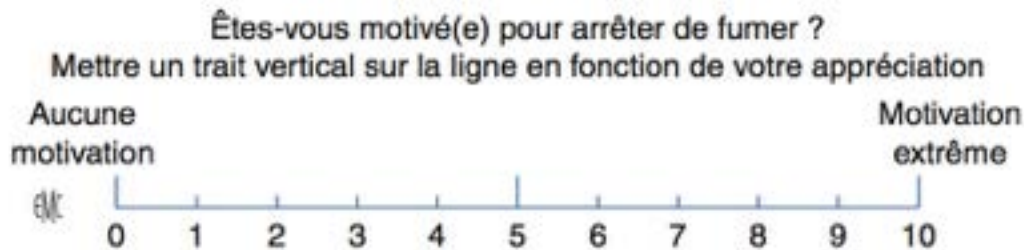
Connaître le stade de motivation du patient va être très important. Ces stades ont été développés dans le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, qui correspond à une théorie de changement comportemental (Figure 6)¹⁹.

Figure 6: Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (d'après 19)



Pour connaître la motivation d'un patient, le moyen le plus simple est l'échelle visuelle analogique (Figure 7)²⁰. Celle-ci pourra être répétée au cours du temps car la motivation est un paramètre évolutif et plusieurs méthodes permettent de l'améliorer, comme par exemple le conseil d'arrêt systématique, vu précédemment.

Figure 7: Échelle visuelle analogique (d'après 20)



Il existe une ambivalence chez les fumeurs par rapport à leur consommation. La plupart souhaite arrêter le plus rapidement possible, mais ont une approche qui s'oppose à notre démarche médicale, en raison de la crainte majeure de l'échec. Il faut en discuter ouvertement avec le patient et ne pas avoir d'a priori. Ensuite, il s'agit de créer une alliance thérapeutique en lui faisant surpasser ses réticences. Les fumeurs ont souvent des idées fausses qu'il convient d'expliquer et d'éclairer, pour les rassurer au maximum.

L'entretien motivationnel est une intervention thérapeutique permettant de faire progresser les fumeurs dans les stades de changement et de maintenir l'abstinence. Il est significativement efficace par rapport à un simple conseil d'arrêt ou une prise en charge habituelle avec un Risque Relatif (RR) de 1,26 (IC95%= 1,16-1,36)²¹.

Il repose sur plusieurs principes qui sont²¹:

- entretien empathique
- entretien d'écoute et d'encouragement
- augmenter la confiance du patient en sa capacité de changement
- essayer de comprendre ses peurs et ses appréhensions concernant le sevrage
- renforcer sa confiance en lui
- appuyer sur les points de contradictions du patient

Il faut que le patient avance, aidé dans sa prise de position d'arrêt. Certains facteurs, qui peuvent jouer ou entraîner une motivation supplémentaire, doivent également être pris en compte (chirurgie, hospitalisation planifiée, grossesse..), ou moindre (vacances, fêtes de fin d'année..).

A noter qu'il existe d'autres échelles de motivation que l'on peut utiliser en médecine générale (annexe 3).

d. Évaluation de la dépendance:

Cette étape est essentielle. Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psycho-actives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne²²⁻²³.

1. Définition:

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

Cette définition permet de comprendre le problème de l'addiction au tabac.

La nicotine, principale alcaloïde contenue dans la feuille de tabac, est le facteur pharmacologique responsable de la dépendance¹. Même si son action est probablement modulée par certains constituants qui sont dans la fumée du tabac, il n'existe pas de dépendance en son absence. Après l'inhalation d'une bouffée de fumée de tabac, de grandes quantités de nicotine arrivent en quelques secondes au cerveau. Elles vont se fixer sur des récepteurs cholinergiques dits " nicotiques " et stimuler le circuit de récompense en modulant la libération de neurotransmetteurs qui vont procurer au fumeur différents effets comme le plaisir, la détente, la stimulation intellectuelle et l'effet anti-douleur.

2. Critères du DSM V:

Dans un premier temps, la dépendance au tabac va être recherchée à l'interrogatoire du patient. Plusieurs critères vont permettre de confirmer son existence. Ils sont au nombre de onze selon le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) V²⁴:

1. Consommation de tabac plus importante ou sur une période plus longue que prévue
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour arrêter ou réduire sa consommation de tabac
3. Beaucoup de temps passé pour se procurer, consommer ou récupérer des effets du tabac

4. Craving, ou envie intense et impérieuse de consommer du tabac
5. Manquement à des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison à cause du tabac
6. Poursuite de la consommation malgré des problèmes causés ou exacerbés par les effets du tabac
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs abandonnées ou réduites à cause du tabac
8. Consommation de tabac répétée dans des situations physiquement dangereuses
9. Consommation de tabac en dépit des problèmes physiques ou psychologiques susceptibles d'être causés ou exacerbés par le tabac
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités sensiblement plus fortes de tabac pour obtenir l'effet désiré
 - effet notablement diminué en cas de consommation continue d'une même quantité de tabac
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage au tabac
 - tabac consommé pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

La présence d'au moins deux critères sur une période de 12 mois permet de confirmer l'existence de la dépendance.

3. Test de Fagerström:

Un autre outil d'évaluation de la dépendance est actuellement validé: le test de Fagerström, en 6 questions, qui est de très loin le plus utilisé (figure 8)²⁰.

Il y a également le Heaviness of Smoking Index (HSI), qui reprend simplement les deux questions principales du test de Fagerström:

- nombre de cigarettes fumées par jour
- délai écoulé entre le réveil et la première cigarette fumée le matin

Les résultats de ces tests peuvent être faussés s'il existe une diminution récente de la consommation tabagique ou chez les patients qui fument moins de 10 cigarettes par jour.

Figure 8: Test de Fagerström (d'après 20)

Questions	Réponses	Cotation
Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?	Dans les cinq premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit (église, bibliothèque, cinéma, etc.) ?	Oui	1
	Non	0
Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus perdre ?	La première le matin	1
	Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?	Oui	1
	Non	0
Interprétation du score		
0 à 2	Dépendance faible ou nulle à la nicotine	
3 à 4	Dépendance faible à la nicotine	
5	Dépendance moyenne à la nicotine	
6 à 7	Dépendance forte à la nicotine	
8 à 10	Dépendance très forte à la nicotine	

4. Recherche des signes de sevrage:

En parallèle, il faudra rechercher les signes de sevrage. Leur survenue à l'arrêt du tabac vont permettre de caractériser également la dépendance. Ils sont également énoncés dans le DSM V¹⁵:

A - Utilisation quotidienne de tabac pendant au moins plusieurs semaines

B - Arrêt brutal de l'utilisation ou réduction de la nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivants:

- irritabilité, frustration ou colère
- anxiété
- difficulté de concentration
- augmentation de l'appétit
- fébrilité

- humeur dépressive
- insomnie

C - Les signes ou symptômes du critère B entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D - Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris par l'intoxication ou le syndrome de sevrage à une autre substance

5. « Craving »:

Ce terme désigne l'envie irrépressible et le désir compulsif de fumer. C'est le symptôme le plus spécifique du sevrage tabagique. Il existe 2 outils spécifiques pour rechercher cette notion:

- le QSU ou questionnaire des envies urgentes de fumer en 32 questions²⁵
- le Tobacco Craving Questionnaire en 12 items²⁶

Présentés en annexe 4.

Le « craving » est la première raison de reprise du tabac citée par 45% des fumeurs de la FOCUS STUDY avant le stress et l'anxiété (34%)²⁷. Par ailleurs, 96% des fumeurs de tabac estiment que le « craving » a contribué à la reprise de la consommation²⁸.

6. Dépendance psychologique, comportementale et environnementale:

Ces 3 dépendances vont avoir un impact sur le comportement tabagique. L'interrogatoire permet de faire une évaluation simple de ces facteurs. Il existe également 2 questionnaires pour les évaluer:

- Test de Horn²⁹
- Questionnaire Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS)³⁰

Présentés en annexe 5.

e. Évaluation des comorbidités:

Il faut bien connaître tous les antécédents du fumeur avant d'entreprendre le sevrage. En particulier, rechercher des pathologies psychiatriques, qu'elles soient anciennes ou actuelles, en ciblant principalement l'anxiété et la dépression, qui sont les plus fréquentes. Il y a deux fois plus de fumeurs chez les patients atteints d'une

pathologie psychiatrique que dans la population générale³¹. L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)³² (annexe 6) qui permet au médecin de dépister ces troubles, peut être réalisée. Les chances de sevrage augmentent avec leur prise en charge.

Le sevrage tabagique peut améliorer les troubles anxieux et dépressifs. Une étude a démontré que c'est le tabagisme qui est souvent à l'origine de stress, d'anxiété et de dépression, et non pas un moyen pour atténuer ces symptômes³³.

Leur présence justifie d'autant plus la prise en charge tabagique, et ne doit la reporter en aucun cas.

f. Évaluation des co-addictions:

Parallèlement, la recherche de la consommation d'autres produits psycho-actifs est importante, car si elle est présente, elle va rendre la prise en charge du sevrage tabagique plus difficile.

1. L'alcool:

Chez de nombreux fumeurs, la consommation d'alcool va stimuler l'envie de fumer et constitue donc un facteur de risque de rechute important. Il faut l'évaluer en grammes d'alcool par jour et par semaine avant de rechercher un mésusage ou une dépendance grâce à l'interrogatoire et à un questionnaire simple DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), traduction du CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener)³⁴ :

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

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions témoignent de l'existence probable de problèmes liés à la consommation d'alcool.

D'autres questionnaires existent pour dépister cette consommation:

- l'AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test)³⁵
- le FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation)³⁶

Présentés en annexe 7.

Si ces questionnaires objectivent une consommation d'alcool, sa prise en charge sera spécifique. Elle sera d'autant plus importante que les effets néfastes du tabac et de l'alcool ne s'additionnent pas mais se multiplient. Ces deux facteurs de

risque agissent en synergie et au moins 75% des cancers de la tête et de la gorge sont liés à l'association tabac-alcool³⁷.

2. *Les autres produits psycho-actifs:*

La consommation du cannabis est le plus souvent associée à du tabac. De la même manière que la consommation d'alcool, l'interrogatoire et le questionnaire DETC (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis)³⁸ va nous permettre de rechercher son usage:

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?
- Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives (ou plus) sont évocatrices d'une consommation nocive.

L'autre questionnaire fréquemment utilisé est le CAST (Cannabis Abuse Screening Test)³⁹ (annexe 8).

Il faudra également s'attacher à rechercher une consommation d'autres produits psycho-actifs.

g. Évaluation du poids:

Pour certains fumeurs, sevrage tabagique et prise de poids sont synonymes, et constituera un obstacle supplémentaire. Une prise de poids est une cause fréquente de rechute.

Il faut proposer au patient une évaluation nutritionnelle systématique pour:

- dépister les troubles du comportement alimentaire spécifiques
- prévenir les mauvaises habitudes alimentaires et les corriger avant le sevrage

L'arrêt du tabac entraîne en moyenne une prise de poids de 2,5 kg sur 5 ans par rapport aux patients qui poursuivent leur tabagisme⁴⁰.

Lorsqu'un fumeur décide d'arrêter seul, sans aucun traitement, le taux d'abstinence à un an est très faible, de l'ordre de 2 à 5 %⁴¹. Pour améliorer et optimiser les résultats du sevrage tabagique, différents traitements existent et ont été validés.

2) Traitements de la dépendance au tabac:

a. Pharmacologiques:

1. Traitements substitutifs nicotiques (TNS):

Ils ont pour objectif de remplacer la nicotine contenue dans les cigarettes. Ces traitements doivent être adaptés à la dépendance du fumeur et ils doivent être modulés en fonction de signes de sous ou surdosage nicotinique. Ils sont disponibles en pharmacie sur prescription médicale, ou, depuis 1999, en vente libre sans ordonnance. Depuis le 1^{er} novembre 2016, l'assurance maladie prend en charge ces traitements, à hauteur de 150 euros par personne et par année civile, mais seulement sur prescription d'ordonnance consacrée uniquement à ces médicaments. Par rapport à un groupe témoin, les chances de réussite de sevrage avec une substitution nicotinique possède un OR global de 1,60 (IC 95%= 1,53-1,68). Et l'association de plusieurs substituts permet d'augmenter les chances de sevrage puisque c'est significativement plus efficace que de n'en prendre qu'une seule forme avec un RR= 1,34 (IC 95%= 1,18-1,51)⁴². Ils se présentent sous plusieurs formes galéniques en France:

—> Patch transdermique : introduit pour la première fois en 1992 aux Etats-Unis, il se colle le matin au réveil sur une peau sèche et propre et doit être porté 16 ou 24 heures. Le pic de nicotine dans le sang est obtenu 6 à 8 heures après la pose du patch, mais l'effet débute environ 2 heures après sa pose.

L'action est plus lente et durable, par rapport à l'action éphémère de la nicotine contenue dans les cigarettes. Elle se diffuse très lentement par voie veineuse avant de gagner ensuite le flux sanguin, puis le cerveau pour y exercer son action sur les récepteurs de l'acétylcholine.

Le patch existe en 3 dosages: 21, 14 ou 7 milligrammes de nicotine pour les formes sur 24 heures, et à 25, 15 ou 10 milligrammes pour ceux agissant sur 16 heures. La durée du traitement est habituellement de 3 mois, les doses étant diminuées progressivement.

Il peut entraîner un prurit local, le plus souvent passager. Il peut également provoquer des troubles du sommeil, il faudra alors retirer le patch la nuit. Mais l'effet secondaire le plus fréquent est l'irritation cutanée⁴².

Le patch en association à la gomme nicotinique entraîne une efficacité plus importante à 6 mois par rapport au patch seul, à la gomme seule, au bupropion, ou à l'association bupropion - gomme. Mais tous ces traitements sont plus efficaces que le placebo⁴³.

Une autre étude retrouve un OR du patch nicotinique par rapport au placebo à 1,64 (IC 95%= 1,52-1,78)⁴².

—> Gommages de nicotine: c'est le premier des substituts nicotiques à avoir été mis sur le marché, en 1986. La gomme permet d'atténuer le phénomène de « craving » en libérant de la nicotine. Cette dernière est diffusée à travers la muqueuse buccale avant d'atteindre la circulation sanguine. Le pic de concentration maximal est atteint au bout de 30 minutes. Il faudra prévenir le patient d'éviter de boire des boissons acides avant ou pendant la prise de la gomme car son absorption est diminuée en cas de pH acide.

Au début du sevrage, une posologie de 8 à 10 gommages par jour est recommandée, puis il faut procéder à une diminution progressive. Il est important de préciser de mâcher lentement la gomme, et de laisser la gomme contre la joue ou sous la langue pour permettre l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale. Une gomme dure environ 30 à 60 minutes. Si la gomme est mâchée de manière trop vigoureuse, la nicotine est avalée avec la salive et donc inefficace. Il existe deux dosages de gommages: 2 et 4 milligrammes. Le principal effet secondaire est l'intolérance buccale⁴². Elles sont contre-indiquées si le patient porte un appareil dentaire.

La gomme nicotinique possède l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour réduire la consommation. Par rapport au placebo, l'OR de l'efficacité est de 1,49 (IC 95%= 1,40-1,60). Par ailleurs, chez les fumeurs très dépendants, les gommages les plus efficaces sont celles dosées à 4 milligrammes⁴².

—> Comprimés et pastilles à sucer, tablettes sublinguales: les différentes présentations sont dosées à 1, 1,5, 2, 2,5 et 4 milligrammes pour les comprimés et les pastilles. Les dernières nommées n'existent qu'en 2 milligrammes. Comme pour les gommages, le principal effet secondaire est l'intolérance buccale.

L'OR de l'efficacité avec ces formes en comparaison avec le placebo est de 1,95 (IC95%= 1,36-2,5)⁴². Leur AMM est la même que pour les gommages nicotiques.

—> Inhalateur de nicotine: il ressemble à la cigarette par sa forme. C'est un embout buccal dans lequel on insère une cartouche de nicotine. Cependant, le mode d'administration de la nicotine diffère puisque c'est une absorption pulmonaire pour la cigarette, alors qu'elle est buccale pour l'inhalateur. L'appareil fournit au fumeur une nicotine aseptisée, exempte des ingrédients toxiques contenus dans la fumée de tabac. Lorsque le patient présente des symptômes de sevrage, il aspire à travers la cartouche. La nicotine est libérée et absorbée par la muqueuse buccale et non par les poumons. Il associe à la substitution nicotinique une composante gestuelle qui peut être importante chez certains fumeurs.

La posologie recommandée est de 6 à 12 cartouches par jour, mais la fréquence et l'intensité des aspirations sont à adapter selon les besoins individuels. Une cartouche représente 4 cigarettes de 20 minutes. L'inhaleur peut entraîner parfois une irritation de la gorge et de la bouche⁴² ainsi qu'une légère toux.

Son OR par rapport au placebo est de 1,90 (IC95%= 1,36-2,67)⁴². Et son AMM est également la même que pour les gommes nicotiniques.

Dans une étude comparant l'inhaleur aux gommes nicotiniques (les patients choisissaient) versus un placebo, les patients préféraient à 84% utiliser l'inhaleur. Il existe une différence significative pour l'abstinence entre le groupe gomme ou inhaleur par rapport à celui placebo⁴⁴.

—> Spray buccal de nicotine: celui ci est dosé à 1 milligramme par dose, en sachant qu'il peut être utilisé 1 à 2 fois par heure, avec un maximum de 64 pulvérisations par jour.

L'OR de réussite du sevrage avec cette méthode par rapport au placebo est de 2,48 (IC95%= 1,24-4,94)⁴².

2. *Varénicline:*

Commercialisé en France depuis début 2007, ce médicament est uniquement délivré sur prescription médicale. Il est remboursé à 65% depuis peu de temps par l'assurance maladie, mais sous certaines indications uniquement: il est indiqué dans le sevrage tabagique, en seconde intention, après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiniques chez les adultes ayant une forte dépendance au tabac, c'est-à-dire avec un test de Fagerström supérieur ou égal à 7⁴⁵.

La nicotine est un agoniste des récepteurs à l'acétylcholine. En se fixant sur ces récepteurs, elle va stimuler la libération de dopamine dans le noyau accumbens, provoquant ainsi un sentiment de satisfaction. De plus, au fur et à mesure, la nicotine développe ces récepteurs qui renforcent les besoins en cette dernière.

La varénicline, agoniste partiel des récepteurs à la nicotine, permet une libération modérée de dopamine qui calme les symptômes de manque nicotinique, le craving est diminué, et elle diminue les effets psycho-actifs de la nicotine en cas de poursuite du tabagisme.

L'utilisation de cette molécule a été associée à de graves effets indésirables, notamment neuropsychiatriques, comme la dépression, le comportement suicidaire, auto-agressif, ou hostile. Mais la récente étude EAGLES n'a montré aucune augmentation significative de ces effets indésirables sous varénicline⁴⁶.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées, insomnies, céphalées, rêves anormaux, constipation et douleurs abdominales. Il faudra évaluer l'aptitude à la conduite automobile.

La varénicline devra être débutée une semaine avant la date prévue d'arrêt. La dose devra être progressivement croissante selon le schéma suivant:

- 0,5 milligramme par jour les trois premiers jours
- 1 milligramme par jour les quatre jours suivants, en 2 prises espacées de 8 à 12 heures
- 2 milligrammes par jour ensuite, toujours en 2 prises espacées de 8 à 12 heures

La durée initiale du traitement est de 12 semaines mais une seconde cure peut être faite pour les patients qui ont arrêté de fumer à la fin des 12 semaines de traitement.

Le sevrage est significativement plus important dans le groupe prenant la varénicline que dans le groupe placebo avec un OR de 2,31 (IC95%= 2,01-2,66) à 6 mois ou plus. La molécule est également supérieure en comparaison au bupropion à un an avec un OR de 1,52 (IC95%= 1,22-1,88)⁴².

Une autre méta-analyse récente va dans ce sens avec une abstinence plus importante à 6 mois et davantage avec la varénicline que le placebo (OR: 2,24, IC95%= 2,06-2,43), par rapport au bupropion (OR 1,39, IC95%= 1,25-1,54), et également en comparaison aux substituts nicotiques (patch ou substituts oraux) (OR: 1,25, IC95%= 1,14-1,37)⁴⁷.

A noter qu'une prise en charge comportementale associée à la varénicline permet d'augmenter de manière significative le taux d'abstinence par rapport à l'absence de thérapies comportementales avec un OR de 1,83 (IC95%= 1,68-1,98)⁴⁸.

3. Chlorhydrate de bupropion:

Mis sur le marché en septembre 2001, il est délivré uniquement sur prescription médicale. C'est un inhibiteur de la recapture neuronale de la dopamine et de la noradrénaline, il se fixe sur les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine. Il va donc favoriser l'augmentation du taux de dopamine.

Il va supprimer les symptômes de sevrage de la nicotine.

Les principaux effets indésirables sont les crises d'épilepsie, la sécheresse de la bouche et l'insomnie⁴⁹. Il faudra rechercher d'éventuelles contre-indications (antécédents de maladie épileptique ou de convulsion, de troubles du comportement alimentaire, de troubles bipolaires, une tumeur cérébrale, insuffisance hépatique

sévère, sevrage alcoolique ou aux benzodiazépines en cours, grossesse..) et se méfier des nombreuses interactions médicamenteuses avec d'autres molécules, en particulier les inhibiteurs de la monoamine oxydase.

Le bupropion devra être débuté à la dose de 150 milligrammes par jour pendant 6 jours, puis augmenté à 300 milligrammes par jour par la suite, en 2 prises espacées d'au moins 8 heures. La durée du traitement sera de 7 à 9 semaines, et l'arrêt du tabac est à programmer lors de la deuxième semaine de traitement.

L'efficacité du bupropion a été démontrée dans de nombreux essais thérapeutiques de grade A.

Une étude récente a également montré l'efficacité de cette molécule pour le sevrage tabagique des fumeurs moyennement et fortement dépendants avec un OR de 1,62 (IC95% = 1,49-1,76)⁴⁹.

b. Non pharmacologiques:

1. Thérapies cognitivo-comportementales:

Elles vont agir sur le comportement, la pensée et les émotions. Il s'agit de permettre au patient de comprendre sa dépendance au tabac, d'identifier les pensées et les émotions qui le poussent à fumer (aspect cognitif) et de repérer les situations à risque (aspect comportemental).

La cigarette agit sur le cerveau de 2 manières: directe avec l'action de la nicotine sur les récepteurs nicotiques à l'acétylcholine, et indirecte avec les habitudes et la gestuelle.

Les thérapies cognitivo-comportementales permettent d'apprendre des stratégies pour faire face à l'envie de fumer (stratégies d'évitement, de remplacement). Elles permettent aussi au patient de penser à son sevrage tabagique sur le long terme, dans la perspective d'une meilleure qualité de vie. Elles vont apprendre au patient à s'observer et s'auto-évaluer.

En tabacologie, le déroulement des séances est standardisé:

- une analyse fonctionnelle pour étudier différentes composantes du tabagisme: le comportement, l'entourage du fumeur, les potentielles causes de rechutes

- l'objectif du traitement est d'amener le patient à mettre en place des stratégies lui permettant d'éviter son comportement tabagique

- en cas de succès, l'objectif sera de renforcer son comportement pour maintenir et poursuivre le sevrage tabagique. En cas d'échec, il s'agira de rechercher les causes pour les éviter lors d'une prochaine tentative¹⁵.

Lorsqu'on associe une thérapie cognitivo-comportementale à une médication seule, les chances de succès augmentent avec un OR de 1,4 (IC95%= 1,2-1,6). Cette efficacité va augmenter avec le nombre et la durée des séances qui seront réalisées dans le cadre du suivi. En effet, à six mois, l'OR versus la médication seule passe de 1,5 (IC95%= 1,1-1,8) pour deux à trois entretiens, à 1,7 (IC95%= 1,3-2,2) pour plus de huit entretiens⁵⁰.

2. *Conseils aux fumeurs:*

Il est possible de renforcer le sevrage tabagique en associant aux traitements pharmacologiques un soutien grâce à des conseils donnés aux fumeurs. En effet, il existe une différence significative des taux d'abstinence à long terme avec un OR de 1,17 (IC95%= 1,11-1,24)⁵¹.

Depuis 1998, il existe un dispositif proposant des conseils aux fumeurs: Tabac Info Service (TIS)⁵². Dès lors, il ne cesse de se développer et compte aujourd'hui trois manières différentes pour décliner ses services: une ligne téléphonique, un site internet et une application mobile.

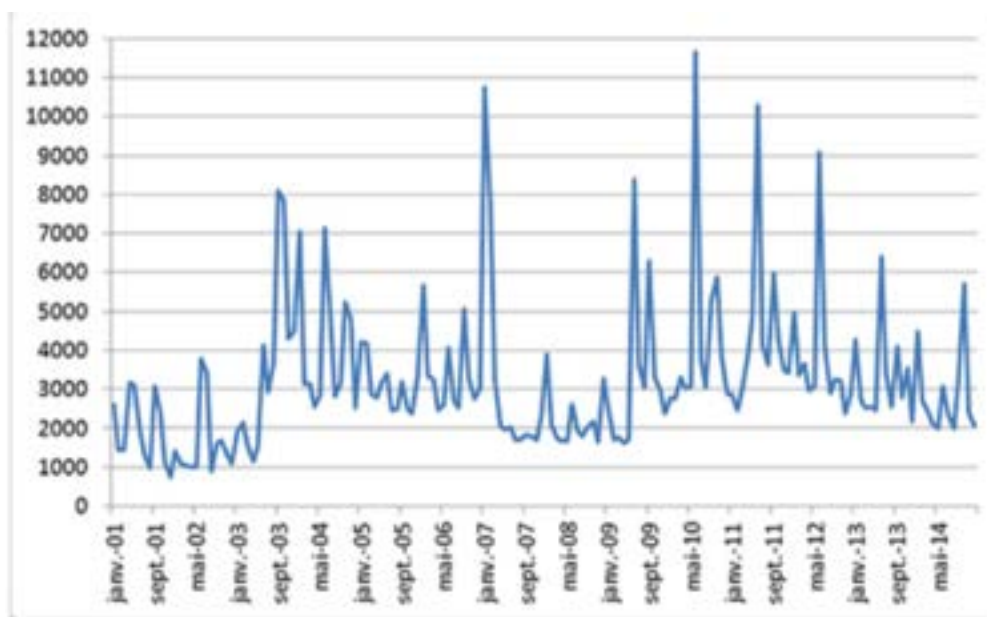
L'objectif de TIS est de donner un accompagnement personnalisé aux fumeurs qui souhaitent se sevrer et de répondre à toutes leurs questions sur le tabac⁵².

- La ligne téléphonique: le 39 89 existe depuis 1998. C'est une ligne téléphonique gérée et financée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Depuis le 1^{er} octobre 2015, cette ligne n'est plus surtaxée, en accord avec le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019.

Le premier niveau d'appel, composé d'une équipe de conseillers, sert à informer les fumeurs, à leur envoyer de la documentation et à prendre des rendez-vous avec des tabacologues pour un soutien lors du sevrage. Le deuxième niveau d'appel, faisant intervenir les médecins tabacologues, consiste à communiquer les coordonnées des consultations spécialisées en tabacologie les plus proches du domicile. Cette aide est gratuite et répartie sur plusieurs entretiens. De plus une équipe de tabacologues-nutritionnistes se tient à disposition afin de donner des conseils nutritionnels.

Cette ligne téléphonique connaît des pics d'activités lors des campagnes de prévention ou lors de certaines périodes dans l'année (figure 10). Lors de ces campagnes, une augmentation du nombre d'appel journalier est observée. Elle atteint 800 appels par jour contre 132 en moyenne le restant de l'année. Ces chiffres montrent l'ampleur de l'impact de la publicité sur les patients fumeurs.

Figure 10: Nombre d'appels mensuels reçus en premier niveau de TIS de janvier 2001 à décembre 2014, pendant les horaires d'ouverture du service, et hors abandon sur le message d'accueil (d'après 52)



- Le site internet: celui-ci a été lancé le 31 mai 2005 à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac. Nous y retrouvons toutes les informations concernant le tabac et son histoire, ainsi que de nombreux outils et documents. Dès sa mise en ligne, un service de coaching est proposé aux fumeurs désirant se sevrer. Ce service évolue également, en 2009 et plus récemment en 2014, avec l'apparition de trois principes pour les messages envoyés aux patients: les textes, le vocabulaire médical et la structure des phrases sont simplifiés: les messages sont raccourcis et les échanges proposés dans les messages sont plus fréquents.

Comme pour la ligne téléphonique, les visites sur le site se font en fonction des campagnes de prévention, et leurs nombres ont par exemple été multipliés par près 10 lors de celle de 2006. Entre 2012 et 2014, le nombre d'utilisateurs annuel a été multiplié par cinq pour atteindre 2 700 000 visiteurs en 2014.

- L'application mobile: celle-ci a été lancée au début de l'année 2015. Elle permet de toucher un public plus jeune, âgé de 25 à 35 ans. Peu après son lancement, l'application a été téléchargée près de 120 000 fois en cinq mois.

Deux études ont été menées pour démontrer l'efficacité de TIS:

- La première « Rappel à 6 mois », réalisée entre avril 2013 et janvier 2015, auprès de 13 325 personnes ayant eu accès à TIS

- La deuxième « STAMP » (Sevrage Tabagique Assisté par Mailing Personnalisé) réalisée entre 2011 et 2014 auprès de 2 478 fumeurs de plus de 18 ans, est un essai contrôlé randomisé

Ces deux études, certes déclaratives, montrent que 22 % des fumeurs qui ont bénéficié d'au moins un entretien téléphonique avec un tabacologue de TIS sont non-fumeurs six mois après leur premier entretien. 27 % des bénéficiaires du coaching proposé sur le site internet déclarent être non-fumeurs 3 mois après leur inscription et 73 % des utilisateurs estiment que le soutien téléphonique les a aidé à arrêter leur tabagisme (93% pour ceux qui se déclarent devenus non-fumeurs et 69% pour ceux qui se déclarent fumeurs)⁵².

c. Autres:

1. Autres méthodes:

De nombreux patients se posent des questions quant à ces techniques: hypnose, acupuncture, magnétisme ... Aucune des méthodes n'a démontré son efficacité⁵³⁻⁵⁵.

2. Cigarette électronique:

C'est un produit très populaire depuis quelques années. Elle a plusieurs avantages: être moins chère que la cigarette, ne pas contenir de tabac, ne pas émettre de fumée, avoir l'aspect d'une cigarette et reproduire les gestes du fumeur. Cependant, la quantité de nicotine délivrée n'est pas contrôlée, contrairement aux substituts nicotiques. De plus, la toxicité n'a pas été suffisamment étudiée, le produit ne peut donc être recommandé et considéré comme un traitement d'aide au sevrage tabagique⁵⁶, l'efficacité n'ayant actuellement pas été démontrée pour arrêter de fumer⁵⁷⁻⁵⁸.

Selon les dernières recommandations de l'Alliance contre le tabac, la cigarette électronique doit être réservée aux fumeurs. Elle peut aider certains patients motivés, à arrêter, ou à quitter le tabac pour ceux qui désirent consommer autrement la nicotine. Cependant, l'abandon complet de la consommation de tabac doit être l'objectif principal à atteindre⁵⁹.

3) Prise en charge et modalités de suivi:

Le sevrage tabagique est un processus long. Les rechutes sont fréquentes :

- 60 à 90% dans les premiers mois
- 2 à 6% entre la deuxième et la sixième année⁶⁰

Il faut avertir les patients sur les circonstances des rechutes et essayer de les anticiper. Même si chaque situation est différente, les fumeurs rechutent souvent pour les mêmes raisons: mauvaise observance du traitement pharmacologique, persistance de la dépendance physique, prise de poids, troubles anxieux ou état dépressif, motivation en baisse, stress social...

a. La réduction de consommation:

Nombreux sont les fumeurs qui proposent de réduire dans un premier temps leur consommation. Cette mesure ne peut constituer un objectif de santé pour les patients car poursuivre son tabagisme, même de manière réduite, ne s'accompagne pas d'une baisse significative des dangers du tabac. Par exemple, le cancer du poumon est lié davantage au nombre d'années du tabagisme plutôt qu'à la quantité de tabac.

De plus, les patients ont l'impression de réduire leur consommation, mais vont compenser avec des inspirations plus profondes et plus longues.

Dans le cas où le patient veut absolument procéder par étapes avec des stades de réduction de consommation avant le sevrage complet, il convient de passer avec lui un contrat thérapeutique en donnant des objectifs de quantité et de temps. Il faut aider parallèlement le patient avec des substituts nicotiques pour éviter le phénomène de compensation. Deux études ont montré l'intérêt des substituts lors de la réduction de consommation pour mener à bien un arrêt complet du tabac⁶¹⁻⁶².

b. Consultation spécialisée:

S'il existe un trouble associé (co-addiction, comorbidité, pathologie psychiatrique, grossesse), il sera nécessaire d'orienter le patient vers une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire. Il faut inclure le patient dans un projet thérapeutique au sein d'un parcours de soins permettant un suivi régulier et lutter contre l'ensemble des facteurs de risque de rechutes.

Les consultations de tabacologie hospitalières rattachées aux Unité de Coordination Tabacologique (UCT) proposent des prises en charge spécialisées du tabagisme. Ont lieu également des entretiens individuels ou collectifs d'éducation thérapeutique du patient, pour ceux présentant une dépendance forte.

Les professionnels de santé proposent des suivis réguliers, et surtout une première consultation proposant un réel service d'aide¹⁵.

c. Suivi régulier:

Il est essentiel tout au long du processus de sevrage pour permettre de prévenir les rechutes en¹⁵:

- repérant les signes de sevrage: leur présence fera adapter les doses de substituts nicotiques en fonction de leur intensité

- surveillant la réalité du sevrage grâce au CO testeur

- surveillant le poids, et en évaluant l'alimentation

- recherchant les situations difficiles pour le patient: périodes journalières à risque de rechutes (après les repas, le soir), localisation des endroits à risque (travail, maison, ville), entourage tabagique (professionnel ou familial)

- évaluant le sommeil

- évaluant le moral

- évaluant la bonne observance des traitements pharmacologiques

- si rechutes, en maintenant le suivi pour une éventuelle nouvelle tentative de sevrage car le phénomène de rechute est souvent une étape nécessaire au sevrage tabagique

- renforçant la motivation à chaque consultation et augmenter la confiance du patient

Même si le médecin généraliste ne propose pas de consultation spécialisée, il est indispensable de proposer au patient un plan de soin très régulier auquel il adhère.

3. Le rôle du médecin généraliste:

Les professionnels de santé doivent devenir de véritables partenaires pour tous les fumeurs. En première ligne figurent les médecins généralistes, qui doivent engager une démarche active auprès de leur patient fumeur quel que soit le motif de consultation.

C'est le médecin de premier recours qui est certainement le mieux placé au vu de la relation de confiance qu'il a pu tisser avec les patients au fil des consultations. Il connaît:

- son patient
- son statut social
- son statut économique
- son état psychique
- ses éventuelles autres dépendances
- ses problèmes familiaux

Le médecin généraliste est celui qui rencontre le plus régulièrement son patient et qui le reçoit pour toutes pathologies ou simples questions relatives à sa santé.

Il est donc indispensable qu'il soit formé à la prise en charge du sevrage tabagique.

Les études médicales en deuxième cycle ne comportent que quelques heures de tabacologie, avec l'étude des comorbidités liées au tabagisme et les principes du sevrage. Il existe un diplôme inter-universitaire de tabacologie, seulement présent dans 5 villes de France, et accessible à tous les professionnels de santé. Suite au premier plan cancer de 2003, la formation s'est développée avec un module tabacologie enseigné lors de la première année des études médicales.

C'est en identifiant les difficultés des médecins généralistes sur le sevrage tabagique que des programmes de formation spécifique pourront se mettre en place, comme des séminaires, des formations médicales continues, des programmes d'entraînements. Il existe encore un certain nombre de facteurs limitants qui sont⁶³:

- le manque de temps: le sevrage tabagique est souvent considéré comme chronophage par les médecins généralistes car il demande un temps considérable auprès du patient.
- le manque de motivation du patient: cet élément est fréquemment mentionné dans les études, et apparaît toujours comme un obstacle important.
- le manque d'efficacité dans la prise en charge et la complexité du processus: le sevrage tabagique est un processus long et les rechutes restent fréquentes, ce qui est difficilement acceptable pour certains médecins.
- le manque de formation: il se comble progressivement grâce aux séminaires de tabacologie et aux formations médicales continues par exemple, qui sont mis en

place. Mais également grâce à la prévention de plus en plus importante au niveau régional ou national (par exemple les actions du mois sans tabac).

- l'appréhension de dégrader la relation avec le patient: certains médecins ont rapporté que pour eux, répéter des messages à chaque consultation chez un patient qui n'a pas de problème en lien avec son tabagisme peut nuire à la relation qu'il a établi avec lui.

La population des médecins généralistes français paraît assumer son rôle en première ligne dans la lutte contre le tabac tout en manquant d'assurance face à l'efficacité des soins qu'il prodigue. Pourtant, il possède désormais tous les moyens et les outils pour aider les patients. La prise en charge du sevrage tabagique doit être systématique quelle que soit la motivation du fumeur, tout comme l'est le diabète, l'hypertension artérielle ou l'obésité.

L'arrêt du tabagisme offre de réels bénéfices, que ce soit pour le patient, mais aussi pour son entourage. L'espérance de vie est diminuée de 11 ans pour les femmes fumeuses et 12 ans pour les hommes. Quel que soit l'âge du sevrage, celui-ci augmente l'espérance de vie d'autant plus que l'arrêt est précoce: de 10 ans pour un arrêt entre 25 et 34 ans, de 9 ans entre 35 et 44 ans, et de 6 ans pour un sevrage entre 45 et 54 ans⁶⁴.

Pour évaluer la formation et les connaissances des médecins généralistes, ainsi que pour connaître leur prise en charge du sevrage tabagique dans la pratique quotidienne avec tous les moyens dont ils disposent, nous avons décidé d'en réunir un certain nombre pour composer un groupe nominal. L'objectif de celui-ci sera de faire ressortir tous les traitements les plus utilisés et les plus importants en soins primaires. Et de cibler les difficultés que peuvent rencontrer les médecins lors d'une prise en charge de sevrage tabagique.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE:

1. Le groupe nominal:

1) Description:

Cette technique a été créée par deux chercheurs américains en 1968 : André Delbecq et Andrew Van den Ven⁶⁵. Ils ont mené une recherche sur 420 participants qui a établi la supériorité de cette technique sur d'autres méthodes de consensus, par rapport à la quantité des idées exprimées et à la satisfaction des participants.

La technique du groupe nominal est très utilisée dans les pays anglo-saxons et se rapproche de la méthode du « brainstorming ».

C'est une réunion de travail structurée par une procédure ordonnée, visant à produire une information de nature qualitative à un groupe ciblé, pour une question précise. Le groupe nominal est utilisé pour classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions, des actions à réaliser. Les participants sont idéalement au nombre de 8. Selon la HAS, le groupe de travail ne doit pas avoir de conflits d'intérêts financiers ou intellectuels. Il doit « représenter les différentes disciplines concernées, les différents modes d'exercice ».

Il existe une variante de la méthode que l'on appelle: Méta-plan. La différence avec le groupe nominal se fait au niveau des réponses des participants, qui sont dans ce cas inscrites sur des cartes en papier de différentes formes et couleurs selon les arguments présentés, puis affichées au tableau. Les personnes participantes vont chercher à regrouper les cartes par thème pour constituer des synthèses. Cette technique demande une expérience importante à l'animateur, pour gérer en direct ce travail de regroupement thématique. De ce fait, cette variante est peu utilisée dans les travaux scientifiques⁶⁶.

2) Avantages et inconvénients:

Les avantages de cette technique sont:

- sa structure simple et efficace permet d'avancer rapidement dans l'identification de l'objet d'étude et d'identifier les priorités du groupe.

- Les deux méthodes de productions, individuelles et collectives, en alternance, permettent à chacun de s'exprimer, de donner ses idées et d'influencer les décisions. De plus, la satisfaction d'un produit fini et représentatif est stimulante.

- elle demande peu de temps et peu d'argent.

Mais elle a également quelques inconvénients⁶⁷:

- sa structure peut provoquer des frustrations chez certains participants, surtout les plus volubiles.

- le planning peut être serré, laissant ainsi peu de place à la réflexion poussée sur le sujet étudié.

- elle ne favorise pas la « confrontation des idées », qui peut être quelquefois bénéfique à une cohésion véritable des membres.

- les formes d'expertises sont facilement discutables.

3) Indication:

D'après Delbecq et Van den Ven, la technique du groupe nominal est utile dans plusieurs cas:

- exploration d'un problème

- exploration de connaissances

- examen préliminaire d'une question complexe

- évaluation et examen d'activités

- planification et implantation d'un programme d'activité

Cette technique rentre parfaitement dans le cadre du travail pour étudier la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale, puisque le tabagisme est un problème de santé publique majeur, et que les traitements à notre disposition sont nombreux. Mais on peut se demander quelle est l'utilisation quotidienne de ces moyens par les médecins, et s'ils sont au courant des dernières recommandations.

4) Les autres méthodes par groupes de cotation:

La HAS a rédigé en 2010 un guide méthodologique sur le consensus formalisé en indiquant toutes les méthodes de consensus et de cotation: la méthode Delphi, le groupe nominal, la méthode RAND/UCLA et la conférence de consensus (figure 11)⁶⁸.

Figure 11: Les méthodes par groupes de cotation (d'après 68)

	Delphi	Groupe nominal, méthode de base	Rand/UCLA appropriateness rating method	Méthode conférence de consensus ¹²
Objectifs	Obtenir un avis final, unique, convergent du groupe.	Classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions, des actions à réaliser.	Initialement pour mesurer la sur-utilisation et la sous-utilisation d'un acte médical ou chirurgical. L'opportunité de réaliser un acte est appréciée par le rapport bénéfice/risque. Par la suite, étendue à l'évaluation de la nécessité de réaliser un acte.	Rédaction de recommandations.
Description brève	Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. Cotation individuelle anonyme (par courrier). Retour d'informations (feedback) issu de l'analyse des réponses du groupe au tour de cotation précédent à chaque participant. Au final, la réponse du groupe pour chaque proposition est déterminée en appliquant des règles préétablies.	2 tours de cotation individuelle pendant la réunion du groupe, mais en secret, séparés par une discussion des résultats de la 1 ^{re} cotation. Pendant la discussion, les interactions se font essentiellement entre le coordonnateur et chacun des membres du groupe pour éviter les phénomènes de dominance.	Analyse critique et synthèse de la littérature. Description de toutes les situations cliniques dans lesquelles l'acte est possible. Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. 1 ^{er} tour de cotation individuelle anonyme (par courrier). Règles préétablies d'analyse des cotations. Retour d'information. Discussion des résultats de la 1 ^{re} cotation lors d'une réunion unique plénière du groupe. 2 nd tour de cotation individuelle par chaque participant à la fin de la réunion.	Analyse critique de la littérature sur les questions de la conférence (groupe bibliographique). Textes des experts rassemblant les informations (issues de leur expérience et de la littérature) permettant de répondre à une question de la conférence. Conférence publique au cours de laquelle les experts présentent leurs travaux et forment leur interprétation en fonction de leur conviction. Discussion et débats sur les points les plus controversés avec les membres du jury et le public. Délibération à huis clos du jury pour la rédaction d'un texte consensuel, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible (conclusions et recommandations de la conférence).

5) Composition du groupe:

Selon l'HAS, le groupe nominal doit représenter les différentes disciplines, ainsi que les différents modes d'exercice. C'est pourquoi nous avons choisi dans notre cas plusieurs types de professionnels de santé: des médecins généralistes pour la plupart, mais exerçant dans diverses structures ou de manières variées, des médecins tabacologues travaillant dans des centres hospitaliers distincts, et des infirmières addictologues. De plus, certains praticiens sont des experts concernant la question du tabagisme.

6) Recrutement et modalités d'information:

Le recrutement a été réalisé par différentes méthodes en fonction de la disponibilité de chaque personne: par échange verbal directement, par échange téléphonique ou par échange de courriels électroniques.

Après avoir donné leur accord pour participer à ce projet, chaque médecin a reçu un courriel comportant un document qui présentait le projet de thèse, les informations sur la technique du groupe nominal et les modalités de la réalisation de celui-ci (annexe 9). Afin d'organiser au mieux la réunion, plusieurs dates et horaires ont été proposés par le biais d'un site internet. En fonction des disponibilités de chacun une date a été convenue et un nouveau courriel a été envoyé à l'ensemble des participants pour les en informer.

7) Lors de la réunion:

Selon la technique du groupe nominal, on dénombre 9 séquences (de A à I):

- A. Le coordonnateur énonce la question.
- B. Dans un premier temps, les participants écrivent individuellement en silence sur des feuilles des réponses à la question.
- C. Les participants énoncent ensuite à tour de rôle une seule réponse à la fois, en plusieurs tours de table jusqu'au recensement de la totalité des idées.
- D. Les propositions sont discutées en groupe.
- E. Une pause de 15 minutes est marquée.
- F. Chacun est ensuite invité à écrire sur un carton les dix items les plus importants parmi la liste générée, puis à les classer en attribuant un score de 1 à 10. Les propositions sont ainsi classées selon leur total de points.
- G. Les propositions sont à nouveau discutées.
- H. Les propositions sont à nouveau classées avec des scores allant de 0 à 100.
- I. Conclusion.

Nous avons choisi de respecter cette séquence lors du groupe nominal, à deux modifications près:

- la question initiale a été divisée en trois parties pour essayer de tirer un maximum d'énoncés de la question.

- au deuxième tour de vote, nous avons classé les cinq items les plus importants en leur donnant une note de 1 à 5, et non pas de 0 à 100.

2. Mise en pratique:

1) Les participants:

Ils ont été recrutés par les différentes méthodes décrites précédemment du 15 mai au 15 juillet 2017. Nous avons sélectionné des médecins généralistes et deux infirmières tabacologues:

- BERTAUX Laurent: Médecin généraliste exerçant en maison médicale se trouvant dans une zone rurale à Lisle en Rigault, en Meuse
- HANRIOT Olivier: Médecin généraliste exerçant avec un confrère à Verny en zone rurale, en Moselle
- JACQUIER Christophe: Médecin généraliste à Bouxières-aux-Dames consultant en zone semi rurale avec un consoeur, en Meurthe et Moselle
- KENNEL Danièle: Infirmière tabacologue en Meuse
- MARTIN Christine; Infirmière tabacologue en Meuse
- MASSON Philippe: Médecin généraliste exerçant seul à Pont à Mousson en zone urbaine, en Meurthe et Moselle
- PAZZOGNA Rémy: Médecin généraliste exerçant seul en semi rural à Leyr, en Meurthe et Moselle
- TENENBAUM Marc: Médecin généraliste en zone urbaine à Nancy, exerçant avec 2 confrères, en Meurthe et Moselle

Ont été également sélectionnés en tant qu'experts sur la question des médecins généralistes et des médecins tabacologues:

- BEURRIER Pascale: Médecin tabacologue et addictologue exerçant au centre hospitalier d'Epinal, dans les Vosges
- BOUCHY Olivier: Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, médecin généraliste à Revigny sur Ornain exerçant en maison médicale, en Meuse

- DI PATRIZIO Paolo: Professeur des Universités et coordonnateur régional du DES de Médecine Générale, spécialiste en Médecine Générale, Médecin toxicologue et alcoologue, exerçant seul à Dombasle sur Meurthe, en Meurthe et Moselle
- WIRTH Nathalie: Médecin tabacologue et addictologue au centre hospitalier universitaire régional de Nancy, en Meurthe et Moselle

2) *Organisation de la réunion:*

Après que les participants aient répondu au courrier et donné leurs disponibilités, la date de la réunion a été fixée au 10 Octobre 2017 à 20 heures.

Une salle du département de Médecine Générale a alors été réservée à la faculté de Médecine de Nancy par le Professeur DI PATRIZIO, et le rendez-vous a été donné à tous par courriel électronique. Quelques jours avant la réunion, un nouveau message a été envoyé pour rappeler la date, l'heure et l'adresse de celle-ci.

Malheureusement, plusieurs participants n'ont pu prendre part à la réunion pour des raisons professionnelles, peu de temps avant le rendez vous: le Dr MASSON Philippe, le Dr BERTAUX Laurent, le Dr TENENBAUM Marc, ainsi que Madame KENNEL Danièle et Madame MARTIN Christine, infirmières addictologues. Le Professeur DI PATRIZIO ne pouvant également pas être présent, a néanmoins participé par visioconférence au début de la séance.

3) *La réunion:*

a. Présentation:

La séance s'est déroulée au cours d'une soirée et la durée maximale de l'étude a été fixée à trois heures. Après la présentation du projet et l'explication des règles du groupe nominal par le Professeur DI PATRIZIO en visioconférence, j'ai assuré le rôle d'animateur et de secrétaire de la séance. Les différentes idées exprimées par le groupe étaient notées sur un tableau blanc. J'ai séparé la question en trois grandes parties: l'évaluation initiale du sevrage, le traitement de celui-ci, et les modalités de suivi du sevrage tabagique. J'ai distribué aux participants et participantes des feuilles sur lesquelles ces questions étaient inscrites.

Après quelques minutes de clarification, j'ai demandé à chacun de noter sur sa feuille le plus grand nombre de réponses qui leur venaient à l'esprit dans un temps imparti, entre 7 et 10 minutes, pour chaque sous-thème. Cette étape s'est faite individuellement et en silence pour optimiser le travail et l'élaboration d'idées individuelles.

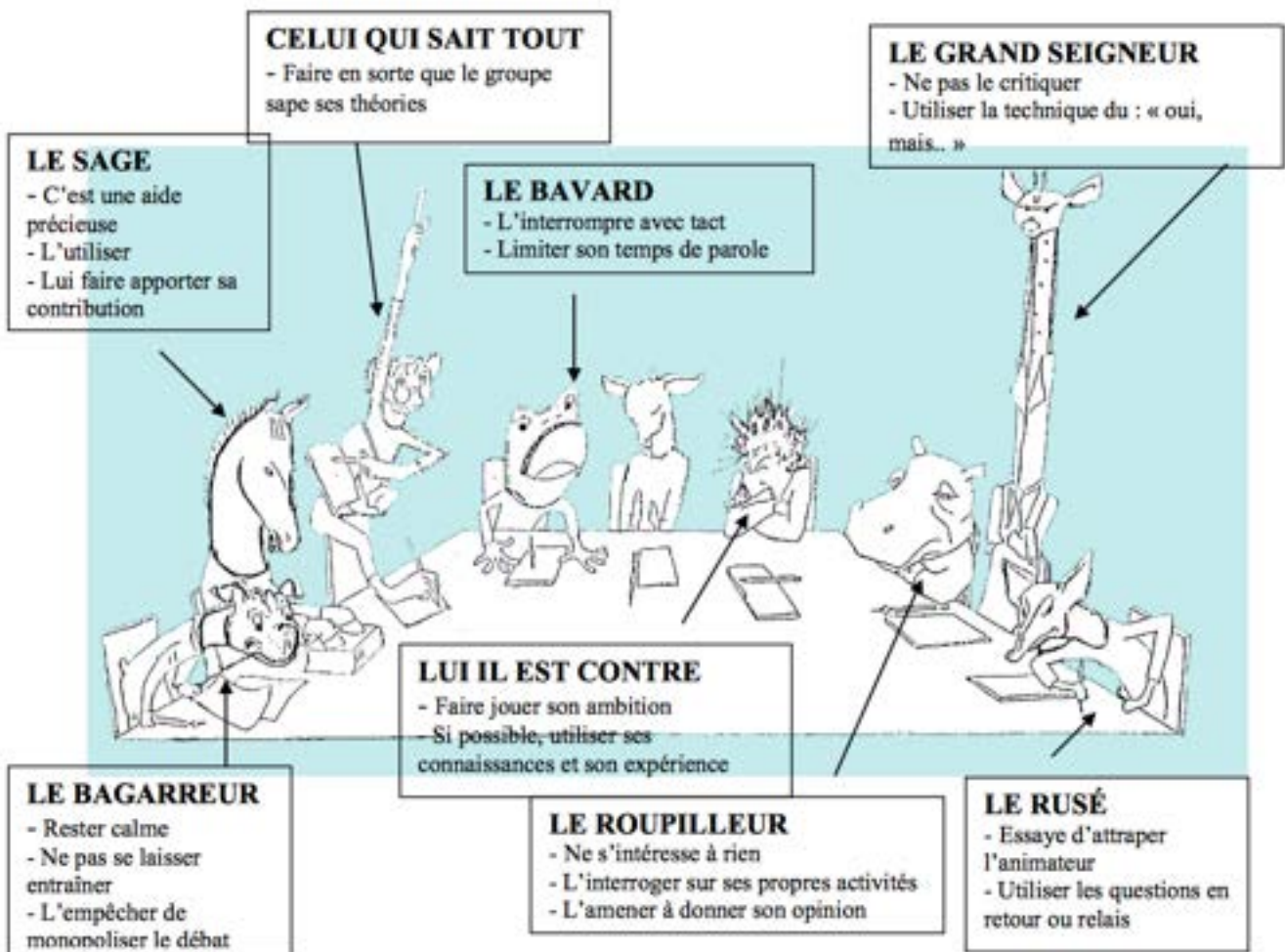
J'ai ensuite demandé à chaque participant, à tour de rôle, de communiquer la première opinion inscrite sur sa feuille. Au fur et à mesure, je les inscrivais sur un tableau en les clarifiant si besoin au fur et à mesure.

Si une personne considérait qu'une de ses idées avait déjà été exprimée par une autre, elle passait cette opinion et évoquait la suivante, sauf si elle avait un argumentaire différent. Nous avons poursuivi les tours de table tant que toutes les idées notées à la première étape n'avaient pas été exprimées.

Tous les énoncés étant clairement inscrits au tableau, les médecins ont clarifié les idées les unes après les autres. Il s'agissait de vérifier si tous les participants attribuaient le même sens aux énoncés. A cette étape, tout jugement est normalement interdit afin que la participation des personnes présentes soit optimale.

Il faut que l'animateur arrive à s'imposer en contenant les caractères de chacun et en donnant la parole à tous, pour que les idées s'enchaînent naturellement (figure 12).

Figure 12: Différents comportements lors d'un groupe nominal (d'après 69)



b. Liste soumise au vote:

Chaque proposition a donc été reformulée et notée au tableau. Quand des participants voulaient regrouper des items, nous en discutons préalablement avant de les rassembler. Dans le cas contraire, c'est-à-dire en cas de désaccord, les items restaient séparés, conformément à l'esprit du groupe nominal. Une fois toutes les propositions rediscutées, nous avons procédé à un premier vote. Les participants devaient choisir les 10 énoncés qu'ils trouvaient les plus importants dans la liste, en leur donnant une note croissante, de 1 à 10, celui récoltant la note maximale étant essentiel à leur pratique quotidienne pour le sevrage tabagique. A l'issue de ce premier tour, 28 items ont reçu au moins 1 point, sur les 44 soumis au vote au départ.

Le nombre de citations correspond au nombre de médecins ayant voté pour l'énoncé.

RANG	PROPOSITION	NOTES	CITATION
1	Intervention répétitive brève sur la consommation	58	6
2	Entretien motivationnel	46	6
3	Proposer des substituts nicotiques en 1 ^{ère} intention (patch + comprimés)	36	5
4	Conseil d'arrêt total: Tabac 0	25	3
5	Informé sur la complexité de la dépendance	21	4
6	Fagerström en 2 questions	16	3
7	Proposer des consultations de suivi	13	2
8	Valoriser l'arrêt du tabac à long terme	10	3
9	Ne pas culpabiliser la rechute	9	3
10	Test de Fagerström	8	1
10	Présenter les méthodes médicamenteuses	8	2
11	Mettre en garde de ne pas refumer	7	1
11	Proposer une consultation de tabacologie	7	2

11	Rechercher les antécédents, les comorbidités et les urgences médicales	7	2
11	Evaluer les co-addictions et les co-consommations	7	1
12	Présenter les moyens de remboursement	6	1
12	Proposer un soutien psychologique: thérapie cognitivo-comportementale	6	1
12	Utiliser le CO testeur	6	2
13	Valoriser les effets bénéfiques de l'arrêt	5	3
13	Education thérapeutique	5	2
13	Proposer un traitement que le patient accepte	5	1
14	Connaitre l'histoire tabagique	4	1
14	Proposer des activités compensatrices	4	1
15	Proposer une démonstration du traitement	3	1
15	Estimer la consommation tabagique	3	1
16	Positiver les arrêts antérieurs	2	1
16	Connaitre les fausses croyances	2	1
17	Profiter des moments clés de la vie	1	1
18	Connaitre les craintes et les freins	0	0
18	Connaitre l'entourage fumeur	0	0
18	Présenter la consultation d'addictologie	0	0
18	Evaluation du poids	0	0
18	Proposer une spirométrie	0	0
18	Relier les symptômes liés au tabagisme	0	0

18	Présenter les méthodes non médicamenteuses	0	0
18	Fixer une date d'arrêt	0	0
18	Proposer une réduction accompagnée d'un traitement	0	0
18	Travailler en collaboration avec le pharmacien	0	0
18	Ne pas stigmatiser la cigarette électronique	0	0
18	Dépister les effets secondaires du traitement	0	0
18	Proposer un contact rapide	0	0
18	Prévention des rechutes	0	0
18	Evaluation psychologique	0	0
18	Proposer des consultations de diététique	0	0

A l'issue de ce classement après un premier tour de vote et avec l'accord de tous les participants, nous avons pris le parti de choisir toutes les propositions qui avaient reçu au moins 1 point. Puis nous les avons soumis à un second tour afin de réduire la dispersion des votes et resserrer le consensus.

Nous avons demandé aux participants pour ce second vote de choisir les 5 énoncés les plus importants de la liste, et de leur donner une note croissante de 1 à 5, celui récoltant la note de 5 leur paraissant essentiel à leur prise en charge. En est ressorti un consensus, à savoir une liste de 13 items prioritaires qui devraient être utilisés dans la prise en charge du sevrage tabagique chez les médecins généralistes.

IV. RÉSULTATS:

1. Tableau des propositions principales:

Au terme du groupe nominal, plusieurs propositions se sont détachées les unes des autres après les deux tours de vote. Nous avons décidé de retenir les 13 énoncés arrivant en tête. Le résultat final est présenté dans le tableau suivant:

Rang	Enoncé	Note au 2ème vote	Note globale	Citation lors du 2ème vote	Sous partie
1	Intervention répétitive brève sur la consommation	24	82	6	Evaluation initiale
2	Entretien motivationnel	19	65	6	Evaluation initiale
3	Proposer des substituts nicotiniques en 1 ^{ère} intention (patch + comprimés)	11	47	5	Traitement
4	Conseil d'arrêt total: Tabac 0	17	42	4	Traitement
5	Informersur la complexité de la dépendance	7	28	3	Traitement
6	Proposer des consultations de suivi	4	17	2	Modalités de suivi
7	Fagertröm en 2 questions (HSI)	0	16	0	Evaluation initiale
8	Test de Fagerström	4	12	1	Evaluation initiale
9	Valoriser l'arrêt du tabac à long terme	0	10	0	Modalités de suivi
10	Ne pas culpabiliser la rechute	0	9	0	Traitement
10	Proposer une consultation de tabacologie	2	9	1	Traitement

11	Evaluer les co-addictions et les co-consommations	1	8	1	Evaluation initiale
12	Présenter les moyens de remboursement	1	7	1	Traitement

(HSI: Heaviness of Smoking Index)

Dans ce tableau, la colonne « sous-partie » nous permet de savoir à quel moment l'énoncé a été formulé lors du groupe nominal. Cette information est donnée à titre indicatif.

2. Détail des principaux résultats:

Ainsi, sur les 44 propositions présentes au départ, 28 ont reçu au moins 1 point lors du premier vote. Ensuite, grâce au deuxième tour que nous avons réalisé pour resserrer le consensus, certains énoncés se sont révélés primordiaux pour l'ensemble du groupe:

- Pour les participants présents, le fait d'intervenir de manière brève et répétitive sur la consommation du tabac va jouer un rôle essentiel dans la prise en charge du sevrage tabagique. Cet énoncé, proposé dans l'évaluation initiale, a récolté 82 points et se détache des autres. Il se trouvait déjà en première position après le premier tour de vote. Cet item est à rapprocher du conseil d'arrêt que l'on a vu précédemment dans la première partie, et qui doit être systématique lors d'une consultation pour chaque patient qui déclare consommer du tabac, quel que soit sa forme. Nous rappelons que ce conseil répétitif, s'il est effectué par tous les médecins, peut représenter 75 000 sevrages supplémentaires par an sur le plan national¹⁷. Son efficacité a été statistiquement démontrée¹⁸.

- L'énoncé « entretien motivationnel » est le second qui a récolté le plus de points avec un total de 65. En réalité, dans cet item, nous avons décidé de regrouper 2 énoncés qui étaient présents au départ après la première partie de la technique du groupe nominal: « faire une évaluation de la motivation », et « connaître les raisons de la motivation ». Ces deux propositions ont été soumises par les membres lors de l'évaluation initiale. Cet énoncé reste très vaste mais essentiel: il convient de s'attacher à connaître les motivations du patient qui le poussent à vouloir se sevrer, renforcer cette motivation, et la réévaluer au cours du temps grâce à des outils simples que l'on a évoqué précédemment. Si besoin, il ne faut pas hésiter à répéter ces entretiens dans le temps et tout au long du sevrage puisque la motivation est un

paramètre évolutif. Consacrer au moins une consultation uniquement à cet entretien motivationnel est primordial.

- En troisième position, un des items de la sous-partie « traitement », avec 47 points: proposer des substituts nicotiques en première intention (patch + comprimés). En effet, pour une grande majorité des participants, ce traitement par substitut nicotique est indispensable dans le sevrage tabagique, et c'est l'item de la sous partie traitement qui est le plus important pour eux. Lors de la discussion, les personnes présentes rapportaient la difficulté de sevrage sans une aide médicamenteuse. Selon les recommandations actuelles, le traitement de première intention est bien celui préconisé par les participants, à savoir un traitement par combinaison de substituts nicotiques. Il faut proposer au patient toutes les formes de substituts nicotiques et voir avec lui celles qu'ils préfèrent utiliser. Surveiller et adapter les doses en fonction des signes de sous ou surdosage nicotique.

- Avec 42 points, le conseil d'arrêt total est proche de l'énoncé précédent au classement. Il faut expliquer au patient la nécessité de l'arrêt complet du tabac, qui est différent de la simple diminution de la consommation. L'objectif n'est pas de réduire, mais de se sevrer complètement. Comme nous l'avons vu, le risque lié au tabac est surtout lié à sa durée de consommation, et il sera essentiel d'insister sur cet objectif de tabac zéro. Cependant, pour quelques participants à la réunion, la réduction sera une étape presque obligatoire avant l'arrêt et pour eux, obtenir un sevrage complet dès le départ sera très difficile. Mais cela devra en tout cas être l'objectif final et obligatoire de la prise en charge.

- Ensuite, il faudra s'attacher à expliquer la complexité du phénomène de dépendance au patient, afin qu'il puisse prendre pleinement conscience de la difficulté à réussir son sevrage tabagique. Cette notion de dépendance est assez méconnue des patients, et expliquer les mécanismes peut s'avérer utile pour eux. Selon les médecins présents, il s'agit de l'un des facteurs les moins abordés par les praticiens. Pourtant, se classant à la cinquième place avec 28 points, il paraît essentiel à la pratique des médecins généralistes pour une bonne prise en charge du sevrage.

- Proposer des consultations de suivi au patient représente une étape importante. L'item a d'ailleurs gagné une place après le deuxième tour de vote, avec 17 points récoltés au total. Il ne faudra pas laisser le patient à domicile avec son traitement et sans soutien, mais le revoir régulièrement, pour voir où il en est et faire le point avec lui à intervalle régulier et rapproché, aussi souvent que nécessaire. Ces consultations de suivi seront une occasion pour continuer à motiver le patient et pour le soutenir dans son sevrage. A travers les conversations, il sera possible de discuter

avec lui des difficultés rencontrées lors du traitement ou des effets secondaires. Le patient pourra également demander une aide complémentaire comme une consultation auprès d'un médecin tabacologue par exemple.

- Au cours du groupe nominal, nous avons réfléchi à réunir les propositions qui arrivent ensuite au classement. Le Fagerström en 2 questions (Heaviness of Smoking Index) qui a réuni 16 points. Et le test de Fagerström complet, qui en a obtenu 12. Mais pour certains participants, traiter simplement les deux questions était suffisant. Pour rester dans l'esprit du groupe nominal, nous avons donc pris le parti de laisser séparés ces 2 énoncés. Dans tous les cas, ce sont ces 2 tests que les participants connaissent pour la plupart et qu'ils utilisent dans leur pratique. Aucun autre test n'a d'ailleurs été cité et c'est sur ce test de Fagerström qu'ils s'appuient principalement pour connaître le stade de dépendance du patient.

- Il sera essentiel de valoriser l'arrêt du tabac à long terme. Encourager et féliciter le sevrage, même après plusieurs mois ou plusieurs années reste très important pour ne pas rechuter. En effet, de nombreuses rechutes surviennent après cette période, et comme pour l'intervention brève et répétitive de conseil d'arrêt qu'il faut réaliser à chaque patient fumeur, il convient de faire de même après le sevrage avec des félicitations et des encouragements répétitifs. Cette notion n'est pas retrouvée dans les recommandations car elle est très difficile à évaluer mais paraît légitime.

- Deux énoncés arrivent ensuite à égalité avec un nombre de points de 9, tous les deux proposés lors du traitement du sevrage:

- D'abord, « ne pas culpabiliser en cas de rechute » : ce phénomène de rechute fait partie intégrante du processus de sevrage. S'il survient, il peut être utile en cas de nouvelle tentative, en s'appuyant sur les origines de la rechute, en essayant de prendre mieux en charge ses causes et de les travailler de manière approfondie.

- Ensuite, « proposer une consultation de tabacologie »: si besoin, il ne faut pas hésiter à envoyer le patient auprès d'un médecin tabacologue, pour mettre en place une relation triangulaire entre lui, le médecin tabacologue et le médecin généraliste. Le sevrage sera d'autant plus facilité qu'il y aura un maximum d'intervenants et de partenaires pour aider et soutenir le patient de façon optimale dans sa démarche.

- Parallèlement, pour l'ensemble du groupe, évaluer et prendre en charge les co-addictions et les co-consommations sera un facteur important de réussite du sevrage tabagique. La discussion a été très animée concernant cet énoncé car les avis divergeaient pour les participants. Certains pensaient que le sevrage tabagique était

tout à fait possible malgré la présence d'une autre consommation à risque et que cela pouvait même être l'opportunité de tout arrêter, alors que d'autres faisaient part de leur scepticisme concernant le sevrage de toutes les addictions dans un même temps. Dans tous les cas, il ne faut pas hésiter à envoyer le patient vers une consultation spécialisée s'il y a une autre addiction, pour ajouter un intervenant du produit psycho actif en question.

- Enfin, présenter au patient les moyens de remboursement sera également important dans la prise en charge. Le remboursement à 150 euros par an par personne sur les traitements ayant l'AMM pour le sevrage tabagique est récent, et les patients ne sont pas forcément au courant de cette aide financière, qui est loin d'être négligeable.

V. DISCUSSION:

1. La validité interne:

1) La méthode du groupe nominal:

Cette méthode de consensus a été choisie pour notre travail. Elle a pour but de hiérarchiser et de prioriser des données. La prise en charge du sevrage tabagique étant vaste et les traitements nombreux, cette méthode s'inscrivait parfaitement pour essayer de dégager ceux qui sont les plus adaptés et les plus utilisés par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Cette méthode nous a été proposée par le Professeur DI PATRIZIO.

Une autre méthode par groupe de cotation aurait été possible pour réaliser ce travail: il s'agit de la méthode Delphi qui fait également partie du guide méthodologique de l'HAS. Mais nous avons favorisé dès le début du travail celle du groupe nominal sur conseil du Professeur DI PATRIZIO.

2) La faisabilité:

L'organisation du groupe nominal est assez complexe puisqu'elle nécessite un groupe présentiel, unique, dans un lieu donné. Dans certains travaux, le groupe nominal se fait via courriels électroniques ou appels téléphoniques pour recueillir les idées. Mais pour véritablement rester fidèle à l'esprit de la technique, nous avons préféré réunir tous les participants et ne donner ou recueillir aucune information avant ou après la réunion.

Le projet a toujours été accueilli favorablement et de manière enthousiaste par les médecins et autres professionnels de santé contactés. Malheureusement, plusieurs personnes ne pouvaient y prendre part du fait d'un manque de disponibilité, d'un agenda surchargé, ou d'une distance trop importante entre leur lieu d'exercice et le lieu de rendez-vous. Ce dernier facteur a joué un rôle important puisque certains médecins n'ont pu faire le déplacement malgré une réelle envie de participer.

3) Les biais de sélection:

Des biais de sélection peuvent subsister dans les personnes recrutées au motif que le groupe nominal est complexe à organiser. En effet, ce sont principalement les personnes proches du lieu de rendez-vous qui ont pu participer à la réunion.

De plus, la participation au groupe nominal se faisant de manière volontaire, un biais d'auto-sélection a également joué dans les résultats.

4) Les biais de résultats:

La technique du groupe nominal étant très structurée, elle laisse peu de temps aux participants pour étudier la question. Ainsi, ils n'avaient que 10 minutes pour écrire un maximum de réponses à chaque question posée lors de la première étape de la réunion. Nous pouvons penser qu'il y aurait pu avoir d'autres propositions avec un temps donné aux participants plus long.

5) La représentativité de l'échantillon:

Un groupe nominal doit être composé de six à dix participants, idéalement huit. Nous attendions effectivement huit personnes le jour de la réunion mais deux médecins ont dû décliner quelques heures avant par manque de temps et surcharge de travail. Nous pouvons comprendre aisément que plus il y a de participants, plus il y a de propositions données et donc, la puissance du consensus final est plus élevée. Cependant, la limite minimale est respectée.

Il doit également représenter plusieurs disciplines. Le groupe composé devait être plus diversifié avec la présence de deux infirmières addictologues, Madame Kennel et Madame Martin, mais leur hiérarchie leur a donné d'autres missions au même moment, les empêchant donc de venir. Il y avait malgré tout des médecins généralistes exerçant de manière diverses, et des médecins tabacologues exerçant dans ces hôpitaux distincts.

6) *Le recueil de l'information:*

Celui-ci a été réalisé dans l'esprit strict du groupe nominal, puisque nous avons réalisé le recueil de tous les énoncés, ainsi que les votes le soir même, après avoir expliqué le déroulement de la réunion aux participants. Aucune information n'avait été donnée auparavant, et aucune n'a été recueillie après.

Un biais d'information était présent du fait de l'inexpérience de l'animateur dans la technique du groupe nominal.

7) *La cotation des items:*

Dans l'article initial sur le groupe nominal par Delbecq et Van de Ven, ces derniers indiquent deux tours de vote. Nous sommes restés fidèles à ce principe afin d'augmenter le consensus final et obtenir une liste représentative des idées abordées.

8) *Les items retenus:*

La technique du groupe nominal est très vague quant au nombre d'items à retenir dans la proposition finale. Ces propositions vont découler de toute la réunion, et dépendre de plusieurs points:

- la formulation des idées
- le regroupement éventuel de certaines propositions
- le nombre d'énoncés obtenu avant de passer aux votes
- des énoncés qui ont recueilli au moins un point lors du premier tour de vote

Si nous proposons une liste des items à diffuser aux médecins généralistes, un nombre de dix propositions qui sont arrivées en tête serait légitime, ce qui correspond environ à un quart des propositions émises lors de la réunion. Pour sensibiliser les médecins à ces propositions, un nombre de 10 énoncés nous semble donc suffisant.

2. La validité externe:

1) L'intérêt de ce travail:

Ce travail avait pour but de faire ressortir les éléments clés de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale d'après un panel de professionnels de santé ayant affaire à des patients fumeurs. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature un sujet semblable avec la méthode utilisée du groupe nominal et pourrait donc se révéler intéressant pour les médecins généralistes. De plus, certaines propositions ne peuvent faire l'objet d'étude, surtout quand il s'agit de conseils à donner au patient. Nous pensons par exemple aux propositions se classant à la 9^{ème} et 10^{ème} place. Réaliser une étude sur le fait de ne pas culpabiliser le patient après une éventuelle rechute serait très difficile, d'où l'importance d'avoir réalisé un travail comme celui-ci.

Le tabagisme étant un problème de santé publique majeur, un outil simple et concis émanant des propositions du groupe nominal serait intéressant.

2) L'utilisation de ces propositions par les médecins généralistes:

La plupart des travaux utilisant la technique du groupe nominal permettent de réaliser une élaboration de recommandations pour les professionnels de santé visés par le sujet.

Dans notre cas, les recommandations pour la prise en charge du sevrage tabagique sont claires mais vastes. Les propositions émises par le groupe nominal pourraient être envoyées aux médecins généralistes sous forme simple de courrier d'information. Celui-ci comporterait par exemple la liste des propositions finales émises par le groupe qui sont ressorties après les 2 tours de vote.

Il pourrait s'agir d'un outil supplémentaire pour les médecins qui pourraient s'y reporter en cas de difficultés lors d'un sevrage, en essayant de travailler sur les points non-abordés avec le patient.

3) L'applicabilité des propositions:

Tous les médecins généralistes, ou presque, prennent en charge des patients qui souhaitent arrêter leur consommation tabagique. La fiche d'information ne peut donc viser un certain type de praticien mais sera destinée à tous. Il faudrait alors discuter des possibilités de diffusion de cet outil de travail. Soit leur envoyer directement, par courriel électronique ou voie postale. Soit leur distribuer dans des réunions, lors de formations médicales continues par exemple, ou des séminaires.

4) L'impact des propositions et perspectives:

Nous pourrions donc réaliser et partager cette fiche d'information contenant les propositions les plus importantes ressorties du groupe nominal. Ultérieurement, une autre étude pourrait être menée sur l'utilisation de cette fiche d'information par les médecins généralistes. Cela permettrait alors d'évaluer l'impact de ces propositions dans la prise en charge du sevrage tabagique en soins primaires.

3. Comparaison des résultats par rapport à la littérature:

Les résultats du groupe nominal montrent une certaine cohérence entre les traitements recommandés dans la littérature et les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Il est cependant intéressant de noter l'absence de plusieurs points par rapport à la recherche qui a été réalisée dans la littérature précédant le groupe nominal:

- Aucun des participants n'a soulevé le point des traitements médicamenteux par chlorhydrate de bupropion et varénicline lors de la réunion. Ils n'utilisent dans leur pratique que les traitements de substitution nicotinique et les deux médicaments cités ci-dessus n'ont pas été nommés une seule fois que ce soit pour faire l'objet d'un énoncé ou dans la discussion générale. Pourtant, ils sont désormais recommandés dans certaines indications et leur utilisation peut s'avérer être un outil efficace pour la prise en charge du sevrage tabagique, surtout pour les patients présentant une dépendance forte à la nicotine.

- Nous pouvons noter que les thérapies cognitivo-comportementales ont quant à elles fait l'objet d'un énoncé « Proposer un soutien psychologique: thérapie cognitivo-comportementale ». Cette proposition n'a pas recueilli assez de points pour

figurer dans les 13 énoncés qui sont ressortis dans liste principale après les deux tours de vote. Elle n'a été citée que par 1 participant lors du 1^{er} tour de vote, sans être mentionnée lors du 2^{ème} tour. Cependant, elle paraît également importante pour le groupe nominal car la proposition est arrivée à la 14^{ème} place avec 6 points.

- Les autres méthodes comme l'acupuncture ou l'hypnose, qui ne sont pas validées par la littérature, n'ont pas fait l'objet d'un énoncé. Cependant, leur question a été abordée lors de la soirée car pour certains participants, leur utilisation peut être une alternative intéressante chez certains patients. De plus, d'après leur expérience, de nombreux fumeurs souhaitent essayer ces méthodes pour se sevrer de leur consommation tabagique. Leur efficacité n'ayant pas été démontrée statistiquement, elles ne sont pas recommandées et ne doivent pas être proposées par les médecins généralistes. Ou être simplement un complément aux traitements recommandés.

- La notion de « craving » n'a pas non plus été mentionnée lors de la réunion. Plusieurs facteurs de risque de rechute ont été abordés mais pas celui-ci. Pourtant, nous rappelons que c'est la première raison de reprise du tabac, citée par 45% des fumeurs²⁷.

- Malgré son développement, sa facilité d'accès puisqu'il se décline sur plusieurs supports dont le téléphone, et ses presque 20 ans d'existence, le site Tabac Info Service n'a lui non plus pas été abordé lors de la soirée. Comme pour la varénicline ou le chlorhydrate de bupropion, nous pouvons nous demander s'il s'agit d'un manque de connaissance concernant ces traitements, ou si les médecins généralistes ne les utilisent simplement pas dans leur pratique quotidienne en soins primaires pour des raisons de simplicité.

Devant les résultats et la multitude de propositions obtenue à la suite de la première étape du groupe nominal, nous pouvons comprendre la complexité de la prise en charge du sevrage tabagique. En effet, les 44 énoncés proposés montrent à quel point cette prise en charge est variée, multidisciplinaire, vaste et compliquée. Certains points soulevés sont difficiles à étudier et empêchent une véritable standardisation de la prise en charge du sevrage tabagique. Celle-ci sera à adapter à chaque patient, en fonction de son histoire tabagique, de sa dépendance, de sa motivation, de ses croyances et de son caractère.

V- CONCLUSION:

Le médecin généraliste d'aujourd'hui ne peut plus se passer de connaissances approfondies en matière de tabagisme, surtout en ce qui concerne son sevrage. Les conséquences du tabac sont dramatiques et ce problème de santé publique majeur ne doit plus être ignoré. Promouvoir et accompagner le sevrage tabagique doit être une priorité pour tous les professionnels de la santé.

La formation des médecins est encore insuffisante en ce qui concerne la tabacologie en général. C'est encore plus vrai pour le sevrage car celui-ci revêt de nombreux aspects par la multitude des facteurs à prendre en compte, et par toutes les thérapies disponibles actuellement, médicamenteuses et non médicamenteuses. Notre revue de la littérature nous a permis de recenser tous les traitements validés et pouvant être utilisés dans la prise en charge du sevrage tabagique. Le conseil d'arrêt doit être systématique à chaque consultation pour tous les fumeurs et l'évaluation initiale est essentielle, en particulier l'entretien motivationnel. Au niveau du traitement médicamenteux, l'utilisation d'une association de substituts nicotiques pour accompagner le patient dans son sevrage est à privilégier en première intention.

Le groupe nominal que nous avons organisé a démontré la connaissance des praticiens sur les différents aspects de la prise en charge du sevrage tabagique, et ses points essentiels utilisés dans leur pratique quotidienne, qui évolue constamment. Cette méthode de consensus nous a permis de faire ressortir les moyens les plus adaptés et les plus utilisés en soins primaires, pour les comparer à ceux retrouvés dans la littérature. Certains points ne font l'objet d'aucune discussion. La proposition la plus importante pour le groupe est l'intervention répétitive et systématique sur la consommation tabagique du patient. Puis réaliser un entretien motivationnel exhaustif et mettre en place un traitement associant des substituts nicotiques apparaissent essentiel pour accompagner les patients.

Il serait intéressant de créer une fiche d'information reprenant les points essentiels ressortis du groupe nominal. Par exemple les 10 propositions qui arrivent en tête à l'issue de la réunion. Dans un premier temps, ce courrier pourrait être distribué aux médecins d'un certain secteur. Puis ultérieurement, une autre étude pourrait évaluer l'impact des propositions présentes sur la fiche d'information, et leur éventuelle utilisation par les médecins généralistes. Nous pouvons nous demander quelle serait l'apport d'efficacité du sevrage tabagique grâce à cet outil. Et si celle-ci est démontrée, il pourrait alors être diffusé plus largement aux médecins généralistes et aux médecins addictologues.

ANNEXES

1. Les textes de lois⁷⁰⁻⁷¹:

- 9 Juillet 1976: La loi n° 76-616 ou loi VEIL prévoit la limitation de l'usage du tabac dans certains lieux collectifs, ainsi que la limitation de la publicité visant les produits du tabac. C'est la première loi qui va permettre d'informer les usagers sur les risques et les méfaits du tabac.
- 10 Janvier 1991: la loi n° 91-32 ou EVIN vient renforcer la loi VEIL en interdisant toute la publicité autour des produits du tabac. De plus, elle va apporter de nombreuses nouveautés: la mention sur tous les paquets de cigarettes des taux de nicotine, de monoxyde de carbone et de goudron. La phrase « Nuit gravement à la santé » sur tous les paquets à partir du 1^{er} Janvier 1993. Elle met également en place l'interdiction de fumer dans les lieux publics à usage collectif et est à l'origine du « jour sans tabac », qui a lieu tous les ans le 31 Mai, pour lutter contre le tabagisme. Elle favorise la hausse du prix des cigarettes, interdit toute distribution gratuite, interdit toute opération de parrainage au tabac, interdit la vente de tabac aux moins de 18 ans.
- 31 Juillet 2003: la loi n°2003-715 interdit toute vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans et les paquets contenant moins de 20 cigarettes.
- 1^{er} Avril 2004: chaque paquet de cigarette devra être porteur d'un message d'alerte à l'arrière.
- Entre 2004 et 2008: plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, établi pour la protection des non-fumeurs et la prévention vis-à-vis des fumeurs.
- 1^{er} Février 2007: le décret n°2006-1386 prévoit l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés et couverts ou constituant des lieux de travail, les établissements de santé, les transports en commun, les écoles, les collèges, les lycées, et les lieux d'hébergement de mineurs. Elle prévoit également un remboursement de 50 euros par an et par patient sur l'achat de substituts nicotiques.
- 1^{er} Janvier 2008: extension de la loi précédente pour les casinos, les hôtels, les restaurants, les discothèques et les cafés.
- Entre 2008 et 2011: nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie. Il prévoit entre autres la prévention au sein des établissements scolaires des conduites addictives concernant le tabac, l'alcool et le cannabis.
- 21 Juillet 2009: la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) prévoit notamment l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs ainsi que celle des cigarettes aromatisées, qui sont censées attirer les jeunes.

- 2011: Un remboursement de 150 euros, pour les femmes enceintes et les patients ayant la couverture maladie universelle, par an et par patient est appliqué sur l'achat de substituts nicotiques. Tous les paquets de cigarettes doivent afficher au dos une image choc d'un patient atteint d'une maladie en application de la loi d'Avril 2010 (l'application de la loi s'est faite un an après son vote pour laisser le temps aux industries du tabac d'écouler leur stock), ainsi que le numéro de Tabac Info Service.
- 17 Mars 2014: avec la loi Hamon, la vente de cigarettes électroniques est rendue interdite aux moins de 18 ans. Il en va de même pour les liquides utilisés dans ces cigarettes.
- Septembre 2014: le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) a été annoncé par la ministre de la Santé, visant à éviter l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac. Ce PNRT rentre dans le plan national de lutte contre le cancer, qui est doté d'un fond de 1,5 milliard d'euros. Il vise à réduire le nombre de fumeurs en France de 10 points en 5 ans, afin que le pourcentage de fumeurs soit en dessous des 20 % vers 2024. L'ambition portée par cette stratégie est que « les enfants qui naissent aujourd'hui, soient la première génération de non-fumeurs ».
- 26 Janvier 2016: la loi prévoit l'interdiction de vapoter dans certains lieux publics tels que les établissements scolaires, les transports collectifs fermés ou encore les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif. Les emballages et sur-emballages des cigarettes, du tabac à rouler, du papier à cigarette et du papier à rouler doivent être uniformes et neutres. Et interdiction de fumer en voiture en présence de mineurs.
- 19 Mai 2016: nouveaux avertissements sanitaires, déclaration par les fabricants des ingrédients entrant dans la composition des produits du tabac, et publication des études sur la toxicité, interdiction de certains ingrédients et principes d'un dispositif d'authentification et de traçabilité.
- 25 Avril 2017: la loi prévoit à partir du 1^{er} Octobre 2017 l'interdiction de vapoter dans les lieux publics mentionnés dans le Code de Santé Publique. À compter de cette date, l'interdiction de vapoter doit être clairement affichée et le vapotage pourra être sanctionné d'une amende de 35 euros.

2. Exemple de conseil d'arrêt⁷²:

- Arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez.
- Il est important que vous arrêtiez de fumer, et je peux vous aider.
- Je peux vous aider à arrêter de fumer. Ce sera sûrement plus facile que d'essayer tout seul.
- Arrêter de fumer pendant que vous êtes malade est une bonne décision, ce peut être l'occasion de reprendre votre liberté face au tabac.

- Fumer occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux.
- Il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux si on arrête tôt
- Continuer à fumer aggravera votre bronchite ou votre asthme, en revanche, arrêter de fumer pourra améliorer votre santé de façon importante.
- La fréquence des infections respiratoires des enfants est supérieure dans un environnement fumeur.

3. Echelles de motivation:

- Test Q-mat⁷³:

1/ Pensez-vous que dans 6 mois :

- | | |
|--|---|
| Vous fumerez toujours autant ? | ① |
| Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? | ② |
| Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? | ④ |
| Vous aurez arrêté de fumer ? | ⑧ |

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

- | | |
|-------------------|---|
| Pas du tout | ① |
| Un peu | ① |
| Beaucoup | ② |
| Enormément | ③ |

3/ Pensez-vous que, dans 4 semaines :

- | | |
|--|---|
| Vous fumerez toujours autant ? | ① |
| Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? | ② |
| Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? | ④ |
| Vous aurez arrêté de fumer ? | ⑥ |

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

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

TOTAL (/20)

SCORE < 6

MOTIVATION INSUFFISANTE

SCORE de 7 à 13

MOTIVATION MOYENNE

SCORE > 13

BONNE MOTIVATION

- Test de Demaria, Grimaldi et Lagrue⁷⁴:

	QUESTIONS	Non	Oui
1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle	0	2
	Je viens à la consultation sur avis médical	0	1
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille	0	1
2	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	0	1
3	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels	0	1
4	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	0	1
5	Je veux me libérer de cet esclavage	0	2
6	Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	0	1
7	Je veux être en meilleure forme physique	0	1
8	Je veux préserver mon aspect physique	0	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	0	1
10	J'ai des enfants en bas âge	0	2
11	J'ai bon moral actuellement	0	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	0	1
13	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	0	1
14	Mon poids est habituellement stable	0	1
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	0	2

Score : Additionnez les points pour chaque réponse positive.

Interprétation de votre score

moins de 6	motivation faible
7-15	motivation moyenne
plus de 16	motivation forte

- Test de Richmond⁷⁵:

		TABAC
Aimeriez-vous arrêter de fumer ?	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3

0-6 motivation faible ou moyenne

7-9 bonne motivation

10 très bonne motivation

- Balance motivationnelle:

Poursuivre le tabagisme		Arrêter le tabagisme	
Bénéfices	Coût	Bénéfices	Coût

4. Questionnaires évaluant le « craving »:

- Questionnaire des envies urgentes de fumer²⁵:

Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes en mettant une marque comme ceci (X) sur chaque ligne entre « pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord ». Plus vous placez la marque près d'une extrémité, plus vous indiquez la force de votre accord ou désaccord.

Nous sommes intéressés de savoir comment vous pensez ou comment vous vous sentez à cet instant, au moment précis où vous remplissez le questionnaire.

- | | |
|---|--|
| <p>1) Fumer me ferait me sentir bien tout de suite
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>2) Je serais moins irritable maintenant si je pouvais fumer
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>3) Rien ne serait mieux que de fumer une cigarette tout de suite
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>4) Fumer ne me manque pas à cet instant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>5) Je fumerais dès que j'en aurais l'occasion
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>6) Je ne veux pas fumer maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>7) Fumer me rendrait moins déprimé
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>8) Fumer ne m'aiderait pas à me calmer maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>9) Si l'on m'offrait une cigarette, je la fumerais immédiatement
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>10) A partir de maintenant, je pourrais rester sans fumer pour une longue durée
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>11) Fumer une cigarette ne serait pas agréable
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>12) Si je fumais à cet instant, je m'ennuierais moins
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>13) Tout ce que je veux maintenant c'est une cigarette
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>14) Fumer tout de suite me ferait me sentir moins fatigué(e)
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>15) Fumer me rendrait plus heureux(se) maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>16) Même si c'était possible, je ne fumerais probablement pas maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> | <p>17) Je n'ai aucune envie d'une cigarette maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>18) Mon envie de fumer est insaisissable
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>19) Fumer maintenant ferait paraître les choses parfaites
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>20) J'ai une envie compulsive de cigarette tout de suite
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>21) Je n'apprécierais pas une cigarette tout de suite
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>22) Une cigarette n'aurait pas bon goût tout de suite
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>23) J'ai une envie pressante de cigarette
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>24) Je pourrais contrôler mieux les choses à cet instant si je pouvais fumer
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>25) Je vais fumer dès que possible
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>26) Je ne me sentrais pas mieux physiquement si je fumais
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>27) Une cigarette ne serait pas très satisfaisante maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>28) Si j'avais une cigarette allumée dans la main, je ne la fumerais probablement pas
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>29) Si je fumais maintenant, je pourrais penser plus clairement
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>30) Je ferais presque n'importe quoi pour une cigarette maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>31) J'ai besoin de fumer maintenant
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> <p>32) A l'instant, je ne prévois pas de fumer
Pas du tout d'accord : _____ : Tout à fait d'accord</p> |
|---|--|

- Version française du TCQ²⁶:

Une cigarette maintenant n'aurait pas bon goût		
S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer		
Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement		
Fumer une cigarette ne serait pas agréable		
Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant		
Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite		
Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion		
Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes		
Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas		
Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e)		
Il me serait difficile de laisser passer l'occasion de fumer		
Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant		

On donne à chaque question une réponse entre 1 et 7 en sachant que:

1: pas du tout d'accord

7: tout à fait d'accord

Puis on fait le total, plus celui ci est important, plus le « craving » est intense.

5. Questionnaires évaluant la dépendance psychologique, comportementale et environnementale:

- Test de Horn²⁹:

Entourez le chiffre correspondant :

5 = toujours

4 = Souvent

3 = Moyennement

2 = Parfois

1 = Jamais

a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c - Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1
k - Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
l - J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
m - Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
o - Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1
p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

STIMULATION : a + g + m =

PLAISIR DU GESTE : b + h + n =

RELAXATION : c + i + o =

ANXIÉTÉ - SOUTIEN : d + j + p =

BESOIN ABSOLU : e + k + q =

HABITUDE ACQUISE : f + l + r =

- Questionnaire MRSS³⁰:

	Items	Toujours	Fréquemment	Occasionnellement	Rarement	Jamais
1	Je fume des cigarettes pour ne pas me laisser abattre	5	4	3	2	1
2	Avoir une cigarette entre les mains fait partie du plaisir de fumer	5	4	3	2	1
3	Fumer des cigarettes fait plaisir et relaxe	5	4	3	2	1
4	J'allume une cigarette quand je me sens irrité(e) par quelque chose	5	4	3	2	1
5	Quand je n'ai plus de cigarettes, le manque m'est presque insupportable jusqu'à ce que je puisse m'en procurer une	5	4	3	2	1
6	Je fume des cigarettes par automatisme, sans même m'en rendre compte	5	4	3	2	1
7	Il est plus facile de bavarder et de se sentir à l'aise avec les autres quand on fume	5	4	3	2	1
8	Je fume des cigarettes pour me stimuler et me ragotter	5	4	3	2	1
9	Une partie du plaisir que j'éprouve à fumer une cigarette provient du plaisir que je prends à l'allumer	5	4	3	2	1
10	Je trouve que fumer est agréable	5	4	3	2	1
11	Quand je me sens mal à l'aise ou quand je suis irrité(e), j'allume une cigarette	5	4	3	2	1
12	Quand je ne fume pas de cigarette, j'en suis particulièrement conscient(e)	5	4	3	2	1
13	J'allume une cigarette sans me rendre compte qu'il y en a déjà une qui brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
14	Quand je fume, je me sens plus confiant(e) dans mes relations avec autrui	5	4	3	2	1
15	Je fume des cigarettes pour me donner un coup de fouet	5	4	3	2	1
16	Quand je fume une cigarette, je prends aussi plaisir à regarder la fumée que j'exhale	5	4	3	2	1
17	J'ai surtout envie d'une cigarette quand je me sens à l'aise et détendu(e)	5	4	3	2	1
18	Quand j'ai le « cafard » ou que je veux échapper à mes soucis, je fume des cigarettes	5	4	3	2	1
19	J'ai une furieuse envie de cigarettes quand je n'ai pas fumé depuis un certain temps	5	4	3	2	1
20	Je me suis rendu compte que j'ai une cigarette dans la bouche, mais je ne me rappelle pas l'y avoir mise	5	4	3	2	1
21	Je fume beaucoup plus quand je suis avec d'autres personnes	5	4	3	2	1

6. Questionnaire HAD³²:

A. Je me sens tendu ou énervé :	
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais
B. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	
0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus
A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	
0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout
A. Je me fais du souci :	
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement
D. Je suis de bonne humeur :	
3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps
A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :	
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais
D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais
A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent
D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant attention que par le passé
A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :	
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais
A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :	
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais
D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :	
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement
D	A

Total anxiété (A) :

Total dépression (D):

- Un score inférieur ou égal à 7 = absence d'état anxieux ou dépressif
- Un score entre 8 et 10 = état anxieux ou dépressif douteux
- Un score supérieur ou égal à 11 = état anxieux ou dépressif certain

7. Questionnaire évaluant la consommation d'alcool:

- AUDIT-C³⁵:

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- Jamais - 0 point
- 1 fois/mois ou moins - 1 points
- 2 à 4 fois/mois - 2 points
- 2 à 3 fois par semaine - 3 points
- 4 fois/semaine - 4 points

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2 - 0 point
- 3 ou 4 - 1 points
- 5 ou 6 - 2 points
- 7 à 9 - 3 points
- 10 ou plus - 4 points

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points

- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

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 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

Test Audit C, l'analyse du score

- score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non consommation ou une consommation non problématique
- score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé
- score supérieur ou égal à 13 : alcool dépendance.

- FACE³⁶:

	Score
1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? Jamais <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1 2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2 2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? Un ou deux <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

8. Questionnaire CAST³⁹:

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

—> 3 réponses positives doivent entraîner une prise en charge spécifique.

9. Courriel envoyé aux médecins:

PIERRE Charles Henry
Interne en 5^{ème} semestre de médecine générale
charleshryp54@gmail.com

Bonjour Docteur,

Merci de l'intérêt que vous portez à ce projet et d'avoir accepté de participer au groupe nominal.

J'effectue ma thèse sur la pratique de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale. Après une revue de la littérature, nous avons décidé avec le Professeur DI PATRIZIO de choisir la méthode du groupe nominal pour évaluer l'utilisation des recommandations dans la pratique de la médecine générale.

1) Le groupe nominal:

Cette technique, très utilisée dans les pays anglo-saxons, a été créée par deux chercheurs américains : André Delbecq et Andrew Van den Ven en 1968.

C'est une réunion de travail structurée par une procédure ordonnée, pour faire produire une information de nature qualitative à un groupe ciblé, pour une question précise. Le groupe nominal est utilisé pour classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions et des actions à réaliser. Il doit représenter les différentes disciplines concernées et les différents modes d'exercice.

2) Préparation du groupe nominal:

Nous travaillerons sur les modalités les plus adaptées et les plus utilisées en médecine générale pour la prise en charge du sevrage tabagique.

Ci joint 3 tableaux qui permettront de préparer le groupe nominal avec les thèmes que nous aborderons: l'évaluation initiale, les traitements d'aide à l'arrêt et les modalités de prise en charge.

EVALUATION INITIALE	TRAITEMENT	MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI
Conseil d'arrêt	Substituts nicotiques	Fréquence des consultations
Dépendance	Varénicline	Consultation addictologique
Motivation	Bupropion	Freins et difficultés
Comorbidités	Thérapies cognitivo comportementales	Attentes
Coadictions		
Poids		

3) Déroulement de la réunion:

Chaque thématique sera discutée par les différents participants. Chacun donnera une idée pour chaque question posée par l'animateur, et nous ferons autant de tour de table que nécessaire et d'idées qu'il y a à proposer. Celles-ci seront notées sur un tableau et l'animateur répondra aux éventuelles questions pour clarifier chaque point et pour attribuer le même sens aux différents items. En dernier lieu, chacun donnera une note à chaque idée proposée en fonction de son importance et de son utilisation en médecine générale.

4) Participants:

Les médecins qui devraient participer à ce groupe nominal sont:

- BERTAUX Laurent (Médecin généraliste à Lisle en Rigault, Meuse)
- HANRIOT Olivier (Médecin généraliste à Verny, Moselle)
- JACQUIER Christophe (Médecin généraliste à Bouxières-aux-Dames, Meurthe et Moselle)
- KENNEL Danièle (Infirmière addictologue à Revigny sur Orain, Meuse)
- MASSON Philippe (Médecin généraliste à Pont à Mousson, Meurthe et Moselle)
- MARTIN Christine (Infirmière addictologue à Lisle en Rigault, Meuse)
- PAZZOGNA Rémy (Médecin généraliste à Leyr, Meurthe et Moselle)
- TENENBAUM Marc (Médecin généraliste à Nancy, Meurthe et Moselle)

Seront également présents en tant qu'experts:

- BEURRIER Pascale (Médecin tabacologue/addictologue au CH d'Epinal, Vosges)
- BOUCHY Olivier (Maître de Conférences Associé de médecine Générale, médecin généraliste à Revigny sur Orain, Meuse)
- DI PATRIZIO Paolo (Professeur des Universités, PU-MG, Coordonnateur régional du DES de Médecine Générale, spécialiste en Médecine Générale, Médecin toxicologue et alcoologue, Président de thèse)
- WIRTH Nathalie (Médecin tabacologue/addictologue au CHRU de Nancy, directrice de thèse)

5) Date:

Vous pouvez dès à présent vous rendre sur le site suivant pour choisir les dates auxquelles vous seriez éventuellement disponible.

→ <https://doodle.com/poll/4n22xphyk5qgm45b>

N'hésitez pas à cocher le maximum de possibilités pour que j'arrive à dégager une date et un horaire où tout le monde pourra être présent.

Je vous communiquerai la date dès que possible qui, j'espère, conviendra à tous.

Il y aura un moment de convivialité avec boissons et nourriture après la réunion.

Merci à tous, au plaisir de vous voir nombreux à ce groupe nominal.

PIERRE Charles-Henry

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Richard D. Les drogues: Armand Colin collection 128; 2005. p. 70-81.
- 2- Eriksen M., Mackay J., Schluger N., et al. The Tobacco Atlas, American Cancer Society, 2015.
Disponible à l'URL: <http://tobaccoatlas.org/>
- 3- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique - 28 février 2001
Disponible à l'URL: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>
- 4- Organisation mondiale de la santé. Centre des médias. Aide-mémoire n°339, mai 2017.
Disponible à l'URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr>
- 5- Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. Br Med J 2004; 328:1519–28.
- 6- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Mars 2017.
Disponible à l'URL: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-la-mortalite-induite-par-la-consommation-et-ventes/>
- 7- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, La consommation de tabac en France: caractéristiques et évolution récentes - Janvier 2015
Disponible à l'URL: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf>
- 8- Carter BD., Abnet CC., Feskanich D., et al. Smoking and mortality-beyond established causes. N Engl J Med 2015; 372:631–40.
- 9- Ribassin-Majed L., Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health 2015; 25(5):824-8.
- 10- Flanders WD., Lally CA., Zhu B-P, et al. Lung cancer mortality in relation to age, duration of smoking, and daily cigarette consumption: results from Cancer Prevention Study II. Cancer Res 2003; 63(19):6556-62.

- 11- Hill C. Epidémiologie du cancer en France. Document Powerpoint, mise à jour 2016.
Disponible à l'URL: <https://www.gustaveroussy.fr/fr/content/epidemiologie-et-prevention-1>
- 12- Gandini S., Botteri E., Iodice S., et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008; 122:155–64.
- 13- Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderiotis S., et al. Les décès attribuables au tabac en France. Dernières estimations et tendances, années 2000 à 2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°30-31. 6 Octobre 2016.
- 14- US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- 15- Wirth N., Perriot J., Stoeber A., Peyrin-Biroulet C, et al. *Le tabagisme. La pneumologie fondée sur les preuves*, 5ème édition, Paris, 2017, Margaux Orange Ed, 494 p. 2015.
- 16- Wirth N., Berlin I., Martinet Y. *Consommation de tabac et maladies respiratoires*. EMC (Elsevier masson SAS, Paris), *Pneumologie*, 6-020-A-50, sous presse.
- 17- Raw M., McNeill A., West R. *Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system*. *Thorax*. 1998 déc; 53(Suppl 5):S1-S18.
- 18- Quinn VP., Hollis JF., Smith KS., Rigotti NA, et al. Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *J Gen Intern Med* 2009; 24:149–54.
- 19- Prochaska JO., Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997 Sep-Oct; 12(1):38-48.
- 20- Wirth N., Derlon V., Michy B., et al. *EMC Anesthésie-Réanimation. Tabagisme périopératoire*. 2015. 36-400-A-06. 5; 371-378.
- 21- Lindson-Hawley N., Thompson TP., Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 3:CD006936.

- 22- Aubin HJ., Luquiens A., Bonnet N., et al. De la tabacologie à l'addictologie. *Revue du praticien*. 2012-tome 62- n°3; 356-359.
- 23- Moore RA., Aubin HJ. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9:192–211.
- 24- American Psychiatric Association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française : MA Crocq et JD Guelfi. 5ème édition. Paris: Else-vier-Masson; 2015.
- 25- Guillin O., Kreks MO., Bourdel MS., et al. Validation de la traduction française et de la structure factorielle du questionnaire sur l'urgence à fumer de Tiffany et Robes. *Encéphale* 2000; 26:27-31.
- 26- Berlin I., Vorspan F., Singleton EG., et al. Reliability and validity of the French version of the tobacco craving questionnaire. *Eur Addict Res* 2005; 11(2):62-8.
- 27- Aubin HJ., Peiffer G., Stoebner-Delbarra A. et al, The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health*. 2010 Feb. 26;10:100.
- 28- Alan J., Budney., Ryan G., et al. Comparaison of Cannabis and Tobacco Withdrawal: Severity and Contribution to Relapse. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Dec; 35(4): 362–368.
- 29- Ikard FF., Green DE., Horn D. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *Int J Addict* 1969; 4:649-59.
- 30- Berlin I, Singleton EG, Pendarriosse A-M, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003; 98:1575–83.
- 31- Dervaux A., Laqueille X. Smokers and psychiatric comorbidities. *Press Med* 2016; 45:1133–40.
- 32- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67(6) : 361-70.

- 33- Taylor G., McNeill A., Girling A., et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348:g1151.
- 34- Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA* 1984; 252:1905–7.
- 35- Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie* 2015; 37(1):5-84.
- 36- Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie. Echelles et questionnaires. Les questionnaires-types validés d'évaluation des modes de consommations. Questionnaire FACE - 2011.
- 37- Hashibe M., Brennan P., Benhamou S. et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst.* 2007 May 16; 99(10):777-89.
- 38- Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie. Echelles et questionnaires. Les questionnaires-types validés d'évaluation des modes de consommations. Questionnaire DETC - 2011.
- 39- Legleye S., Guignard R., Richard JB., et al. Properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2015 Jun; 24(2):170-83.
- 40- Tian J., Venn A., Otahal P., Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev* 2015; 16:883–901.
- 41- Hughes JR., Keely J., Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99:29-38.
- 42- Stead LF., Perera R., Bullen C., et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Revue* 2012; 11:CD000146.
- 43- Piper ME., Smith SS., Schlam TR., et al. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 Nov; 66(11):1253-62.

- 44- Kralikova E., Kozak JT., Rasmussen T., et al. Smoking cessation or reduction with nicotine replacement therapy: a placebo-controlled double blind trial with nicotine gum and inhaler. *BMC Public Health*. 2009 Nov 27; 9:433.
- 45- JORF n°0099. Arrêté du 25 avril 2017 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - 27 Avril 2017.
Disponible à l'URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/25/AFSS1712277A/jo/texte>
- 46- Anthenelli RM., Benowitz NL., West R., et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016; 387:2507–20.
- 47- Cahill K., Lindson-Hawley N., Thomas KH., et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD006103.
- 48- Stead LF., Koilpillai P., Fanshawe TR., Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3: CD008286.
- 49- Hughes JR., Stead LF., Hartmann-Boyce J., et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1: CD000031.
- 50- Fiore M., Jaen CR., Baker TB., et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
- 51- Stead LF., Koilpillai P., Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 10:CD009670.
- 52- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Tabac Info Service - Présentation, 17-09-2015.
Disponible à l'URL: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie_sante/tis_presentation.asp
- 53- White AR., Rampes H., Liu JP., et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1:CD000009.

- 54- Fritz DJ., Robert MC., Steinmeyer B., et al. The Efficacy of Auriculotherapy for Smoking Cessation : A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Journal of the American Board of Family Medicine* - 2013; 26:61-70.
- 55- Barnes J., Dong CY., McRobbie H., et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10:CD001008.
- 56- Dawkins L., Turner J., Hasna S., Soar K. The electronic-cigarette : effects on desire to smoke, withdrawal symptoms and cognition. *Addict Behav* 2012 ;37:970-3.
- 57- Bullen C., Howe C., Laugesen M., et al. Electronic cigarettes for smoking cessation : a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 382:1629-37.
- 58- Kalkhoran S., Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med* 2016; 4(2):116-28.
- 59- Alliance contre le tabac. « Avis 2017 sur les dispositifs électroniques de vapotage (cigarettes électroniques) ». Consulté le 15 Octobre 2017.
Disponible en ligne à l'URL: <http://www.alliancecontreletabac.org/AVIS%202017%20-%20CIGARETTES%20ELECTRONIQUES%20-%20v03%20WEB.pdf>
- 60- Krall EA., Garvey AJ., Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res* 2002; 4:95–100.
- 61- Moore D., Aveyard P., Connock M., et al. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2009; 338:b1024.
- 62- Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (3):CD005231.
- 63- Meyer C., Ulbricht S., Baumeister SE., et al. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice : a quasi- randomized controlled trial to examine the efficacy of computer- tailored. *Addiction* 2008; 103:294-304.
- 64- Prabhat J., Ramasundarahettige C., Landsman V., et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368:341-50.

- 65- Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health*. 1972 Mar; 62(3):337–42.
- 66- Letrilliart L., Marc Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer* 2011; 99:170-7.
- 67- JM Meunier. L'utilisation du groupe nominal dans l'identification des besoins d'une clientèle de soins palliatifs à domicile. *Cahier du GERIS 1994: série Recherche*, page 2.
- 68- André-Vert J., Dhénain M. Elaboration de recommandations de bonne pratique: Méthode "recommandation par consensus formalisé." HAS; 2010. Mise à jour: Mars 2015.
Disponible à l'URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf
- 69- Raphael F., Tabouring P., Animation et dynamique de groupe, le petit groupe, comportements non fonctionnels, DIU Pédagogie Médicale.
- 70- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, La législation antitabac en France - 15 Mai 2012.
Disponible à l'URL: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
- 71- Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutte contre le tabac : principaux textes et orientations stratégiques. Publié le 30 mai 2014, mis à jour le 07 Octobre 2016.
Disponible à l'URL: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabac-principaux-textes-et-orientations-strategiques>
- 72- Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Exemples de conseils d'arrêt.
Disponible à l'URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_exemple_conseils_arret.pdf
- 73- Elia D. La motivation à l'arrêt. *Genesis*, juin 2004, N°97: 9-10.
- 74- Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie. Echelles et questionnaires. Les questionnaires-types validés d'évaluation des modes de consommations. Test de Grimaldi - 2011.

75- Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following interventions to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88 : 1127-35.

VU

NANCY, le 16 janvier 2018

Le Président de Thèse

NANCY, le 17 janvier 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10169

NANCY, le 18 janvier 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé de la thèse:

Titre: Etude de la pertinence en soins primaires des outils et moyens de prise en charge les plus adaptés dans le sevrage tabagique par technique du groupe nominal.

Le tabagisme est considéré comme la principale cause de morbidité et de mortalité évitable dans le monde. Avec plus de 70 000 morts par an en France, il constitue aujourd'hui l'un des problèmes de santé publique majeur. Depuis quelques années, sa lutte est devenue un enjeu très important.

Les traitements pour le sevrage tabagique sont nombreux, et la littérature concernant leur efficacité est vaste. D'abord, nous avons effectué une revue récente de cette littérature. Celle-ci a permis de faire le point sur les dernières recommandations de la prise en charge du sevrage tabagique. L'évaluation initiale approfondie est essentielle, et l'association de substituts nicotiques apparaît comme primordiale pour accompagner le patient dans son sevrage tabagique et l'aider à surmonter sa dépendance.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Il occupe une place importante de par son statut privilégié, en particulier pour les pathologies chroniques. Le tabac n'échappe pas à cette catégorie et doit faire partie intégrante du dossier médical de tous les patients. Il paraissait judicieux de s'intéresser à la connaissance et à l'utilisation de ces traitements recommandés par les médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne de soins primaires. Nous avons donc ensuite décidé de former un groupe nominal, méthode conforme aux guides publiés par la Haute Autorité de Santé. Celui-ci a permis d'établir une liste de 44 énoncés qui paraissent les plus importants et les plus utilisés pour les médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage tabagique. 13 de ces propositions ont été retenues dans le choix final.

Une fiche d'information avec ces items pourrait être réalisée, pour en faire une liste de recommandations visibles. Elle pourrait être diffusée à tous les médecins pour les aider et les orienter dans le cas où ils rencontreraient des difficultés auprès des patients fumeurs. Et une étude ultérieure pourrait être menée pour évaluer l'amélioration de la pratique médicale dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Titre en anglais: Study of effective tools and means' relevance in primary care to reward the most adapted ones relating to smoking cessation by using the group nominal technique.

Mots clés: tabagisme, médecins généralistes, sevrage tabagique, groupe nominal, recommandations

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
