



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord Pas de Calais

Présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2017 à 16heures

Au Pôle Formation

Par Constance Looze-Renault

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Scherpereel

Monsieur le Professeur Berkhout

Monsieur le Docteur Duthoit

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Duthoit

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
1. Les méthodes de sevrage médicamenteuses.....	4
1.1. Les traitements nicotiques de substitution.....	4
1.2. La Varénicline (Champix) et le Bupropion (Zyban)	5
2. L'apport des médecines alternatives dans le sevrage tabagique	6
2.1. L'acupuncture	7
2.2. L'hypnothérapie	8
3. Place de la cigarette électronique dans le sevrage	8
4. Place des thérapies cognitivo-comportementales	10
MATERIEL ET METHODES	12
1. Choix de la méthode.....	12
2. Organisation des entretiens	12
2.1. Constitution de l'échantillon	12
2.2. Le guide d'entretien	13
2.3. Les entretiens individuels.....	13
3. Analyse des données.....	13
4. Critère de validation scientifique	14
RESULTATS	15
1. Présentation des résultats.....	15

2. Analyse des résultats	15
2.1. Ressenti du patient sur le tabac.....	15
2.1.1. Généralités sur le tabac.....	15
2.1.2. Ressenti sur la consommation tabac.....	16
2.1.3. Causes de consommation.....	17
2.1.4. Causes de récurrence.....	18
2.1.5. Motivations à l'arrêt de consommation.....	19
2.2. Ressenti des patients sur le sevrage tabagique.....	20
2.2.1. Ressenti au cours d'une tentative d'arrêt.....	20
2.2.2. Ressenti sur la méthode de sevrage.....	21
2.2.2.1. Méthode médicamenteuse = facilitation au sevrage.....	21
2.2.2.2. La cigarette électronique : une alternative au tabac.....	26
2.2.2.3. Les médecines alternatives.....	27
2.2.2.4. Apport de la littérature dans l'aide au sevrage.....	30
2.2.3. Difficultés rencontrées au cours du sevrage.....	30
2.2.3.1. Sensation de manque.....	31
2.2.3.2. Sensations liées au tabac.....	31
2.2.3.3. Importance de la gestuelle.....	32
2.2.4. Bénéfices du sevrage.....	32
2.2.5. Rôle du patient dans le sevrage.....	33
2.2.6. Rôle de l'entourage dans le sevrage.....	34
2.3. Ressenti des patients sur le médecin.....	35

2.3.1. Ressenti sur le rôle du médecin traitant.....	35
2.3.2. Nécessité d'un intervenant	36
2.4. Ressenti des patients sur la prise en charge	37
2.4.1. Défaut de prise en charge	37
2.4.1.1. Défaut d'accompagnement du médecin.....	37
2.4.1.2. Défaut de communication	38
2.4.1.3. Défaut d'informations médicales	39
2.4.1.4. Défaut de suivi médical	39
2.4.2. Ressenti sur le soutien psychologique.....	40
2.5. Connaissances des patients	41
2.5.1. Connaissances des patients sur la santé	41
2.5.2. Connaissances des patients sur les méthodes de sevrage	42
2.5.2.1. Les méthodes médicamenteuses.....	42
2.5.2.2. Les méthodes alternatives	42
2.5.2.3. La cigarette électronique.....	43
2.5.2.4. Autres méthodes citées par les patients	44
2.5.3. Ignorance sur les méthodes de sevrage.....	44
2.5.4. Méthodes d'apport de connaissances	44
2.6. Attentes des patients.....	45
2.6.1. Nécessité d'un accompagnement.....	45
2.6.2. Importance de la communication.....	46
2.6.3. Place de la connaissance médicale et de la compétence du médecin	46

2.6.4. Attentes sur le rôle du médecin	47
2.6.5. Importance d'un suivi médical régulier.....	47
2.6.6. Prise en charge psychologique.....	48
2.6.7. Attentes des patients sur les méthodes de sevrage	48
DISCUSSION	50
1. Ressenti des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique	50
2. Connaissances des patients sur les méthodes de sevrage	56
3. Attentes des patients réalisant une tentative de sevrage	58
4. Forces et faiblesses de l'étude.....	60
5. Perspectives et propositions.....	61
CONCLUSION	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	67
1. ANNEXE 1 : TEST DE FAGERSTROM EN 2 ET 6 QUESTIONS	67
2. ANNEXE 2 : COMMENT PRESCRIRE LES TNS	69
3. ANNEXE 3 : EFFETS SECONDAIRES DU BUPROPION ET VARENICLINE	71
4. ANNEXE 4 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS INTERROGES	72
5. ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN	73
6. ANNEXE 6 : REDACTION SELON LES CRITERES COREQ.....	74

RESUME

Le tabagisme est un problème de santé publique depuis de nombreuses années, il est responsable de plusieurs pathologies et cancers dont le cancer broncho-pulmonaire. Malgré la diversité des méthodes de sevrage disponibles, les fumeurs restent nombreux, même si la majorité souhaite arrêter de fumer. Il paraissait intéressant de connaître le ressenti de ces patients ayant réalisé une tentative de sevrage, leurs connaissances et leurs attentes afin de savoir comment le professionnel de santé pourrait améliorer sa prise en charge.

Cette étude qualitative a été réalisée sur quatorze patients ayant réalisé une tentative de sevrage et ayant consulté au moins un médecin pour les aider dans leur démarche.

Le ressenti de ces patients était variable, cependant un défaut d'accompagnement était souvent évoqué ainsi qu'un manque de soutien psychologique. Un intervenant était souvent nécessaire à la prise en charge. Les patients éprouvaient des difficultés à compenser la gestuelle de la cigarette et se sentaient peu informés sur le quotidien sans tabac. La compétence du médecin était importante et les patients attendaient un suivi plus régulier de la part de leur médecin. Les méthodes de sevrage étaient globalement connues et appréciées des patients bien que des effets secondaires soient souvent mis en évidence.

Il persiste des lacunes chez les médecins généralistes en terme de sevrage tabagique, bien que de nouvelles recommandations aient été publiées par la Haute Autorité de Santé, une formation complémentaire pourrait être envisagée afin d'améliorer l'accompagnement du médecin dans le sevrage tabagique.

INTRODUCTION

Le tabagisme demeure un problème majeur de santé publique depuis des années. Il est responsable de la mort d'environ 73 000 personnes par an en France et d'environ 6 millions de personnes chaque année dans le monde (parmi lesquelles, plus de 5 millions sont des fumeurs et plus de 600 000 des non-fumeurs exposés au tabagisme passif)¹. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), si aucune mesure d'urgence n'est prise, ce chiffre pourrait dépasser les 8 millions en 2030¹. C'est la première cause évitable de décès chez l'adulte avec 1 décès sur 10 lié au tabac. Les connaissances sur la santé ne sont pas méconnues : en particulier, le tabac est responsable de 25% de l'ensemble des cancers et de 90% des cancers broncho-pulmonaires en France². C'est également le principal facteur de risque de la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO) puisque 85% des BPCO surviennent chez les fumeurs ou les anciens fumeurs, et qu'une fois la BPCO diagnostiquée, le risque de présenter un cancer broncho pulmonaire est augmenté par deux².

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), le baromètre santé 2014 indique une diminution de la consommation de tabac par rapport à 2010 et une prévalence stable avec 34% de fumeurs dans notre pays³.

Alors que la consommation quotidienne des 18-75 ans est en légère baisse en 2014 par rapport à 2010, la tendance à 17 ans s'inverse sur la période 2008-2014 par rapport à la période 2000-2008, puisque l'on constate une augmentation de la consommation de tabac chez les adolescents⁴⁻⁵.

Concernant le sevrage, le Baromètre santé 2014 révèle également que 29% des fumeurs quotidiens ont essayé d'arrêter de fumer dans l'année et l'envie d'arrêter de fumer est partagée par 59,5% des fumeurs réguliers³.

En connaissant ses patients et leur mode de vie (état psychique, dépendances, problèmes familiaux), le médecin généraliste, spécialiste des soins de premier recours, est un acteur majeur dans la lutte contre le tabagisme. C'est donc l'intervenant principal pour accompagner un patient qui désire arrêter de fumer.

Dans le cadre de la prévention, le dépistage individuel de la consommation de tabac et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande en 2014 que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière². Afin d'évaluer la consommation et la dépendance des patients, le test de Fagerström peut être utilisé par tout professionnel de santé (Annexe 1).

Le conseil d'arrêt, quant à lui, consiste à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Il s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer, et entre dans le cadre de la prise en charge du sevrage tabagique.

Selon l'HAS, 97% des fumeurs qui essaient d'arrêter sans aucune aide échouent⁶. L'accompagnement par un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, doit donc être au centre de la démarche d'arrêt du fumeur.

Une étude quantitative, réalisée en 2012 en Champagne Ardenne sur 100 patients, a montré que plus de la moitié des patients fumeurs souhaitent arrêter de fumer et que les patients fumeurs ont des attentes vis-à-vis du professionnel de santé :

plus de 40% des patients souhaitent que le soignant les aide dans leur tentative de sevrage, et 2/3 des fumeurs souhaitent que s'associe une aide médicamenteuse et un soutien psychologique⁷.

Les patients tabagiques font de multiples tentatives d'arrêt avant d'avoir recours à une prise en charge médicale, cependant, même s'ils restent maîtres de leur sevrage, ils apprécient souvent l'aide apportée par leur médecin généraliste⁷⁻⁸.

L'objectif de cette étude est ainsi d'évaluer le ressenti et les connaissances de ces patients réalisant une tentative de sevrage et de connaître leurs attentes afin de comprendre comment le médecin généraliste pourrait améliorer sa prise en charge dans l'accompagnement du patient tabagique.

1. Les méthodes de sevrage médicamenteuses

1.1. Les traitements nicotiques de substitution

Ils constituent le traitement médicamenteux de première intention en cas de sevrage tabagique. Ils ont pour but de soulager les symptômes de sevrage, réduire la sensation de manque et prévenir les récives. Ces substituts permettent l'apport quotidien de nicotine, en évitant la toxicité apportée par la cigarette². Ils doivent être utilisés à dose suffisante et la durée de prescription est au minimum de 3 mois.

Ces substituts nicotiques existent sous plusieurs formes : formes transdermiques (patches) qui permettent d'obtenir une nicotémie relativement constante dans le temps avec une possibilité d'appliquer le dispositif pendant 16 heures ou 24 heures, des formes orales telles que les gommes à mâcher (dosage de 2 et 4 mg), les pastilles ou comprimés à sucer (existants avec différents dosages) ou encore sous forme d'inhalateurs de nicotine ou sprays buccaux pour lesquels

l'absorption de nicotine est plus rapide²⁻⁹⁻¹⁰. Les modalités de prescription des différents traitements substitutifs sont disponibles en annexe 2.

Les traitements nicotiques de substitution, sous n'importe quelle forme, augmentent de 50 à 70% les chances d'arrêter de fumer, ces chances sont d'autant plus importantes pour une association timbre transdermique – forme orale, par rapport à une forme unique de traitement substitutif¹⁰.

Ces traitements doivent être associés à un accompagnement par un professionnel de santé pour une efficacité optimale².

1.2. La Varénicline (Champix) et le Bupropion (Zyban)

Le Bupropion (Zyban) est un antidépresseur atypique commercialisé en France depuis 2001 dans l'aide au sevrage tabagique, situation à haut risque de manifestations aiguës psychiatriques. Structuellement proche des amphétamines et des monoamines endogènes, dopamine et noradrénaline, dont il inhibe la recapture, le Bupropion serait un antagoniste non compétitif des récepteurs nicotiques¹¹. Sa posologie est d'un comprimé par jour pendant six jours puis le traitement est ensuite majoré à deux comprimés par jour, l'arrêt du tabac se réalisant au cours de la deuxième semaine. Il est délivré sur ordonnance médicale avec une durée de traitement variant est de 7 à 9 semaines¹² et n'est plus remboursé depuis 2007.

La Varénicline (Champix) est un agoniste partiel sélectif des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine. Il est commercialisé depuis 2007 dans la prise en charge du sevrage tabagique. Les chances de réussir son sevrage avec ce traitement sont de deux à trois fois plus élevées que sans traitement pharmacologique. Il augmente la réussite du sevrage sur le long terme¹³. Tout comme le Bupropion, le traitement est

majoré progressivement et l'arrêt du tabac se fait dans un deuxième temps. La durée totale du traitement par Varénicline varie de 3 à 6 mois et ce traitement n'est pas remboursé.

Depuis 2011, persiste des doutes quant aux risques accrus de maladie cardiovasculaire et aux risques dépressifs associés à la prise de Varénicline. En septembre 2015, une étude s'intéresse à la problématique et montre que ni le Bupropion, ni la Varénicline n'ont montré un risque accru de maladies cardiovasculaires ou neuropsychiatriques, en comparaison avec les substituts nicotiques¹⁴. Au contraire, cette étude montre qu'au bout de six mois de prise de Varénicline, le risque de cardiopathie a été diminué de 16%, celui d'AVC de 42%, et le risque de dépression de 45%¹⁴.

Ces deux médicaments améliorent les chances de sevrage des fumeurs. Une méta analyse montre que la Varénicline est 50% plus efficace que les traitements nicotiques substitutifs utilisés en monothérapie, et son efficacité est comparable à l'association de deux types de traitements substitutifs¹². Cependant, ces médicaments sont responsables d'effets secondaires potentiellement graves (annexe 3). Ils sont à prescrire en seconde intention et nécessitent une surveillance étroite.

2. L'apport des médecines alternatives dans le sevrage tabagique

Les médecines alternatives ou complémentaires, encore appelées « médecines douces », « parallèles », « naturelles » ou « holistiques » désignent l'ensemble des pratiques thérapeutiques autres que les pratiques dites « allopathiques » ou « conventionnelles », qui elles se fondent sur une validation scientifique par des essais cliniques et/ou un consensus de la communauté professionnelle, et qui sont à la base de notre système de santé. L'organisation mondiale de la santé parle de « médecines

traditionnelles » et les pays anglo-saxons davantage de médecines alternatives ou complémentaires¹⁵. L'organisation mondiale de la santé dénombre plus de 400 médecines alternatives et complémentaires, certaines de ces médecines sont fondées sur des produits naturels (phytothérapie, aromathérapie), d'autres techniques sont axées sur la manipulation (ostéopathie), d'autres encore sont des thérapies du corps et de l'esprit (hypnothérapie, méditation, sophrologie) ou des systèmes complets reposant sur des théories (acupuncture, homéopathie)¹⁶. Ces médecines alternatives intéressent de plus en plus les Français qui ont tendance à se tourner davantage vers ce type de pratiques, qui interviennent dans de nombreux domaines y compris dans le sevrage tabagique¹⁶.

Selon l'HAS, les méthodes telles que l'acupuncture ou l'hypnothérapie peuvent être utilisées dans la prise en charge du sevrage tabagique, par les patients qui le souhaitent, en complément des méthodes médicamenteuses. Ces méthodes n'ont pas fait preuve de leur efficacité, cependant elles ne présentent pas à ce jour de risque majeur pour le patient²⁻¹⁷.

2.1. L'acupuncture

L'acupuncture est une des branches de la médecine chinoise. Elle consiste en la stimulation, avec des fines aiguilles, de certains des 361 points situés le long des trajets d'énergie (ou méridiens) qui parcourent le corps¹⁶. Ce concept permettrait de rétablir la bonne circulation énergétique. L'acupuncture est une « orientation médicale » reconnue par le Conseil national de l'Ordre des médecins depuis 1974¹⁸. L'acupuncture est pratiquée pour de nombreuses pathologies telles que les lombalgies, la migraine, la constipation, les insomnies, les douleurs au cours de la

grossesse ou de l'accouchement et entre dans le cadre de la prise en charge du sevrage tabagique.

Cependant, selon une étude récente, il n'existe pas de preuve cohérente indiquant que l'acupuncture ou les techniques dérivées augmentent le nombre de patients parvenant à arrêter de fumer¹⁹⁻²⁰.

2.2. L'hypnothérapie

L'hypnose est une pratique ancienne, utilisée dans les soins pour les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans. Par la parole, le praticien induit chez le patient un état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l'extérieur et une hyper suggestibilité²¹. L'hypnose se base sur le principe qu'il existe deux états de conscience. Le premier correspond à un état d'attention dirigée, de maîtrise, de contrôle. Dans le deuxième état, celui que l'hypnose propose d'atteindre, la perception est non plus focalisée, mais élargie à tout l'environnement. L'hypnose ne propose donc pas de traiter la souffrance, mais de changer d'état afin d'en modifier sa perception¹⁸.

L'hypnose regroupe un ensemble de pratiques parmi lesquelles on retrouve l'hypnosédation (hypnose à visée sédative), l'hypnoalgésie (hypnose à visée antalgique) et l'hypnothérapie (usage psychothérapeutique de l'hypnose).

Les différentes études réalisées n'ont pas permis de mettre en évidence une efficacité de l'hypnose dans la prise en charge du sevrage tabagique²¹⁻²².

3. Place de la cigarette électronique dans le sevrage

La cigarette électronique est un dispositif conçu pour fournir de la nicotine sans fumée de tabac en produisant de la vapeur absorbée par inhalation comme en fumant.

Elle comprend une batterie produisant de l'énergie pour activer une résistance qui chauffe un liquide contenu dans un réservoir et qui contient du propylène glycol et/ou de la glycérine qui permet de produire de la vapeur inhalée par l'utilisateur, appelé « vapoteur »²³. Les autres composants de la cigarette électronique sont les arômes, la nicotine (présente à différentes concentrations pour les modèles qui en contiennent), les impuretés du tabac telles que les nitrosamines, formaldéhyde, acroléine, hydrocarbures, métaux lourds, mais présentes en concentration beaucoup plus faible que dans la fumée de tabac, et certains additifs comprenant parfois des médicaments²³.

Selon l'HAS, la cigarette électronique n'est pas recommandée à ce jour comme outil d'aide à l'arrêt du tabac, car l'état actuel des connaissances ne permet pas de prouver son efficacité. Cependant, son utilisation temporaire pour un patient qui souhaite arrêter de fumer ne doit pas être découragée¹⁷.

Bien que non recommandée, les chiffres du baromètre santé montrent que c'est un tremplin pour diminuer la consommation de tabac. Selon l'INPES, 26% des individus ont déjà essayé la cigarette électronique, 6% des 15-75ans sont des vapoteurs soit environ 3 millions de personnes et 3% vapotent de manière régulière³-²⁴. La prévalence du tabagisme est très importante au sein des vapoteurs puisque 75% sont des fumeurs réguliers et 8% des fumeurs occasionnels. Environ 82% des fumeurs vapoteurs sont d'accord pour dire que la cigarette électronique leur a permis de diminuer leur consommation de tabac puisqu'ils fument environ 9 cigarettes de moins par jour³⁻²⁴.

En cas d'usage exclusif de la cigarette électronique en substitution du tabac chez les fumeurs, il existe des bénéfices sanitaires marqués par la fin de l'intoxication aux

goudrons et aux carcinogènes ainsi que certains produits toxiques présents dans le tabac fumé²⁵. De plus, la cigarette électronique ne contient pas de monoxyde de carbone et de particules fines, deux vecteurs responsables de la toxicité cardiovasculaire de la fumée des cigarettes. Les risques en sont donc diminués pour le consommateur par rapport au tabac²⁶.

Une étude récente montre que l'usage de la cigarette électronique diminue la consommation de tabac chez les fumeurs réguliers, cependant le manque d'étude ne permet pas encore de conclure à une diminution de consommation ou à un sevrage à long terme chez le fumeur²⁷, ce qui empêche donc une recommandation pour la pratique clinique.

Bien que non recommandée dans la pratique, la sécurité de la cigarette électronique est démontrée à court terme. Cependant, elle n'est pas encore démontrée à long terme, et si elle existe, sa toxicité est inférieure à celle du tabac²³⁻²⁶⁻²⁸⁻²⁹.

4. Place des thérapies cognitivo-comportementales

La thérapie cognitive et comportementale est une thérapie brève, validée scientifiquement qui vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité³⁰. Les modalités d'intervention couvrent l'ensemble des troubles psychopathologiques. Les thérapies cognitives et comportementales sont des thérapies non médicamenteuses qui se sont développées en France progressivement depuis les années 1970 et qui s'inscrivent aisément dans le domaine bio-psycho-social, selon lequel les troubles psychiatriques ont une origine biologique, psychologique et sociale³¹. Le but de ces thérapies est de permettre à chaque personne de se confronter à des situations à risques qui lui sont spécifiques et de développer des comportements alternatifs, soit,

dans le cadre du sevrage tabagique, de développer des stratégies permettant de faire face à l'envie de fumer. Elles nécessitent une motivation de la part du patient, il est donc important que cette motivation soit évaluée par le professionnel avant de débiter la thérapie.

Ces thérapies peuvent être pratiquées individuellement ou en groupe, elles sont reconnues efficaces et peuvent être proposées à tout patient désirant réaliser un sevrage tabagique²⁻⁹⁻³². Elles peuvent être employées dans les trois phases de l'arrêt à savoir la préparation, le sevrage et la prévention des récives¹⁰⁻³²⁻³³.

Les séances individuelles de thérapies cognitivo-comportementales ont fait preuve de leur efficacité car elles augmentent les chances d'arrêter de fumer d'environ 50%³³. Elles peuvent être utilisées seules même s'il est préférable de les associer aux méthodes médicamenteuses³².

De même, les thérapies de groupe augmentent également les chances de réussite au sevrage tabagique³⁴.

MATERIEL ET METHODES

1. Choix de la méthode

Le vécu, les attentes et les connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique ont été étudiés par le biais d'une étude qualitative, cette méthode d'approche permettant de recueillir essentiellement des données verbales. Cette étude a été réalisée sous forme d'entretiens individuels afin de favoriser l'expression des patients. C'est pour cette raison qu'une approche qualitative du sujet semble intéressante.

2. Organisation des entretiens

2.1. Constitution de l'échantillon

Cette recherche concernait les patients ayant réalisé au moins une tentative de sevrage tabagique et ayant consulté au moins une fois un médecin, généraliste ou spécialiste, afin de les aider dans cette démarche. L'enquête s'était déroulée entre novembre 2015 et octobre 2016, dans le Nord pas de Calais. Etaient exclus de l'étude, les patients n'ayant pas consulté de médecin pour les aider dans leur tentative de sevrage. Afin de constituer l'échantillon, des médecins addictologues ou généralistes ont été contactés, et après explication des critères d'inclusion, des patients correspondant à ces mêmes critères ont été sélectionnés puis contactés par téléphone afin de réaliser un entretien. Des patients de mon entourage et correspondant aux critères ont également été interrogés. L'échantillon final se composait de 14 patients. Un tableau descriptif avec les caractéristiques des différents patients interrogés (sexe, âge, stade de changement de comportement selon le modèle transthéorique de

Prochaska et Diclemente, méthodes de sevrage utilisées et professionnels de santé rencontrés au cours du sevrage...) est disponible en annexe 4.

2.2. Le guide d'entretien

Un premier canevas d'entretien a été réalisé avec des questions ouvertes correspondant aux thèmes de l'étude. Un premier entretien a ensuite été réalisé. Cet entretien a été retranscrit et codé. Il a ensuite été retravaillé afin de mettre en avant certaines idées à aborder au cours des prochains entretiens. La grille d'entretien finale comportait 11 questions. (Annexe 5)

2.3. Les entretiens individuels

Quatorze entretiens individuels ont été réalisés entre novembre 2015 et octobre 2016. Une déclaration du sujet de thèse avait été réalisée au comité d'éthique de l'Institut Catholique de Lille le 16 mars 2016, après réalisation du questionnaire et du premier entretien. Les entretiens ont été enregistrés par le biais d'un appareil numérique avant la retranscription des données. Ces entretiens ont permis d'obtenir la saturation des données. Le consentement était recueilli par écrit, après avoir informé le patient du thème de l'étude, de la réalisation de l'entretien par un interne de médecine générale, du déroulement de l'entretien, de l'anonymisation des données ainsi que de la possibilité de rétractation. Les entretiens duraient en moyenne entre 20 et 30 minutes.

3. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits via le logiciel Word, la transcription a été fidèle à l'enregistrement, mot pour mot. Les expressions ou caractères non verbaux ont été notés entre parenthèses. L'anonymat des patients était respecté, à chaque patient

était attribué un chiffre, utilisé pour la transcription des données (P01 à P14). Par la suite, pour chaque entretien, chaque phrase ou partie porteuse de sens a été codée par l'intermédiaire du logiciel QSR NVIVO 11, ce logiciel permettant de créer des mots clés appelés nœuds. La saturation des données a été obtenue lorsqu'il n'était plus possible de créer de nouveaux nœuds, soit après le douzième entretien, les deux derniers entretiens réalisés ne permettant pas d'obtenir de nouvelles idées. Un apprentissage du codage a pu être réalisé à l'issue du premier entretien avec l'aide de Madame le Docteur Thérèse Duminil. Au total, 198 nœuds ont été créés, permettant l'élaboration de catégories et sous catégories, ou « codage axial », en lien avec les thèmes de l'étude.

4. Critère de validation scientifique

La saturation des données a été obtenue après la réalisation de deux nouveaux entretiens individuels, ne permettant pas l'élaboration de nouvelles idées.

La rédaction de l'étude qualitative a été réalisée selon les critères COREQ (Consolidated Criteria fo Reporting Quallitative Research). Ces critères sont disponibles en annexe 6³⁵.

RESULTATS

1. Présentation des résultats

Quatorze entretiens individuels ont été réalisés, permettant la saturation des données. Au total, 198 nœuds ont été créés, ces nœuds ont été regroupés en catégories et sous catégories. Les résultats pouvaient se diviser en trois parties : la première partie s'intéressait au ressenti des patients ayant réalisé une tentative de sevrage tabagique, une deuxième partie mettait en avant leurs connaissances sur les moyens de sevrage tabagique et une dernière partie portait sur leurs attentes au cours d'une tentative d'arrêt.

2. Analyse des résultats

2.1. Ressenti du patient sur le tabac

2.1.1. Généralités sur le tabac

Selon les patients, le tabac occupait une place importante dans la société. Pour certains d'entre eux, la lutte contre le tabagisme était tombée dans l'excès : « *Je trouve qu'on fait un thème national de l'arrêt du tabac* » (P05). Pour d'autres, les restrictions mises en place par l'état n'allaient pas favoriser l'arrêt du tabac : « *Ce que je veux dire c'est que voilà on amène des restrictions, par exemple maintenant on peut plus fumer dans les lieux publics, et on pense que ces restrictions ou l'augmentation du tabac va arranger les choses...* » (P07). La mise en place d'une loi interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics était mal vécue par certains patients qui se sentaient alors parfois rejetés : « *et à partir du moment où il y a eu cette interdiction, il y a eu toi*

t'es pas fumeur tu peux aller au resto, toi t'es fumeur tu peux pas aller au resto ou alors il faut que tu t'abstiennes » (P07).

2.1.2. Ressenti sur la consommation tabac

Même si les effets du tabac étaient souvent mis en avant : « *Parce que c'est pas spécialement bon quand on commence, faut se l'avouer, c'est pas terrible terrible » (P05), « parce que le réveil le matin avec la gorge qui gratte, l'odeur même quand je rentre chez moi le soir, mes habits quand ils sentent la cigarette, c'est quelque chose qui me dégoute en réalité » (P02) , le tabagisme n'en restait pas moins une dépendance pour les patients : « puis bah on essaie une taf, puis deux tafs puis après on se met à fumer quoi » (P11), « on veut crapoter et puis finalement on prend goût et puis bah on commence quoi. On tombe dedans » (P13).*

Le tabac occupait une grande place dans la vie du fumeur et était perçu de plusieurs manières :

- comme un ami : « *la clope c'est parfois notre meilleur ami, parce qu'on a un moment dur on fume une clope, un moment de stress on fume une clope, on a une insomnie on va fumer une clope. La clope fait partie de notre vie » (P05).*

- comme un antalgique : « *parce que en cas de crises ça calmait mes maux de ventre et voilà » (P03), « Vous savez je gère la douleur depuis que j'ai ma maladie, j'ai même un protocole pour ça, la cigarette et le café en faisaient partis » (P07),*

- comme un antistress : « *Ou encore, une mauvaise nouvelle aujourd'hui je fume une clope et ça ira mieux » (P05), « il y avait beaucoup de pression, de stress et tout et enfin tout pouvait remettre en jeu ma formation donc euh donc euh j'ai vite craqué » (P01).*

- comme un loisir : « *en voiture je m'ennuie si je fume pas et c'est devenu mais une grosse habitude* » (P05), fumer permettait ainsi de combler l'ennui : « *très honnêtement, il n'y avait rien d'autre à faire* » (P12).

- comme un plaisir : « *j'ai toujours trouvé du plaisir à fumer parce que ça reste quand même avant toute chose un plaisir* » (P07), « *il y a un côté de plaisir dans le fait de fumer* » (P05).

Enfin, la consommation de tabac était devenue un rituel pour ces fumeurs : « *Il y a cet aspect d'inhaler de la fumée, cet aspect d'avoir quelque chose dans les mains. Voilà il y a tout ce rituel* » (P07), ils associaient la cigarette à bon nombre de leurs activités : « *Pour un fumeur, aller prendre l'apéro avec des amis, dans un bar, vous prenez un verre en terrasse, la clope fait forcément partie du verre en terrasse* » (P05), « *une cigarette vous la fumez, vous la tenez au bec, vous pouvez bricoler* » (P07).

2.1.3. Causes de consommation

Les causes de début de consommation de tabac étaient diverses. Parmi les causes les plus citées on retrouvait :

- la popularité du tabac : « *c'était plus de la... C'était plus pour faire un peu plus comme les autres, ça a démarré en seconde, donc l'arrivée au lycée, un peu envie de faire comme les autres parce que quand on ne fume pas quand on est au lycée c'est un peu mal vu, on est considéré un peu comme le loser* » (P13), « *parce qu'il y avait pas mal de fumeurs et que ça faisait bien de fumer quoi. On m'a proposé une cigarette et non oui et puis j'en ai pris une et puis voilà du fil en aiguille un grand garçon et après voilà j'ai continué avec les copains et voilà c'était vraiment euh... faire bien devant les filles* » (P04).

- l'influence de l'entourage : « *Mon père était fumeur, j'ai deux frères, ils étaient fumeurs donc ça a peut-être aussi, ça n'a peut-être pas forcément arrangé les choses* » (P07), « *Et en gros là où ça a commencé à augmenter c'était à la fin du lycée en première et terminale, je travaillais l'été en saison, avec des saisonniers de mon âge qui fumaient beaucoup* » (P14)

- l'accessibilité du tabac : « *en prenant les cigarettes dans le paquet de mon grand-père, de mon père...* » (P09).

- phénomène de sociabilité : « *Le côté social était important à l'époque, ce n'était pas la même image que maintenant* » (P05)

- contexte festif : « *très vraisemblablement un contexte festif donc euh apéritif avec des amis, un environnement de fumeurs* » (P12), « *Quand j'ai été à l'école de commerce notamment c'était un ou deux paquets par jour c'était tellement la fête, avec l'alcool aussi et tout quoi* » (P13).

- la rébellion : « *euh je pense que c'est le goût de l'interdit au départ, C'est vraiment ça, le gout de l'interdit* ». (P05)

2.1.4. Causes de récurrence

Il n'était pas rare qu'après une tentative de sevrage, de durée plus ou moins longue, le patient reprenait sa consommation de tabac. Les raisons en étaient multiples, on pouvait citer :

- un facteur de stress : « *voilà après trop de stress par rapport à l'annonce en fait parce que ça a été assez brutal* » (P08)

- manque de motivation : « *j'ai arrêté de fumer contre ma volonté alors j'étais pas préparé* » (P04), « *je me suis dit que certainement comme c'était un produit de substitution, je pouvais relâcher un peu au niveau volonté mais en fait les deux devaient rester et la volonté devait être un peu moins présente* » (P12)

- écart de conduite : « *la difficulté c'est de ne pas reprendre* » (P12). Au cours d'une tentative de sevrage, l'envie de cigarette était parfois tellement présente qu'il était difficile de résister, d'autant plus dans un environnement de fumeurs : « *Bêtement en fait, dans un entourage qui refumait, donc j'ai repris le tabac, sans vraiment m'en rendre compte moi-même en fait* » (P09).

- l'environnement : « *c'était un dimanche bien festif et il y avait tout ce qui me fallait quoi, cigares, la télé, tout ce qui me fallait* » (P04).

- échec ou mauvaise tolérance du traitement : « *Je les ai arrêtés car ça m'a fait peur* » (P05).

- le manque : après une tentative d'arrêt, le patient voyait souvent des modifications dans son comportement ou son mode de vie, le manque physique était parfois important, entraînant une rechute de la consommation de tabac : « *Le manque... Le manque, euh le manque physique, un vrai manque physique, euh l'énervement, le fait de penser à la cigarette tout le temps, et le fait de suivre des gens avec une cigarette pour avoir l'odeur dans le nez, tellement ça me manquait* » (P14).

2.1.5. Motivations à l'arrêt de consommation

Dans la majorité des cas, des raisons de santé poussaient les patients à arrêter de fumer : « *Parce que c'est cette opération qui me dit d'arrêter de fumer* » (P10), « *je faisais des bronchites à répétitions et j'étais sacrément malade* » (P11). Pour les

femmes, le désir de grossesse était également une motivation principale : « *ensuite en prévision d'une grossesse parce que je me suis dit que de toute façon il faudrait que j'arrête quand je serai enceinte donc euh autant essayer avant ça sera plus paisible d'arrêter avant* » (P02) « *Ensuite parce que je voulais un bébé* » (P11).

Ensuite l'aspect financier était souvent mis en avant et constituait pour certains une source de motivation : « *déjà j'avoue financièrement c'était un gros budget puisque je fumais un paquet et demi par jour* » (P03), « *Et en plus que ça coute cher* » (P12).

Enfin, l'influence de l'entourage jouait un rôle dans l'arrêt du tabac : « *parce que j'avais fait une promesse à ma nièce, euh comme quoi j'allais arrêter de fumer avant la fin de l'année, et j'ai tenu ma promesse* » (P11), « *c'est plus en fait un peu de pression aussi autour de moi parce qu'on commençait vraiment beaucoup à me dire que j'étais vraiment une très grosse fumeuse et que je n'allais jamais arrêter etc... donc on m'a un peu mis le grappin dessus* » (P13).

2.2. Ressenti des patients sur le sevrage tabagique

2.2.1. Ressenti au cours d'une tentative d'arrêt

Pour la majorité des patients interrogés, plusieurs tentatives de sevrage avaient été réalisées. La réussite du sevrage était vécue comme une fierté par les patients : « *ah bah une espèce de fierté, encore aujourd'hui* » (P13). A l'inverse, certains exprimaient un sentiment d'échec après une récurrence : « *un sentiment d'échec, le fait d'avoir échoué dans ce que j'avais réussi à faire auparavant* » (P12). Pour certains, les tentatives de sevrage avaient été plutôt bien vécues, jugées parfois comme faciles : « *la deuxième fois ça a été un peu plus facile d'arrêter, j'ai même trouver ça facile* »

(P12), pour d'autres, en revanche la sensation de manque liée à l'arrêt du tabac avait rendu cette démarche difficile : *« c'était l'horreur ! la première fois vraiment je pensais que patchs, patchs, patchs, gommages... j'avais l'impression en fait d'être toujours en manque, j'étais énervé, je n'arrivais pas à me concentrer c'était horrible »* (P14), *« les premiers jours j'ai ressenti comme un vide dans ma vie. C'est pas un manque c'est plus que ça c'est un vide, il me manquait quelque chose et après bah je m'y suis faite du coup »* (P03). L'échec du sevrage était parfois vécu comme une souffrance par le patient qui mettait en avant ses faiblesses : *« j'ai vite craqué, j'ai recraqué en fait parce que c'était trop de stress quoi, trop de stress d'un coup mal vécu, mal supporté donc du coup j'ai craqué »* (P01).

2.2.2. Ressenti sur la méthode de sevrage

2.2.2.1. Méthode médicamenteuse = facilitation au sevrage

- Patch

C'était la méthode la plus utilisée par les médecins généralistes des patients interrogés, en première intention : *« Et donc mon médecin traitant m'a proposé les patchs »* (P11), *« J'ai consulté tout d'abord un généraliste qui m'a fait une prescription de patch, c'était la première fois »* (P05). L'avis des patients sur cette méthode de sevrage était variable, pour certains c'était une méthode de sevrage efficace : *« Avec les patchs je ne fumais pas du tout »* (P05), *« voilà après moi je suis passée par les patchs et ça a marché »* (P11), pour d'autres la présence d'un dispositif cutané quotidien était un avantage majeur limitant la consommation de tabac : *« c'est pas quelque chose que vous mettez sur vous le matin et que vous enlevez le soir alors que le patch si on se dit : ouais j'ai quand même le patch alors on se fait pas chier à aller*

retirer la chemise pour aller retirer le patch, faut bien le mettre où c'est pas accessible en fait » (P05). D'autres encore, étaient témoins des effets indésirables des patchs : *« j'ai essayé avec des patchs et il s'est avéré que j'étais allergique à la colle des patchs »* (P06) ou victimes d'un mauvais dosage : *« Après peut-être ils étaient mal dosés je n'en sais rien mais toujours utile que pour moi ils n'avaient aucun effet »* (P12).

Un des inconvénients de cette méthode de sevrage était le défaut d'accompagnement des médecins généralistes qui se contentaient souvent d'une simple prescription, sans assurer de vrai suivi médical : *« euh j'ai été voir mon médecin, il m'a dit que c'était bien de vouloir arrêter de fumer, il m'a fait la prescription sans rien me dire de plus en faisant le plus gros dosage »* (P14), *« comme on pourrait aller en pharmacie et demander des patchs. Il n'y a pas de vrai accompagnement »* (P05).

Un défaut d'information était également constaté par les patients, qui n'avaient que peu d'informations par leur médecin sur ce moyen de sevrage, ce qui entraînait une mauvaise utilisation des patchs : *« il y a des gens qui savent pas, qui savent pas qu'il ne faut pas fumer, qu'il ne faut pas l'enlever, qu'il ne faut pas fumer entre deux... Enfin, après sans les explications on ne peut pas vraiment savoir en fait. Faut le savoir en fait »* (P11).

L'envie de fumer persistait cependant chez la plupart des patients porteurs de patchs, ce qui rendait le sevrage difficile : *« mais en fait ça supprime pas l'envie de fumer donc je pense que ça traite la partie envie physique mais pas la partie psychologique »* (P12), *« j'en ai eu marre en fait d'avoir toujours envie donc j'ai recommencé à fumer »* (P14).

Enfin, l'aspect financier associé aux patchs était aussi retrouvé, et constituait une cause d'échec au sevrage non négligeable : « *je lui ai dit que je ne pouvais pas me permettre* » (P10), « *comme j'avais des problèmes de sous et que je voulais tenir longtemps, je prenais des patchs et je les coupais en deux sur la fin, je prenais les patchs les plus dosés et je les coupais en deux pour faire des demi doses, comme ça j'en avais un peu plus* » (P14).

- Les Gommages

Autre alternative au tabac : les gommages. Utilisées seules : « *j'ai expliqué mon cas et elle m'a donné des gommages à mâcher, elle m'a dit que ça marchait très bien* » (P10), ou en association avec les patchs : « *la deuxième fois quand je suis allé, elle m'a donné encore deux fois 96 plus un patch. Un patch de 14* » (P10), les gommages étaient une méthode de sevrage fréquente et jugée efficace : « *j'ai pris les gommages, je prenais les gommages tout de suite et là j'ai tenu un peu plus longtemps* » (P14).

Un patient interrogé avait apprécié la diversité du goût « *Parce que la dernière fois j'avais eu goût menthe, et là comme il y avait plus, j'ai eu eucalyptus, et c'est plutôt agréable comme goût* » (P10). Pour un autre, à l'inverse, le goût était jugé désagréable : « *mais c'est vrai qu'au début je prenais de la nicorette à mâcher, euh... mais ce n'est pas bon donc euh...* » (P11).

Cependant, elles constituaient également un budget non négligeable pour le patient : « *je lui ai dit que je n'avais pas les moyens de me les payer et du coup elle m'a fait une ordonnance, et avec cette ordonnance là je paie pas, ni les patchs, ni les gommages* » (P10).

Un inconvénient rapporté aux gommes était la rapidité de consommation : « *Oh ça va vite, très très vite même. Une boîte de 96 je fais allez, on va dire deux jours et demi* » (P10), un fumeur devant en consommer une bonne quantité afin de combler son manque de nicotine : « *je prenais des gommes à ne plus savoir quoi en faire à part m'arracher la bouche* » (P14). Cependant, tout comme les patchs, les gommes ne suffisaient pas toujours à combler la sensation de manque ressentie par le patient qui décidait d'arrêter de fumer, entraînant une récurrence de la consommation : « *enfin c'était une obsession... les gommes tout le temps, même à en avoir mal à la langue, mal à la gorge, ouais c'était le manque quoi. C'était une obsession, l'obsession de la cigarette* » (P14).

- La Varénicline ou CHAMPIX

La Varénicline ou Champix était aussi utilisée par les patients. Cependant les patients qui utilisaient cette méthode décrivaient souvent des effets secondaires psychologiques qui avaient entraîné l'arrêt du traitement : « *j'étais vraiment dépressif. Au début ça allait puis au bout de 3/4 jours je ne me sentais pas bien. Psychologiquement* » (P05), « *euh moi ça a eu un effet négatif sur ma santé, je n'étais pas bien dans ma peau, j'étais un peu dépressive, enfin ça n'a pas été* » (P06).

Le vécu des autres était important en terme de sevrage tabagique, certains patients refusaient parfois un traitement, car celui-ci avait été testé et mal toléré par l'entourage, c'était le cas pour la Varénicline : « *il m'a proposé le... euh champix mais euh j'avais pas de bons retours sur le champix donc euh j'ai pas voulu, j'ai refusé l'aide, l'aide qui m'était proposée par mon médecin par le biais du champix, j'ai pas voulu* » (P01).

Aucun des patients interrogés n'avait réussi de sevrage tabagique par le biais de la Varénicline.

- Le ZYBAN ou BUPROPION

Tout comme la Varénicline, les patients rapportaient des effets psychologiques avec le Bupropion, responsables de l'arrêt du traitement : *« j'ai essayé une fois avec du Zyban, prescrit par mon généraliste, et le Zyban, j'ai pas supporté. En fait, je me sentais dépressif. Ça a eu un effet assez psychologique et je l'ai jeté, je l'ai foutu loin donc du coup ça m'a conforté dans l'idée qu'il valait mieux fumer »* (P05). A l'inverse, ce traitement était considéré comme très efficace pour certains patients : *« Donc euh le zyban est tellement puissant que tu as besoin de personne à la limite (P04) »*. L'impact du Bupropion était important chez d'autres patients qui jugeaient ce traitement comme étant un traitement miracle : *« j'ai voulu tester le Zyban au moment où ça sortait parce que soit disant c'était un produit miracle »* (P12).

Concernant le manque, les avis étaient plutôt partagés, certains ne ressentaient plus l'envie de fumer avec le traitement : *« J'ai pris le zyban et j'ai lu le truc dans 3 jours tu arrêtes de fumer, j'ai arrêté de fumer, plus envie du tout »* (P04), pour d'autres, au contraire, l'envie persistait : *« mais le Zyban en lui-même n'a pas eu d'effet particulier sur ce... cette envie d'arrêter »* (P12).

Enfin, l'arrêt du traitement était responsable de rechutes chez le patient : *« dès le premier jour où j'ai arrêté le zyban j'étais pas mal, je lui ai dit, mais 3 jours après, 2 jours après j'ai refumé, tout de suite. Comme si de rien n'était »* (P04).

2.2.2.2. La cigarette électronique : une alternative au tabac

La cigarette électronique était une alternative au tabac, elle permettait aux patients de diminuer leur consommation de tabac : « *avec la cigarette électronique je vapote environ 50% de moins que si je fumais* » (P07), voire de l'arrêter complètement : « *Et là ça fait deux ans que je n'ai pas touché à une cigarette* » (P14). C'était une transition vers un arrêt total de la consommation de tabac : « *il a fallu trois semaines, trois semaines de transition en faisant les deux et après c'était miraculeux quoi* » (P14). Elle permettait de diminuer progressivement le niveau de dépendance des patients, par la possibilité d'adaptation du dosage de la nicotine, elle en restait pas moins une méthode de sevrage rassurante pour le patient qui trouvait un moyen de compenser la gestuelle de la cigarette : « *La cigarette électronique c'est le tremplin pour arrêter définitivement tout en sachant que la cigarette électronique je peux l'avoir et être à zéro de nicotine, juste en cas de besoin* » (P07).

Selon les patients, les effets de la cigarette étaient également retrouvés dans la cigarette électronique, ce qui permettait de combler le manque : « *Au final la cigarette électronique elle amène exactement la même chose, on inhale de la fumée...* » (P07), « *c'est un bon palier, un bon moyen de compenser en fait la cigarette. Parce qu'on a le geste, on a la fumée etc...* » (P06). L'effet antistress du tabac était aussi retrouvé dans la cigarette électronique : « *Le fait d'être relaxé. Et cet effet-là moi il fallait que je le retrouve, j'ai arrêté la cigarette mais le fait d'avoir une cigarette électronique, je retrouve un peu cet effet-là* » (P07).

Le manque de connaissances sur cette méthode de sevrage était souvent un frein à l'utilisation pour les patients désirant réaliser un sevrage tabagique : « *je pense qu'on n'a pas non plus assez de recul pour savoir les effets néfastes de la cigarette*

électronique, je ne pense pas que ce soit anodin, mais c'est peut-être un peu mieux » (P05) , la cigarette électronique était alors perçue comme néfaste pour la santé : *« C'est un produit chimique qu'on prend par inhalation et que... je sais pas moi on va vous enlever quelque chose de la cigarette et on va vous mettre autre chose...Faut le faire quand même »* (P04), *« la cigarette électronique ça peut faire des ravages pires et mon compagnon a essayé personnellement, il en a craché du sang euh donc voilà il a arrêté »* (P03).

2.2.2.3. Les médecines alternatives

Ces méthodes alternatives étaient considérées comme un tournant dans l'histoire du sevrage tabagique : *« Si c'était à refaire aujourd'hui, je pense que je serais plutôt partie sur ce type de méthodes »* (P11), les patients parlaient de médecines nouvelles qu'ils jugeaient efficaces : *« Je pense que ces méthodes marchent mieux parce que ce sont des méthodes nouvelles »* (P06).

Des projets de sevrage étaient envisagés par le biais de ces méthodes : *« il doit y avoir d'autres méthodes comme l'hypnose, l'acupuncture ou des choses comme ça pour lesquelles je suis en réelle réflexion »* (P12). Elles étaient considérées comme populaires et attiraient les patients : *« il paraît que ça marche donc euh pourquoi pas. Dans mon entourage il y a des gens qui ont essayé et il paraît que ça fonctionne »* (P12).

Pour les patients, ces méthodes étaient plus accentuées sur la partie psychologique du sevrage, ce qui les aidait davantage dans leur tentative d'arrêt : *« l'hypnose, l'acupuncture, ce type de médecines qui jouent un peu plus sur le côté psychologique »* (P06).

Enfin, ces méthodes étaient jugées moins nocives pour les patients qui parfois avaient tendance à associer tabac et traitements médicamenteux : « *je me dis que sous hypnose ou sous acupuncture, même si les gens à côté ils fument, c'est vrai que c'est pas bien mais au moins il y a pas le mélange des deux* » (P11).

- L'hypnose

Parmi les médecines alternatives, l'hypnose était une des méthodes les plus utilisées par les patients. L'hypnose était considérée comme une médecine polyvalente, pouvant intervenir dans plusieurs domaines : « *Mais l'hypnose ça me va bien. Parce que pour tout vous dire, avec tous les soucis que j'avais, j'avais du mal à dormir en fait et euh j'ai fait une séance d'hypnose pour l'anxiété. Et euh aujourd'hui je dors mieux* » (P08).

Elle était également considérée comme une manipulation mentale jouant un rôle important dans le sevrage et en particulier dans la partie psychologique de celui-ci : « *Dans l'hypnose en fait, on est censé vous faire oublier en fait que vous étiez fumeur. Et c'est enfin, pour moi l'hypnose est une manipulation mentale. Donc du coup ça joue sur le côté psychologique. Mais il faut que ce soit bien fait* » (P05).

Pour certains patients, cette méthode était une alternative à la prescription médicamenteuse : « *j'ai dit que je ne voulais pas de groupes de paroles, pas de patch, pas de cure et ils m'ont proposé l'hypnose et ça a marché* » (P08), pour d'autres il s'agissait d'une méthode de sevrage complémentaire à la prescription médicale : « *Je pense que c'est une aide, ça ne peut pas faire de mal, mais le moyen le plus important c'est le moyen médical quoi : la substitution* » (P14).

Un avantage de cette méthode de sevrage était la rapidité d'efficacité, parfois même constatée dès la première séance : « *Je suis sorti après la première séance, j'avais un paquet de cigarettes, je rentre dans ma voiture et euh le reflexe c'est de prendre mon paquet de cigarettes. Et en fait j'ai pris mon paquet de cigarettes, je l'ai remis dans ma poche, et je suis parti. Et après en fait pendant 15 jours j'ai pas retouché à une cigarette* » (P08).

Enfin, pour quelques patients interrogés, l'hypnose n'avait pas été efficace. Le plus souvent, la cause responsable de cet échec était l'intervenant : « *Bon là je ne suis pas tombée sur une personne avec qui ça a marché mais euh je pense que le fait de rentrer dans le subconscient, etc... ça peut déclencher quelque chose ouais.* » (P06), « *j'ai fait une tentative il y a peu de temps sous hypnose, par contre je crois que je suis tombé sur un mauvais hypnotiseur parce que ça fonctionnait pas du tout son truc* » (P05).

- L'acupuncture

L'acupuncture était également utilisée chez certains patients réalisant une tentative de sevrage, et cette méthode était jugée efficace : « *c'est la seule méthode, enfin après j'ai pas utilisé toutes les méthodes qui sont citées mais euh parmi ces méthodes c'est la seule que j'ai utilisé et qui a eu un effet positif sur moi voilà donc euh parce que euh le, la, je n'ai arrêté de fumer qu'avec l'acupuncture. La seule fois où j'ai arrêté en vrai c'était avec l'acupuncture.* » (P01). La rapidité d'efficacité était également mise en avant : « *ah l'acupuncture ça a été une première séance, la première fois l'acupuncture ça a marché 2 semaines et la 2eme fois euh 1 an et demi* » (P02).

Enfin, l'acupuncture permettait d'apporter une aide psychologique au sevrage tabagique : « *Mais c'est de la confiance que ça donne. On va par exemple parler avec l'acupuncteur, qui lui est bien placé pour donner des conseils, la petite phrase qui choque, qui aide où... Je pense que c'est beaucoup dans le blabla, ça doit se régler dans la communication* » (P04).

- L'homéopathie

L'homéopathie n'était pas une méthode utilisée par les patients dans cette étude. Les patients étaient plutôt réticents pour ce type de méthodes : « *la pharmacienne m'a dit qu'il existait des trucs à base de plantes, mais euh je voulais pas de plantes en fait* » (P14).

2.2.2.4. Apport de la littérature dans l'aide au sevrage

Deux des patients interrogés dans cette étude disaient avoir été aidés par la littérature, et en particulier par le livre d'Allen Carr, et avoir réussi leur sevrage : « *Donc j'ai lu le bouquin, j'ai fermé la dernière page, j'ai pris une dernière cigarette et voilà je n'y ai plus jamais retouché* » (P13), « *je me suis arrêté en lisant un livre sur, le fameux livre sur ... comment il s'appelle déjà : arrêter de fumer* » (P02).

2.2.3. Difficultés rencontrées au cours du sevrage

Au cours de leurs tentatives de sevrage tabagique, les patients avaient rencontré plusieurs difficultés :

2.2.3.1. Sensation de manque

La sensation de manque était omniprésente chez les patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : « *L'envie elle était là* » (P04). Toutes les mesures étaient bonnes à prendre afin de combler cette sensation de manque : « *pour moi il faut faire passer cette envie par tous les moyens pour trouver un truc à faire et ça passe* » (P03). La difficulté souvent résidait dans le fait que le patient devait changer ses habitudes de vie afin de ne plus être tenté par la cigarette : « *le café je ne le prenais pas forcément assise comme ça bon je n'étais pas tentée* » (P11), « *le manque, le manque de nicotine qui était plus un manque de... d'association petit verre, une clope... voilà dans les moments un peu clés où j'avais pris l'habitude, c'était ça* » (P13), et parfois même ses lieux de sorties : « *je n'allais plus en boîte parce que dans le temps on fumait en boîte, euh... donc c'était compliqué* » (P11).

Les patients éprouvaient parfois un sentiment de solitude au cours de leur tentative d'arrêt, la cigarette occupait une grande place dans leur vie : « *La clope fait partie de notre vie et du coup du jour au lendemain on doit la poser sur le côté, elle n'existe plus. C'est un manque énorme. C'est, quand vous fumez un paquet et demi par jour, à raison de... aller 3 minutes par cigarette ça fait du temps passé avec en fait, c'est déjà pas mal et tous ces moment-là vous les avez plus* » (P05).

2.2.3.2. Sensations liées au tabac

Les sensations rapportées à la consommation de tabac étaient également des difficultés rencontrées chez le patient fumeur, qui ne les retrouvaient pas dans les méthodes de sevrage : « *il y a quand même des sensations que vous avez moins.*

Effet bouche chaude, vent brûlé, c'est des sensations que vous n'avez plus » (P05), *« Parce qu'il n'y a pas la chaleur de la fumée de cigarette »* (P08).

2.2.3.3. Importance de la gestuelle

La perte de la gestuelle était une difficulté majeure rencontrée dans le sevrage tabagique : *« Le plus dur pour arrêter c'est ça, c'est la gestuelle »* (P09), *« Le geste... De plus avoir le geste comme ça de cigarette »* (P11). Pour les patients, la prise en charge de la gestuelle était au moins aussi importante que la substitution médicamenteuse : *« ce qui me dérange c'est qu'on, toujours pareil, on garde toujours les mimiques, je pense que c'est un sevrage en deux temps du coup »* (P05), *« Tant que les tabacologues ou autres professionnels de santé n'auront pas compris que le tabac c'est au moins 50% de la gestuelle »* (P07).

2.2.4. Bénéfices du sevrage

Les tentatives de sevrage étaient ressenties comme bénéfiques pour les patients, qui voyaient des modifications sur leur santé : *« C'est-à-dire ce que je ressens beaucoup c'est la respiration. Et beaucoup de crachats. Je recrache tout le reste du tabac qui était dans le corps »* (P10), *« en courant en quinze jours j'ai déjà gagné 20% de course, au niveau de l'odorat c'est terrible, il y a des choses que je ne sentais plus du tout que je ressens à nouveau, je suis même parfois écoeuré d'odeurs qu'avant je ne sentais pas. Euh... ma langue, j'avais la langue qui était toujours irritée, gonflée, euh ça va beaucoup mieux donc j'ai retrouvé du goût aussi »* (P14), ou sur leur physique : *« les vêtements, ouais et puis aussi au niveau de la peau, ouais vraiment je sais pas, il y a plein de trucs, on a meilleure mine, enfin vraiment, moi j'ai vraiment*

fait la différence et comme j'ai vu que j'étais un peu plus belle en arrêtant de fumer, bah... j'ai pas repris (P13).

Après une tentative de sevrage, des patients avaient, pour certains, changé leur mode de vie : « *maintenant je prends le temps de prendre tranquillement mon café ou de préparer mes affaires ou ...ce n'est pas ma préoccupation première. J'apprécie plus le matin en fait* » (P09), certains compensaient par le sport : « *Le sport, j'ai très vite changé mon rythme de vie, tout de suite* » (P04), d'autres modifiaient leur alimentation : « *bon c'était euh manger moins gras* » (P02), et souvent une amélioration de la qualité de vie était observée : « *dans le quotidien aussi je pense que ça a changé, ouais en qualité de vie j'ai gagné* » (P14).

2.2.5. Rôle du patient dans le sevrage

Pour la majorité des patients interrogés, leur rôle dans le sevrage était primordial : « *c'est surtout lui qui doit s'aider, c'est pas son voisin ou un copain de football. Voilà* » (P04), Certains d'entre eux refusaient dans un premier temps de se faire aider, préférant rester maîtres de leur sevrage : « *ça se fait dans un premier temps tout seul* » (P13), « *Voilà j'ai tout misé sur moi-même* » (P04), les méthodes de sevrage étaient relayées en deuxième temps, en cas d'échec : « *si vraiment je galérais je passerai par ça mais autant essayer d'abord sans ce, ce, ce... ces systèmes que je trouve un peu bizarres* » (P13). Selon ces patients, l'accompagnement, à lui seul, que ça soit par un intervenant ou par une aide médicamenteuse, n'était pas suffisant pour réussir un sevrage tabagique : « *Un fumeur qui veut arrêter de fumer je lui dirai : tu veux arrêter, tu as 50% de la route à faire tout seul. Les 50% qui vont être fait sont les produits, le médecin, le tabacologue. Le reste, ça sera à lui de le faire. On ne peut pas arrêter de fumer en comptant 100% sur les autres* » (P07).

La volonté occupait une place très importante dans le sevrage, tous les patients interrogés dans cette étude l'associaient à la réussite du sevrage : « *la méthode la plus efficace pour moi c'est la motivation* » (P09), « *Parce qu'aujourd'hui, j'ai arrêté parce que je voulais arrêter* » (P08). Les échecs du sevrage étaient pour certains patients la conséquence d'une démotivation : « *Mais la base du problème c'est plus ma volonté* » (P05), « *En fait j'ai essayé plein de fois d'arrêter de fumer mais je n'avais pas vraiment envie* » (P14).

Enfin, le rôle du patient était important dans la préparation au sevrage. Pour eux, réussir un sevrage nécessitait tout d'abord d'être prêt à le réaliser : « *C'est vraiment, faites-le quand vous êtes prêts* » (P13), « *j'étais bien préparé moralement en fait.* » (P04).

2.2.6. Rôle de l'entourage dans le sevrage

L'entourage jouait également un rôle dans le sevrage, il était parfois à l'origine de la tentative d'arrêt : « *Mais voilà je me suis vraiment accrochée au fait que j'avais quelque chose à prouver aux gens* » (P13) ou au contraire responsable de la récurrence : « *Bêtement en fait, dans un entourage qui fumait, donc j'ai repris le tabac, sans vraiment m'en rendre compte moi-même en fait* » (P09)

Il influençait également les patients dans le choix de la méthode, car celle-ci avait été testée et approuvée : « *L'hypnose j'y suis allé parce que j'ai un cousin qui est allé et qui a réussi à arrêter comme ça* » (P05), « *Donc là j'ai repris la cigarette électronique, conseillée quand même par mon gendre* » (P07).

Enfin, il jouait un rôle de soutien pour le patient qui réalisait une tentative de sevrage : « *Mon entourage était content pour moi, on est toujours content quand*

quelqu'un réussi quelque chose » (P04), « et là ma femme elle le remarque, ça fait 30 jours que j'ai arrêté de fumer et elle m'a dit chapeau » (P07). Certains patients avaient même essayé d'arrêter de fumer avec leur entourage afin d'optimiser leurs chances : « je pars du principe que si on est plusieurs c'est plus facile » (P12), « ouais en binôme avec une copine à se dire aller on fume plus » (P13).

2.3. Ressenti des patients sur le médecin

2.3.1. Ressenti sur le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant était souvent au cœur de la démarche de sevrage, du fait de sa relation avec ses patients : *« j'étais bien avec mon médecin traitant donc voilà ça se passait bien avec mon médecin traitant, j'avais confiance en lui, donc je pense que quand on a confiance en son médecin traitant, bah quand il y a un problème ou quand il y a quelque chose comme ça, et bah moi je trouve logique d'aller voir d'abord le médecin traitant » (P11).*

Dans la majorité des cas, c'était le médecin généraliste qui était le prescripteur du sevrage : *« J'ai vu mon médecin une première fois et j'ai utilisé des patchs » (P02), « j'ai essayé une fois avec du Zyban, prescrit par mon généraliste » (P05).*

Il jouait un rôle de prévention, ressenti par les patients : *« Mais à chaque fois que j'allais voir mon médecin, il me disait d'arrêter de fumer parce que je pouvais attraper le cancer du poumon » (P10), « c'est-à-dire que comme j'ai des problèmes de tension, il m'a dit que ce n'était pas bon de fumer, et qu'il fallait que je fasse un peu plus d'exercice » (P12). La persévérance du médecin en matière de prévention était constatée par les patients qui consultaient régulièrement leur médecin : « Mon médecin traitant m'en parle régulièrement, je le vois en consultation tous les 15 jours,*

3 semaines pour ma santé, et il me demande souvent où j'en suis au niveau du tabac et je lui dis que c'est bon, je gère » (P07), « ça fait 10 ans qu'au minimum j'y vais 4 fois par an, pour la visite de contrôle pour la tension, donc 4 fois en 10 ans, donc 40 fois j'ai entendu : t'en es ou avec le tabac ? » (P04).

Il jouait un rôle de conseiller pour les patients qui souhaitaient réaliser une tentative de sevrage : *« sa première démarche a été de me dire qu'il fallait pas que euh j'arrête brutalement euh comment dirais-je, elle savait que c'était pas la priorité à ce moment-là d'arrêter donc elle m'a dit quand vous arrêterez, quand vous vous sentirez prête vous arrêterez mais voilà soit vous y arrivez seule soit il existe des patchs » (P03), « Il m'a donné des conseils sur le moment » (P06).*

Le discours du médecin était adapté à chaque patient, ce qui était apprécié par les patients : *« son discours est adapté euh à chaque type de personnes donc voilà » (P01)*

Enfin, le médecin avait un rôle de soutien, que le patient jugeait important : *« Le médecin à un rôle de soutien, vraiment et je pense que le patient qui arrête de fumer doit revoir son médecin généraliste toutes les semaines ou tous les quinze jours » (P14). « Je lui ai dit bon bah voilà ça y est j'ai arrêté ; il m'a dit bravo » (P04).*

2.3.2. Nécessité d'un intervenant

L'aide d'un intervenant était jugée nécessaire dans la prise en charge du sevrage tabagique : *« je suis persuadé qu'il faut quand même se faire aider » (P01).* Le médecin traitant intervenait souvent en premier lieu, cependant les patients préféraient avoir recours à un spécialiste plutôt qu'à un médecin généraliste qui n'avait pas les compétences nécessaires : *« Parce que les tabacologues sont plus spécialisés*

quand même dans le domaine, alors que les médecins traitants ils ont pas forcément toutes les méthodes, le savoir-faire, ou l'information, la formation, enfin ce qu'il faut pour aider les gens au maximum » (P11). Pour un des patients interrogés, la prise en charge du sevrage tabagique n'était pas du ressort du médecin généraliste : « mon médecin c'est un peu celui qui va faire tampon, quand j'ai un rhume, une angine ou quoi que ce soit, je vais voir mon médecin traitant donc je ne vais pas non plus aller l'embêter avec ça » (P07).

Parfois, c'était le médecin traitant qui préférait envoyer le patient directement dans les structures spécialisées : « *j'étais allé voir mon médecin traitant en lui demandant s'il y avait quelque chose parce que je souhaitais arrêter le tabac et en lui disant la même chose c'est-à-dire que voilà tout ce qui était cure, groupe de paroles, tout ça, ça ne m'intéressait pas, hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, ça ne m'intéressait pas et c'est là qui m'a dit qui avait une possibilité en allant à la fraternité » (P08).*

Enfin, d'autres patients avaient consulté par eux même un médecin spécialiste parce qu'ils avaient déjà été pris en charge pour des coaddictions : « *Je suis allé voir un addictologue parce que je suis déjà suivi pour un autre type d'addiction » (P09), « j'avais un problème par rapport à l'alcool en fait » (P08).*

2.4. Ressenti des patients sur la prise en charge

2.4.1. Défaut de prise en charge

2.4.1.1. Défaut d'accompagnement du médecin

Un des points négatifs rapportés par les patients dans l'accompagnement par le médecin généraliste était que celui-ci se contentait souvent d'une simple prescription médicale : « *euh ça fait je vous mets des patchs, dosage autant et ça c'est le premier*

mois, le deuxième mois ça sera dosage autant et puis point. C'est de la prescription » (P05), *« je pense que c'est le rôle du médecin généraliste, ce n'est pas d'être le prescripteur de patchs »* (P14). Le temps consacré à une consultation de sevrage tabagique était jugé trop court par les patients : *« Moi quand je suis allé le voir pour dire que je voulais arrêter de fumer, et qu'il m'a dit qu'il me faisait une ordonnance pour les patchs, c'est une consultation qui a duré huit minutes »* (P14).

Pour les patients, l'abord psychologique du sevrage n'était pas assez abordé au cours de l'accompagnement par le médecin, les patients devaient apprendre à vivre sans la cigarette, et trouver un moyen de compenser le tabac par eux même : *« En tout cas dans mon cas, personne n'a abordé ce sujet-là : comment on fait pour vivre sans ? Et pas que physiquement »* (P05). Ils parlaient d'une dépendance qui, selon eux, n'était pas assez prise en charge : *« Vraiment la base du problème est plus là, sur la dépendance »* (P05).

Le discours du médecin sur les méfaits du tabac était critiqué par les patients qui se disaient conscients des conséquences du tabac : *« je pense que l'approche est toujours sur la peur de la maladie, et des conséquences du tabac et c'est dangereux de toute façon »* (P05), *« il faut arrêter, votre santé en dépend, votre peau va vieillir etc... il n'y a rien de pire pour que les gens arrêtent »* (P13).

2.4.1.2. Défaut de communication

Un défaut de communication était parfois mis en évidence entre le médecin et les patients : *« Il aurait dû me dire que si ça n'allait pas il y avait des gommes, que peut-être il y avait des techniques qui n'étaient pas médicales, que si ça n'allait pas je pouvais revenir le voir, que si je fumais une cigarette avec mon patch c'était pas grave, il n'y a eu aucune explication... aucune »* (P14). Les médecins parlaient peu du

quotidien instauré autour de la cigarette, leur discours était plutôt centré sur la partie médicale du sevrage, ce qui était critiqué par les patients : « *Avec la tabacologue on a parlé nicotine, temps forts de la cigarette, on n'a pas assez développé sur le quotidien de la cigarette, comment elle rentre en fin de compte dans notre quotidien ? Pour un fumeur elle fait partie des choses qu'on doit toujours avoir sur soi. C'est là-dessus, sur le côté du quotidien qu'on ne parle pas assez* » (P07).

2.4.1.3. Défaut d'informations médicales

Un manque d'informations était ressenti par les patients, certains critiquaient le manque d'informations médicales : « *Il ne m'a pas dressé forcément un tableau, comment dire, assez sombre des méfaits du tabac* » (P09), d'autres se sentaient démunis une fois la prescription terminée : « *Je pense qu'une fois qu'on a le médicament on est un peu livré à soit même* » (P12).

Le manque de conseils était critiqué par les patients qui disaient devoir apprendre à réorganiser leur vie : « *Donc il y a quand même une réorganisation à faire dont personne ne nous parle jamais. Jamais. Même pas le tabacologue, personne* » (P05)

2.4.1.4. Défaut de suivi médical

L'absence de suivi médical par le médecin généraliste était une notion rapportée par les patients « *Il m'a donné des conseils sur le moment mais après il y a pas de suivi donc euh... Je sais plus exactement ce qu'il m'avait dit* » (P06), « *la prescription mais surtout le suivi, chose qu'il n'y a pas aujourd'hui* » (P12). Cependant, cela n'était pas le cas lorsque les patients avaient recours au spécialiste « *quand je suis allé là-bas elle m'a donné deux boîtes de 96 la première fois, la deuxième fois quand je suis*

*allé elle m'a donné encore deux fois 96 plus un patch. Un patch de 14. Et ici dernièrement elle m'a donné euh dix boîtes et un patch plus fort. De 21 » (P10) ou lorsqu'ils se dirigeaient vers une médecine alternative : « *Moi voilà je ne sais pas s'il y a encore un intérêt à être suivi mais bon voilà ça rassure et si aujourd'hui c'était à refaire, je repartirai sur l'hypnose, ça c'est sûr » (P08). Dans ces deux situations, il existait un suivi médical plus ou moins rapproché.**

2.4.2. Ressenti sur le soutien psychologique

Pour la majorité des patients interrogés, un soutien psychologique semblait nécessaire à la prise en charge du sevrage : « *je pense qu'il faudrait quelque chose pour traiter la partie psychologique » (P12). Le tabac était considéré comme une addiction d'ordre psychologique : « *C'est une addiction psychologique avant tout en fait » (P05). Pour les patients, il était important de casser l'habitude engendrée par le tabac : « *mais j'ai pas trouvé ce retour là où on me dit : bah on va d'abord changer les habitudes, enlever ce réflexe de fumer et ensuite on traitera la dépendance » (P05).***

Le soutien psychologique pouvait être un renfort pour les patients dans la difficulté : « *j'ai mon frère qui est accro à la cigarette et quand je le vois lui je me dis que ouais potentiellement ça pourrait être intéressant mais voilà je sais pas, je ne sais pas... » (P13) car il permettait de combler le manque : « *Enfin je ne peux pas dire que ça ne serait pas nécessaire mais autant quand j'ai commencé je trouvais ça utile, justement pour combler le manque » (P07).**

Certains patients retrouvaient cette prise en charge psychologique dans leur suivi avec l'addictologue : « *moi je dirai que ça ne m'intéresse pas parce que je suis déjà suivi par un addictologue » (P10), « *une aide psychologique je pense l'avoir à partir du moment où je vois mon addictologue » (P08).**

L'aide psychologique était considérée comme une manière de prévenir les récurrences : « Bah pour éviter déjà de tomber dans tous les pièges qui font qu'on va refumer à un moment ou à un autre » (P12), « bah oui je pense que ça peut aider puisque ça peut donner des conseils sur les moments où on a envie de fumer » (P11).

Enfin, elle était importante pour le patient qui ressentait le besoin de s'exprimer : « C'est important parce que ça... bon comme je pense pour toute addiction il faut savoir en discuter, savoir en parler, savoir exprimer les pourquoi, les comment etc. etc... » (P09) , et permettait de renforcer la motivation du patient : « je pense qu'un vrai soutien psychologique avec des vrais conseils ouais c'est essentiel, après médecin généraliste, psychologue, addictologue, peu importe, arrêter la cigarette c'est un défi, ça me travaillait tous les jours, mais lâché dans la nature, la motivation elle s'émiette tout doucement. S'il n'y a pas quelqu'un qui nous remet un petit coup de fouet à chaque fois, on y arrive pas » (P14).

2.5. Connaissances des patients

2.5.1. Connaissances des patients sur la santé

Les effets néfastes du tabac sur la santé étaient connus des patients : « OK bien sûr on sait que le tabac et la cigarette en général c'est nocif évidemment » (P03), « Et puis j'avais mal à la gorge, j'étais pas bien et là ça m'a pris, un gros déclic, je me suis dit arrêtes t'es en train de dégager quoi, c'est pas bon, il y a rien de bon » (P04).

Certains problèmes de santé étaient même rapportés à la consommation de tabac : « c'est pour ça que j'ai claqué le poumon d'ailleurs » (P05).

Les conséquences de la consommation de tabac étaient connues et rapportées par les patients : « Avant je crachais c'était marron » (P10), « j'avais mal à la langue

en fait, j'avais le bout de la langue qui me brûlait souvent » (P14) ainsi que le risque de mortalité lié au tabac : « Mais ça fait quand même 10 ans que je risque ma santé avec le facteur AVC multiplié par 3 plus ma surcharge pondérale ça fait 9. Et le poids aussi... Et si je multiplie par 3 encore ça fait 27. Donc voilà je suis content pour la division déjà. Je m'expose qu'à 3 quoi » (P04).

La cigarette était comparée à une drogue : *« dans les manques d'héroïne vous voyez l'état des gens héroïnomanes quand ils sont en manque, ce n'est pas comme ça avec la clope. Ce n'est pas aussi fort que ça » (P05), « ouais vraiment on est sous l'emprise d'une drogue quoi » (P13).*

2.5.2. Connaissances des patients sur les méthodes de sevrage

2.5.2.1. Les méthodes médicamenteuses

Les méthodes médicamenteuses étaient globalement connues des patients : *« bah les substituts nicotiques donc à savoir les patchs, les gommettes à mâcher, les gommettes, les pastilles aussi à sucer, euh, le champix, il me semble qu'il est toujours sur le marché » (P01), « les patchs et le Zyban, et après aujourd'hui il y a aussi les nicorettes, tout ce qu'on propose comme étant des substituts » (P12).*

Le rôle des substituts nicotiques était globalement connu des patients : *« Le patch ne donne que la nicotine » (P08), « il y a quand même la dose de nicotine qui est donnée » (P11).*

2.5.2.2. Les méthodes alternatives

Parmi les méthodes alternatives, l'acupuncture et l'hypnose étaient les méthodes les plus connues : *« euh l'acupuncture, j'ai également entendu parler de l'hypnose »*

(P09), « *il doit y avoir d'autres méthodes comme l'hypnose, l'acupuncture ou des choses comme ça* » (P12).

Le concept de l'hypnose était perçu par les patients de différentes manières : « *Comment expliquer ça, pour moi l'hypnose c'est prendre le contrôle de la personne* » (P07), « *Dans l'hypnose en fait, on est censé vous faire oublier en fait que vous étiez fumeur* » (P05). Le concept de l'acupuncture était également connu par les fumeurs : « *Mais ça ne me branche pas trop de mettre des aiguilles sur moi* » (P08), « *et euh du.... de l'aiguille tout ça?* » (P03).

L'homéopathie et la sophrologie avaient été citées par un patient : « *tout ce qui est plante, j'ai le souvenir de la valériane mais il y en a d'autres, euh... l'hypnose, la sophrologie* » (P14).

2.5.2.3. La cigarette électronique

Elle était souvent citée dans les méthodes de sevrage tabagique même si elle constituait plutôt une alternative au tabac : « *euh... la cigarette électronique je sais pas si vous la comptez comme méthode* » (P05), « *sinon je connais la cigarette électronique* » (P10).

Les patients avaient quelques connaissances sur cette méthode et en particulier sur ses différences avec la cigarette : « *En fait ce n'est pas des substances brûlées, c'est de la vapeur donc on se dit qu'il y a pas le goudron, il y a certaines choses qui a pas. Le côté nicotine dans la cigarette électronique de toute façon fait la compensation* » (P05), « *les produits eux même qui ont été analysés déjà le fait d'avoir éliminé le goudron, ou d'avoir éliminé l'arsenic ou d'avoir éliminé ces trucs là, sur le côté toxique c'est déjà important* » (P07).

2.5.2.4. Autres méthodes citées par les patients

Dans les autres méthodes de sevrage tabagique citées, on retrouvait les inhalateurs de nicotine : « *après il y a les inhalateurs* » (P05) et les cigarettes sans nicotine : « *j'avais aussi les cigarettes sans nicotine là, les trucs à la menthe, à je ne sais pas quoi, aux herbes* » (P11).

Le vaccin anti-nicotinique avait été évoqué par un patient : « *des vaccins mais ça je n'y connais rien* » (P14)

2.5.3. Ignorance sur les méthodes de sevrage

Le manque de connaissances médicales sur la cigarette électronique était mis en avant par les patients : « *je suis pas convaincu qu'il n'y a pas d'effets secondaires à moyen ou long terme dont on n'a pas connaissance aujourd'hui* » (P02), « *je trouve qu'on a pas assez de recul et je pense que d'ici peu on va s'apercevoir que ça donne autant de dégâts que la cigarette* » (P11).

Certains des patients interrogés n'avaient que peu de connaissances en matière de sevrage : « *il y a les patchs, les cigarettes à l'eucalyptus, voilà c'est les deux seuls trucs que je connais* » (P08), « *je n'en connais pas d'autre. Je connais que ça.* » (P10).

2.5.4. Méthodes d'apport de connaissances

Les méthodes d'informations étaient diverses : les patients se renseignaient via la télévision : « *j'ai allumé la télé il y a même pas une semaine et on parlait que le tabac était dangereux* » (P05), « *comme tout le monde qui regarde la télé, les publicités* » (P04), la littérature : « *Je parlais tout à l'heure du bouquin d'Allen Carr, il a monté des thérapies au Canada ou aux Etats Unis je sais plus, euh, des thérapies de groupe, et*

a priori ça a fonctionné, mais je n'en connais pas en France » (P05) » ou par le biais d'un intervenant : « l'explication de ma tabacologue et l'explication que m'a donné le vendeur de cigarette électronique, les deux ont été de pair car l'un m'explique le côté médical pur et l'autre m'explique ce que je peux faire et ne pas faire, pour ne pas faire n'importe quoi » (P07).

2.6. Attentes des patients

Les attentes des patients réalisant une tentative de sevrage étaient multiples :

2.6.1. Nécessité d'un accompagnement

L'intérêt d'un bon accompagnement, que ce soit par un médecin généraliste ou spécialiste était une des attentes principales des patients : « *Donc ouais les conseils, l'accompagnement et voilà, enfin voilà, vraiment et puis apporter des solutions, des propositions à ce qui est bien à mettre en place pour pouvoir arrêter quoi.* » (P13). Ils attendaient du médecin qu'il les adresse en consultation avec un spécialiste si la prise en charge du sevrage tabagique n'était pas du ressort de celui-ci : « *Moi je dis que si le médecin traitant n'est pas capable euh... de donner des conseils ou de conseiller un produit plutôt qu'un autre, il devrait déjà envoyer le patient dans une consultation avec un tabacologue* » (P11).

Le patient, en consultant, attendait de son médecin qu'il l'aide dans sa démarche de sevrage « *Et après j'ai consulté, j'ai demandé ce qu'on pouvait faire justement pour m'aider à arrêter de fumer* » (P11), « *Et maintenant je peux la remercier, parce qu'elle m'a donné un bon coup de main sur ce point-là* » (P10).

Enfin, ils attendaient du médecin qu'il les aide à trouver un moyen de compensation afin de combler le manque ressenti au cours d'une tentative de

sevrage : « *c'était plus une compensation sur le plaisir et la vie qu'on a autour du tabac* » (P05).

2.6.2. Importance de la communication

Les patients attendaient du médecin plus d'informations sur le tabac : « *C'est que quelque part on va voir un tabacologue qui va bien nous expliquer tous les côtés négatifs du tabac, ce qui peut arriver si demain vous arrêtez, les avantages que vous pouvez en tirer malgré tout si vous arrêtez* » (P07) et sur le sevrage tabagique en général : « *Voilà lui expliquer que ce n'est pas l'arrêt de la clope qui fait grossir mais le fait de compenser en mangeant* » (P14).

Ils attendaient également d'être informés sur le recours possible aux différents spécialistes ou sur les méthodes de sevrage possibles afin de les aider dans leur démarche : « *il faut donner aux gens tous les moyens donc les tabacologues, les pneumologues, et leur dire : voilà j'ai les nicorettes, j'ai les patchs, j'ai ci et ça, et ça a pour but que la personne puisse sortir du tabac et sans qu'elle soit frustrée* » (P07).

Enfin, les patients souhaitaient réaliser des examens complémentaires afin d'être informés sur les résultats et les conséquences du tabac sur leur santé : « *euh... peut être faire une radio des poumons* » (P11), « *en espérant qu'il me dise quelque chose sur la couleur de mes poumons en fait* » (P13).

2.6.3. Place de la connaissance médicale et de la compétence du médecin

La compétence du médecin était également une des attentes des patients : « *moi je pense que si le médecin traitant est derrière, s'il met quelque chose en place, il faut qu'il soit au point sur sa méthode quoi* » (P11). L'expérience du médecin ayant lui-

même réalisé une tentative de sevrage constituait un modèle pour les patients : « *Le top ça serait le médecin qui a de l'expérience et qui a arrêté lui aussi de fumer* » (P04).

2.6.4. Attentes sur le rôle du médecin

Pour les patients, il était important que la motivation en vue d'une tentative de sevrage soit évaluée par le médecin : « *Déjà savoir le... pas le pourquoi on fume, mais le degré d'envie d'arrêter de fumer* » (P08).

Ensuite, les patients attendaient du médecin un rôle de prévention « *Pour moi le médecin traitant, c'est son rôle d'intervenir dans ces trucs-là. C'est normal parce que quand t'es malade, il a raison, il faut arrêter de fumer* » (P10).

Le médecin devait également avoir un rôle de soutien : « *mon docteur m'a toujours dit : on peut t'aider* » (P04), « *Et disons que le fait de se sentir soutenu, ça aide énormément... Cela aide énormément* » (P09).

Enfin, les patients attendaient de leur médecin qu'il les accompagne dans leur sevrage, sans accentuer leur stress : « *bah un accompagnement, des conseils, euh pas trop de pression quand même* » (P13).

2.6.5. Importance d'un suivi médical régulier

Un suivi médical rapproché était une des attentes principales du patient dans la prise en charge du sevrage tabagique : « *Je pense qu'une fois qu'on a le médicament on est un peu livré à soi-même donc ce qu'on pourrait attendre du médecin c'est une sorte de suivi ou au moins une aide psychologique là-dessus* » (P12), « *alors moi je trouve qu'il devrait y avoir un suivi mais euh, fixe. Avec des rendez-vous, ce qui nous*

obligerait en fait à y aller et de devoir tenir pour se fixer aux objectifs qu'il nous aura donné. Je pense que c'est l'essentiel » (P06).

2.6.6. Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique était également une attente importante pour les patients : *« la difficulté c'est de ne pas reprendre donc euh je pense que c'est à ce moment-là que l'aide psychologique doit intervenir » (P12), « Encore une fois je pense que le côté psychologique n'est pas assez abordé dans l'arrêt » (P05).* Pour les patients interrogés, c'était un gros manque dans la prise en charge du sevrage : *« C'est le gros manque aujourd'hui sur l'ensemble des substituts et des méthodes, c'est qu'il n'y a pas ça et c'est primordial » (P05).*

Par le biais de cette prise en charge psychologique, ils attendaient des conseils afin de les aider dans le sevrage : *« eux ils ont sûrement des conseils à nous donner pour arrêter : bah à ce moment-là faites plutôt ça... Ou pensez à ça... Détendez-vous. Enfin voilà » (P11).*

Cette prise en charge pouvait être réalisée par le médecin généraliste si celui-ci en avait la possibilité : *« ça peut être du ressort du médecin généraliste s'il est capable de le faire, parce que je pense qu'on a besoin d'un soutien psychologique » (P14).*

2.6.7. Attentes des patients sur les méthodes de sevrage

Ne plus avoir envie de fumer était l'attente principale des patients qui utilisaient des méthodes de sevrage : *« bah très clairement d'arrêter de fumer et puis de ne plus en avoir envie » (P12).* Les gommes soulageaient partiellement cette envie de fumer : *« c'est-à-dire que quand je pense à fumer une cigarette je prends un truc comme ça » (P10).*

Trouver un moyen de compenser le geste de la cigarette était également une des attentes du patient : « *Il reste le côté de la gestuelle* » (P09), « *il manque le geste* » (P08). Certains patients avaient retrouvé dans la cigarette électronique cette gestuelle : « *on a toujours cette gestuelle avec la cigarette électronique* » (P07).

Enfin, les patients attendaient des méthodes de sevrage qu'elles ne soient pas toxiques pour leur santé : « *ça m'évitera d'aller me sevrer de quelque chose d'autre, de patch, de zyban, de toute cette chimie...* » (P04).

DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient donc d'évaluer le sevrage tabagique du point de vue des patients en s'intéressant à leur ressenti, leurs connaissances et leurs attentes au cours d'une tentative d'arrêt. Dans la littérature, deux études réalisées s'étaient déjà intéressées partiellement au sujet : la première, réalisée en 2012 à Poitiers évaluait la prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes, par un abord quantitatif puis qualitatif ⁸ sur un échantillon de 89 patients et une deuxième étude quantitative réalisée en 2012 à Reims s'intéressait aux connaissances, représentations, attentes et besoins des fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique ⁷. Peu d'études qualitatives sont donc réalisées sur le sujet et s'intéressent aux patients.

1. Ressenti des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique

- Consommation de tabac

Les patients avaient conscience de leur dépendance au tabac, bien qu'ils n'en appréciaient pas toujours les effets. Le tabac prenait une place importante dans leur vie, il était considéré comme un plaisir, un loisir et jouait un rôle d'antalgique ou d'antistress. En effet, on sait que le tabac procure du plaisir en agissant sur le système dopaminergique cérébral. Lorsqu'un patient arrête de fumer, le plaisir et le soulagement ressentis par la prise de cigarette ne sont plus présents et en cas de situation de stress, elle apparaît alors comme la solution au problème.

Les causes de consommation évoquées étaient diverses, certains patients disaient avoir été influencés par l'entourage, d'autres mettaient en avant le caractère social et festif rapporté à la consommation de tabac. Certains patients disaient avoir

débuté leur consommation pour être « bien vu » par leurs copains ou les filles. Ces résultats coïncident avec les résultats d'une étude suisse réalisée en 2007 sur le tabagisme des jeunes et qui met en avant les causes de consommation chez ces derniers parmi lesquelles on retrouve l'influence de l'entourage (avec les amis qui fument), la notion de plaisir ou d'habitude, la dépendance, le caractère antistress du tabac et la popularité du tabac³⁶.

Concernant les causes de récurrences, on retrouvait surtout la démotivation, l'apparition d'une situation de stress inhabituelle, la présence d'un entourage fumeur qui incitait les patients à reprendre une cigarette, l'inefficacité d'un traitement et la sensation de manque. Une fois encore, ces données coïncident avec la littérature puisque qu'on sait que les échecs précoces s'expliquent par la dépendance pharmacologique tandis que les échecs tardifs dépendent de l'environnement, des événements émotionnels et du terrain anxio-dépressif³⁷.

- Arrêt de la consommation

Les patients étaient acteurs de leur sevrage. Pour eux, tout était question de motivation. Les méthodes de sevrage et l'accompagnement du médecin étaient une aide supplémentaire au sevrage, mais, pour eux, la réussite associait une bonne préparation au sevrage et une volonté. Les motivations retrouvées à l'arrêt de consommation étaient l'aspect financier, l'impact sur la santé, le désir de grossesse et la pression de l'entourage. Ces données concordent avec la littérature puisque, selon un rapport de l'INPES, les motivations à l'arrêt de consommation sont pour 75.2% des ex-fumeurs la santé, pour 45.4% l'entourage, pour 25.1% d'entre eux le prix du tabac, pour 11.8% la grossesse et pour 10.8% d'entre eux la lassitude du tabac³⁸.

Les tentatives de sevrage étaient vécues différemment par les patients. Un sentiment de fierté était présent chez les patients qui avaient réussi, en revanche, ceux qui avaient échoué mettaient en avant leur souffrance et leur frustration liées parfois aux multiples échecs. Cette notion de souffrance était également retrouvée dans l'étude de Poitiers⁸. Certains patients avaient réussi leur tentative de sevrage avec facilité, pour d'autres, en revanche, il s'agissait d'une démarche difficile. Les difficultés rencontrées étaient la sensation de manque omniprésente chez le patient qui cessait sa consommation, la réorganisation du rythme de vie mal expliquée par les professionnels de santé et la perte de la gestuelle que les patients n'arrivaient pas à compenser. Les bénéfices de l'arrêt du tabac étaient ressentis par ces patients qui disaient avoir amélioré leur qualité de vie et avoir aperçu des modifications sur leur santé.

- Prise en charge médicamenteuse

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les patchs étaient le traitement de première intention prescrit par le médecin généraliste, cependant les patients l'associaient à un défaut d'accompagnement et disaient ne pas être assez informés par leur médecin sur ce moyen de sevrage. De manière générale, les patients étaient plutôt satisfaits de l'efficacité de ce traitement, bien que certains disaient avoir été victimes de réactions allergiques ou d'un sous dosage. De même les gommes étaient également utilisées et jugées efficaces par les fumeurs. Les résultats de cette étude sont similaires à ceux de l'étude faite à Reims en 2012 puisque les traitements substitutifs nicotiques étaient les traitements les plus utilisés par les patients et étaient jugés efficaces. En effet, 77.40% des patients de l'étude avaient utilisé ce traitement dans leur sevrage et la note obtenue sur l'efficacité de ce traitement était la

plus haute avec une note supérieure à 5/10⁷. Ces résultats concordent aussi avec les chiffres de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies d'après lesquels le traitement nicotinique substitutif reste le traitement le plus utilisé par les patients réalisant un sevrage, même si les chiffres montrent que la forme orale est préférée à la forme transdermique³⁹.

Cependant, l'aspect financier rapporté à ces traitements était souvent cité. En effet, l'Assurance Maladie prend en charge, sur prescription médicale, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.), inscrits sur la liste des substituts nicotiques remboursables, à hauteur de 150 € par année civile et par bénéficiaire depuis le 01 novembre 2016⁴⁰.

Concernant le Bupropion et la Varénicline, pour la majorité des patients, un avis négatif était mis en avant notamment à cause de l'apparition de troubles psychologiques à type de syndrome dépressif, concomitant à la prise du médicament. On sait qu'il existe un lien entre le tabagisme et les troubles anxio-dépressifs. En effet, les fumeurs avec des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs qui n'en ont pas, ce qui rend le sevrage plus difficile chez ces fumeurs puisque l'arrêt du tabac induit chez eux une recrudescence de leurs troubles anxieux⁹. Cependant, une étude montre qu'il n'y a pas d'augmentation significative des troubles psychiatriques chez les patients utilisant la Varénicline ou le Bupropion et n'ayant pas de trouble psychiatrique sous jacent⁹⁻⁴¹. Pour les patients concernés par ses symptômes, il semble donc important d'associer un traitement médicamenteux à une prise en charge psychologique adéquate. Pour le Bupropion, les troubles psychologiques surviennent généralement au cours d'expositions brèves à la posologie de 300mg/j¹¹. Sur le plan étiopathogénique, l'action dopaminergique du

Bupropion, parfois potentialisée par interaction médicamenteuse, pourrait en être incriminée. La stratégie thérapeutique consiste habituellement en l'arrêt du Bupropion et l'introduction d'un neuroleptique, cependant les benzodiazépines pourraient constituer une alternative valable¹¹.

Le Bupropion semblait plus populaire que la Varénicline pour les patients de cette étude. Même si la consommation de Varénicline reste supérieure à celle du Bupropion, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies montre que la consommation de Bupropion est en hausse en 2015, pour la première fois depuis 12 ans, avec une augmentation de la consommation estimée à +7.4% alors que celle de la Varénicline est quasiment stable³⁹. Cette hausse de consommation pourrait être en lien avec la notoriété du Bupropion pour les patients de cette étude.

- Méthodes alternatives

Concernant les méthodes alternatives, elles étaient populaires chez les patients de cette étude, jugées moins nocives que n'importe quel traitement médicamenteux et plus accentuées sur la partie psychologique du sevrage. L'acupuncture et l'hypnose étaient les méthodes les plus utilisées dans cette étude, et la rapidité d'efficacité était souvent mise en avant. L'échec de ces méthodes était rapporté à un défaut d'intervenant. Bien que non recommandées par l'HAS comme méthodes de sevrage tabagique, elles ne présentent pas de risque majeur pour le patient et leur pratique ne doit pas être découragée⁹.

- Cigarette électronique

Concernant la cigarette électronique, elle était considérée comme une alternative au tabac plutôt que comme une méthode de sevrage tabagique. Elle permettait de

compenser la gestuelle et était globalement appréciée des patients. Le manque de connaissances médicales était cependant critiqué et constituait parfois un frein à l'utilisation. Cependant, on sait que, même si elle n'est pas anodine, la cigarette électronique est moins toxique que la cigarette conventionnelle²³⁻²⁶⁻²⁹⁻⁴². Elle était considérée comme un tremplin permettant aux patients de diminuer leur consommation de tabac, ce qui coïncide avec les chiffres de l'INPES et les données de la littérature puisqu'environ 400 000 personnes ont réussi à arrêter de fumer au moins temporairement grâce à la cigarette électronique³⁻²⁴.

- Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste était l'intervenant principal dans la prise en charge du sevrage et son rôle était apprécié par les patients : il jouait un rôle de soutien et de conseiller, ainsi que dans la prévention du tabagisme en informant ses patients sur les méfaits du tabac. Cependant, les connaissances médicales et la compétence du médecin étaient des critères importants aux yeux des patients qui n'hésitaient pas à avoir recours au spécialiste, le cas échéant. De manière générale, les patients de l'étude trouvaient l'accompagnement par leur médecin généraliste insuffisant. En effet, le médecin se contentait trop souvent d'une simple prescription médicale, sans assurer de suivi régulier. La partie psychologique du sevrage n'était pas assez abordée, les patients ne savaient pas comment compenser leur vie sans tabac, ce qui était pour eux une difficulté supplémentaire. Un manque d'information médicale était souvent constaté notamment au cours de la prescription médicamenteuse, les patients se sentaient livrés à eux même une fois le traitement prescrit. En revanche, les patients qui avaient eu recours à un spécialiste étaient satisfaits, ils appréciaient le suivi régulier et ne voyaient pas l'intérêt d'une prise en charge psychologique supplémentaire,

puisque leur addictologue remplissait cette fonction. Or, le médecin généraliste est au centre de la démarche de soins. Etant souvent en première ligne, il semble important qu'il ait tous les éléments en main pour pouvoir intervenir et évaluer ainsi la consommation tabagique des patients, conseiller un arrêt du tabac de façon systématique, évaluer la motivation, et accompagner ses patients dans leur démarche en proposant un traitement médicamenteux associé à une prise en charge psychologique⁹⁻¹⁷.

- Place de l'entourage

Pour finir, l'entourage jouait aussi un rôle dans la prise en charge du sevrage pour les patients, soit parce qu'il constituait un soutien supplémentaire, soit parce qu'il les influençait dans leur choix de méthode de sevrage.

2. Connaissances des patients sur les méthodes de sevrage

La majorité des patients interrogés connaissaient plusieurs méthodes de sevrage. Ils s'étaient renseignés via la télévision, la littérature, internet ou par l'intermédiaire d'un intervenant.

Parmi les méthodes médicamenteuses, les substituts nicotiques, le Bupropion et la Varénicline étaient les méthodes les plus connues par les patients. Parmi les substituts nicotiques, les patchs et les gommes étaient les plus cités par les patients. Ces données coïncident avec celles de l'étude réalisée à Reims en 2012 puisque dans cette étude les substituts nicotiques étaient connus pour 89.5% des patients sans antécédent de sevrage, le Bupropion était connu pour 42.10% des patients et la Varénicline pour 26.30% des patients⁷. La différence entre le Bupropion et la

Varénicline s'explique probablement par le fait que le Bupropion a été mis sur le marché avant la Varénicline.

Un patient interrogé connaissait les cigarettes sans nicotine et deux patients interrogés connaissaient les inhalateurs.

Concernant les méthodes alternatives, l'acupuncture et l'hypnose étaient les pratiques les plus connues. Ce qui concorde avec l'étude de 2012 puisque 42.10% des patients connaissaient l'acupuncture et 36.80% des patients connaissaient l'hypnose⁷. L'homéopathie et la sophrologie étaient citées par un patient.

Les psychothérapies de soutien et cognitivo comportementales n'étaient pas connues des patients. Ceci concorde avec les résultats d'une étude canadienne qui évaluait les connaissances et l'efficacité de certaines méthodes de sevrage selon les patients en 2004 et qui mettait en évidence que les thérapies de soutien et cognitivo comportementales étaient peu connues des patients puisqu'elles étaient citées par respectivement 11% et 6% des patients⁴³.

La méthode Allen Carr avait été citée par trois patients. Allen Carr est un ancien comptable britannique. Cette méthode consiste en un coaching. Il existe un livre sur cette méthode (le patient doit relire le livre s'il fume toujours à la fin de l'ouvrage) ainsi que des thérapies de groupes dont le but est d'enseigner cette méthode aux patients. Bien que développée dans plusieurs pays, elle n'est pas validée dans l'arrêt du tabac et n'est pas reconnue comme méthode de sevrage efficace, devant l'absence d'étude.

Enfin, un des patients avait évoqué le vaccin anti-nicotinique, cependant, il disait ne pas être informé davantage sur le sujet. En effet, on sait qu'aujourd'hui aucun vaccin n'est actuellement homologué pour l'usage public mais certains sont en cours

de développement. Lorsqu'une personne fume une cigarette, la nicotine provoque la libération de substances chimiques dans le cerveau, ce qui procure au fumeur la sensation d'une récompense. Cette récompense constitue la raison pour laquelle les patients ont envie de fumer. Les vaccins anti-nicotiniques sont conçus pour réduire les effets de la nicotine sur le cerveau, et ainsi réduire cette sensation de récompense. Ainsi, ces vaccins seraient susceptibles d'aider les patients à arrêter de fumer⁴⁴. Il n'existe pas de preuve à ce jour de l'efficacité de ces vaccins dans la réussite du sevrage tabagique.

3. Attentes des patients réalisant une tentative de sevrage

Les patients de l'étude attendaient de la part de leur médecin généraliste d'être mieux accompagnés et encadrés dans leur démarche. L'aide d'un soignant apparaissait comme primordiale pour la prise en charge optimale d'un sevrage. Cette notion est également retrouvée dans l'étude de Reims puisque l'aide d'un intervenant permettait au patient d'avoir confiance en lui pour le sevrage pour 43.2% des patients interrogés⁷. La compétence du médecin était une des attentes principales des patients qui espéraient être adressés dans des structures adéquates en cas de manque de connaissances de leur médecin généraliste. Les patients souhaitaient être informés de l'ensemble des moyens disponibles afin de les aider dans leur tentative de sevrage et désiraient réaliser des examens complémentaires leur permettant d'évaluer les conséquences du tabac sur leur santé. Les patients considéraient que le médecin devait jouer un rôle de soutien, de prévention et il était important que la motivation soit évaluée. Cette motivation peut être évaluée au cours de l'entretien motivationnel. Il s'agit d'une approche relationnelle centrée sur le patient et dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement, pour aider le patient à changer son comportement. La motivation du patient et le stade où se situe le patient dans son

processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. Il s'agit d'une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer. Parmi ces étapes, on retrouve la pré-intention (le fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique), l'intention (il pense à arrêter de fumer), la préparation (la décision est prise : il planifie d'arrêter de fumer), l'action (il est activement engagé dans le processus de changement) et le maintien (il a fait des changements mais il reconnaît qu'il doit rester vigilant en cas de rechute)². Les données montrent que l'entretien motivationnel, qui peut être réalisé par le médecin généraliste, augmente les chances de réussite au sevrage tabagique, de manière plus importante que le conseil d'arrêt². De même, les patients attendaient que le médecin les informe sur les conséquences du tabac, sans que ce discours soit axé sur la peur ou soit source de stress supplémentaire pour les patients. Ce besoin d'information était également retrouvé dans l'étude de 2012⁷.

Un suivi régulier semblait nécessaire pour ces patients qui réclamaient des rendez-vous fixes à la fois pour les aider dans leur sevrage mais aussi pour éviter les récurrences. Ce suivi manquait dans la prise en charge du sevrage par le médecin généraliste.

Enfin, un soutien psychologique était primordial pour ces patients, qui se sentaient trop souvent livrés à eux-même. Ils attendaient de cette prise en charge un renfort, afin de les aider à vivre sans tabac et de trouver un moyen de compenser la cigarette. Ils souhaitaient être écoutés et compris par le professionnel de santé et trouvaient la prise en charge de leur médecin généraliste, dans ce domaine, insuffisante.

Concernant les méthodes de sevrage tabagique, les principales attentes du patient étaient que celles-ci soient efficaces et agissent ainsi sur leur envie de fumer, qu'elles aident les patients à compenser la gestuelle associée à la cigarette et qu'elles ne soient pas toxiques pour leur santé. Dans l'étude de 2012 de Reims, 43% des patients interrogés souhaitaient que le traitement médicamenteux agisse sur leur envie de fumer, ce qui concorde avec les données de cette étude⁷.

4. Forces et faiblesses de l'étude

Les forces de l'étude reposaient sur la méthode utilisée à savoir la méthode qualitative puisqu'elle permettait de laisser les patients s'exprimer librement et donc de mettre en avant leurs idées. Tous les patients interrogés connaissaient uniquement le thème de l'étude, leurs réponses étaient donc spontanées.

Cependant, cette étude comportait des biais.

Tout d'abord, un biais de sélection. Les patients interrogés dans cette étude étaient soit choisis par leur médecin (généraliste ou spécialiste), soit des personnes de mon entourage, ce qui laisse envisager qu'ils étaient volontaires pour répondre aux questions et n'étaient pas opposés au sevrage tabagique.

Ensuite, il existait un biais de représentation. Les patients de l'étude devaient avoir réalisé au moins une tentative de sevrage et consulté au moins une fois un médecin pour les aider dans leur démarche, ce qui catégorise une petite partie de la population. La taille de l'échantillon ne permet pas d'être représentatif de la population générale puisqu'il s'agissait ici d'une catégorie sur-représentée, les patients consultant leur médecin pour les aider dans cette démarche ne constituant qu'une faible partie des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique.

Enfin, il existait un biais d'interprétation puisque les données étaient retranscrites telles qu'elles mais leur analyse et leur classement en catégories et sous catégories étaient laissés au jugement de l'auteur.

5. Perspectives et propositions

Selon cette étude, il existerait une insuffisance d'accompagnement par le médecin généraliste qui n'associe pas, dans la majorité des cas, une prescription médicamenteuse à une prise en charge psychologique adéquate, malgré l'apparition de nouvelles recommandations par l'HAS en 2014. De même, un suivi régulier ne semble pas être réalisé par ces professionnels de santé, ce qui augmente le taux d'échec et le nombre de récurrences. Il semblerait donc intéressant de renforcer les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine pour leur permettre d'avoir toutes les données en main afin d'aider au mieux leurs patients désirant réaliser une tentative de sevrage tabagique, par une formation complémentaire et d'instaurer des consultations de suivi afin de renforcer la motivation du patient ayant réalisé sa tentative de sevrage. Pour ce faire, l'HAS recommande en 2014 que tous les médecins soient formés au dépistage et à l'aide à l'arrêt de consommation de tabac. De même, des consultations auprès de psychologues et l'intérêt des thérapies devraient être expliquées et proposées systématiquement par les médecins généralistes.

Concernant le défaut d'informations constaté par les patients, il semblerait être lié au temps trop court de la consultation par le médecin généraliste, les consultations dédiées semblent donc une bonne alternative et sont recommandées par l'HAS. Si les médecins ne souhaitent pas réaliser ces consultations dédiées, ils doivent cependant adresser leurs patients dans des structures spécialisées.

CONCLUSION

La cigarette occupe une place importante dans la vie du fumeur qui a parfois bien du mal à s'en sevrer définitivement. Le ressenti des patients sur le sevrage tabagique est variable. La gestuelle de la cigarette est souvent difficile à compenser, d'où l'intérêt d'associer une prise en charge psychologique à un traitement médicamenteux adéquat.

Les méthodes de sevrage tabagique sont plutôt bien connues des patients et souvent jugées efficaces, bien que certains effets secondaires soient mis en avant. La cigarette électronique connaît une certaine notoriété chez les fumeurs et représente une alternative à la consommation de tabac. Les méthodes alternatives sont en plein essor et sont utilisées dans le sevrage tabagique, même si elles ne sont pas reconnues efficaces.

L'accompagnement par un professionnel de santé doit être optimal afin de donner toutes les chances au patient, cependant il persiste encore à ce jour des lacunes chez les médecins généralistes pour ce type de prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INPES-Tabac [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp>
2. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
3. Inpes - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp>
4. 6ème édition - 2015 - OFDT [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/>
5. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) - OFDT [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/enquetes/escapad/>
6. Recommandation 2014 de la HAS pour arrêter de fumer [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur : <http://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/tabac/531-recommandation-has-arreter-fumer>
7. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012..
8. Loumaigne P. Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale : étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers ; 2013..
9. Recommandation de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire + Recommandations. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/277483/>
10. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012 Nov ;11
11. Javelot T, Javelot H, Baratta A, Weiner L, Messaoudi M, Lemoine P. Troubles psychotiques aigus liés au bupropion : revue de la littérature. L'Encéphale. déc 2010;36(6):461-71.
12. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May ;5.

13. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 May; 5.
14. Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C, Schayck OCP van, West R, Sheikh A. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2015 oct ;3(10):761-8.
15. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html#les-ressources>
16. Inserm. Médecines alternatives : ce qu'en dit la science [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/medecines-alternatives-ce-qu-en-dit-la-science>
17. Haute Autorité de Santé - Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has
18. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-4
19. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 January ; 1.
20. Barry C, Seegers V, Guegen J, et al. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *Inserm*. 17 jan 2014 ; 1-193.
21. Rapport Inserm : Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose - Institut Français d'Hypnose [Internet]. [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/actualites-rapport-inserm-evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-l-hypnose/>
22. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 oct ;10.
23. Netgen. Cigarette électronique : le point en 2015 [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-478/Cigarette-electronique-le-point-en-2015>
24. Premiers résultats tabac et e-cigarette - Caractéristiques et évolutions récentes - Résultats du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/15/dp150224-def.pdf>

25. Bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette, étendus en population générale - [Internet]. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=18815
26. Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf*. avr 2014;5(2):67-86.
27. Vanderkam P, Boussageon R, Underner M, Langbourg N, Brabant Y, Binder P, et al. Efficacité et sécurité de la cigarette électronique pour la réduction du tabagisme : revue systématique et méta-analyse. *La Presse Médicale* [Internet]. [cité 17 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498216302068>
28. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12.
29. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Internet]. Fédération Addiction. 2013 [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/rapport-et-avis-dexperts-sur-le-cigarette/>
30. Thérapie comportementale et cognitive de la dépendance au tabac – Behavior and cognitive therapy for tobacco addiction - [Internet]. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14212.pdf>
31. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. *Médecine*. 1 déc 2006;2(10):451-5.
32. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 févr 2007;24(2):171-82.
33. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 April ;2.
34. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 April ;2.
35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
36. LE TABAC CHEZ LES JEUNES - [Internet]. [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_tabagisme.pdf
37. Lebargy F. LES ÉCHECS DU SEVRAGE TABAGIQUE. *La Revue du praticien Médecine générale*. 2009;(824):435-9.

1.

38. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé [Internet]. 2010 [cité 21 nov 2016]. Disponible sur:
https://www.researchgate.net/profile/Beck_Francois/publication/262002316_Tobacco_smoking_in_France/links/0c960536367c8a7f73000000.pdf
39. Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiques - OFDT [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiques/>
40. ameli.fr - L'arrêt du tabac [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur:
<http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac/la-prise-en-charge-des-substituts-nicotiques.php>
41. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, Aubin LS, McRae T, Lawrence D, 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. *The Lancet*. 18 juin 2016;387(10037):2507-20.
42. Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control*. mars 2014;23(2):133-9.
43. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*. août 2004;99(8):1042-8.
44. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccine for smoking cessation. *Cochrane Database syst rev*. 2012 aug 15 ;8

ANNEXES

1. ANNEXE 1 = TEST DE FAGERSTROM EN 2 ET 6 QUESTIONS

Test de Fagerström simplifié en 2 questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins : 0

11 à 20 : 1

21 à 30 : 2

31 ou plus : 3

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

Moins de 5 minutes : 3

6 à 30 minutes : 2

31 à 60 minutes : 1

Après plus d'1 heure : 0

Interprétation selon les auteurs :

· 0-1 : pas de dépendance

· 2-3 : dépendance modérée

· 4-5-6 : dépendance forte

Test de Fagerström en 6 questions

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

a. Dans les 5 minutes : 3

b. 6 - 30 minutes : 2

c. 31 - 60 minutes : 1

d. Plus de 60 minutes : 0

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

a. Oui : 1

b. Non : 0

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

a. À la première de la journée : 1

b. À une autre : 0

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

a. 10 ou moins : 0

b. 11 à 20 : 1

c. 21 à 30 : 2

d. 31 ou plus : 3

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

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

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

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

Interprétation selon les auteurs :

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

2. ANNEXE 2 : COMMENT PRESCRIRE LES TNS

1 cigarette = 1mg de nicotine

2.1.1.1. Patches

2 types : Ceux pouvant être portés 24h → dosage 7,14 ou 21mg

Ceux pouvant être portés 16h → dosage 10,15 ou 25mg

Effets secondaires : rougeurs, démangeaisons locales, modifications du sommeil, nausées, maux de tête et tachycardie (plus rare)

2.1.1.2. Gommages à mâcher

Dosage de 2 mg et 4mg

Une gomme de 2mg libère environ 1mg de nicotine et celle de 4mg libère environ 2mg de nicotine.

Effets secondaires : irritation de la bouche, hoquet, brûlures d'estomac, salivation augmentée ou troubles digestifs légers, modifications du sommeil et tachycardie (plus rare)

2.1.1.3. Comprimés à sucer, pastilles à sucer

Dosage de 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg et 4mg.

Une pastille de 2mg libère environ 2mg de nicotine et celle de 4mg environ 4mg de nicotine

Effets secondaires : irritation de la bouche, hoquet, brûlures d'estomac, aphtes, vertiges, modifications du sommeil et tachycardie (plus rare)

2.1.1.4. Inhalateurs de nicotine

1 cartouche = 10mg de nicotine

Fréquence des aspirations à adapter en fonction du patient

Max 12 cartouches par jour.

Effets secondaires : comparable aux autres traitements substitutifs, toux et irritation gorge et bouche

2.1.1.5. Sprays buccaux

1 pulvérisation = 1mg de nicotine

Un flacon délivre 150 doses

Possibilité de prendre max 4 pulvérisations par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise et 64 pulvérisations par tranche de 24heures.

3. ANNEXE 3 : EFFETS SECONDAIRES DU BUPROPION ET VARENICLINE

Effets secondaires du Bupropion

Fréquents (> 1/100) :

- Signes généraux : fièvre
- Système gastro-intestinal : sécheresse de la bouche, troubles digestifs incluant nausées et vomissements, douleur abdominale, constipation
- Système nerveux central : insomnie, tremblements, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété
- Peau/hypersensibilité : éruptions cutanées, prurit, sueurs, urticaire
- Organes des sens : troubles du goût

Peu fréquents (> 1/1000 et < 1/100) :

- Signes généraux : douleur thoracique, asthénie
- Appareil cardio-vasculaire : tachycardie, élévation de la pression artérielle, bouffées vasomotrices
- Système nerveux central : confusion, crises convulsives
- Système endocrinien et métabolisme : anorexie
- Organes des sens : acouphènes, troubles visuels

Rares (>1/10 000 et < 1/1000) :

- Appareil cardio-vasculaire : vasodilatation, hypotension orthostatique
- Système nerveux central : irritabilité, agressivité
- Peau/hypersensibilité : réactions d'hypersensibilité plus sévères incluant œdème de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique, hypersensibilité retardée, érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson

Effets secondaires de la varénicline

Liste des effets indésirables de la varénicline fréquents et très fréquents par classe de systèmes d'organes

Troubles du métabolisme et de la nutrition : augmentation de l'appétit

Affections psychiatriques : rêves anormaux, insomnie

Affections du système nerveux : céphalées, somnolence, sensations vertigineuses, dysgueusie

Affections gastro-intestinales : nausées, vomissements, constipation, diarrhée, distension abdominale, gêne gastrique, dyspepsie, flatulence, sécheresse buccale

Troubles généraux : fatigue

4. ANNEXE 4 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS INTERROGES

	sexe	âge	Réussite / échec / en cours	Méthode utilisée	Stade de changement	Nombre tentatives	Médecin intervenant
P01	H	41ans	échec	Acupuncture Patch	intention	3	généraliste
P02	H	49ans	échec	Patch, acupuncture, Allen Carr	Intention	3	généraliste
P03	F	27ans	réussite	Aucune	maintien	1	généraliste
P04	H	48ans	réussite	Zyban	maintien	2	généraliste
P05	H	41ans	échec	patch, Zyban, Champix, gommes, inhalateur, de nicotine, hypnose	pré intention	4	généraliste tabacologue
P06	F	38ans	échec	Patch, champix, cigarette électronique, hypnose	intention	10	généraliste
P07	H	60ans	Réussite	Patch, gommes, cigarette électronique	action	2	généraliste pneumologue tabacologue
P08	H	45ans	Réussite	Cigarette électronique, hypnose	maintien	2 ou 3	généraliste addictologue
P09	H	58ans	Processus en cours	Gommes, patch, cigarette électronique	action	2	addictologue
P10	H	56ans	Processus en cours	Gommes, patch	action	1	addictologue
P11	F	47ans	réussite	Patch	maintien	3	généraliste
P12	H	55ans	échec	Zyban, patch, cigarette électronique	intention	2	généraliste
P13	F	30ans	réussite	Allen Carr	maintien	3	radiologue
P14	H	29ans	réussite	Patch, gommes, cigarette électronique	maintien	3	généraliste

5. ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Expliquez-moi votre consommation de tabac
- 3) Expliquez-moi vos tentatives de sevrage
- 4) Que pensez-vous des méthodes de sevrage que vous avez tentées ?
- 5) Selon vous, pourquoi vos tentatives de sevrage ont-elles échouées ?
- 6) Quel était votre ressenti au cours de ces tentatives d'arrêt ?
- 7) Expliquez-moi le rôle de votre médecin dans ce sevrage. Quelles étaient vos attentes par rapport à sa prise en charge ?
- 8) Quelles méthodes de sevrage connaissez-vous et que pensez-vous de ces méthodes ? (Méthodes médicamenteuses et alternatives)
- 9) Que pensez-vous de la cigarette électronique comme moyen de substitution ?
- 10) Que pensez-vous d'une aide psychologique dans le cadre d'un sevrage ?
- 11) Que recommanderiez-vous aux patients désirant réaliser un sevrage tabagique ?

6. ANNEXE 6 : REDACTION SELON LES CRITERES COREQ³⁵

N°	Item	Guide questions/description	Analyse de la thèse Critère respecté
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	✓
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	✓
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	✓
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	✓
<i>Relations avec les participants</i>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	✓
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	✓
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	
Domaine 2 : Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	

<i>Sélection des participants</i>			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	✓
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	✓
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	✓
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	
<i>Contexte</i>			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	✓
<i>Recueil des données</i>			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	✓
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	✓
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	

21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	✓
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	✓
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	
Domaine 3 : Analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	✓
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	✓
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	✓
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	
<i>Rédaction</i>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	✓
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	✓
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	✓
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	

AUTEUR : Nom : LOOZE-RENAULT Constance

Date de Soutenance : 23 mars 2017

Titre de la Thèse : Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : sevrage tabagique, tentative de sevrage, méthodes de sevrage, médecin généraliste, ressenti des patients, connaissances, attentes des patients, thèse qualitative

Résumé :

Contexte : Le tabagisme est un problème de santé publique depuis de nombreuses années, il est responsable de plusieurs pathologies et cancers dont le cancer broncho-pulmonaire. Malgré la diversité des méthodes de sevrage disponibles, les fumeurs restent nombreux, même si la majorité souhaite arrêter de fumer. Il paraissait intéressant de connaître le ressenti de ces patients ayant réalisé une tentative de sevrage, leurs connaissances et leurs attentes afin de savoir comment le professionnel de santé pourrait améliorer sa prise en charge.

Méthode : Cette étude qualitative a été réalisée sur quatorze patients ayant réalisé une tentative de sevrage et ayant consulté au moins un médecin pour les aider dans leur démarche

Résultats : Le ressenti de ces patients était variable, cependant un défaut d'accompagnement était souvent évoqué ainsi qu'un manque de soutien psychologique. Un intervenant était souvent nécessaire à la prise en charge. Les patients éprouvaient des difficultés à compenser la gestuelle de la cigarette et se sentaient peu informés sur le quotidien sans tabac. La compétence du médecin était importante et les patients attendaient un suivi plus régulier de la part de leur médecin. Les méthodes de sevrage étaient globalement connues et appréciées des patients bien que des effets secondaires soient souvent mis en évidence.

Conclusion : Il persiste des lacunes chez les médecins généralistes en terme de sevrage tabagique, bien que de nouvelles recommandations aient été publiées par la Haute Autorité de Santé, une formation complémentaire pourrait être envisagée afin d'améliorer l'accompagnement du médecin dans le sevrage tabagique

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN

**Asseseurs : Monsieur le Professeur SCHERPEREEL
Monsieur le Professeur BERKHOUT
Monsieur le Docteur DUTHOIT**