



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La consommation de tabac chez des patients de la métropole lilloise
prenant un traitement substitutif aux opiacés**

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2017 à 14 heures
au Pôle Formation

Par Guillaume OUSS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI, MCU

Madame le Docteur Marie-Jeanne MARTIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI, MCU

Avertissement

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

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Remerciements | 4 |
| Abréviations employées | 9 |
| 1. Introduction | 10 |
| 1.1 Tabac et TSO | 10 |
| 1.2 Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié dans la démarche de sevrage | 10 |
| 1.3 Objectifs de l'étude | 12 |
| 2. Matériel et Méthode | 13 |
| 2.1 Matériel | 13 |
| 2.2 Méthode | 13 |
| 2.3 Instruments de mesure | 14 |
| 2.4 Bibliographie | 15 |
| 2.5 Analyses statistiques | 15 |
| 3. Résultats | 16 |
| 3.1 Données descriptives | 16 |
| 3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques et TSO | 16 |
| 3.1.2 Consommation de tabac | 17 |
| 3.1.3 Autres addictions | 19 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.1.4 | Arrêt du tabac | 20 |
| 3.2 | Analyses bivariées | 21 |
| 3.2.1 | Fagerström | 21 |
| 3.2.2 | Motivation à l'arrêt du tabac | 22 |
| 3.2.3 | TSO et autres addictions | 24 |
| 4. | Discussion | 25 |
| 4.1 | Étude descriptive | 25 |
| 4.1.1 | Données socio-démographiques | 25 |
| 4.1.2 | TSO | 26 |
| 4.1.3 | Consommation de tabac | 28 |
| 4.1.4 | Comorbidités addictives | 31 |
| 4.2 | Représentations du sevrage et interventions du médecin traitant | 31 |
| 4.2.1 | Difficultés comparées à se sevrer du tabac et de l'héroïne | 31 |
| 4.2.2 | Motivation à se sevrer du tabac | 33 |
| 4.2.3 | Interventions des médecins traitants | 36 |
| 4.3 | Limites et ouvertures | 39 |
| 5. | Conclusion | 41 |
| | Bibliographie | 43 |
| | Annexes | 48 |

Abréviations employées

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

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

DGFiP : Direction Générale des Finances Publiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OPEMA : Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

1. Introduction

1.1 Tabac et TSO

Face à l'importante morbi-mortalité liée au tabac, l'État français mène depuis plusieurs décennies des politiques visant à diminuer sa consommation : interdiction de fumer dans certains espaces publics, augmentation des taxes, signalétique ou mise en place des « paquets neutres »... Ces politiques se sont révélées efficaces : le tabagisme est passé de 44 % des 18-75 ans en 1974 à 34 % en 2015 (1). Néanmoins la baisse du tabagisme n'est pas homogène dans la population.

En particulier, parmi la population de patients traités pour une addiction aux opiacés on constate une proportion importante (70-95%) de fumeurs de cigarettes (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11). Cette population représente en France entre 160 000 et 180 000 individus selon l'OFDT (12), et le Nord-Pas-de-Calais, avec environ 15 000 patients prenant un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (13), fait partie des régions où les prescriptions de TSO sont les plus importantes, avec la région parisienne, l'Est et le Sud-Est de la France (14).

1.2 Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié dans la démarche de sevrage

L'importance et l'efficacité de la prise en charge du tabagisme en soins primaires ne fait pas de doute. Les dernières recommandations de bonnes pratiques portant sur l'arrêt de la consommation de tabac de la HAS (15), datant de 2014, recommandent « que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et

que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière » par « tout professionnel de santé », et ce dès la première consultation, lors de l'identification des facteurs de risque. De plus, les recommandations sont claires en ce qui concerne les co-addictions : elles sont « de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées ».

Pourtant, plusieurs études montrent que le sevrage tabagique n'est que peu abordé au cours des consultations d'addictologie (16) (17) (18) (19).

Parmi les professionnels de santé, le médecin généraliste a un rôle prépondérant à jouer dans la démarche de sevrage au tabac. Le succès de cette démarche repose sur une prise en charge somatique et pharmacologique, mais également psychologique et sociale. De par sa position, le médecin traitant peut s'adapter aux spécificités de chaque patient : motivation, niveau de dépendance, situation de vie... De plus il pourra être présent sur le long terme, ce qui est nécessaire puisque, le plus souvent, le sevrage ne s'inscrit dans la durée qu'après plusieurs tentatives (20) (21). La motivation à arrêter le tabac doit donc être régulièrement réévaluée et renforcée.

Les patients prenant un TSO représentent une part de l'activité d'un grand nombre de cabinets de ville. Selon le dernier Baromètre Santé Médecins généralistes de l'INPES, datant de 2009, la moitié des médecins généralistes avaient reçu au cours du mois passé un patient dépendant aux opiacés ; par ailleurs 72 % des prescriptions de TSO se font en ville, à 98 % par des médecins généralistes (22). Or le suivi d'un patient sous TSO, qui dure en général plusieurs années, permet du fait de consultations mensuelles, voire plus fréquentes, d'avoir l'occasion d'aborder les addictions autres, en particulier celle au tabac. Le médecin connaît souvent bien le patient et une relation de confiance a le temps de s'installer. Cette relation dans la durée devrait permettre à la question du sevrage

tabagique d'être abordée progressivement, et à plusieurs reprises, au fil de la prise en charge.

1.3 Objectifs de l'étude

Cette étude avait avant tout un objectif descriptif. Elle visait à rendre compte de certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques d'une population de patients suivis en ville pour un TSO, en se focalisant sur la consommation de tabac. Sur le plan clinique, il s'agissait donc avant tout de décrire cette consommation, et de la mettre en relation avec d'autres caractéristiques telles le type de TSO pris ou les comorbidités addictives.

Au-delà de ces aspects cliniques, l'étude s'intéressait au sevrage tabagique, évaluant la motivation des patients à se sevrer et explorant certaines de leurs représentations concernant l'arrêt du tabac.

Notre travail étudiait également la manière dont le sevrage était abordé par les médecins traitants, depuis la perspective des patients.

Enfin, en plus de ces aspects descriptifs, l'étude espérait pouvoir mettre en évidence dans notre échantillon des facteurs corrélés à la motivation à arrêter le tabac.

2. Matériel et Méthode

2.1 Matériel

Les patients ont été recrutés dans 7 cabinets de médecine générale, dont 3 étaient des cabinets de groupe. Ces cabinets avaient été choisis pour leur forte activité d'addictologie, sur les recommandations de confrères et du CSAPA du CHRU de Lille (boulevard de Metz), ainsi qu'en cherchant dans l'annuaire. Ils se trouvaient tous dans la métropole Lilloise (Lille-Moulins, Lille-Faubourg de Béthune, Lille-Sud, Vieux Lille, Villeneuve-d'Ascq, Hem). 4 de ces cabinets, qui avaient recueilli 90 % des questionnaires retournés, étaient situés dans des quartiers marqués par une certaine précarité économique et sociale (revenus moyens par ménage inférieurs à 1400 euros par mois et chômage supérieur à 20 % ; chiffres INSEE-DGFIP 2009).

2.2 Méthode

Les patients étaient inclus s'ils prenaient un traitement substitutif aux opiacés et étaient suivis pour leur TSO dans le cabinet où se déroulait l'étude. On proposait à tous les patients sous TSO consultant pendant la période de recueil des données de participer à l'étude, qu'ils aient consulté pour un motif lié au TSO ou pour un autre motif.

Un questionnaire était rempli devant le médecin traitant en fin de consultation. Nous avons écrit ce questionnaire en utilisant des outils reconnus comme évaluant la part pharmacologique de la dépendance au tabac et la motivation à s'en sevrer (cf. la partie

« instruments de mesure »). L'évaluation des comorbidités addictives se faisait à l'aide des critères établis par l'OFDT afin de définir la consommation régulière de l'alcool et du cannabis. Les caractéristiques socio-démographiques étaient classées en fonction de catégories nous semblant pertinentes. Certaines questions étaient laissées à l'interprétation subjective des patients, telles les difficultés comparées au sevrage à l'héroïne et au tabac, les gravités des conséquences sur la santé des deux substances, ou bien le fait d'avoir abordé par le passé le sevrage tabagique avec les médecins traitants. Le questionnaire comportait des questions fermées. L'identité du patient ne figurait pas sur les questionnaires. Les patients étaient informés que les données seraient traitées de manière anonyme, que leur participation était facultative et que le fait qu'ils choisissent de participer ou pas n'influencerait en rien le déroulement de leur prise en charge addictologique. Les données ont été recueillies de début janvier à fin février 2017.

2.3 Instruments de mesure

La part pharmacologique de la dépendance au tabac était évaluée à l'aide du test de Fagerström, un questionnaire largement utilisé pour évaluer le degré de dépendance à la nicotine, et recommandé par l'HAS (15).

La motivation au sevrage était évaluée selon des catégories inspirées par le « modèle trans-théorique de la disposition au changement », établi par Prochaska et DiClemente à la fin des années 1970. Selon ce modèle, une personne ayant un problème de dépendance traverserait différents « stades de changement ». Ceux-ci sont appelés pré-intentionnel (pas de décision de sevrage), intentionnel (une tentative de sevrage dans l'année précédente et projet de se sevrer dans le 6 mois), de préparation (projet de se

sevrer dans le mois), d'action (sevrage), puis de maintien du sevrage ou bien de rechute. Bien que ce modèle soit parfois critiqué (23), plusieurs études ont montré que le stade de changement est associé à une chance plus élevée d'effectuer une tentative de sevrage (24) (25), et il est également conseillé dans les recommandations de l'HAS (15).

Dans notre étude, les patients ayant répondu « oui » à la question « Êtes-vous motivé à arrêter de fumer dans les 6 mois à venir ? » étaient considérés comme étant au stade intentionnel, ceux ayant répondu « non » ou « peut-être » étaient considérés comme au stade pré-intentionnel, et ceux ayant répondu « oui » à la question « Êtes-vous motivé à arrêter de fumer dans le mois ? » étaient considérés en préparation.

2.4 Bibliographie

Nous avons effectué nos recherches bibliographiques à l'aide des bases de données Pubmed, EM-Premium, Google Scholar, Sudoc, ainsi que grâce au catalogue électronique (Déclic) de la bibliothèque de l'université de Lille 2. Les mots-clefs les plus fréquemment utilisés étaient « smoking », « opiate substitution treatment » et « smoking cessation ».

2.5 Analyses statistiques

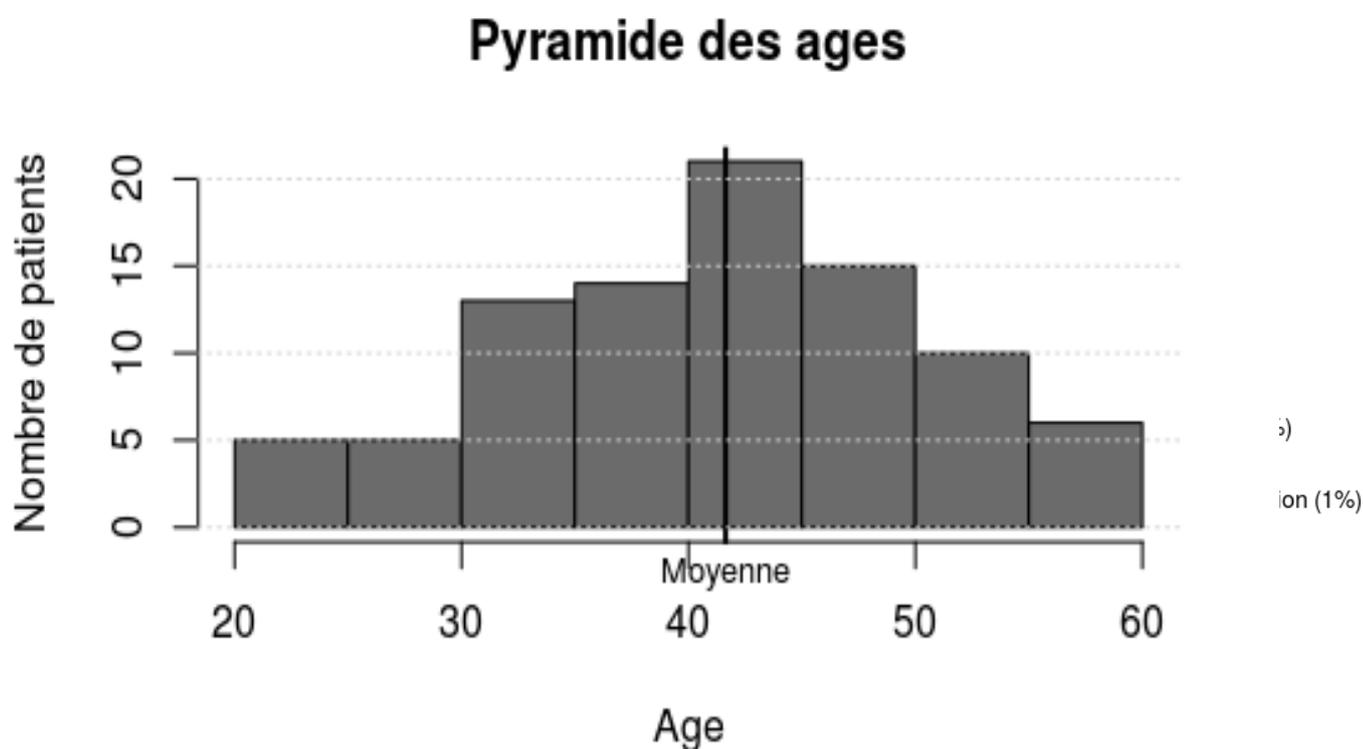
Le traitement des données descriptives, les analyses bivariées et les tests de Student étaient analysés à l'aide du logiciel libre RStudio ; les graphiques étaient tracés à l'aide du même logiciel.

3. Résultats

3.1 Données descriptives

3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques et TSO

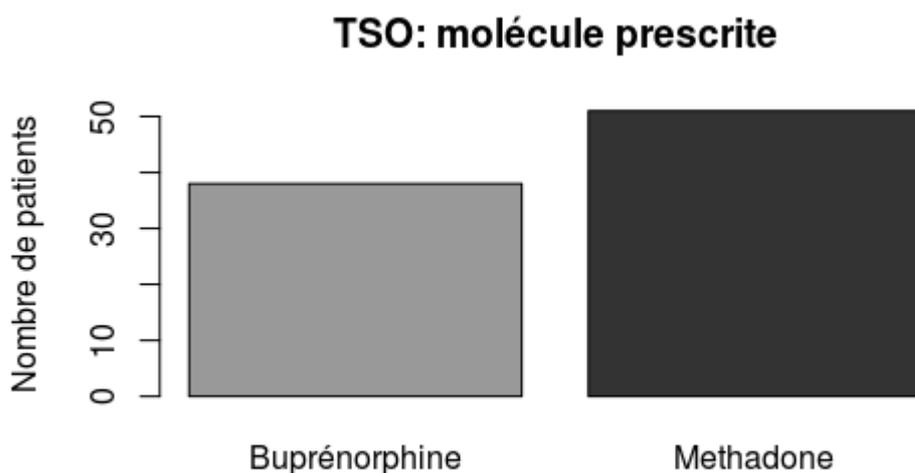
L'étude a porté sur 89 sujets, recrutés dans 6 cabinets de médecine générale de la métropole lilloise, dont 3 étaient des cabinets de groupe. L'échantillon était constitué à 70 % (62 sujets) d'hommes et 30 % (27 sujets) de femmes. L'âge moyen était de 41,6 ans ; 18 sujets (20%) avaient moins de 35 ans.



Pour ce qui est de leur activité, 28 sujets (31 %) travaillaient, 27 sujets (31 %) étaient au chômage, 31 sujets (35%) percevaient les minima sociaux, 4 sujets (5 %)

étaient étudiants et aucun n'était à la retraite. La moitié (43 sujets ; 52%) vivait seul, 29 sujets (34 %) vivaient en couple, 9 sujets (10 %) chez un membre de leur famille, 3 sujets (3 %) en foyer et une personne en colocation.

De la méthadone était prescrite à 51 sujets (57) %, et 38 sujets (43 %) prenaient de la buprénorphine ou de la buprénorphine associée à la naloxone. Ils étaient à 91 % (81 sujets) sous TSO depuis plus d'un an, 5 sujets (6%) étaient traités depuis plus de 6 mois mais moins d'un an, et 3 sujets (3%) depuis 3 à 6 mois. Les patients ayant initié le TSO depuis moins d'un an étaient tous les huit suivis par le même médecin.

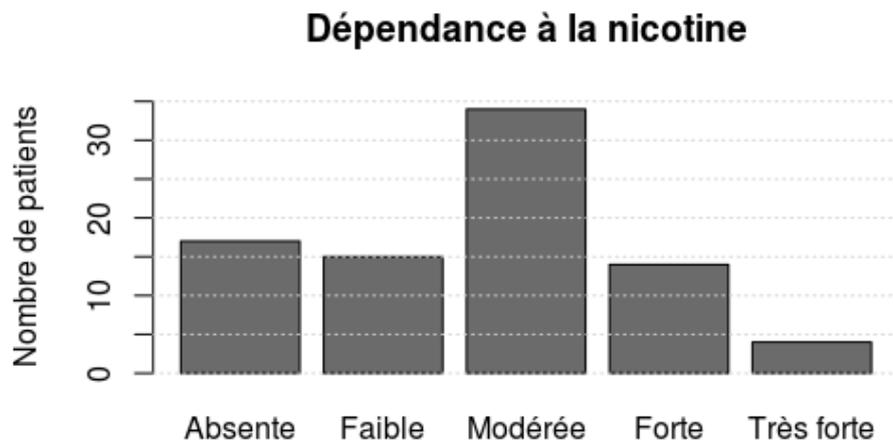


3.1.2 Consommation de tabac

Quatre-vingt-quatre patients (94%) fumaient du tabac et seuls 5 n'en fumaient pas.

Parmi les fumeurs, le Fagerström moyen était à 4,74 ; 17 sujets (20 %) n'avaient pas de dépendance (Fagerström entre 0 et 2), 15 sujets (18 %) avaient une dépendance à la nicotine faible (Fagerström à 3 ou 4), 34 sujets (40 %) avaient une dépendance modérée (Fagerström à 5 ou 6), 14 sujets (17 %) avaient une dépendance forte

(Fagerström à 7 ou 8) et 5 % (4 sujets) avaient une dépendance très forte (Fagerström à 9 ou 10).

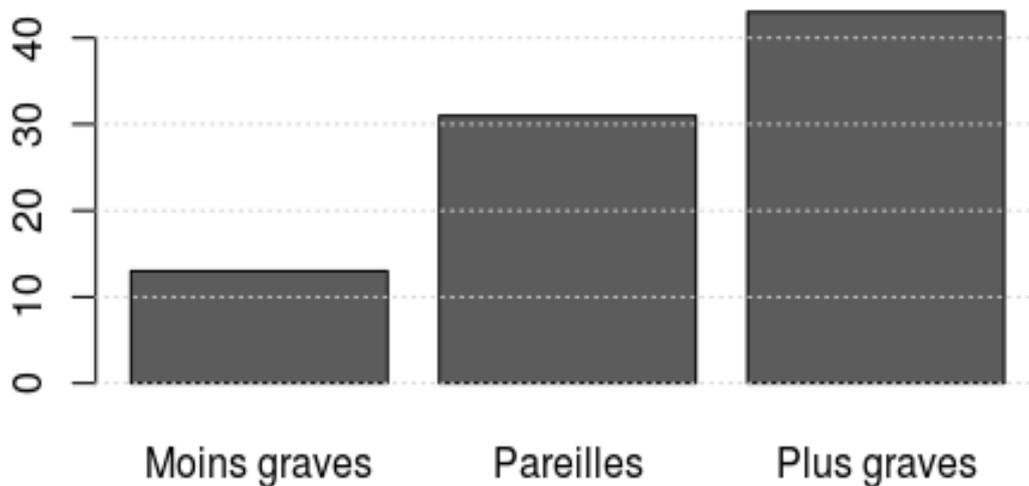


Le type de TSO n'influe pas significativement sur le fait de fumer ou pas. La durée moyenne de consommation de tabac était de 24,7 ans. La consommation régulière de tabac avait précédé dans 92 % des cas (75 sujets) la consommation d'héroïne.

Parmi les patients ne fumant pas de tabac, 4 étaient des femmes et un seul un homme. Un seul, l'homme, n'avait jamais fumé, les 4 femmes ayant arrêté. Un seul des non-fumeurs (une femme) consommait régulièrement de l'alcool et aucun ne consommait de cannabis.

Enfin, les conséquences sur la santé de la consommation d'héroïne étaient perçues comme plus graves que celles de la consommation de tabac par 49 % des patients (43 sujets), alors que 15 % (13 sujets) estimaient que celles de la consommation de tabac étaient plus graves que celles de la consommation d'héroïne, et 31 sujets (35 %) les jugeaient équivalentes.

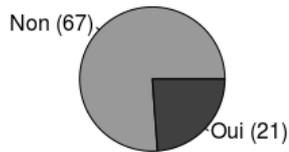
Conséquences sur la santé de l'héroïne vis-à-vis du tabac



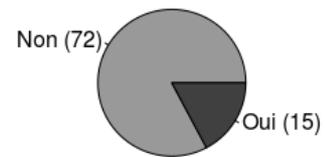
3.1.3 Autres addictions

Les patients étaient 21 (24 %) à répondre qu'ils buvaient régulièrement de l'alcool (> à 3 verres/jour ou > à 15 verres/semaine). Quinze sujets (17 %) fumaient du cannabis quotidiennement, 12 sujets (14 %) en fumaient plus de 10 fois par mois et 60 sujets (69 %) ne fumaient pas de cannabis.

Consommation régulière d'alcool

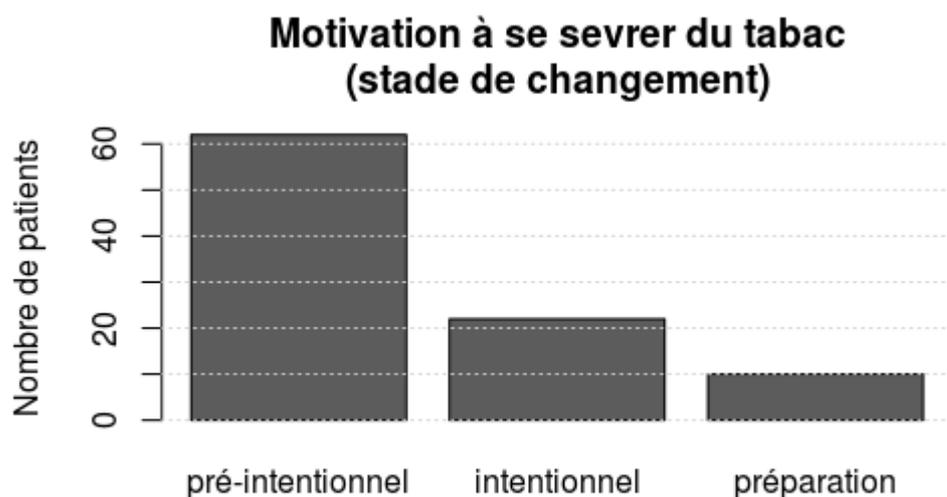


Consommation régulière de cannabis



3.1.4. Arrêt du tabac

Les fumeurs se disaient à 27 % (22 sujets) motivés à arrêter la consommation de tabac dans les 6 mois (stade intentionnel dans le modèle de Prochaska et Di Clemente), 31 % (26 sujets) répondaient que peut-être (stade pré-intentionnel), et 43 % (36 sujets) ne l'étaient pas (stade pré-intentionnel), soit un total de 62 sujets (74%) au stade pré-intentionnel. Pour ce qui est de l'arrêt dans le mois, 10 sujets (12 %) se disaient prêts (stade de préparation), 55 sujets 66 % ne l'étaient pas et 18 sujets (22%) répondaient que peut-être.



45 sujets (55 %) estimaient que l'héroïne était plus difficile à arrêter que le tabac.

Les patients ayant déjà tenté d'arrêter le tabac représentaient 53 % de l'échantillon (46 sujets).

Enfin, 53 sujets (62 %) répondaient qu'ils avaient déjà discuté avec leur médecin traitant du sevrage tabagique, et 52 sujets (61 %) qu'ils s'étaient déjà vus proposer un traitement pharmacologique en vue d'un sevrage tabagique.

3.2 Analyses bivariées

3.2.1 Fagerström

Nous avons cherché quelles caractéristiques, en dehors de la motivation à arrêter le tabac, étaient corrélées à une dépendance à la nicotine moindre. Dans notre échantillon, le type de TSO influait sur le Fagerström, puisque dans le groupe prenant de la méthadone on retrouvait un Fagerström moyen à 4,3, contre 5,4 parmi les patients prenant de la buprénorphine, cette différence étant significative ($p=0,02$). Le Fagerström était également significativement plus élevé chez les patients consommant régulièrement de l'alcool : 6,1 contre 4,3 ($p=0,01$). Nous n'avons pas trouvé de différence notable au niveau du résultat du test de Fagerström en fonction de la consommation régulière de cannabis, de la gravité perçue des conséquences sur la santé de l'héroïne ou du tabac, de la difficulté comparée à se sevrer de ces substances, des antécédents de tentative d'arrêt du tabac ou du genre.

3.2.2 Motivation à l'arrêt du tabac

Nous avons recherché les facteurs qui étaient corrélés à un niveau faible ou élevé de motivation au sevrage tabagique. Pour cela, nous avons regroupé les patients selon leur niveau de motivation : les patients au stade intentionnel (ayant répondu « oui » à la question portant sur la motivation à arrêter dans les 6 mois) et ceux en stade de préparation (ayant répondu « oui » à la question portant sur la motivation à arrêter dans le mois).

Groupe des sujets au Stade intentionnel

Les patients étaient 22 (27%) à répondre qu'ils étaient motivés à arrêter le tabac dans les 6 mois.

Les patients au stade intentionnel avaient une dépendance à la nicotine plus faible que les autres : le Fagerström moyen était à 3,7 pour ce groupe contre 5 pour le groupe au stade pré-intentionnel, avec un p à 0,02.

La molécule prescrite au patient en tant que TSO n'était pas corrélée au fait d'être au stade intentionnel.

Les résultats les plus significatifs portaient sur les représentations des patients quant à la gravité des conséquences sur la santé des deux substances. En effet, le fait de considérer que les conséquences sur la santé de la consommation d'héroïne sont plus graves que celles de la consommation de tabac était associé à une probabilité moins grande d'être au stade intentionnel (17 % pour le groupe « héroïne » et 36 % dans le groupe « tabac ou pareillement », $p=0,05$).

Parallèlement, le fait de considérer que la consommation de tabac avait des répercussions sur la santé plus graves que celle d'héroïne était corrélé de manière non-significative ($p=0,15$) au fait d'être au stade intentionnel, puisque 46 % des patients pensant que le tabac avait des conséquences plus graves étaient au stade intentionnel, contre 23 % pour ceux dans le groupe « héroïne ou pareillement ».

Les antécédents de tentative de sevrage au tabac étaient corrélés non-significativement ($p=0,09$) au fait d'être au stade intentionnel (34 % si on avait déjà tenté, 18 % sinon).

Pour ce qui est des addictions associées, on ne trouvait pas de résultat significatif.

Aucun autre paramètre testé (difficulté comparée à se sevrer des produits, âge, genre) n'était corrélé à la motivation à se sevrer du tabac dans les 6 mois.

Groupe des sujets au Stade de préparation

Le groupe au stade de préparation comportait 10 sujets (12 % de l'échantillon). La différence entre la moyenne des scores obtenus au test de Fagerström du groupe au stade préparation et de l'autre groupe n'était pas statistiquement significative. La molécule prescrite n'influa pas sur la motivation à arrêter le tabac dans le mois.

Les écarts les plus francs concernaient les antécédents de tentatives de sevrage. Les patients ayant déjà tenté d'arrêter de fumer étaient à 18 % en stade de préparation, contre 5 % autrement, avec un p à 0,06.

On observait des différences dans la motivation à se sevrer dans le mois en fonction de la perception de la gravité des conséquences sur la santé des différentes substances, mais elles n'étaient pas significatives. Ainsi 7 % des personnes pensant que l'héroïne était plus grave en terme de conséquences sur la santé étaient en stade de

préparation, contre 17 % dans l'autre cas. Dans le groupe qui estimait que les conséquences du tabac étaient plus graves, 23 % étaient en préparation, contre 10 % autrement.

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative au niveau de la motivation à se sevrer dans le mois en fonction des comorbidités addictives, ni en fonction des autres paramètres étudiés.

3.2.3 TSO et autres addictions

Enfin, nous avons cherché s'il y avait un lien entre la molécule prescrite et la consommation d'autres substances. Nous avons trouvé que 16 % des patients prenant de la méthadone consommaient de l'alcool régulièrement, contre 34 % du groupe prenant de la buprénorphine, avec un p à 0,06. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en ce qui concernait la consommation régulière de cannabis.

4. Discussion

4.1 Étude descriptive

4.1.1 Données socio-démographiques

La répartition par genre dans notre étude, avec 70 % d'hommes et 30 % de femmes, était comparable à celle observée au niveau national. En effet, il y a selon les données de l'OFDT de 2014, 75 % d'hommes contre 25 % de femmes parmi les patients prenant un TSO en France (12), et ce même taux se retrouvait dans une étude faite en 2011 dans le Nord-Pas-Calais (2). L'âge moyen retrouvé de 41,6 ans était également proche de celui donné par l'OFDT en 2017 (22), et de celui retrouvé dans l'étude précédemment citée (39 ans en moyenne dans les deux cas). Pour ce qui est de l'activité, le taux d'emploi était nettement inférieur à celui de la ville de Lille, puisque 31 % des personnes interrogées répondaient qu'elles travaillaient, alors que le taux d'emploi sur Lille est de 53,7 % (INSEE 2013). L'étude de 2011 effectuée dans la même région retrouvait un taux d'emploi plus élevé, à 44 %. L'OPEMA (observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire), une enquête multicentrique nationale réalisée depuis 2008 auprès de médecins généralistes, retrouvait un taux d'emploi encore plus élevé, à 50 % de la population étudiée (4). Pour ce qui est des patients percevant les minima sociaux, le taux retrouvé dans notre enquête (35 % de l'échantillon) était similaire à celui de l'OPEMA (un tiers de l'échantillon), ainsi que de celui de l'étude de 2011 dans la même région (39%). Enfin, il est intéressant de noter que plus de la moitié des patients vivaient seuls.

Ces résultats témoignent d'une population majoritairement précaire dans notre échantillon. L'étude qui se déroulait dans la même région faisait également état d'une population plutôt précaire, avec par exemple 32 % de patients endettés, et une grande part qui percevaient les minima sociaux (39%) (2). La prise en compte de cette précarité par le médecin traitant est nécessaire car elle se trouve souvent au croisement de différentes problématiques, somatiques, psychologiques et sociales, qu'il faut savoir évaluer, et auxquelles il faut répondre afin d'intervenir efficacement et à un moment opportun. Il faut néanmoins être prudent avant d'extrapoler ces résultats : on peut considérer que dans notre étude il y avait un biais de recrutement lié aux quartiers desquels provenaient nos patients, puisque ils étaient 90 % à être suivis dans un cabinet situé dans un quartier où le taux de chômage dépassait les 20 %. L'OPEMA par exemple, décrivant son échantillon de population, parlait d'un « profil global [montrant] une bonne insertion sociale (90 % ont un logement durable ; environ la moitié ont une activité rémunérée) » (4).

4.1.2 TSO

La proportion de patients traités par méthadone par rapport à celle des patients prenant de la buprénorphine était très différente dans notre étude de celle au niveau national. En effet, nous retrouvions une proportion nettement plus importante de patients sous méthadone (57 % contre 43 % sous buprénorphine) alors que les statistiques nationales retrouvent l'inverse (un tiers des patients sous TSO prennent de la méthadone et deux tiers de la buprénorphine (22)).

Cependant, les dix dernières années ont vu une hausse relative des prescriptions de méthadone par rapport à celles de buprénorphine en France (3). Cela va dans le sens

de la conférence de consensus de 2004 sur les TSO, qui recommande un meilleur accès à la méthadone, ainsi que des essais de primo-prescription en ville (26). L'expérimentation de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville est d'ailleurs prévue dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017.

L'une des hypothèses qui pourraient expliquer la part importante de patients prenant de la méthadone serait simplement que les médecins ayant pris part à notre étude suivaient cette tendance, et ce de manière plus marquée qu'au niveau national.

Une autre hypothèse pouvant expliquer cette différence par rapport aux données de l'OFDT pourrait être l'influence de facteurs régionaux. Ainsi, l'étude faite en 2011 dans le Nord-Pas-de-Calais, retrouvait également une prédominance de la méthadone dans la prescription des TSO. Cette étude l'expliquait par « un accès au traitement initial rapide en CSAPA dans le Nord-Pas-de-Calais et par un relais facilité de la forme sirop à gélule » (2).

Enfin, une dernière hypothèse que nous avons émise relève des compétences en addictologie des médecins exerçant dans les cabinets où se déroulait notre étude. Tous ces médecins ont une part conséquente de leur activité qui relève de l'addictologie. Par ailleurs, bien que la question n'ait pas été explicitement posée, il est probable que plusieurs de ces médecins fassent partie de réseaux d'addictologie. Il est possible que ces généralistes reçoivent de ce fait fréquemment des patients adressés par des CSAPA, où peut être initié un traitement par méthadone. Par ailleurs, il est possible que plusieurs des soignants membres de ces réseaux soient sensibles aux arguments visant à donner une plus grande place à la méthadone, et aient de ce fait des habitudes de prise en charge communes. Il serait intéressant, dans de futures études, de comparer les pratiques de différents réseaux d'addictologie entre eux, et avec celles de médecins n'ayant pas une activité d'addictologie particulièrement importante, afin de voir comment cela peut jouer sur les stratégies de sevrage – en particulier pour ce qui est du tabac.

On peut également commenter le fait d'avoir eu dans notre étude une grande majorité de patients (91%) qui prenaient un TSO depuis plus d'un an. En en parlant, lors du recueil des questionnaires, avec des médecins ayant participé à l'étude, certains déclaraient recevoir de moins en moins de patients consultant afin d'initier un TSO. Cette tendance se retrouve au niveau national si l'on observe la période de 2010 à 2015 (22).

4.1.3 Consommation de tabac

Comme attendu, la proportion de patients qui fumaient du tabac était importante. Ceux-ci représentaient 93 % de notre échantillon, ce qui est comparable aux chiffres retrouvés dans la littérature européenne et nord-américaine, généralement compris entre 70 et 95 % (2) (4) (3) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11). Ce taux est nettement au dessus de ceux que l'on retrouve dans la population générale (34 % en 2015) (1).

Le score moyen au test de Fagerström était de 4,75, ce qui correspond à une dépendance faible ou modérée à la nicotine. La plupart des patients (près de 40%) avaient des scores à 5 ou 6 (la médiane est à 5), ce qui correspond à une dépendance modérée. Les patients étaient par ailleurs répartis de manière homogène dans les autres catégories (en dehors de la catégorie « dépendance très forte », qui ne comportait que 4 sujets).

Le score de Fagerström était significativement plus élevé dans le groupe prenant de la buprénorphine que dans le groupe prenant de la méthadone (5,4 contre 4,3 ; $p=0,02$). Il est difficile de tirer des enseignements de ce résultat. Les deux molécules prescrites en tant que TSO n'agissent pas de la même manière et n'ont pas les mêmes effets ; dans les recommandations ils sont d'ailleurs indiqués chez des patients aux profils

différents (26). Il serait intéressant de rechercher, dans des études ultérieures, si la molécule prescrite en tant que TSO influe sur la consommation de tabac et la motivation à s'en sevrer.

Les analyses bivariées montraient, de manière prévisible, qu'un score de Fagerström élevé était inversement corrélé à la motivation à arrêter de fumer dans les 6 mois – c'est à dire que les patients plus dépendants à la nicotine étaient moins motivés à arrêter de fumer. Ceci se retrouve dans des études portant sur des patients traités pour une addiction (27) (6) , ainsi que dans d'autres portant sur la population générale (21). Ce facteur peut être intéressant à prendre en compte dans l'élaboration d'une stratégie visant à amener un patient à se sevrer du tabac. Le travail de renforcement de la motivation sera plus important pour un patient fortement dépendant, alors que chez un patient moins dépendant on pourra certainement plus rapidement s'approcher du stade de préparation, et donc tenter le sevrage (stade d'action) plus précocement.

Au sein de notre échantillon, la consommation régulière de tabac avait précédé dans une grande majorité des cas (92%) la consommation d'héroïne. Dans les problématiques d'addiction, très souvent, le tabac est la première substance rencontrée. Ainsi plusieurs études ont fait le lien entre consommation de tabac et consommation future d'autres produits psychoactifs (28) (29). Il serait abusif de considérer que le tabac « entraîne » cette consommation, et les liens entre la consommation de tabac et d'autres substances psychoactives sont mal connus. Il serait intéressant d'étudier davantage la manière dont ces produits interagissent, ainsi que la chronologie des consommations successives, afin de mettre en évidence d'éventuels facteurs de vulnérabilité aux et de

maintien des différentes addictions, et ainsi de dégager des stratégies d'intervention plus précoces et plus efficaces.

Le tabac est avec l'alcool la substance addictive la plus banalisée dans notre société, et de plus ces deux produits sont les plus facilement accessibles. On peut émettre l'hypothèse que la consommation de tabac à un âge jeune, qui est relativement bien acceptée socialement, ouvre la voie à la minimisation de ses conséquences sur la santé. Le fait de ne pas se sentir concerné par les conséquences sur la santé d'une substance, sentiment commun aux substances addictives en général (30) (31), est un frein majeur à la démarche de sevrage. D'autres hypothèses peuvent également être formulées afin d'expliquer les liens entre consommation de tabac et d'autres substances psychoactives. Cela va des hypothèses biologiques (mise en jeu de circuits dopaminergiques de récompense dans la plupart des addictions) (7) aux hypothèses psycho-sociales (la plupart des addictions ayant un niveau de prévalence plus élevé dans les milieux sociaux défavorisés, ou bien du fait que parmi les patients ayant des conduites addictives, on retrouve un plus fort taux de comorbidités psychiatriques) (7). La prise en charge d'une dépendance à une substance doit donc amener à explorer le rapport aux addictions de manière plus générale.

Il est difficile tirer des conclusions de cette étude concernant les patients ne fumant pas de tabac, du fait de leur effectif réduit (5 personnes). Il est néanmoins intéressant de signaler que sur ces 5 patients, 4 ne fumaient pas car ils avaient réussi à se sevrer ; un seul n'avait jamais fumé. Cela témoigne du fait qu'un nombre non-négligeable de patients traités pour une autre addiction réussit à arrêter de consommer du tabac (6) (32) (33).

4.1.4 Comorbidités addictives

Les patients de notre étude répondaient à 34% qu'ils consommaient régulièrement de l'alcool, ce qui est comparable à celle retrouvée dans la population générale, évaluée en 2015 par l'OFDT à 39 % (34), ainsi qu'à celle retrouvée dans l'étude de 2011 faite dans le Nord-Pas-de-Calais (32%) (2). La part de patients consommant du cannabis était, par contre, bien plus élevée que dans la population générale : 3 % de la population selon l'OFDT consomme régulièrement du cannabis (plus de 10 fois par mois) (35), alors que dans notre échantillon 29% des patients déclaraient en fumer à la même fréquence, chiffre correspondant au taux précédemment retrouvé dans la même région (31 % (2)). On peut donc estimer que les patients de notre étude ne consommaient pas plus d'alcool que la population générale, mais étaient plus nombreux à consommer du cannabis.

4.2 Représentations du sevrage et interventions du médecin traitant

4.2.1 Difficultés comparées à se sevrer du tabac et de l'héroïne

Avant d'étudier les facteurs en lien avec la motivation à arrêter le tabac, il est intéressant de commenter la perception qu'avaient les patients de la difficulté à s'en sevrer. Les patients étaient 55 % à estimer que l'héroïne est plus difficile à arrêter que le tabac. Ce chiffre pose question, car on peut estimer qu'à priori la plupart des patients avaient déjà réussi à se sevrer de l'héroïne (puisqu'ils étaient prenant un TSO) alors qu'une grande majorité consommait encore du tabac. Ce raisonnement est à relativiser car il est probable qu'au moins un petit nombre des patients prenant un TSO continuaient à

consommer de l'héroïne, mais on peut espérer qu'il s'agissait d'une minorité (cette part aurait pu être intéressante à évaluer dans notre questionnaire). Les 84 patients fumeurs, par contre, étaient tous, par définition, non-sevrés au tabac.

Il y a un paradoxe apparent au fait de considérer comme moins difficile à arrêter une substance de laquelle ils étaient déjà sevrés. Cette perception est importante à prendre en considération puisque, bien que cela ne se soit pas retrouvé dans notre étude, on retrouve dans la littérature plusieurs articles montrant que la difficulté à se passer du tabac, telle qu'estimée par les patients, joue un rôle majeur dans l'initiation et le maintien du sevrage (27) (23). L'évaluation du sentiment d'efficacité vis à vis du sevrage tabagique (c'est à dire la confiance qu'ont les patients en leur capacité à arrêter de fumer) est d'ailleurs conseillée par l'HAS dans le cadre de l'entretien motivationnel (15). La difficulté à se sevrer d'une substance, telle que perçue par le patient, est donc importante à explorer afin de mieux répondre à leurs craintes et attentes.

Une hypothèse que nous avons formulée afin d'expliquer ce paradoxe apparent tient à la manière dont les patients entendaient le terme de « sevrage à l'héroïne ». Certains pouvaient ne pas considérer le fait de prendre un TSO comme un réel sevrage, car ils se fixaient comme but le sevrage total aux opiacés. De ce fait, en répondant à la question du sevrage, il est probable que ces derniers s'exprimaient par rapport au sevrage aux opiacés plutôt qu'au sevrage à l'héroïne, ce qui expliquerait la contradiction apparente. Ce décalage entre les objectifs visés par le médecin et le patient peut expliquer certains malentendus. En effet, du fait de la réduction des risques qu'entraîne un TSO par rapport à l'héroïne, il est satisfaisant pour les médecins traitants d'envisager un traitement sur le long terme, voire à vie, par TSO. Cela ne répondra par contre pas, dans un certain nombre de cas, aux attentes des patients, plus pressés que les médecins à baisser les doses de méthadone ou de buprénorphine, en vue d'un sevrage total. Prendre en compte

ce facteur peut permettre de mieux comprendre d'éventuelles frustrations des patients vis à vis de leur traitement.

4.2.2 Motivation à se sevrer du tabac

Dans notre échantillon, nous avons 22 patients, soit 27 %, au stade intentionnel, et 10 patients, soit 12%, au stade de préparation. Le premier chiffre est plus élevé que celui retrouvé dans le Baromètre Santé 2014 de l'INPES, selon lequel la part de personnes au stade intentionnel est de 16,7 %. Le deuxième chiffre est comparable aux 10,6 % que l'on retrouve dans la même étude (36). D'autres études portant sur des populations de patients prenant un TSO rapportent une part encore plus importante de patients envisageant d'arrêter le tabac dans les 6 mois ou dans le mois (37) (38), la première retrouvant, comme dans notre étude, des chiffres comparables aux statistiques nationales (états-uniennes en l'occurrence). Ces chiffres illustrent le fait que de nombreux patients traités par TSO sont motivés à cesser leur consommation de tabac (11) (6) (39), et ce dans des proportions qui sont proches de celles dans la population générale.

La proportion de patients de notre échantillon ayant déjà tenté de se sevrer du tabac, retrouvée à 53 %, était nettement plus basse que celle dans la population générale des fumeurs, estimée à 70 % (36). On peut imaginer que l'addiction à l'héroïne ait agi comme un frein sur la motivation à arrêter le tabac, et que tant qu'un TSO n'avait pas été initié, les conditions n'étaient pas bonnes pour l'envisager. Cela pourrait expliquer que, par le passé, les patients sous TSO n'aient pas tenté de se sevrer.

Le seul résultat corrélé de manière significative à la motivation à l'arrêt du tabac portait sur les croyances quant à la gravité des conséquences sur la santé des deux

substances. Évidemment ces conséquences touchent des domaines différents de la santé, et les risques concernent des temporalités différentes. Nous avons décidé de laisser les patients répondre de manière subjective, en fonction de leurs représentations propres de ces risques. Dans le groupe au stade intentionnel, le fait de considérer que l'héroïne avait les conséquences les plus graves donnait moins de chances de vouloir se sevrer dans les 6 mois, et ce de manière significative. Une tendance similaire se dégagait dans le groupe en préparation, de manière non-significative. Plusieurs articles explorent les raisons pour lesquelles, dans les populations de personnes consommant des produits psychoactifs autres que le tabac, ce dernier est considéré comme à part, notamment en ce qui concerne les risques qui lui sont associés (40) (41). Dans ces études, les patients se disaient moins préoccupés par les risques liés au tabac que par celles d'autres substances car le premier expose à des complications dans un futur plus éloigné. De plus, plusieurs patients rapportaient qu'ils avaient déjà eu l'impression par le passé que « les drogues » les avaient « quasiment tués », contrairement au tabac (41). Les risques sur le plan psycho-social étaient également considérés comme différents, puisque le tabac permettait de continuer à « fonctionner socialement », contrairement aux autres substances (41). L'influence du risque perçu vis à vis du tabac sur la motivation à s'en sevrer se retrouve dans la littérature, et plusieurs études portant sur des patients traités pour d'autres addictions vont dans ce sens (33) (42) (43) (44).

Ces résultats soulignent l'importance particulière qu'a le travail sur les représentations dans les démarches de sevrage. La perception du risque influe également sur la motivation à arrêter le tabac dans la population générale (21) ainsi que dans d'autres sous-groupes de patients (femmes enceintes par exemple) (45). Or, nous avons retrouvé dans notre étude bien moins de patients pensant que les risques entraînés par la

consommation de tabac étaient plus graves que ceux de la consommation d'héroïne, que ceux pensant l'inverse (15 % contre 49%). On peut donc supposer qu'un grand nombre de nos patients sous-estimaient les dangers du tabac – au moins relativement à ceux de l'héroïne – ce qui constitue un frein au sevrage tabagique.

Cette tendance des patients à minimiser les risques liés au tabac se retrouve dans la population générale – chez les fumeurs mais aussi les non-fumeurs (30) (31). La prise de conscience de ces risques est une étape importante afin de s'extraire de la relation d'ambivalence vis à vis du produit, et de progresser vers les stades de préparation, de décision (élaboration d'une stratégie de sevrage), puis d'action (tentative de sevrage). L'évaluation des croyances et attentes des patients est d'ailleurs au cœur de l'entretien motivationnel tel que recommandé par l'HAS (15). La discussion sur les représentations qu'ils ont de l'addiction ainsi que sur son retentissement sur leur vie est nécessaire afin d'élaborer une stratégie de sevrage efficace.

Ces interventions reposent sur le partenariat entre le médecin et le patient et s'inscrivent dans la durée. Elles nécessitent d'aménager des consultations plus longues, ce qui n'est pas toujours aisé en médecine générale. Elles sont pourtant jugées plus efficaces que les simples conseils d'arrêt (15), qui risquent de déboucher sur une confrontation des opinions plutôt que sur un dialogue.

Enfin, il est difficile de conclure en ce qui concerne la manière dont la consommation régulière d'alcool ou de cannabis pouvaient influencer la motivation à se sevrer du tabac. Notre étude ne retrouvait pas de différence significative entre les patients en fonction des comorbidités addictives. La consommation régulière d'alcool, par contre, était significativement corrélée à un score au test de Fagerström plus élevé – ce qui constitue selon plusieurs études un frein au sevrage (6) (21) (27). Dans nos recherches

bibliographiques, nous avons retrouvé plusieurs études rapportant que les consommations associées jouent en défaveur du sevrage au tabac, en particulier pour ce qui est des patients déjà traités pour une addiction autre (6) (46).

4.2.3 Interventions des médecins traitants

Les patients répondaient à 62 % qu'ils avaient déjà parlé avec leur médecin traitant du sevrage au tabac, et 61 % s'étaient déjà vus proposer une aide pharmacologique. Une majorité des médecins avaient donc fait au moins une intervention allant dans le sens du sevrage tabagique. Ce taux est sensiblement le même que celui que l'on retrouve dans la population française de médecins généralistes selon le dernier Baromètre Santé Médecins généralistes de l'INPES. En 2009, sur 2083 médecins généralistes interrogés, 63 % déclaraient avoir abordé au moins une fois la question de la consommation de tabac avec chacun de leur patients. Ce chiffre montait jusqu'à 75 % pour les médecins appartenant à un réseau d'addictologie. (47)

On peut néanmoins nuancer la comparaison, car la question posée par notre étude n'était pas exactement identique. Tout d'abord, nous interrogeons les sujets sur leur motivation au sevrage et non leur consommation de tabac. Aborder l'aspect motivationnel est plus long et complexe que de simplement évaluer la consommation ou conseiller l'arrêt. On peut estimer que les patients de notre étude se rappelant de cette intervention avaient eu l'occasion de réfléchir plus en profondeur à leur relation au tabac. Une autre nuance à apporter à nos résultats tient au fait que le point de vue étudié était celui des patients. Plusieurs médecins nous ont dit, lors du recueil des questionnaires, qu'ils avaient été surpris que certains patients répondent que le sujet n'avait jamais été discuté, alors

qu'eux-mêmes étaient persuadés d'en avoir parlé – certains allant jusqu'à retrouver dans leurs dossiers la consultation lors de laquelle ceci avait été fait.

On est néanmoins loin d'atteindre les objectifs de l'HAS, qui recommande que « tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière » (23). Indépendamment de la comparaison avec les statistiques nationales, on peut regretter de ne pas avoir eu dans notre échantillon plus de réponses positives, alors que tous les cabinets dans lesquels se déroulait l'étude avaient une forte activité d'addictologie. Les médecins devaient de ce fait être sensibilisés à cette discipline. On aurait donc pu s'attendre à ce que la question soit abordée de manière plus systématique.

Les raisons pour lesquels cette thématique n'est pas abordée en consultation d'addictologie sont multiples. Certaines études en rapportent qui sont du fait des patients, comme la crainte que l'arrêt concomitant du tabac ne diminue les chances de succès du sevrage à l'héroïne (42). D'autres raisons citées dans ces études par les patients sont un effet secondaire de la méthadone, qui renforcerait l'envie de fumer (7), ou bien une pression sociale à fumer (venant aussi bien des cigarettes partagées avec d'autres patients qu'avec, en institution, des soignants), ainsi que des craintes moins spécifiques à cette population (prix des traitements substitutifs, craintes de prendre du poids,...) (42).

D'autres freins à la prise en charge simultanée des deux addictions proviennent des soignants. De même que pour les patients, certaines études retrouvent l'idée que l'arrêt concomitant des deux substances ne soit plus difficile que l'arrêt de l'héroïne seule, voire favorise les rechutes (8). D'autres raisons évoquées par les soignants sont un défaut de formation concernant le sevrage tabagique, la crainte de perdre des patients en les incluant dans des protocoles trop exigeants, l'impression que la consommation d'héroïne

est plus grave que celle de tabac, ainsi que le tabagisme des soignants, qui les pousse à minimiser les risques du tabac pour eux-mêmes et pour les autres (48) (29) (43).

Pourtant plusieurs études ont démontré que l'arrêt du tabac ne favorisait pas les rechutes dans la consommation d'héroïne, voire était associé à de meilleurs résultats en terme de sevrage (6) (49) (50) (51) (32). Par ailleurs, parmi les personnes sous TSO, comme dans la population générale, une part importante des fumeurs se posent la question de l'arrêt du tabac (11) (6) (39). De nombreuses études rapportent une efficacité des interventions visant l'arrêt du tabac dans cette population (1) (33), et si leur efficacité est moindre que dans la population générale (6), la toxicité du tabac est telle qu'une baisse même marginale du nombre de fumeurs entraîne un bénéfice non-négligeable en terme de santé publique (52).

On peut également s'interroger sur le fait que les médecins aient parfois eu l'impression d'avoir abordé la motivation au sevrage, mais que les patients ne l'aient pas retenu. Cela interroge sur les facteurs qui rendent efficace une intervention. Il ne suffit pas de prodiguer en conseil pour que celui-ci soit effectivement reçu, et encore moins qu'il reste présent à l'esprit plusieurs mois plus tard.

Afin de mieux évaluer les critères d'efficacité, il aurait été intéressant d'interroger les médecins sur les formations qu'ils avaient faites en addictologie. On peut supposer que la majorité des médecins suivant plusieurs patients sous TSO en ont suivi au moins une. Une étude dans le Nord-Pas-de-Calais étudiant des médecins généralistes qui suivaient au moins un patient prenant un TSO rapportait que 70 % des médecins interrogés avaient reçu une formation sur les addictions (53). Pourtant, dans l'étude faite dans la même région déjà citée plus haut, 61 % des médecins estimaient ne pas être suffisamment compétents en addictologie – plus de la moitié par manque de temps (2).

Au-delà du fait de faire des formations, il faut avoir le temps de se les approprier, de les traduire en pratique, et de mettre à jour ses compétences. En ce qui concerne de futures études sur le même thème que la nôtre, il serait intéressant de se pencher sur la part de médecins ayant reçu des formations autour du sevrage tabagique, notamment à l'entretien motivationnel, afin de voir si ce critère influe sur la manière dont le patient reçoit le discours portant sur cette démarche.

L'un des buts de notre questionnaire était d'ouvrir un espace pour que la consommation de tabac des patients, ainsi que leur motivation à s'en sevrer, soient abordés. Il était censé être proposé en fin de consultation, et il avait été conçu de manière à ce qu'on puisse le remplir en moins de 5 minutes. Cela devait correspondre à une démarche qui pourrait être intégrée facilement dans une consultation, même si celle-ci portait initialement sur un autre motif. Nous avons eu plusieurs retours positifs sur cet aspect. Ces retours provenaient aussi bien des patients que des médecins. Certains patients disaient qu'ils avaient déjà eu auparavant l'intention d'évoquer l'arrêt du tabac avec leur médecin traitant. Certains médecins me dirent avoir reparlé du tabac avec les patients qui avaient participé à l'étude lors d'une consultation ultérieure. Nous étions satisfaits de recueillir ces ressentis positifs des deux parts car nous espérions que ce questionnaire illustrerait les bénéfices rapides que l'on peut obtenir d'interventions relativement aisées à mettre en place.

4.3 Limites et ouvertures

Notre étude était limitée par le fait qu'elle étudiait la perspective des patients. Nous avons vu qu'il y avait parfois un décalage entre les réponses des patients et les

impressions des médecins. Nous n'avons cependant pas eu beaucoup de réponses aberrantes (du type « motivé à arrêter de fumer à 1 mois » mais pas à 6 mois) – on peut donc estimer que les questionnaires étaient bien compris par les patients.

D'autres facteurs, qui influent également sur la consommation de tabac et la motivation à s'en sevrer, auraient également mérités d'être explorés dans cette étude. Parmi ceux-ci on peut citer les comorbidités psychiatriques (7) (54), l'évaluation par les patients de l'efficacité à priori d'une tentative de sevrage (9) (15) (55), leur sentiment subjectif d'être plus ou moins bien soulagés des symptômes de sevrage par leur TSO (56), ou bien le temps (en années) écoulé depuis l'initiation du TSO (57). Prendre en compte ces facteurs pourrait permettre de personnaliser davantage les stratégies thérapeutiques.

5. Conclusion

Cette étude illustre le fait que la part de patients consommant du tabac, parmi ceux prenant un TSO, est très importante, bien plus que celle retrouvée dans la population générale. Cela se confirme pour ce qui est des patients suivis par des médecins ayant des compétences en addictologie. De plus, la question du sevrage tabagique semble peu abordée en consultation – ou du moins les patients le perçoivent-ils ainsi.

Notre étude montrait pourtant qu'au sein de la population étudiée, une part non-négligeable de patients consommateurs de tabac étaient motivés à s'en sevrer dans des délais relativement brefs. Cela devrait encourager les médecins généralistes à aborder ce sujet de manière plus systématique et régulière, et d'engager une réflexion sur le sevrage tabagique dans toute prise en charge addictologique.

L'héroïne et le tabac sont les deux seules substances addictives pour lesquelles il existe des traitements de substitution. Malgré leur efficacité sur le plan pharmacologique, cet effet n'est pas suffisant pour mener à bout une démarche de sevrage. Son succès dépend également de la prise en compte de facteurs psychologiques et sociaux propres au patient.

Les représentations qu'ont les patients du produit et de leur dépendance font partie de ces facteurs. Mieux les connaître demande du temps, mais nous espérons au travers de cette étude donner un exemple d'un type d'intervention brève amenant à les évoquer. Les intégrer dans la stratégie de sevrage permet de la personnaliser, et d'encourager les patients à s'interroger ce qui freine la démarche. Une attitude « d'exploration empathique de l'ambivalence de la personne face au changement » plutôt que « [de] confrontation et [de] persuasion », telle que recommandée par l'HAS (15), est tout particulièrement

nécessaire lorsque l'on prend en charge des addictions multiples. C'est un des objectifs des entretiens motivationnels, et on ne peut qu'insister sur l'importance qu'il y a à ce que de plus en plus de médecins traitants, en particulier dans le champ de l'addictologie, mais également plus généralement, puissent bénéficier de formations à cette approche.

Bibliographie

1. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. 2016 février.
2. Messaadi N, Favre J, Rolland B, Cottencin O, Calafiore M, Stalnikiewicz B, et al. Enquête sur la situation médico-sociale de patients suivis pour un traitement substitutif aux opiacés depuis plus de 10 ans par leur médecin généraliste. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00405957v71i5S004059571630004X](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/00405957v71i5S004059571630004X) [Internet]. 10 déc 2016 [cité 21 mars 2017]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1085345/resultatrecherche/38](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/1085345/resultatrecherche/38)
3. Harrell PT, Montoya ID, Preston KL, Juliano LM, Gorelick DA. Cigarette smoking and short-term addiction treatment outcome. *Drug Alcohol Depend.* 1 juin 2011;115(3):161-6.
4. Gentile G, Frauger E, Giocanti A, Pauly V, Orleans V, Amaslidou D, et al. Caractéristiques des sujets sous traitement de substitution vus en médecine générale d'après l'enquête nationale OPEMA 2013. *Thérapie.* juin 2016;71(3):307-13.
5. Guydish J, Tajima B, Pramod S, Le T, Gubner NR, Campbell B, et al. Full length article: Use of multiple tobacco products in a national sample of persons enrolled in addiction treatment. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2016;166:93-9.
6. Reid MS, Fallon B, Sonne S, Flammino F, Nunes EV, Jiang H, et al. Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *J Subst Abuse Treat.* juill 2008;35(1):68-77.
7. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-Morbidity of Smoking in Patients with Psychiatric and Substance Use Disorders. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2005;14(2):106.
8. Wapf V, Schaub M, Klæusler B, Boesch L, Stohler R, Eich D. The barriers to smoking cessation in Swiss methadone and buprenorphine-maintained patients. *Harm Reduct J.* 2008;5:10.
9. Shadel WG, Stein MD, Anderson BJ, Herman DS, Bishop S, Lessor JA, et al. Correlates of motivation to quit smoking in methadone-maintained smokers enrolled in a smoking cessation trial. *Addict Behav.* févr 2005;30(2):295-300.
10. Pajusco B, Chiamulera C, Quaglio G, Moro L, Casari R, Amen G, et al. Tobacco Addiction and Smoking Status in Heroin Addicts under Methadone vs. Buprenorphine Therapy. *Int J Environ Res Public Health.* mars 2012;9(3):932.
11. Katz A, Goldberg D, Smith J, Trick WE. Tobacco, alcohol, and drug use among hospital patients: concurrent use and willingness to change. *J Hosp Med.* sept 2008;3(5):369-75.

12. Beck F, Adès J-E. Les traitements de substitution en France: données récentes. OFDT, éditeur. 2014.
13. Plancke L, Lancial N, Amariel A, Lose S, Villez M, Danel T. Les traitements de substitution aux opiacés dans le Nord-Pas-de-Calais. *PsyBrèves*. février 2016;9.
14. Durand E. Traitements de substitution aux opiacés et travail. INRS, éditeur. 2007.
15. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
16. Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *J Subst Abuse Treat*. mars 2008;34(2):165-72.
17. PhD HKK, PhD JLS, MS SB, PhD PMR. Structural and Cultural Barriers to the Adoption of Smoking Cessation Services in Addiction Treatment Organizations. *J Addict Dis*. 30 juin 2010;29(3):294-305.
18. Fuller BE, Guydish J, Tsoh J, Reid MS, Resnick M, Zammarelli L, et al. Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *J Subst Abuse Treat*. janv 2007;32(1):53-60.
19. Olsen Y, Alford DP, Horton NJ, Saitz R. Addressing smoking cessation in methadone programs. *J Addict Dis*. 2005;24(2):33-48.
20. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cité 10 mars 2017];6(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pmc/articles/PMC4908897/>
21. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addict Abingdon Engl*. déc 2011;106(12):2110-21.
22. Tableau de bord TSO 2017. 2017 janv.
23. Chung T, Maisto SA, Mihalo A, Martin CS, Cornelius JR, Clark DB. Brief assessment of readiness to change tobacco use in treated youth. *J Subst Abuse Treat*. sept 2011;41(2):137-47.
24. O'Neill HK, Gillispie MA, Slobin K. Stages of change and smoking cessation: a computer-administered intervention program for young adults. *Am J Health Promot AJHP*. déc 2000;15(2):93-96, iii.
25. Bully P, Sánchez Á, Zabaleta-del-Olmo E, Pombo H, Grandes G. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. *Prev Med*. juill 2015;76 Suppl:S76-93.
26. HAS. Conférence de consensus - Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. 2004.

27. McHugh RK, Votaw VR, Fulciniti F, Connery HS, Griffin ML, Monti PM, et al. Perceived barriers to smoking cessation among adults with substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 1 mars 2017;74:48-53.
28. Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction.* 1 juin 1999;94(6):913-21.
29. Kollya S, Bessona J, Cornuzb J, Zullinoa DF. Stage of change of cigarette smoking in drug dependent patients. *Alcohol Depend.* 2005;13:12–7.
30. Ancellin R, Beck F, Deutsch A, Guignard R. Relativisation des opinions sur le risque de cancer associé au tabac et à l'alcool. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2/fr/data/revues/03987620v61sS4S0398762013004367](http://www.em-Premium.com/doc-Distantuniv-Lille2/fr/data/revues/03987620v61sS4S0398762013004367) [Internet]. 10 janv 2013 [cité 23 mars 2017]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/841051/resultatrecherche/4](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/841051/resultatrecherche/4)
31. Gremy I, Halfen S, Sasco A, Slama K. Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. 2002 sept.
32. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: [http://onlinelibrary.wiley.com.doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1002/14651858.CD010274.pub2/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1002/14651858.CD010274.pub2/abstract)
33. Richter KP, Ahluwalia HK, Mosier MC, Nazir N, Ahluwalia JS. A population-based study of cigarette smoking among illicit drug users in the United States. *Addiction.* 1 juill 2002;97(7):861-9.
34. OFDT. Synthèse thématique: alcool. 2015.
35. OFDT. Synthèse thématique: cannabis. 2015.
36. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions INPES.* 2015;(31):6.
37. Nahvi S, Richter K, Li X, Modali L, Arnsten J. Cigarette smoking and interest in quitting in methadone maintenance patients. *Addict Behav.* nov 2006;31(11):2127-34.
38. Richter KP, McCool RM, Okuyemi KS, Mayo MS, Ahluwalia JS. Patients' views on smoking cessation and tobacco harm reduction during drug treatment. *Nicotine Tob Res.* 1 déc 2002;4(Suppl_2):S175-82.
39. McClure EA, Acquavita SP, Dunn KE, Stoller KB, Stitzer ML. Characterizing smoking, cessation services, and quit interest across outpatient substance abuse treatment modalities. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. févr 2014 [cité 29 janv 2017];46(2). Disponible sur: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pmc/articles/PMC3840070/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pmc/articles/PMC3840070/)

40. McCool RM, Paschall Richter K. Why do so many drug users smoke? *J Subst Abuse Treat.* juill 2003;25(1):43-9.
41. Bhuiyan J, Jonkman L, Connor S, Giannetti V. Qualitative evaluation of perceptions of smoking cessation among clients at an alcohol and other drug treatment program. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* 3 nov 2016;
42. Cooperman NA, Richter KP, Bernstein SL, Steinberg ML, Williams JM. Determining Smoking Cessation Related Information, Motivation, and Behavioral Skills among Opiate Dependent Smokers in Methadone Treatment. *Subst Use Misuse.* 16 avr 2015;50(5):566-81.
43. Campbell BK, Le T, Tajima B, Guydish J. Quitting smoking during substance use disorders treatment: Patient and treatment-related variables. *J Subst Abuse Treat.* févr 2017;73:40-6.
44. Hayaki J, Anderson BJ, Stein MD. Perceptions of health risk susceptibility in methadone maintained smokers. *J Addict Dis.* 2005;24(1):73-84.
45. Crittenden KS, Manfredi C, Cho YI, Dolecek TA. Smoking cessation processes in low-SES women: the impact of time-varying pregnancy status, health care messages, stress, and health concerns. *Addict Behav.* juill 2007;32(7):1347-66.
46. Ward KD, Kedia S, Webb L, Relyea GE. Nicotine dependence among clients receiving publicly funded substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2012;125(1-2):95-102.
47. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* oct 2011;59(5):285-94.
48. Pagano A, Tajima B, Guydish J. Barriers and Facilitators to Tobacco Cessation in a Nationwide Sample of Addiction Treatment Programs. *J Subst Abuse Treat.* août 2016;67:22-9.
49. Weinberger AH, Platt J, Esan H, Galea S, Erlich D, Goodwin RD. Cigarette Smoking Is Associated With Increased Risk of Substance Use Disorder Relapse: A Nationally Representative, Prospective Longitudinal Investigation. *J Clin Psychiatry.* 2017;78(2):e152-60.
50. Lemon SC, Friedmann PD, Stein MD. The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addict Behav.* sept 2003;28(7):1323-31.
51. Tsoh JY, Chi FW, Mertens JR, Weisner CM. Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2011;114(2-3):110-8.
52. West R. The clinical significance of 'small' effects of smoking cessation treatments. *Addiction.* 1 avr 2007;102(4):506-9.

53. Messaadi N, Barjaud M, Cottencin O. Enquête préliminaire sur le suivi au long cours par le médecin généraliste des patients traités par méthadone. *Presse Médicale*. juin 2010;39(6):722-3.
54. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation: United States National Health Interview Survey 2005. *BMC Public Health*. 2011;11:256.
55. Borland R, Yong H-H, Balmford J, Cooper J, Cummings KM, O'Connor RJ, et al. Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: Findings from the International Tobacco Control Four country project. *Nicotine Tob Res*. oct 2010;12(Suppl 1):S4.
56. Tacke U, Wolff K, Finch E, Strang J. The effect of tobacco smoking on subjective symptoms of inadequacy (« not holding ») of methadone dose among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Addict Biol*. 1 avr 2001;6(2):137-45.
57. Nahvi S, Blackstock O, Sohler NL, Thompson D, Cunningham CO. Smoking cessation treatment among office-based buprenorphine treatment patients. *J Subst Abuse Treat*. août 2014;47(2):175-9.

Annexes

Questionnaire sur la consommation de tabac chez les patients prenant un traitement substitutif aux opiacés

1. âge

2. sexe

homme

femme

3. Quelle est votre situation professionnelle ?

travail

au chômage

bénéficiaire des minimas sociaux

retraité

étudiant

4. Vivez-vous

seul ?

en couple ?

chez un membre de votre famille ?

en foyer ?

en colocation ?

5. Fumez-vous ?

oui

non

6. Afin d'évaluer votre dépendance au tabac nous vous proposons de répondre aux questions suivantes. Pour chacune des six questions, cochez la case qui répond le mieux à votre cas.

- **Combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?**
 - moins de 5 minutes
 - 6 à 30 minutes
 - 31 à 60 minutes
 - après 60 minutes _____

- **Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?** (ex. cinéma, transports en commun)
 - oui
 - non

- **Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?**
 - la première
 - une autre

- **Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?**
 - 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus

- **Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?**
 - oui
 - non

- **Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?**
 - oui
 - non

7. si vous ne fumez pas est-ce parce que vous avez arrêté de fumer ou parce que vous n'avez jamais fumé ?

j'ai arrêté de fumer
je n'ai jamais fumé

8. Depuis combien d'années fumez-vous ?

9. Depuis combien de temps êtes vous sous traitement substitutif aux opiacés?

moins de 3 mois
entre 3 et 6 mois
entre 6 mois et 1 an
plus d'un an

10. Quel est le traitement substitutif aux opiacés que vous prenez?

méthadone
buprénorphine (Subutex)

11. Fumiez-vous régulièrement avant de consommer de l'héroïne ?

oui
non

12. Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? (plus de 3 verres par jour ou plus de 15 verres par semaine)

un verre correspond à un demi de bière à 5°, un ballon de vin, un shooter d'alcool fort, un verre d'apéritif ou un cocktail
oui
non

13. Consommez-vous régulièrement du cannabis ?

non
plus de 10 joints par mois
tous les jours

14. Selon vous les conséquences sur la santé de la consommation d'héroïne sont elles plus graves ou moins graves que celles du tabac ?

plus graves
moins graves
pareillement graves

15. Selon vous est-il plus difficile d'arrêter l'héroïne ou le tabac ?

L'héroïne
le tabac

16. Êtes-vous motivé pour arrêter de fumer dans les 6 mois à venir ?

oui
non
peut-être

17. Êtes-vous motivé pour arrêter de fumer dans le mois à venir ?

oui

non

peut-être

18. Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ?

oui

non

19. Votre médecin traitant a-t-il déjà discuté avec vous de votre motivation à arrêter le tabac?

oui

non

20. Vous a-t-on déjà proposé une aide médicalisée (patchs, gommes à mâcher, comprimés) afin d'arrêter le tabac?

oui

non

AUTEUR : Nom : OUSS

Prénom : Guillaume

Date de Soutenance : 26 avril 2017

Titre de la Thèse : La consommation de tabac chez des patients de la métropole lilloise prenant un traitement substitutif aux opiacés

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Diplôme d'Études Spécialisées Médecine Générale

Mots-clés : tabac, traitement de substitution aux opiacés, sevrage, médecine générale

Résumé :

Contexte : Les dernières décennies ont vu une baisse importante du nombre de consommateurs de tabac en France. Cependant, parmi les patients prenant un traitement de substitution aux opiacés (TSO), leur proportion reste importante, et plusieurs études montrent que le sevrage tabagique est peu abordé en consultation.

Objectifs : Cette étude visait à rendre compte de certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques d'une population de patients suivis en ville pour un TSO, en premier lieu de la consommation de tabac. Par ailleurs, elle étudiait la motivation des patients à s'en sevrer, ainsi que la manière dont le thème était abordé par le médecin traitant.

Méthode : Étude sur la métropole lilloise, quantitative, par questionnaires, remplis par les patients en fin de consultation au cabinet de leur médecin traitant, en janvier et février 2017.

Résultats : 89 patients ont été inclus. 94 % de ceux-ci consommaient du tabac. Le score de Fagerström moyen était à 4,74. 24 % des patients consommaient régulièrement de l'alcool, et 31 % régulièrement du cannabis. Ils étaient à 27 % au stade intentionnel vis à vis de l'arrêt du tabac, et à 12 % au stade de préparation. Le sevrage tabagique avait été abordé en consultation dans 62 % des cas. Le score de Fagerström était significativement plus élevé parmi les patients prenant de la buprénorphine que parmi ceux prenant de la méthadone. La motivation à se sevrer du tabac était inversement corrélée, significativement, au score de Fagerström. Elle était significativement moins importante parmi les patients estimant que l'héroïne présentait des risques plus graves pour la santé que le tabac.

Conclusion : Cette étude confirme que les patients consommant du tabac sont nombreux parmi ceux prenant un TSO, et que le sevrage tabagique n'est pas assez abordé. Pourtant un certain nombre de patients envisage de s'en sevrer. Il serait souhaitable que les médecins généralistes se forment plus aux interventions brèves visant le sevrage au tabac, notamment à l'entretien motivationnel, afin de travailler sur les représentations qu'ont les patients de leur dépendance au tabac.

Composition du Jury :

Président : Pr. Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Pr. Christophe BERKHOUT ; Dr. Nassir MESSAADI, MCU ; Dr. Marie-Jeanne MARTIN