



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

Etat des connaissances par les médecins généralistes français des recommandations sur le sevrage tabagique ayant un haut niveau de preuve scientifique

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2017 à 14 heures
au Pôle Recherche
Par Augustin Plancque

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Cottencin Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Lerouge Patrick

Monsieur le Docteur Messaadi Nassir

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Millot Yannick

Avertissement

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

Liste des abréviations

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

HAS : Haute autorité de santé

MG : Médecin généraliste

PAM : Plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille

Abstract

Context: Tobacco is the major risk factor for cancer. It also represents the leading cause of preventable cardiovascular mortality, reduces fertility, aggravates acne, and accelerates skin aging and delays healing. It has been shown that the general practitioner is as effective as a specialized center on smoking cessation, provided that it has sufficient knowledge.

Methods: A questionnaire was developed based on a critical reading of the latest grade A or B recommendations on smoking cessation. It was submitted to 300 general practitioners drawn by the platform of methodological aid of the CHRU of Lille which carried out the statistical analyzes.

Results: The adequacy between the recommendations and the practices of the GPs is strong (more than 80% of responses in conformity) with regard to the interest of the motivational interview, the telephone support and the tools of self-support, to prescribe First-line nicotinic substitutes and their quasis absences of contraindication, recognition of signs of over and under dosage, identical harmfulness of light tobaccos, conditions for reimbursement of treatments, respect for the use of complementary medicines Alternatives and electronic cigarettes. It is low (less than 50% correct answers) for systematic questioning of all patients on personal and family smoking status, the importance of treatment in relapse prevention, psychological support and dedicated counseling, The search for other dependency criteria ignored by the Fagertröm test, the non-harmfulness of smoking combined with the use of nicotine substitutes.

Plan

Introduction	12
1. Le tabac, un produit aux effets néfastes bien connus.	13
2. Le sevrage tabagique.....	13
Matériel et méthode	15
1. Matériel	16
1.1. Elaboration du questionnaire.....	16
1.2. Population étudiée	16
2. Déroulement de l'étude	17
2.1. Période de l'étude	17
2.2. Réalisation de l'étude.....	17
3. Flow chart.....	19
Résultats	20
1. Données démographiques	21
2. Evaluation des pratiques	22
2.1 Dépistage du tabagisme	22
2.2 Evaluation diagnostique	23
2.3 Prise en charge du sevrage tabagique.....	24
3. Récapitulatif	28
4. Analyses bi variées	29
4.1 Score selon l'âge.....	29
4.2 Score selon le sexe ou le statut tabagique personnel du médecin	29
Discussion	31
1. Analyse des résultats.....	32
2. Validité interne de l'étude.....	33
2.1 Points forts	33
2.2 Points faibles	33
3. Validité externe de l'étude	34
4. Perspectives.....	34
Références bibliographiques	36
Annexes	38

Introduction

1. Le tabac, un produit aux effets néfastes bien connus.

Le tabac est le principal facteur de risque de cancer en France. 81% des 28 700 décès par cancer du poumon lui sont imputables(1). Il favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colon, rectum et ovaire(1). Il est responsable de 25% de l'ensemble des cancers(1). Le tabac représente également la première cause de mortalité cardio vasculaire évitable(2). Le tabagisme réduit la fertilité, augmente le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine et la morbi-mortalité périnatale(3). Il augmente la sévérité de l'acné, accélère le vieillissement cutané et retarde la cicatrisation(4). Au total, 78 000 décès annuels sont attribuables au tabac et pourtant 32% des adolescents de 17 ans et 29% des adultes de 18 à 75 ans sont fumeurs quotidiens(5). Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi les substances psychoactives(6). Il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac, le gain est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce(7).

2. Le sevrage tabagique

50% des français arrêtent de fumer sans aide mais avec une faible efficacité (sevrage entre 6 et 12 mois de l'ordre de 3 à 5%)(8). Un conseil minimal lors d'une consultation de routine comportant deux questions (Est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous voulez arrêter ?) augmente significativement le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour une durée d'au moins 6 mois(9). Les MG sont, de par leurs rôles, en première ligne face au tabagisme de la population, tant pour le dépistage que pour l'aide au sevrage.

De ce fait, il est important que les MG aient conscience de leur importance vis-à-vis de ce sujet et soient efficaces dans leurs façons d'aider les patients à arrêter de fumer.

Il a déjà été démontré qu'à condition d'avoir des connaissances suffisantes et d'être impliqué dans ce sujet, le MG génère un impact positif important (10) et était aussi efficace qu'un centre spécialisé sur le sevrage tabagique des patients (11). Les facteurs influençant l'implication des MG vis-à-vis du tabac ont déjà été étudiés (12). On ne connaît en revanche pas l'état de leurs connaissances vis-à-vis des méthodes

de sevrage tabagique validées scientifiquement avec un haut niveau de preuve, la dernière recommandation rassemblant ces méthodes datant de 2014(8)

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer les pratiques et connaissances des MG français des recommandations ayant un haut niveau de preuve scientifique, concernant l'aide au sevrage tabagique.

L'objectif secondaire était de rechercher des facteurs individuels (âge, sexe et statut tabagique) pouvant faire varier l'état de ces connaissances et pratiques.

Matériel et méthode

1. Matériel

1.1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une lecture critique des dernières recommandations en vigueur de grade A ou B selon la classification de la HAS sauf pour deux questions (médecines complémentaires alternatives et cigarette électronique) pour lesquelles il n'existe qu'un avis d'expert (Annexe 1 et 2).

La première partie du questionnaire concernait les données démographiques des MG interrogés. La deuxième évaluait les pratiques de ces derniers, d'abord concernant le dépistage du tabagisme, puis l'évaluation diagnostique et enfin la prise en charge thérapeutique. Chaque question de cette deuxième partie correspondait à une recommandation.

Le questionnaire comportait 27 questions au total dont 25 fermées, afin de permettre une rapidité de réponse et de faciliter la discrimination des données. Une question ouverte de type numérique a été posée pour l'âge (question 1), une autre de type proportion pour les données démographiques de la patientèle de chaque MG questionné (question 5).

Le questionnaire a été testé sur 3 MG de mon entourage, afin de m'assurer qu'il prenait moins de 5 minutes et était bien compris.

La question 25 (remboursement Sécurité Sociale) a été modifiée durant le recueil des données en Juillet 2015 du fait du changement des conditions de remboursement du traitement d'aide au sevrage tabagique.

1.2. Population étudiée

1.2.1 Critères d'inclusion

La population étudiée était les MG en France métropolitaine et Corse. Ils ont été tirés au sort sur la base de données des MG inscrits au tableau de l'Ordre par la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille.

1.2.2 Critère de non inclusion

Le critère de non inclusion était de ne plus pratiquer de médecine générale.

1.2.3 Nombre de médecins interrogés

Parmi les 300 MG français contactés, 95 ont répondu (Participation : 31,66%) au questionnaire, soit le nombre de réponses nécessaires afin d'obtenir des analyses statistiquement significatives avec un intervalle de confiance de plus ou moins 10% de part et d'autre de l'hypothèse la plus défavorable d'un point de vue statistique (si 50% des médecins répondent qu'ils ont des connaissances suffisantes). Ce nombre a été déterminé par la PAM selon la formule suivante : $n = t^2 \times p (1-p) / e^2$

Dans cette formule, qui suppose que les sujets soient tirés au sort :

n = taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé

t = coefficient de marge déduit du niveau de confiance. La valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96.

p = probabilité de réalisation de l'événement (50%)

e = marge d'erreur que l'on se donne pour la grandeur que l'on veut estimer (fixée à 5 %)

2. Déroulement de l'étude

2.1. Période de l'étude

Le recueil des données a eu lieu de février à novembre 2015.

2.2. Réalisation de l'étude

L'ensemble des MG ont été contactés, initialement par téléphone, puis ont soit répondu directement, soit via un formulaire en ligne (Google Forms), soit via fax ou envoi postal (avec fourniture d'une enveloppe timbrée) selon leurs préférences.

2.3. Saisie et exploitation des données

Les données recueillies ont été saisies de façon anonyme dans un tableau Excel selon les consignes de la PAM. La conservation de ces données a été accordée par la CNIL.

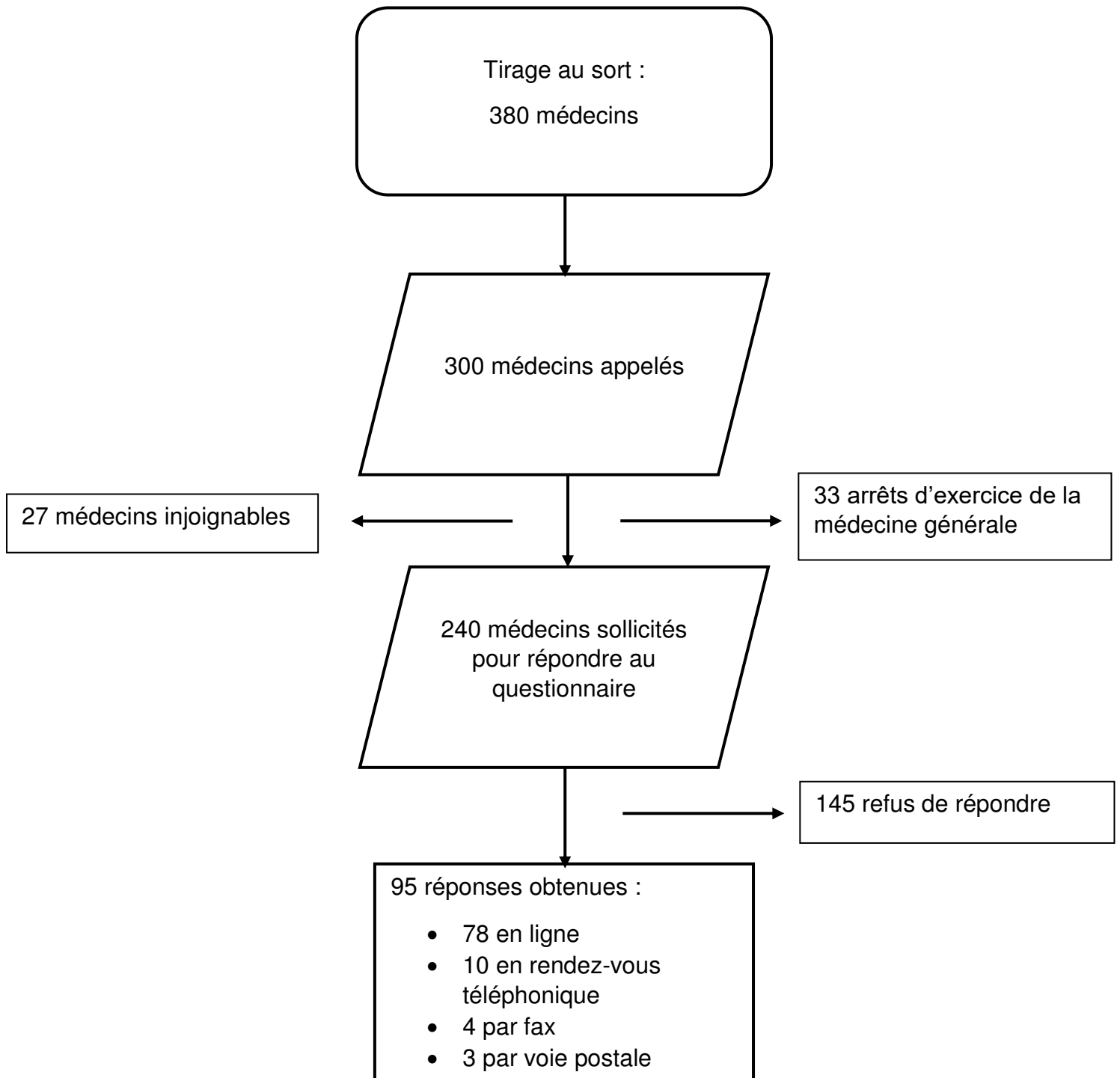
Une note globale a été établie pour chaque questionnaire recueilli afin de différencier les éléments bien maîtrisés de ceux qui ne le sont pas.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé par la PAM, qui a appliqué la loi binomiale ou le théorème central limite selon les questions.

Chaque médecin interrogé s'est vu attribuer une note en fonction de l'adéquation de ses réponses avec les recommandations.

En fin d'étude, il a été réalisé des analyses bi variées afin de rechercher un lien entre l'âge (Test de Pearson), le sexe (Test de Student avec correction de Welch), le statut tabagique du médecin (Test Anova) et la note obtenue sur le questionnaire. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

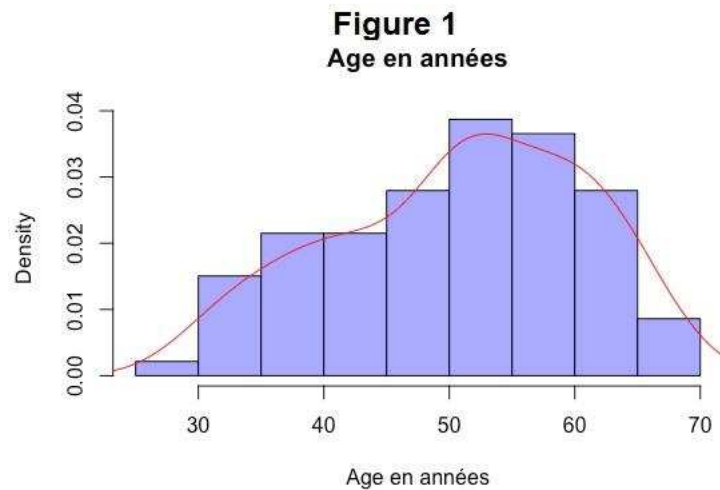
3. Flow chart



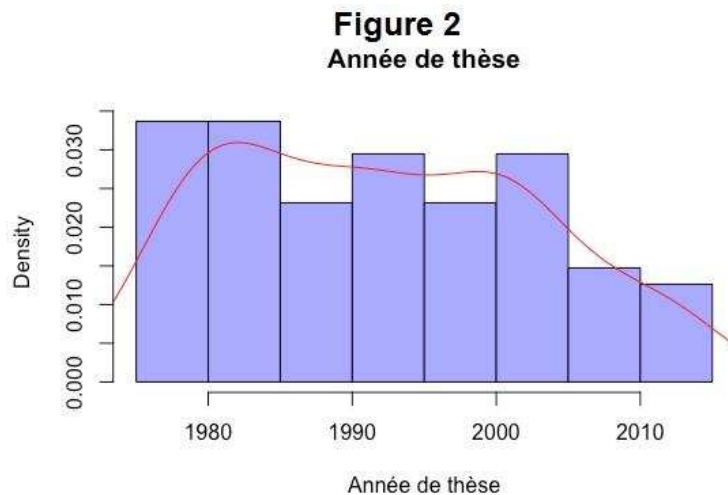
Résultats

1. Données démographiques

L'âge moyen des participants était de 50,77 ans IC95% [48,74 ; 52,81] (figure 1).

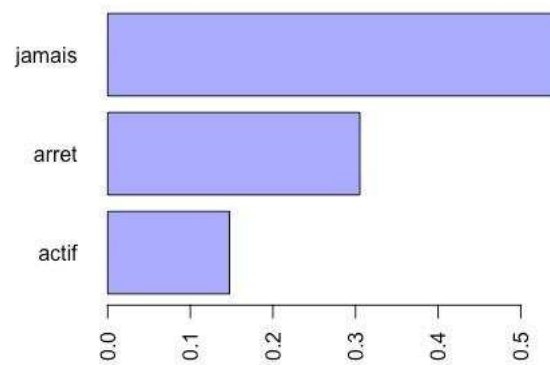


42,11% IC95% [32,04 ; 52,67] étaient des femmes, 57,89% IC95% [47,33 ; 67,96] étaient des hommes. L'année de thèse médiane des médecins interrogés était 1992 (figure 2).



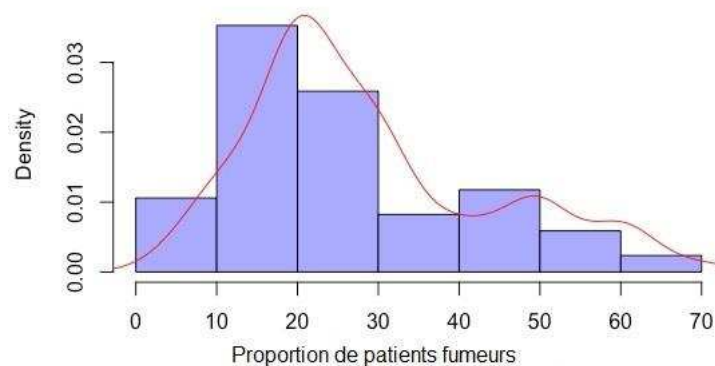
Parmi les MG interrogés, 54,74% IC95% [44,19 ; 64,98] étaient non-fumeurs, 30,53% IC95% [21,49 ; 40,82] avaient arrêté, 14,74% IC95% [8,3% ; 23,49%] étaient fumeurs actifs (figure 3).

Figure 3
Statut tabagique du MG



La proportion de patients fumeurs parmi la patientèle des MG interrogés était en moyenne de 28,75% IC95% [25,54 ; 31,96] (figure 4).

Figure 4
Proportion de patients fumeurs

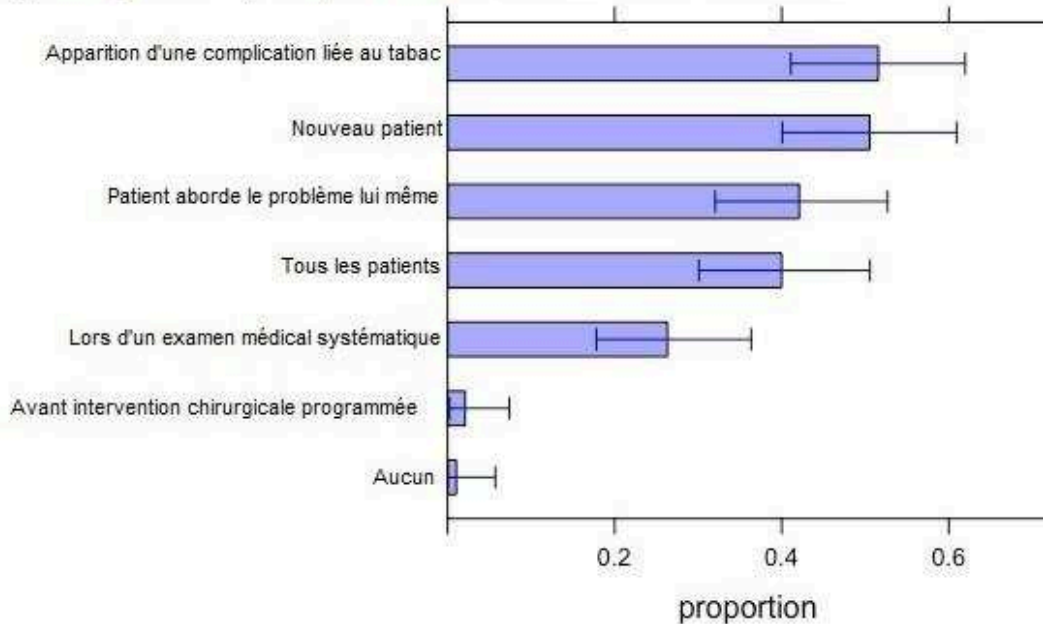


2. Evaluation des pratiques

2.1 Dépistage du tabagisme

Parmi les MG interrogés, 40% IC95% [30,08 ; 50,56] ont répondu dépister la consommation tabagique de tous leurs patients (figure 5).

Figure 5
Type de patient dépisté par les MG

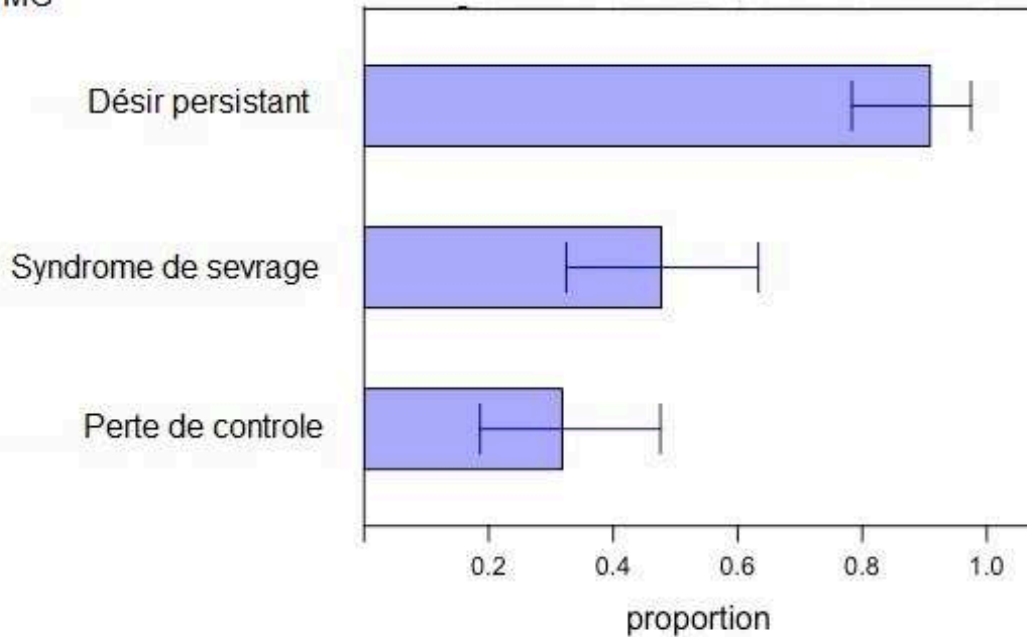


69,47% IC95% [59,18 ; 78,51] inscrivait le statut tabagique de leurs patients dans le dossier médical. 50,53% IC95% [40,07 ; 60,95] posaient la question du statut tabagique de l'entourage de leurs patients. Il était recommandé d'après 19,35% IC95% [11,89 ; 28,85] des MG interrogés de dépister le statut tabagique d'un patient au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale programmée.

2.2 Evaluation diagnostique

52,13% IC95% [41,57 ; 62,54] des MG interrogés déclaraient utiliser le test de Fagerström. 46,81% IC95% [36,44 ; 57,39] recherchaient d'autres critères de dépendance ignorés dans le test de Fagerström (syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation, figure 6).

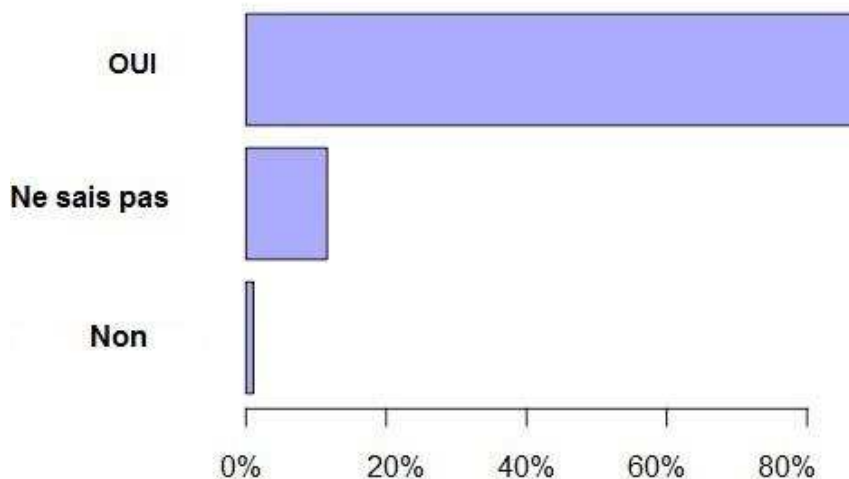
Figure 6
Critères de dépendance non inclus dans le test de Fagerström recherchés par les MG



2.3 Prise en charge du sevrage tabagique

87,37% IC95% [78,97 ; 93,3] des MG interrogés pensaient qu'il est nécessaire de réaliser un entretien motivationnel. 11,58% IC95% [5,92 ; 19,77] ont répondu ne pas savoir ce qu'est l'entretien motivationnel et seulement un médecin n'en voyait pas l'utilité (figure 7).

Figure 7
Proportion d'utilisation de l'entretien motivationnel



89,47% IC95% [81,49 ; 94,84] ont répondu qu'il ne fallait pas proposer au patient de remplacer un type de tabac par un autre moins nocif pour la santé. 8,42% IC95% [3,71 ; 15,92] ont répondu que l'on peut prescrire la varénicline en première intention et 3,16% IC95% [0,66 ; 8,95] le bupropion. 89,36% IC95% [81,3 ; 94,78] connaissaient la contre-indication de ces deux médicaments en cas d'allaitement et chez les moins de 18 ans. Concernant la proportion de patients chez qui les MG interrogés proposaient un accompagnement psychothérapeutique (réalisé par eux même ou un autre professionnel de santé), la médiane était de 50%, le 1^{er} quartile à 20% et le 3^{ème} quartile à 100% (Tableau 1).

Tableau 1 : proportion de patients chez qui les MG interrogés proposaient un accompagnement psychothérapeutique

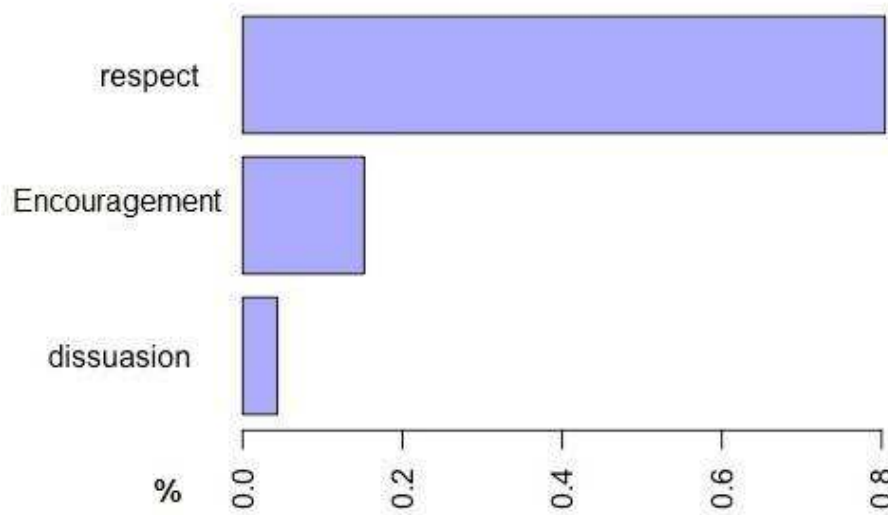
Proportion de patients chez qui le MG propose un accompagnement psychothérapeutique	Effectif des MG
0-4%	8
5-9%	1
10-14%	7
15-19%	0
20-24%	10
25-29%	1
30-34%	8
35-39%	0
40-44%	0
45-49%	0
50-54%	10
55-59%	0
60-64%	1
65-69%	0
70-74%	4
75-79%	1
80-84%	4
85-89%	0
90-94%	4
95-100%	29

75,27% IC95% [65,24 ; 83,63] ont répondu que le but des traitements médicamenteux était de soulager les symptômes de sevrage et réduire l'envie de fumer, mais 56,99% IC95% [46,31 ; 67,22] les jugeaient inutiles dans la prévention des rechutes.

Concernant les traitements substitutifs nicotiques, 94,62% IC95% [87,9 ; 98,23] des MG interrogés les considéraient comme un traitement de première intention, 94,68% IC95% [88,02 ; 98,25] étaient capable de reconnaître des signes de surdosage, 53,19% IC95% [42,61 ; 63,56] associent des formes orales aux patches, 85,11% IC95% [76,28 ; 91,61] les utilisaient sur une durée d'au moins 3 mois. 59,14% IC95% [48,46 ; 69,23] savaient qu'ils pouvaient être prescrits dès l'âge de 15 ans, 93,55% IC95% [86,48 ; 97,6] considéraient qu'il était plus nocif de poursuivre le tabagisme durant une grossesse que d'employer des traitements de substitution nicotique et 25% IC95% [16,55 ; 35,11] considéraient qu'ils sont mal tolérés chez le patient coronarien fumeur. Par ailleurs, 70,21% IC95% [59,9 ; 79,21] des MG interrogés pensaient qu'un traitement de substitution est dangereux si le patient poursuit son tabagisme.

Concernant les autres aspects de la prise en charge, 91,4% IC95% [83,75 ; 96,21] étaient d'accord sur le fait qu'il faille orienter un patient qui ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé vers un soutien téléphonique ou des outils d'auto support. 96,84% IC95% [91,05 ; 99,34] ne déconseillaient pas les médecines complémentaires alternatives. 47,31% IC95% [36,86 ; 57,94] estimaient qu'un suivi mensuel est suffisant pour un sevrage tabagique. 90,53% IC95% [82,78 ; 95,58] évoquaient les modalités de remboursement des différents traitements par l'assurance maladie, tandis que 6,32% IC95% [2,35 ; 13,24] ne les connaissaient pas. Concernant le vapotage, 80,43% IC95% [70,85 ; 87,97] adoptaient la conduite à tenir recommandée actuellement, à savoir proposer un traitement validé tout en respectant le choix du patient en cas de refus de ce dernier (figure 8).

Figure 8
Conduite à tenir si vapotage



45,26% IC95% [35,02 ; 55,81] des MG interrogés ont déclaré pratiquer des consultations dédiées au sevrage tabagique.

3. Récapitulatif

Le tableau 2 nous montre la proportion de réponses conformes aux recommandations de haut grade permettant de visualiser simplement les éléments bien connus des MG interrogés des éléments qui le sont moins.

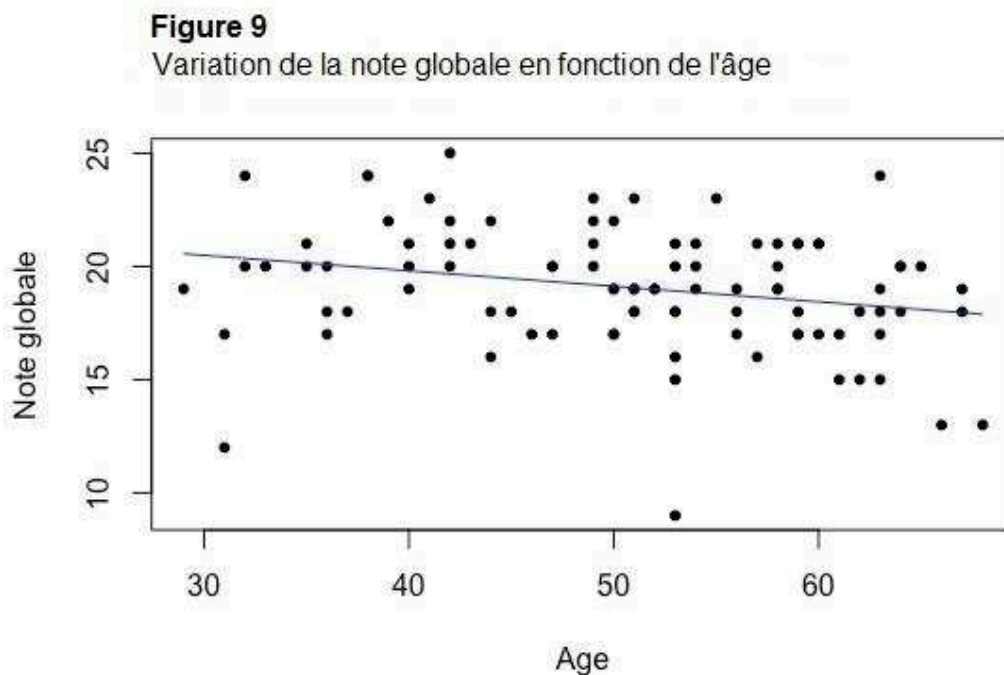
Tableau 2 : répartition des réponses par rapport aux recommandations

Proportion de réponses conformes aux recommandations	Numéro des questions (voir questionnaire en annexe 2)
>80%	13, 14, 15, 16, 17, 21a, 21b, 21d, 21f, 22, 23, 25
65-80%	7, 19, 21g, 26
50-65%	10, 21c, 21e, 24
<50%	6, 8, 9, 11, 18, 20, 21h, 27

4. Analyses bi variées

4.1 Score selon l'âge

Les variations de la note globale obtenue pour chaque MG interrogé ne sont que très peu expliquées par les variations de l'âge, selon le coefficient de corrélation de Pearson $r^2=0.063$ $p=0.015$ (figure 9).



4.2 Score selon le sexe ou le statut tabagique personnel du médecin

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la note globale obtenue par les MG interrogés et leur sexe (figure 10) ou leur statut tabagique personnel (figure 11).

Figure 10
Analyse bivariée, note selon le sexe

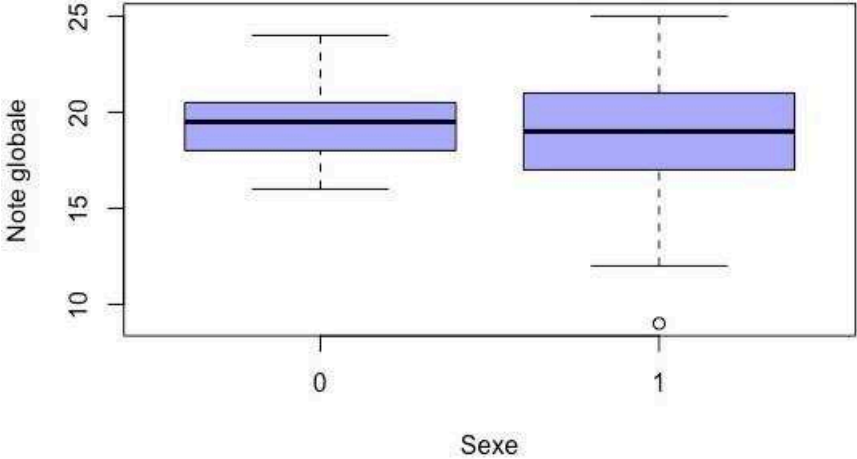
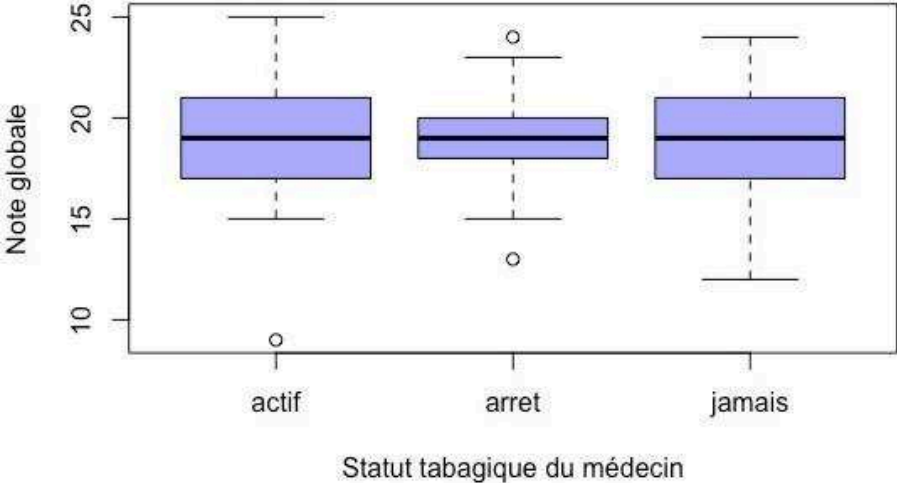


Figure 11
Analyse bivariée, note selon le statut tabagique



Discussion

1. Analyse des résultats

L'adéquation entre les recommandations et les pratiques des MG est forte en ce qui concerne :

- L'intérêt de l'entretien motivationnel (87,37%)
- La nocivité identique du tabac dit « light » qui ne doit pas être conseillé (89,47%)
- L'intérêt de prescrire les substituts nicotiques en première intention (94,62%) et leurs quasi absences de contre-indication, la reconnaissance des signes de sur et sous dosage (94,68%)
- L'intérêt du soutien téléphonique et des outils d'auto support (91,4%)
- Les conditions de remboursement d'un traitement anti-tabac (90,53%)
- Le respect de l'utilisation des médecines complémentaires alternatives (96,84%)
- Le respect de l'utilisation de la cigarette électronique (80,43%)

L'adéquation entre les recommandations et les pratiques des MG est faible en ce qui concerne :

- Le questionnement systématique de tous les patients sur leur propre statut tabagique (40%) ainsi que sur celui de leur entourage (50,53%)
- La recherche d'autres critères de dépendance ignorés par le test de Fagertröm (46.81%)
- L'importance de l'accompagnement psychothérapeutique (tableau 1)
- L'importance du traitement anti-tabac dans la prévention des rechutes (43,01%)
- La non nocivité du tabagisme combiné à l'emploi des substituts nicotiques (29,79%)
- La nécessité d'un suivi hebdomadaire au début de la prise en charge (52,69%)
- La pratique de consultations dédiées au sevrage tabagique (45,26%)

2. Validité interne de l'étude

2.1 Points forts

Le questionnaire a été soumis à un large échantillon de MG tiré au sort sur le plan national sur la base des MG inscrits au Conseil de l'Ordre.

L'effectif est suffisant pour être significatif.

Les données épidémiologiques de l'échantillon étaient conformes aux données nationales, on ne craint pas de biais de recrutement.

La pertinence de l'étude réside dans le fait que le questionnaire soumis compare des pratiques des MG à des recommandations ayant un haut niveau de preuve scientifique (grade A ou B) suite à une recherche bibliographique approfondie (annexe 1), sauf pour deux questions (médecines complémentaires alternatives et cigarette électronique) pour lesquelles il existe un avis d'expert. Je tenais à étudier la réaction des MG face à ces deux questions d'actualités qui reviennent très régulièrement en pratique courante.

2.2 Points faibles

Cette étude peut présenter un biais de sélection, les MG répondants sont peut-être plus intéressés que ceux ayant refusé, ce qui peut avoir augmenté le taux de réponses conformes aux recommandations.

L'exploitation des résultats à la question 8, sur le délai de l'aide au sevrage à proposer avant une intervention programmée, ne permet pas de tenir compte des réponses non conformes mais toutefois bénéfiques (8 et 10 semaines au lieu de 6) au patient. Une autre formulation ou exploitation de la question serait souhaitable.

La période de recueil s'est étalée de février à novembre 2015. Les conditions de remboursement d'un traitement anti-tabac ayant changé le 1^{er} juillet 2015, il a fallu changer le libellé de la question 25 en cours d'étude.

3. Validité externe de l'étude

On ne retrouve pas d'étude comparable dans la littérature.

Concernant le dépistage, une étude qualitative réalisée par le Dr Sciolla Myriam en 2012 à Marseille(13) montre que pour certains médecins, aborder le tabagisme du patient peut être perçu comme une intrusion dans le déroulement de la consultation. Le tabagisme est abordé dans deux circonstances :

- Lorsque le médecin s'estime légitimement autorisé à l'aborder (demande du patient, suspicion d'une pathologie liée au tabagisme, grossesse).
- Lorsque les circonstances permettent au médecin de penser à aborder le tabagisme : création de dossier, odeur de tabac, auscultation anormale, patient surpris en train de fumer, association à un geste de l'examen clinique.

Ce résultat peut se superposer à notre étude (figure 5).

Une publication de 2006 suggère que les médecins fumeurs demandent moins souvent à leurs patients s'ils fument ($p=0,036$), et s'ils envisagent d'arrêter de fumer ($P=0,045$)(14). Une autre publication de 2005 suggère que les MG qui fumaient se sentaient moins efficaces à aider leurs patients au sevrage comparativement à leurs collègues non-fumeurs (39,34 % versus 48,18 %, $p < 0,01$)(15). Dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la note globale obtenue par les MG interrogés et leur statut tabagique. Cependant, cette note globale prend en compte l'ensemble des pratiques et connaissances des MG des recommandations ayant un haut niveau de preuve scientifique, et non pas seulement le conseil minimal ou leurs ressentis comme dans les deux études précitées.

4. Perspectives

Les MG possèdent des connaissances solides sur de nombreuses recommandations à haut niveau de preuve scientifique. Cependant, celles-ci soulignent l'intérêt de la consultation dédiée mais dans notre étude, seulement 45% des MG interrogés la pratiquent. Il serait intéressant d'étudier les freins à la réalisation

de cette consultation dédiée. Deux facteurs ont déjà été mis en évidence (le temps nécessaire à ces consultations et l'absence de rémunération spécifique(12)). Mais peut-être que les MG n'estiment pas ces consultations nécessaires ? Il faudrait également rappeler aux MG que le tabagisme sous patch n'est pas dangereux.

Références bibliographiques

1. Communiqué de presse du 20 avril 2011 - Presse - Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2014 Dec 16]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/presse/6281>
2. Thomas D. Tabagisme et maladies cardio- vasculaires. *Rev Prat* 2012;62:339.
3. Grangé G, Guibert J. Tabagisme et grossesse “Fumer donne beaucoup moins de chances d’avoir un enfant en bonne santé”. *Rev Prat* 2012;62:344.
4. Kuri M, Nakagawa M, Tanaka H, Hasuo S, Kishi Y. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. *Anesthesiology*. 2005 May;102(5):892–6.
5. 6ème édition - 2015 - OFDT [Internet]. [cited 2016 Jan 6]. Available from: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/>
6. Lopez-Quintero C, de los Cobos JP, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2011 May 1;115(1-2):120–30.
7. Sevrage tabagique et prévention des cancers. Fiche repère. Etat des connaissances du 24 mai 2011. Paris: INCA; [cited 2014 Dec 16]; Available from: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F9444-sevrage-tabagique-et-prevention-des-cancers&ei=jiuQVPuINYPias7CgOgH&usg=AFQjCNG_oMaqF97hUzAhstALGAR_b6aVpw&bvm=bv.81828268,d.d2s
8. Haute Autorité de Santé - Stratégies thérapeutiques d’aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière [Internet]. [cited 2014 Dec 31]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere
9. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 26];2(2). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub3/pdf/standard>

10. Kacenenbogen N. La gestion du sevrage du tabac en médecine générale. Rev Médicale Brux. 2009;30(4):359.
11. Vannobel R, Dépinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. Rev Exerc. 2006;77:54–60.
12. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, the PESCE European Research Team. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. Br J Gen Pract. 2009 Sep 1;59(566):682–90.
13. ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DE MARSEILLE : VECUS ET REPRESENTATIONS DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE - document [Internet]. [cited 2016 Sep 28]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757589/document>
14. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac - EM|consulte [Internet]. [cited 2014 Jan 3]. Available from: <http://www.em-consulte.com/rmr/article/134917>
15. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Piñeiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J. Prevention and health promotion in clinical practic... [Prev Med. 2005] - PubMed - NCBI. [cited 2014 Feb 7]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15749144>

Annexes

Annexe 1 : Tableau des recommandations

VARIABLES	DONNEES DE LA LITTERATURE
<p>Il est recommandé 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. Il est recommandé de rechercher également le tabagisme de l'entourage direct du patient.</p> <p>Grade A (1–3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brief interventions and referral for smoking cessation Guidance and guidelines NICE [Internet]. [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/ph1 2. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - treatingtobacco.pdf [Internet]. [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf 3. Lin KW, Tarantino DA. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women. <i>Am Fam Physician</i>. 2010 Nov 15;82(10):1269.
<p>Le dépistage de la consommation de tabac doit être systématique avant toute intervention chirurgicale.</p> <p>Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.</p> <p>Grade A</p> <p>Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.</p> <p>Grade B (4)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2014;3:CD002294.
<p>Tous les professionnels de santé doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter.</p> <p>Grade A (1,5–7)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brief interventions and referral for smoking cessation Guidance and guidelines NICE [Internet]. [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/ph1 5. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 26];2(2). Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD00165.pub3/pdf/standard 6. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth Guidance and guidelines NICE [Internet]. [cited 2014 Dec 26]. Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/ph26 7. Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique référentiel [Internet]. [cited 2014 Dec 26]. Available from:

	<p>http://www.youscribe.com/catalogue/rapports-et-theses/sante-et-bien-etre/medecine/reperage-des-fumeurs-et-initiation-du-sevrage-tabagique-referentiel-2316619</p>
<p>Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (cf. critères de la CIM-10 ; notamment syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse. Grade A (8,9)</p>	<p>8. k_0199_assess_tobacco_dependence_htis-1-5.pdf [Internet]. [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://www.cadth.ca/media/pdf/k_0199_assess_tobacco_dependence_htis-1-5.pdf</p> <p>9. (Inserm) I national de la santé et de la recherche médicale. Tabac : Comprendre la dépendance pour agir [Internet]. Les éditions Inserm; 2004 [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/149</p>
<p>Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour dépister un usage problématique d'autres produits (co-addictions):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le questionnaire CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool • Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour l'usage problématique de cannabis. <p>Grade A (10–12)</p>	<p>10. Microsoft Word - Note CAST_vder - eisxsst9.pdf [Internet]. [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf</p> <p>11. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. <i>Addict Abingdon Engl.</i> 2012 Aug;107(8):1404–17.</p> <p>12. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. <i>Am J Psychiatry.</i> 1974 Oct;131(10):1121–3.</p>
<p>Il est recommandé de repérer les comorbidités psychiatriques, antérieures ou concomitantes à la consommation de tabac, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. Avis d'expert (13)</p>	<p>13. les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - 24.AfSSAPS_reco_de_bone_pratique.pdf [Internet]. [cited 2014 Dec 23]. Available from: https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/24.AfSSAPS_reco_de_bone_pratique.pdf</p>
<p>Tous les produits du tabac sont nocifs. Il n'est pas recommandé de proposer au patient de remplacer un type de tabac par un autre. Le tabagisme passif est nocif. Il est recommandé d'informer toutes les personnes sur les risques du tabagisme passif. Grade A (14,15)</p>	<p>14. Can smokers be helped to reduce harm by smoking fewer cigarettes or using different tobacco products - National Library of Medicine - PubMed Health [Internet]. [cited 2014 Dec 26]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0013338/</p> <p>15. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine</p>

	<p>[Internet]. [cited 2014 Dec 26]. Available from: http://cancercontrol.cancer.gov/brp/TCRB/monographs/13/m13_complete.pdf</p>
<p>La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, une thérapie cognitivo-comportementale et un traitement médicamenteux si nécessaire. Grade A (16) (17)</p>	<p>16. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2012;10:CD008286.</p> <p>17. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> [Internet]. 2005 [cited 2014 Dec 27];2. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub2/pdf/standard</p>
<p>Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l’envie de fumer et prévenir les rechutes. Les TNS sont le traitement médicamenteux de première intention. Grade A (18–20)</p>	<p>18. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2012;11:CD000146.</p> <p>19. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2013;5:CD009329.</p> <p>20. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. <i>Health Technol Assess Winch Engl.</i> 2002;6(16):1–245.</p>
<p>Il est recommandé d’ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l’existence de symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de sous-dosage : troubles de l’humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l’appétit ; fébrilité, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes • de surdosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie. <p>De combiner des formes orales aux patches. Grade A (18–20)</p>	<p>18. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2012;11:CD000146.</p> <p>19. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2013;5:CD009329.</p> <p>20. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. <i>Health Technol Assess Winch Engl.</i> 2002;6(16):1–245.</p>

<p>Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois Grade B</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans. Grade A</p> <p>Les femmes doivent être informées que l'utilisation médicalisée des traitements nicotiques de substitution durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer. Grade B (18–20)</p>	
<p>Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs. Ils sont bien tolérés chez ces patients et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme. Grade B (21)</p>	<p>21. Pharmacologic smoking cessation interventions for patients with cardiovascular conditions: a review of the safety and guidelines [Internet]. [cited 2014 Dec 29]. Available from: http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=32012000678#.VKEw6P8wLA</p>
<p>La stratégie de réduction de la consommation peut être utile chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter. Elle peut être considérée comme une étape possible vers l'objectif principal qui est l'arrêt de la consommation de tabac. Cette stratégie doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé. Si l'arrêt ne peut pas être obtenu, la réduction de la consommation par l'utilisation de TNS peut être maintenue aussi longtemps que nécessaire. L'utilisation des TNS sur une longue période (5 ans) a montré leur innocuité à long terme (jusqu'à 7,5 ans). Il est possible de continuer à fumer sous TNS Grade B (22)(23)</p>	<p>22. Murray RP, Connett JE, Zapawa LM. Does nicotine replacement therapy cause cancer? Evidence from the Lung Health Study. <i>Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.</i> 2009 Sep;11(9):1076–82.</p> <p>23. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2012;11:CD008033.</p>
<p>Il est recommandé de renforcer la motivation du patient à l'aide de l'entretien motivationnel. Des entretiens ou des consultations dédiées à l'arrêt du tabac sont à privilégier.</p>	<p>24. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang J-L. Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2010;(1):CD006936.</p>

<p>Grade B (24)</p>	
<p>Si un patient ne souhaite pas s'aider du contact direct d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers un soutien téléphonique. Il est recommandé d'informer le patient du fait que le soutien téléphonique est d'autant plus efficace que les rendez-vous téléphoniques sont nombreux et fréquents. Si un patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers des outils d'autosupport.</p> <p>Grade A (25)</p>	<p>25. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2005 [cited 2014 Dec 27];3(3). Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001118.pub2/pdf/standard</p>
<p>Au vu de leurs effets indésirables, le bupropion et la varénicline sont recommandés en seconde intention. Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects. Avis d'expert</p> <p>La Varénicline et le bupropion sont contre indiqués chez la femme enceinte, qui allaite, et chez les moins de 18 ans.</p> <p>Grade A (20,26)</p>	<p>20. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess Winch Engl. 2002;6(16):1-245.</p> <p>26. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(2):CD006103.</p>
<p>Il n'y a pas de contre-indication à utiliser les médecines complémentaires alternatives en plus des traitements recommandés. Il n'y a pas de raison objective de dissuader le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du recours à ces approches dans le cadre d'une démarche personnelle ; • d'utiliser ces approches en plus des traitements recommandés. <p>Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi. Dans le cas où le patient a recours à des approches dont le bénéfice n'est pas établi, l'accompagnement doit être maintenu afin d'être en mesure de lui proposer les</p>	<p>27. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD000009.</p>

<p>stratégies recommandées si nécessaire. Avis d'expert (27)</p>	
<p>Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants. Grade B (28)</p>	<p>28. RB0433-000 Smoking Cessation Follow Up.pdf [Internet]. [cited 2014 Dec 27]. Available from: http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/oct-2011/RB0433-000%20Smoking%20Cessation%20Follow%20Up.pdf</p>
<p>À l'heure actuelle, les cigarettes électroniques ne peuvent pas être préconisées dans le sevrage en raison de l'insuffisance de données sur leur efficacité et leur innocuité. Le groupe de travail souhaite que des études soient mises en place afin de répondre aux questions soulevées et de pouvoir se prononcer sur l'intérêt de ces dispositifs dans l'aide à l'arrêt du tabac. Dans cette attente, le soignant a un devoir d'information et se doit d'avertir les patients qui utilisent des cigarettes électroniques de la méconnaissance des risques associés à leur utilisation. Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés et fait le choix d'utiliser la cigarette électronique, on l'informerait du fait qu'elles ne sont pas un traitement actuellement validé, mais que, du fait des substances contenues dans les cigarettes électroniques par rapport à celles contenues dans le tabac, elles sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Dans ce cas, leur utilisation ne sera pas déconseillée mais on veillera à accompagner le patient dans une stratégie d'arrêt ou de réduction du tabac. Avis d'expert (29,30)</p>	<p>29. OFDT. Rapport d'expert sur l'e-cigarette [Internet]. [cited 2014 Dec 27]. Available from: http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=72485</p> <p>30. Cigarette électronique - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cited 2014 Dec 27]. Available from: http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cigarette-electronique-Point-d-information</p>
<p>La couverture complète de la prise en charge de l'arrêt de la consommation de tabac est recommandée pour tous les fumeurs. Le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique doit concerner les thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses recommandées, qui font l'objet d'une prescription par un professionnel de santé dans le cadre d'un suivi. Grade A (31)</p>	<p>31. Haute Autorité de Santé - Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficacité et prise en charge financière [Internet]. [cited 2014 Dec 31]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere</p>

<p>Il est recommandé que soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes• Tous les professionnels qui prennent en charge les femmes enceintes <p>Le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac. doivent être intégrés dans la formation initiale de tous les professionnels de santé.</p> <p>Il est recommandé d'intégrer le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac dans les programmes de développement professionnel continu.</p> <p>Il serait souhaitable que les professionnels soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel.</p> <p>La formation pour l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac doit avoir pour objectif de développer l'accompagnement psychologique du patient.</p> <p>Il est recommandé de réaliser des actions de formation sur les polyconsommations pour les différents professionnels, et particulièrement vis-à-vis des associations les plus fréquentes (tabac-alcool, tabac-cannabis, tabac-alcool-cannabis).</p> <p>Grade B (32)</p>	<p>32. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD000214.</p>

Annexe 2 : Questionnaire

Les médecins généralistes français et le sevrage tabagique

I. Données démographiques

1. Votre âge ?
2. Votre sexe ? Homme Femme
3. Année de votre thèse ?
4. Actuellement
 - a. Vous fumez
 - b. Vous avez arrêté
 - c. Vous n'avez jamais fumé
5. Selon vous :
 - a. Quel est l'âge moyen de votre patientèle ? (en années)
 - b. Quelle est la part masculine de votre patientèle ?
 - c. Quelle proportion de votre patientèle fume ?

II. Dans votre pratique

a) Dépistage

6. Quels patients questionnez-vous systématiquement sur leur statut tabagique?
(plusieurs réponses possibles)
 - a. Aucun
 - b. Les nouveaux patients
 - c. Quand il apparait une complication pouvant être liée au tabac
 - d. Quand le patient aborde lui-même le problème
 - e. Avant une intervention chirurgicale
 - f. Lors d'un examen médical systématique
 - g. Tous les patients systématiquement
7. La consommation de tabac est-elle inscrite systématiquement dans vos dossiers médicaux ? Oui Non

8. D'après vous, avant une intervention chirurgicale programmée, il est recommandé de proposer une aide au sevrage tabagique au moins

a. 2 semaines

b. 4 semaines

c. 6 semaines

d. 8 semaines

e. 10 semaines

Avant cette intervention

9. Questionnez-vous vos patients sur le statut tabagique de leurs entourages ?

Oui Non

b) Evaluation diagnostique

10. Évaluez-vous le niveau de dépendance à la nicotine par le test de Fagerström (en 2 ou 6 questions) chez les patients fumeurs en demande de sevrage ?

Oui Non

11. Recherchez-vous des critères de dépendance ignorés par ce test ?

Oui Non

12. **Si oui** lequel(s) ? (plusieurs réponses possibles)

a. Syndrome de sevrage

b. Perte de contrôle

c. Désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation

c) Prise en charge

D'après vous lors d'un sevrage tabagique:

13. Il est recommandé de renforcer la motivation du patient à l'aide d'un entretien motivationnel. Vrai Faux Je ne sais pas

14. On peut recommander au patient de remplacer un type de tabac par un autre (light, etc) moins nocif pour la santé Vrai Faux

15. La varénicline (Champix®) a montré une efficacité supérieure aux substituts nicotiques, il faut donc la prescrire en première intention Vrai Faux

16. Le bupropion (Zyban®) a montré une efficacité supérieure aux substituts nicotiques, il faut donc le prescrire en première intention Vrai Faux

17. Ces deux médicaments sont contre indiqués chez la femme enceinte ou qui allaite et chez les moins de 18 ans Vrai Faux

18. A quel pourcentage de patient chez qui vous prescrivez un traitement médicamenteux anti-tabac proposez-vous un accompagnement psychothérapeutique (qu'il soit réalisé par vous ou un autre professionnel de santé)?
19. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage et réduire l'envie de fumer Vrai Faux
20. Les traitements médicamenteux ne servent à rien dans la prévention des rechutes Vrai Faux
21. Les traitements nicotiniques substitutifs :
- a. Sont des traitements médicamenteux de seconde intention
Vrai Faux
 - b. En cas de palpitations, céphalées, insomnie, diarrhées, lipothymies, bouche « pâteuse », il est recommandé d'augmenter la dose
Vrai Faux
 - c. Il est recommandé de combiner les formes orales aux patchs
Vrai Faux
 - d. Il faut les utiliser sur une durée suffisamment prolongée, d'au moins 3 mois
Vrai Faux
 - e. Ils peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans
Vrai Faux
 - f. Il est plus nocif d'utiliser ces traitements pendant la grossesse que de continuer à fumer
Vrai Faux
 - g. Ils sont mal tolérés chez le patient coronarien fumeur
Vrai Faux
 - h. La persistance du tabagisme lors de l'emploi de substituts nicotiniques est dangereuse
Vrai Faux
22. Si un patient ne souhaite pas solliciter un professionnel de santé, il est conseillé de l'orienter vers un soutien téléphonique ou des outils d'auto support
Vrai Faux
23. Les médecines complémentaires alternatives (acupuncture, hypnose, etc.) n'ayant pas montré leur efficacité, il faut les déconseiller

Vrai Faux

24. Un suivi mensuel est suffisant pour le sevrage tabagique

Vrai Faux

25. Parlez-vous à vos patients du remboursement par la sécurité sociale à hauteur de 50€ par an (150€ pour les femmes enceintes et les jeunes de 20 à 30 ans) d'un traitement ayant pour objectif le sevrage tabagique ?

Oui Non Je ne le savais pas

26. Un patient fumeur vous indique utiliser la cigarette électronique pour diminuer sa consommation tabagique :

- Vous l'encouragez à poursuivre, la cigarette électronique fait maintenant partie des recommandations
- Vous lui proposez un traitement validé mais en cas de refus vous respectez son choix car l'utilisation de la cigarette électronique est vraisemblablement moins nocive que le tabac
- Vous l'en dissuadez totalement en lui indiquant que la cigarette électronique est probablement hautement cancérigène

27. Pratiquez-vous des consultations dédiées au sevrage tabagique lorsqu'un patient vous demande de l'aide pour arrêter de fumer ? Oui Non

AUTEUR : Nom : Plancque

Prénom : Augustin

Date de Soutenance : 28/09/2017

Titre de la Thèse : Etat des connaissances par les médecins généralistes français des recommandations sur le sevrage tabagique ayant un haut niveau de preuve scientifique

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale, addictologie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale, sevrage tabagique, recommandations

Résumé :

Contexte : Le tabac est le principal facteur de risque de cancer. Il représente également la première cause de mortalité cardio vasculaire évitable, réduit la fertilité, aggrave l'acné, accélère le vieillissement cutané et retarde la cicatrisation. Il a été démontré que le médecin généraliste était aussi efficace qu'un centre spécialisé sur le sevrage tabagique, à condition d'avoir des connaissances suffisantes.

Méthode : Un questionnaire a été élaboré à partir d'une lecture critique des dernières recommandations de grade A ou B sur le sevrage tabagique. Il a été soumis à 300 médecins généralistes tirés au sort par la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille qui a réalisé les analyses statistiques.

Résultats : L'adéquation entre les recommandations et les pratiques des MG est forte (plus de 80% de réponses conformes) en ce qui concerne l'intérêt de l'entretien motivationnel, du soutien téléphonique et des outils d'auto support, de prescrire les substituts nicotiques en première intention et leurs quasi absences de contre-indication, la reconnaissance des signes de sur et sous dosage, la nocivité identique des tabacs « light », les conditions de remboursement des traitements, le respect de l'utilisation des médecines complémentaires alternatives et de la cigarette électronique. Elle est faible (moins de 50% de bonnes réponses) pour le questionnement systématique de tous les patients sur le statut tabagique personnel et de l'entourage, l'importance du traitement dans la prévention des rechutes, du soutien psychologique et des consultations dédiées, la recherche d'autres critères de dépendance ignorés par le test de Fagertröm, la non nocivité du tabagisme combiné à l'emploi des substituts nicotiques.

Composition du Jury :

Président : Pr Cottencin Olivier

Assesseurs : Pr Lerouge Patrick, Dr Messaadi Nassir, Dr Millot Yannick