

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1026

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 4 mai 2017 par

Laurent MOHAMMED-CHERIF
Né le 22 décembre 1989

Etude expérimentale contrôlée évaluant l'impact de la technique de la balance décisionnelle sur la motivation des patients fumeurs peu à moyennement motivés à arrêter de fumer en consultation de médecine générale.

Directeur de thèse :

Dr HASSAINE Réda

Membres du jury :

Professeur Alain DIDIER.....Président
Docteur Bruno CHICOULAA.....Assesseur
Docteur Serge ANE.....Assesseur
Docteur Jean-Paul BOYES.....Assesseur
Docteur Réda HASSAINE.....Assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde- 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen O. CARRIE

P.U.-P.H.
Classe Exoeptionele et 1En classe

M. ADOUE Dan, o (C. E)	Médec:Wle IntErne.Gériatrie
M. AMARJaCXlues	Thérapeutique
M. ATIAL Mchel (C. E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie.transfu9on
M. BIRMES P h jppe	Ps)diatrie
M. BLANCHER Antoine	Invnunologie (option Biologique)
M. BON:NEVILLE Pat.J	Ollirurgie Orthopédique et Trat.matologie.
M. DOCCAVY J œttr-rOorro	CNurgOo Vo iro
M. BRASSA i David	Neurologie
M. BROUSSEY*'''''' (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Dkls (C. E)	Cardiologie
M. CEAP Hugues(C.E)	Biochimie
M. otAWEAU Dominique	NéplvologM>
M. otOLLET François (C. E)	Neurologie
M. CLANET '''''''' (C.E)	Newdog:e
M. DVHAN Ma'''''' (C. E)	Ollirurgie Thoracique etCardiaQUE
M. CEGUNE Olivier	OD4lino)ngologie
M. I:XJCOMMUNBernard	Cancfrologie
M. FERRIERES Jean M.	Epidémiciogie.Sanlé Publique
FOURCADE Cllilier	Anesthé9ologie
M. IZOPETJa X: ues(C. E)	Baclériolog.VIJOiogie
Mme LAMANT laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG many (C. E)	Biostatistiques et Infomatique Médica5e
M. LANGIN OomiriQU8	Nutrition
M. LAOUE Donnqne (C.E)	Médec:Wle IntEme
M. LIBLAU Roland (C. E)	ITWT'ltllologie
M. MALAUAUD Bernard	UrologM>
M. MANSAT Pierre	Ollirurgie Orthopédique
M. MARCHOUBruno	Mé:ladiesInfectieuses
M. MAZIERES J tJien	Pneumologie
M. MOUNIER	Epidémiciogie.Sanlé Publique
aurEWll	Pharmacologie
M. MONTASTRUC Jean-	Cancfrologie
duis(C. E) Mme MOVAL Bisabeth	Gériatrie
—NOURHASH-EMIFaEmOh	Pédiatrie
(C. E) M. OLIVES Jean-Pierre	Baclériolog.VIJOiogie
(C.E)	Neu<dog:e
M. OSWALD Eric	Bicl. DJ Dévelop. et de ta ReP1)d.
M. PARENTE J trimie	Da"matologie
M. PARNAUO Jean	Bq,hys;Que
M. PAUL Céwte	Biochimie
M. PAYOUX Pierre	Pharmacologie
M. PERRET Bertrand (C. E)	Hématologie
M. RASCOL OImo<	UrologM>
M. RECHER Ou stian	Phys<logM>
M. RISCHMANN Pascal (C. E)	Ollirurgie Infanti5e
M. RIVIERE DameI (C.E)	Pédiatrie
M. SALES DE GAUZV Jérôme	Radiciogie
M. SALLES Jeao-P&re	Biologie CeItJaR
M. SANS Nioolas	Médec:Wle Léga8
M. SERRE Guy(C. E)	Hépat Gastro-Entérologie
M. TELtON NotbM	
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	

P.U. · P.H.
2Eme classe

BEYN&RAUZV Odle	Médec:WleInteme
M. BROUCHET Laurent	OWurgie thoracique et card vasctJ
M. BUREAUOristqJhe	Hépat-Gastro-Enléro
M. CALVAS Patrick	Génétiqie OWurgie
M. CARRERE Nioolas	Généra:e Pédiatrie
CASPER Olark:lte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	ropcuttiquo, m6d,d'urgcneo,oddOet
Mmo CIA.RrCNTICR !:;e,rúM	Neurocadiologie
M. CaGNARD OIrisbçlle	Médec:Wle Phy:,iqie et Réadapt Fal'CL
M. DE BOISSEZON Xavier	Rhumatologie
M. FOURNI E Bernard	Ophta>nologie
M. FOURNI É PIEWTB	Utdogie
M. GAME Xavier	Anesthésiologie et réanimation
M. GEERAERTS Thomas	Rhumatologie
M. LAROCHE 4icllel	Anatomie
M. LAUWERS Frédéric	OWurgie Thoracique etCardiaque
M. LEBON Bertrand	OWurgie maxifaôa'e etstomaklogie
M. LOPEZ Raphael	Ot rhi lar)'lgc:logie
M. MARX Mathieu M.	Pédiatrie
MAS Enmanuel	Neurologie
M. OLIVOT Jeao.Marc	G)nécdogie Cbstétrique
M. PARANT CIMElf	Pharmacdogie
M. PATHAK Atul	Hémblogie
M. PAYRASTRE BEmard	Hépat-Gastro-Enlérdogie
M. PERON Jean Marie	OWurgie estive
M. PORTIER GuLaume	Cardiciogie
M. RONCALLI Jérôme	Bic:hi'Tie et biciogie moléoulaR
SAVAGNER Frédrique	Anatomie etcytologie pathologiques
SELVES Janid<	Neurocflirurgie
M. SOL Jean. QIrisbçlle	

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Sté ne

M. MESTHÉ Pierre

Médecine Générale

Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133 ,route de Narbonne.31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. JCARP, _we	Pécialrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
M ^{ne} ANDRIEU Santia	Ep:donidogi>
M. ARIET Pliippe (C.E)	Médecine Interne
U. ARNAI Jea1-Françis	Physiologie
""""BERRY Isabele (C.E)	BK>physique
M. BOUTAULT Franc!<	Oirurgie MaMie>Faciale et Stc:mabbgie
(C.E) M. BUIAN Lotés	Urologie And<dogi>
(C.E)	Médecine VaSOJaire
Mme BURA-RI VIERE Alessard" a	Hépat Ga&ro-Entéroklgie
M. BUSCALL L.ot.is	RhJmatcXlgî8
M. CANTAGREL Ala;n(C.E)	Encba"i" Dk.lgie
M. CARON Philippe (C.E)	Oirurgie Orthopédique et TramacXlgî8
M. CARON Riippe (C.E)	RhJmatcXlgî8
U. CONSTANTIN Arnaud	BK>physique
U. COURBCN Frédéric	t-5stdogie El1'Û)t0bgie
Ltne COURTADE SADI Moni e	ctirurgie Thoracique et CardiovasaJaire
M. DAMBRIN Carrile	Hémaldogie
M. DELABESSE Eric	Anatarie Paf1obgia
M ^{ne} CEUSLE Mar*Bernadette (C.E)	Canoé<ologe
M. DELCRD Jean-Pierre	Pneurd:)gMJ
M. DILLIER Alân (C.E)	Carciologie
U. B.BAZ Me)er	Carciologie
M. GALLINIER	Oirurgie Ca.rdio-Vasa.laire
M. CLOCK YYUS (C.E)	Encba"i" Dk.lgie
U. GOUROY Pierre	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GRANDALiin (C.E)	ctirurgie J:lastique
U. CEIDLLEAU RAOUX Jea1-Louis	Canoé<ologe
M ^{ne} GUIMBAUD Rosi"la	Endoarologie
""""HANAIRE Héléne (C.E)	Néptrologie
u. KAA Nassim	Nw<dogi>
M. LARRUE Vvloent	Hémaldogie
M. LAURENT Guy (C.E)	Biochimie
M. LEVADET-<y(C.E)	O,rufmdoge
M. MALECAZE Frant;ois (C.E)	Médecine Phys:ique et Réadaptation
M. MAROUÉ Phippe	Bactériologie V.ologie:Hygiène
M ^{ne} MARTY Nede	Mala:ies Infectieuses
M. MASSIP Patrie (C.E) M. Mit-	Anesthésicbgie RéanirT'latiJn
MIE\ Ww::ult M. RAYKAUD Jean-	Ps)djatrie Infafle
Philippe (C.E) M. RITZ Patii:k	Nutrition
M. ROCHE Herri (C.E)	Canoé<ologe
U. Ra.LAN:D Yws	Giriatie
M. ROUGE Dana (C.E)	Médecine Léga'e
M. ROUSSEAU HeM (C.E)	Radido9e
M. SAILLER laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Lau""I (C.E)	Ps)djatrie
U. SENARD Jean--Mic:hd	Phéwmacx:lgie
M. SERRANO Eie (C.E)	ot> gologe
U. SOULAT Jea Marc	Médecine du Travail
M. SOUUE Mich>l (C.E)	Urologie
M. SUC Bertra'ld	ctirurgie DigestiYe
""""TAUBER Marie-Thérit"" (C.E)	Pécialrie
M ^{ne} URO-OOSTE Enrmaruele	Anatarie Pathobgique
M. VAYSSIERE Christophe	Gl"eroog;e ct>sélrrique
M. VB.LAS Bnro (C.E)	Giriatie

P.U. - P.H.
2ème dalle

M. ACCA.OBLEO Franck	Oirurgie Irla"ltie
M. ARBUS Oris.Dche	Psydiatrie
M.BERRY Antc*le	Parasitologie
M. BONNEVIEUE Fab'ioe	RadKllogie
M. BOUNES \fncert	Médeoine<furgence
Mme BOURNET Ba.rbara	Gasto-entérologie
M. CHAUFOR Xavier	Oirurgie VasaJaire
M. CHAYNES Patrie*	Anatomie
M. DECRAMER Slé c:nt	Pè<iatie
M. DELOBB. Pierre	Maladies Inledieuses
Mme OUY UHANICK Bèatieo	Thérapa.Jtiqua
M. FRANCHITTO Nicotas	Ad<icl<*>ge
M. GAUNIER Phii Jpe	Oirurgie Irla"ltie
M. GARRIOO.STONHAS Ignacio	Oirurgie Plastq.Je
Mme GOMEZBROL.MET Iv.r.Mtsiel	Anatomie Pathdogiqua
M.HUYGHEECE	Urdogie
M.LAFFOSSE Je Michel	Oirurgie Orflopédieel Tra.matdogie
Mme LAPRIE Vne	Rédic:llhêr ie
M.LEGUEVACIUE P&re	Oirurgie Générâe el Gynécologiqua
M.MARCHEIX Bertrand	Oirurgie thoracique et cardiovasoula'ie
M. MAURY Jetwl-PhiJppe	Cardialge
Mme MAZEREEUN JtJette	Oermatdogie
M.MEYER Nic::das	Oermatdogie
M.MUSCARIFatrioe	Oirurgie Oigeslive
M. OTA!. Philippe	RadKllogie
M.ROUX Franck-Etrmai"LLel	Neuroctinxgie
Mme SOTO-A'ARTI NMaria-Eugénia	Gériatie et Oiorje dJvieillesement
M. TACK Ivan	Physidogie
M. VERGEZ Sébastien	artin.>lar'flgdogie
M. YSEBAERT loic	Hémablogie

Pr-Ofesseur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES Anjré

Professeur Associé en O.R.I
Pr 'NOISARD Vif9-rie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Anct	hTnurologia
be ARNAUD Caferlier	epdtrniobgïe
M. BIETH Etic	Génétiql.B
Mme BONGARDVooire	EPCErniobgïe
- —CASPAR BAUGULSytv;e	Nulritia'l
Mme CASSAN3Sophie	ParaME»gia
M. CAVAINAC Etienne	Oiïrut'9ealhopédique et ttaumatog;e
be WNCINA Dominique	/Jnastlésie-Réa.rination
M. CQIGY flic:das	hTnurologia
be WURBGIOw:isk'le	Rlarmac:ologie
Mme outASEOlristoe	Rlarmac:ologie
be deGLISEZENSKY Isab.	Rl)'Siologe
be CE MAS Vêl"ori	f.ünatciCJ9e
Mme CEIMAS Cafuvil8	Bac ! Vldogio Hygëno
M. DUBOIS Oarrien	Bac ! Vldogio Hygëno
M. OUFJI Philippe	Rl)'Siologe
M. FAGUER Stanislas	Né&.tatclç9e
be RIIAUX..Udith	Pa.asitaOog;o
M. GANTET Pierre	Biophysquo
be GENNERO Isabele	Biochimie
be GENOUX Amelise	Biochimie el biologie moléct.Jaire
M. HAMDJ Sabuane	Biochimie
be HITZEL .Anne	Biophysquo
M. IRIART Xavier	ParasitaOog;o et 
.....DNCA Nallilio	Bioloço -.laire
M. KJRZINS)4vain	Qiïrut'9egênfrelle
Mme LAPEYRE-MESTRE Mac-yse	Rlarmac:obgia
M. LAJRE'IT Camile	Pnatlmie Palhdf:9que
M. LHERMUSIER Thibaut	CadiaOog;o
Mme MONTASTIER Erriie	
M. MCHTOYA Richard	Rl)'Siologe
Mme MOREAU Marion	Rl)'Siologe
be t<>GUBRA M.L	Biolo9e Cd:t.Jaire
M. PIUARO Fabien	Rl)'Siologe
Mme PUSSANT Bénêd:te	hTnurologia
be RAYMCN>Stépha.rie	Bac ! Vldogio Hygëno
Mme SABOUROY Flédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bact Vldogio
M. SILVASIFONTES Stain	Réanirnaü:ln
M. SOLERVn:::ent	q.ntam>Joge
M. TAFANJJean-André	Biophysquo
M. TR8NER Emmanuel	hTnurologia
Mme TREMOWERESFbrenoe	Biolo9e dJ déveloJ.l)emerf
be VAYSSE Olatotm	Cancê"9"

M.C.U. -P.H

Mme ABRAVANELFbrenoe	Bac1éricAc:9e\lTdogia Hygëne
Mme BASSETCéire	Cybbgie Et lIistdc:9e
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématlogie
Mme CANTERO Ame-Véière	Eioc:tWnie
Mme CARFJIGNA Luooa	Péciatrie
Mme CASSa. Errmanuele	BicP1)'Si-
Mme CAUSSE B.izabeth	Eioc:tWnie
M. CHAPUT Benoit	OWurgie plastique Et des brûlâs
U. CHASSAING l'icolas	Génâtiqoe
Mme CLAVE DOO-	Bac1éricAc:9e\lTdogia
U. CIAVB.C)cl	Eidogie CeilUaire
Mme COLLI'ILaettia	Cyt>loge
Mme COLOMBAT M>gai	Anatomo el cytaOog;o pathologôquos
U. CORREJ _	Hématlogie
M. DE BONNECAZE Guilaure	Anatorrie
M. OEOUJT Fabrice	Médecine Légale
M. OELPLA Pia Ancté	Médecine Légale
M. OESPAS Fabie n	Rlarmaamg;o
M. EDOUARD Thanas	Péciatrie
Mme ESOU RU. Yolande	Médecine dJ trav J
Mme EVRARD Sdène	Histotog;o:errb-yologio et cytotog;o
Mme GALHIER Ame	Nlrition
Mme GARDETTE V.ginia	Epêlé<Ticlogio
U. GASOOavid	RlyâaOog;o
Mme GRARE Mil'on	Bilclêruogio \lTdoljo Hvljëno
Mme GUILBEAU-FRUGIER Cèine	Anatorrie Pathdogique Nlrition
Mme GUYONNET Sq:tlie	Médecine et santé aJ travai
M. HERN Fat:rioe	Eioc:tWnie
Mme INGUENEAU Cécio	EioPl)'SiCJ.IB et mèdeône nu:lèaire
M. IAIREZOivier	Eidogie du dével. ebe la re duction
M. IEANDRI Roger	Eioslatid: ue: et hiamatic:JJe médicale
M. EPAGE Benoit	Eioc:tWnie
Mme MAUPAS Franççise	Eidogie du dével. ebe la re duction
M. MEUSSET RogEW	Nwrotog;o
Mme NASR Nathaie	Nlrition
Mme PERIOUET Sighle	RlyâaOog;o
Mme PRAOAUOE FranQOise	Anatorrie el Oliru.lgie Génêrâe
M. RMAILHO Jacqoes	Anatorrie -Chïrut'9e a lhopédique
M. RONGERES Mid>el	Rlarmaamg;o
Mme SOMMET...rés	Rlyâotog;o
Mme VALLET Marien	Hématlogie
M. VERGEZ François	Enckx:::ri'ologia
Mme VEZZOSI tine	

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thimy

M.C. U. Médecine générale

M. BISMJJI'H Mic:::hlt ll	Médecine Génêce*
M. BISMJJI'H Serge	Médecine Génêce*
Mme ROUGE-BUGAT  rie-Ew	Médecine Génêce*
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Génêce*

Maltesde Conférences Asso:::iêsde MédccSle. Gên&*ale

Or ABITTEBOUL YSS	Or BOYER Pierre
Or ati OCl.JIAA Bruro	O. ANE So1g0
Or IRI DELAHAYE Motlko	Or BIREBENT Jordan
Or FREYENS Ame	

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Alain DIDIER

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour le travail que vous accomplissez qui nous permet d'avoir accès à une formation de qualité.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Aux juges du jury,

À Monsieur le Docteur Serge ANE,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication dans la formation des internes. Je tiens à saluer vos qualités de fin pédagogue. Soyez assuré de mon sincère respect.

À Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Votre implication, votre rigueur et votre partage dans l'enseignement de la médecine générale ont grandement accompagné notre formation. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

À Monsieur le Docteur Jean-Paul BOYES,

Vous avez accepté de juger mon travail, je vous remercie pour votre écoute et votre disponibilité. Je vous prie de croire à l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Réda HASSAINE,

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse. Tu m'as été d'une grande aide durant toute l'élaboration de ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta patience et ta bienfaisance. Merci pour tes remarques constructives et pertinentes. Sois assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Je tiens à remercier les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie durant mon internat

Merci aux maîtres de stage et médecins généralistes que j'ai rencontré tout au long de ma formation.

Merci à Dr Font Martial, Pr Andre Stillmunkes, Dr Razongles Pierre, Dr Descayrac Lionel, Dr Moilliet Frédéric, Dr Veyssières Patrick, Dr Lavielle Pierre, Dr Bendenoun Alain, Dr Fostier Pierrik, Dr Lise-Marie Latour, Dr Toulza Olivier, Dr Fontan Bernard.

Merci à l'équipe des urgences de Auch et l'équipe de gériatrie de Casselardit.

Merci pour votre accueil, votre encadrement pour vos remarques pertinentes pour le savoir que vous m'avait transmis.

Merci au Dr Dutheil Eric pour ses conseils et sa disponibilité.

Au DUMG, merci pour votre investissement et pour la qualité de la formation.

A ma famille

Vous connaissez ma pudeur Je vous remercie pour votre amour, votre soutien, votre douceur, votre bienveillance pour tout ça et plus encore merci.

Je dédie ma modeste thèse à mes parents pour leur patience, l'affection et l'amour qu'ils me donnent. Je vous remercie pour vos encouragements, votre générosité, votre aide, votre réconfort. Je ne pourrai jamais assez vous remercier.

Merci à ma sœur pour sa joie de vivre.

Merci à Fazia pour sa bienveillance à mon égard.

Merci à mes deux mamies, je vous remercie pour votre gentillesse.

Je remercie ma belle-famille pour leur bienfaisance et leur accueil.

Merci à ma femme et à Ismaël.

Merci à tous les membres de ma famille.

Et enfin merci à mes amis qui m'ont soutenue. Merci à Hicham et Saïd pour leur aide.

Table des matières

Lexique :	11
A) INTRODUCTION	12
1) Épidémiologie et conséquences du tabagisme	12
2) Actions de santé	13
3) Tabagisme et sevrage	15
a) La dépendance au tabac	15
b) Envie d'arrêter de fumer	16
c) Le facteur clé de réussite : l'accompagnement par son médecin traitant	17
d) obstacles rencontrés par les médecins :	17
e) les freins au sevrage rencontrés par les patients :	17
4) L'importance de la motivation	18
a) définition	18
b) Stades du changement (Prochaska et DiClemente, 1982)	18
c) Comment évaluer la motivation ?	20
5) Recommandations sur les aides au sevrage	21
a) Le conseil minimal et intervention brève	21
b) Les thérapeutiques médicamenteuses recommandées par l'AFSSAPS dans l'aide au sevrage tabagique sont :	23
c) Les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées par l'AFSSAPS dans l'aide au sevrage tabagique sont :	23
6) La balance décisionnelle (BD)	24
a) Technique de la balance décisionnelle : mise en balance avantages/inconvénients	24
b) littérature scientifique et balance décisionnelle	25
B) MATERIELS ET METHODE	28
1) Objectifs de l'étude :	28
2) Schéma de l'étude	28
3) Population	28
a) Population cible :	28
b) critères d'inclusion :	28
c) critères exclusion :	29
4) recrutement des patients	29
5) Groupe Intervention	30
6) Groupe Comparateur	31

7) Critères de jugement	32
8) Mesures	32
9) Analyse statistique	32
C) RESULTATS	33
D) DISCUSSION	38
1) Apports de l'étude.....	38
2) Limites de l'étude et Critique de la méthode	40
3) Applicabilité en médecine générale.....	41
E) CONCLUSION.....	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	43
ANNEXES	48
Annexe 1 :	48
Annexe 2 :	53
Annexe 3 :	54
Annexe 4 :	55
Annexe 5 :	56
Annexe 6 :	59
Résumé :	60

Lexique :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

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

CMU : Couverture Maladie Universelle

Q-MAT : Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac

HAS : Haute Autorité de Santé

AFSSPAS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

TSN : Traitement par Substitution Nicotinique

BD : Balance Décisionnelle

BDOP : Balance Décisionnelle Open-ended Pondérée

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

PA : Paquet-Année

QAA : Questionnaire Auto-administré

EVA : Echelle Visuelle Analogique

vs : versus

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

A) INTRODUCTION

Le tabagisme demeure un fléau inégalé de santé publique qui tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie. Il est aujourd'hui le premier facteur de morbi-mortalité en Europe (1). La promotion du sevrage tabagique est depuis longtemps un enjeu majeur de santé publique en France. Un budget de 1,5 milliard d'euros est prévu dans le 3^{ème} plan cancer pour la période de 2014 à 2019 (2). Les complications commencent à apparaître 20 à 30 ans après le début du tabagisme. Le tabagisme est aujourd'hui considéré comme une maladie chronique, caractérisée par une évolution longue, émaillée de rechutes. Cette maladie nécessite souvent une prise en charge sur le long terme, à la fois pharmacologique et psychologique. (3)

Chaque professionnel de santé se doit de repérer les fumeurs pour les sensibiliser à l'arrêt du tabac, en leur délivrant un conseil minimal. Cette action a un impact significatif mais limité sur les patients fumeurs (4). Les résultats sont insuffisants et le travail de promotion des aides au sevrage reste important. Une des actions pour améliorer ces résultats serait de renforcer la motivation des patients fumeurs pour anticiper leur sevrage.

1) Épidémiologie et conséquences du tabagisme

Durant le XX^e siècle, le tabac a causé 100 millions de morts dans le monde entier et ce nombre risque de s'élever à 1 milliard pour le XXI^e siècle si rien ne change (5). Comme le rappelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, avec environ 73 000 décès chaque année, en France (6)

La France compte 15 millions de fumeurs. Un tiers des personnes de 15 à 75 ans (34 %) fume, ne serait-ce que de temps en temps. Entre 18 et 34 ans, près d'une personne sur deux fume. La prévalence tabagique passe de 9 % pour les 12-14 ans à 23 % pour les 15-19 ans et atteint un maximum de 42 % chez les 26-34 ans. (5)

La prévalence tabagique et les ventes de tabacs manufacturés ont baissé jusqu'en 2004, du fait notamment des importantes hausses de prix qui ont eu lieu entre 2002 et 2004. Parmi les 15-75 ans, après la hausse de la prévalence du tabagisme observée entre 2005 (31,4 %) et 2010 (33,7 %), la tendance apparaît stable entre 2010 et 2014. En revanche, la proportion de fumeurs réguliers est en légère baisse entre 2010 (29,1 %) et 2014 (28,2 %), alors que la proportion d'ex-fumeurs est en hausse (de 29,2 % à

31,0 %). (5)

Les femmes sont actuellement moins touchées que les hommes car celles qui ont 70 ans aujourd'hui sont peu nombreuses à avoir fumé. En revanche, le nombre de décès féminins par cancer du poumon devrait augmenter dans les années à venir. En 2025, il devrait égaler le nombre de décès par cancer du sein (7,8).

La HAS publie en 2007 : le fumeur qui continue sa consommation jusqu'à la fin de sa vie a 16% de chances d'avoir un cancer bronchique. S'il arrête à 60 ans, ce risque tombe à 9%, s'il arrête à 50 ans, le risque descend encore à 6%, et à 2% seulement s'il arrête à 40 ans, ce qui revient au risque de la population des non-fumeurs.

Les bénéfices du sevrage s'expriment également à des âges plus tardifs : en France le gain d'espérance de vie est en moyenne de 2 ans pour les patients (hommes et femmes confondues) qui arrêtent de fumer à 65 ans.

Une revue de la littérature parue en 2000, couvrant près de 40 années d'études, permet de dire que **l'arrêt du tabac après un infarctus du myocarde diminue de façon significative la mortalité** (9). Il en est de même pour la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Une étude prospective Finlandaise réalisée sur 30 ans a permis de trouver qu'à tous les stades de BPCO, chez des hommes de 40 à 59 ans, le sevrage tabagique permet de diminuer la mortalité de cette population précise, en ce qui concerne toutes les causes de décès, respiratoires ou non (10)

De ceci, nous pouvons conclure que l'arrêt du tabac se doit d'être le plus précoce possible dans la vie du fumeur, même s'il est utile à tout âge et en présence de pathologie déjà constituées.

La lutte contre le tabagisme est affichée comme un enjeu majeur en santé publique, une des priorités du gouvernement, avec la meilleure efficacité de toutes les actions possibles en santé.

2) Actions de santé

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976 (11), et de façon plus soutenue depuis la loi Evin du 10 janvier 1991 (12), de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des succès notables pendant quelques années, renforcée encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs (13).

L'augmentation des prix est considérée par les organisations internationales (Banque mondiale, OMS) comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme (14). Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a rappelé dans sa publication sur les méthodes d'évaluation des politiques de contrôle du tabac qu'une augmentation de 10 % des taxes et du prix des produits du tabac réduit la consommation de tabac entre 2,5 et 5 %. L'influence de cette hausse des taxes est plus forte chez les jeunes (15).

Le prix du paquet le plus vendu est ainsi passé de 3,60 euros à 5 euros en 2 ans (entre 2002 et 2004), mais il n'a été augmenté que de 90 centimes de 2004 à 2010, en 2016 le prix du paquet varie de 6,5€ à 7,3€.

Les mesures de lutte contre le tabagisme doivent être renforcées pour faire reculer le principal facteur de risque de cancers et tendre vers l'objectif de 20 % de prévalence fixé par l'OMS. Cet objectif est repris dans le cadre du plan cancer (2) lancé le 4 février 2014 par le président de la République.

Ce **3^{ème} plan cancer** (2014-2019) veut renforcer ces objectifs pour les années à venir. Il lance le **Programme national de réduction du tabagisme** qui a pour objectif une réduction d'un tiers de la prévalence du tabagisme quotidien dans la population adulte. **L'objectif est de passer sous la barre des 20% de fumeurs dans les 10 prochaines années.**

Les 4 grands principes du Plan sont :

- dissuader l'entrée dans le tabagisme,
- faciliter son arrêt, mener une politique des prix cohérente avec l'objectif de santé publique et associer les buralistes à cette démarche (2).

Une mesure concrète est la mise en place d'une **augmentation du montant de la prise en charge du forfait de sevrage de 150 euros pour tous les fumeurs qui souhaitent arrêter le tabac, à partir du 1^{er} novembre 2016**. Par ailleurs il est prévu d'instaurer un numéro unique pour orienter les patients fumeurs vers le professionnel le plus proche et ainsi établir rapidement un programme personnalisé d'arrêt du tabac. Des campagnes d'information et de prévention sur le tabagisme sont organisées par l'INPES de façon régulière, en mobilisant tous les canaux de diffusion (télé, radio, presse et internet).

Ainsi, il existe toujours le **dispositif d'aide à distance** constitué de la [ligne Tabac Info Service](#) (39 89), ligne d'accompagnement et d'aide à l'arrêt offrant la possibilité d'un suivi par des tabacologues. Ils délivrent des conseils personnalisés, orientent vers des structures locales de sevrage ou encore, accompagnent les démarches d'arrêt via un ou plusieurs entretiens téléphoniques. Ce sont également développées les applications smartphone notamment « Tabac info service, l'appli ».

Il existe également un **dispositif de consultations anti-tabac** : tous les départements français disposent depuis 2004 d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Ces consultations s'adressent avant tout aux fumeurs les plus dépendants, notamment à ceux qui souffrent déjà de maladies provoquées par le tabac ou de comorbidités psychiatriques.

Le nombre de **centres de consultations de tabacologie** a augmenté de plus de 70 % entre 2003 et 2008. Il s'agit donc, d'un côté, d'augmenter les obstacles au tabagisme par des lois et des taxes sur les cigarettes afin de dissuader le consommateur (11,12,16). D'un autre côté il s'agit de favoriser la santé en finançant diverses actions de prévention, et en mettant en place des aides efficaces à l'arrêt du tabagisme (17).

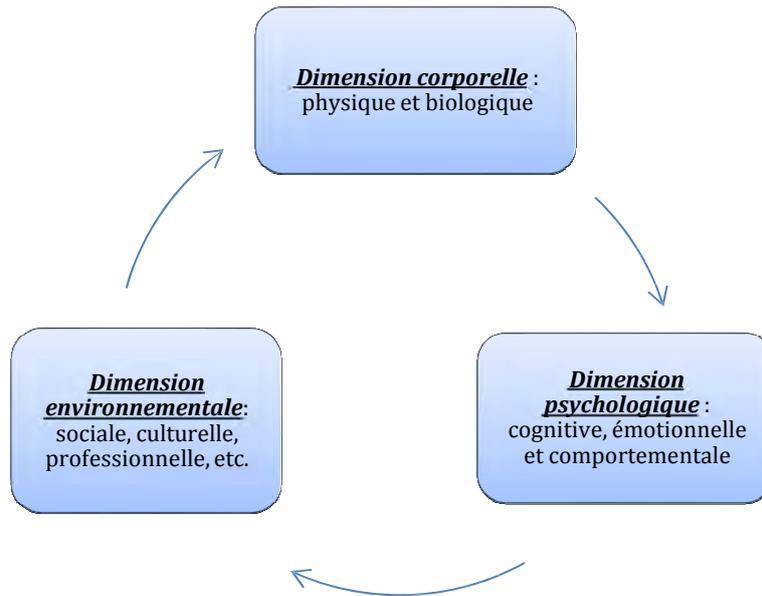
3) Tabagisme et sevrage

a) La dépendance au tabac

Le comportement tabagique est le plus souvent sous-tendu par une dépendance très forte dont **la nicotine** est le principal responsable, qui s'appuie sur des **composantes pharmacologiques** (les effets psycho-actifs positifs de la nicotine sont ceux qui apparaissent les plus importants aux yeux des nouveaux fumeurs : effet hédonique, anti-stress, psycho-stimulateur, antidépresseur, anorexigène), **comportementales** (habitudes, autonomisation : cigarette-café), **psychologiques** (cigarette-médicament, fausses croyances : la cigarette ça me calme), **environnementales et génétiques**.(18)

Parmi les explications neuropharmacologiques, on note principalement l'influence de la nicotine sur **le système corticomésolimbique**.

La nicotine est alors absorbée au niveau pulmonaire et rejoint le cerveau en 7 à 20 secondes, cet effet shoot crée et entretient la dépendance.



Le syndrome de sevrage est particulièrement présent chez les grands fumeurs (30- 40 cigarettes par jour), qui fument leur première cigarette juste dès le réveil (signes de forte dépendance physique). Les signes classiques du syndrome de sevrage débutent entre 2h et 48h après la dernière prise et sont les suivants: irritabilité et nervosité ; difficultés de concentration ; angoisse ; faim et prise de poids ; troubles du sommeil et fatigue ; désir impérieux de fumer « **craving** » durant quelques minutes. Les symptômes atteignent leur plus haute intensité pendant la première semaine d'abstinence et **s'estompent les 2 à 4 semaines qui suivent**. La prise de poids (généralement comprise entre 1 et 3 kg) peut durer jusqu'à six mois. (19)

L'apparition d'un craving, renforcée par des stimuli environnementaux et des symptômes de sevrage, rend l'arrêt souvent difficile et les rechutes fréquentes. **La dépendance au tabac peut être évaluée par le test de Fagerström.** (20)

b) Envie d'arrêter de fumer

Parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 59,5 % déclarent avoir envie d'arrêter de fumer : 10,6 % déclarent avoir le projet d'arrêter de fumer dans le mois à venir, 16,7% dans les six prochains mois, 5,3% dans les douze prochains mois et 26,5 % dans un avenir non déterminé. L'envie d'arrêter de fumer n'est pas associée de manière significative au nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Les motifs d'arrêt parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans qui ont arrêté de fumer depuis moins de cinq ans, **75,2% déclarent que la préservation de leur santé**

est l'une des deux principales raisons qui les ont poussés à arrêter. Les autres raisons invoquées sont ensuite **l'entourage** (la prise de conscience des risques du tabagisme passif ou la demande de l'entourage) **pour 45,4 %** d'entre eux, le prix du tabac (25,1 %), la grossesse ou une naissance (22,4% des femmes et 3,4% des hommes) puis la lassitude du tabac (10,8%). (5)

c) Le facteur clé de réussite : l'accompagnement par son médecin traitant

L'accompagnement par un professionnel de santé est un des facteurs clés pour arrêter de fumer. En revanche, **sans accompagnement, 95 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter de manière durable** malgré que 30 à 40 % d'entre eux essayent chaque année. Les rechutes ont lieu le plus souvent dans les 8 premiers jours d'abstinences. Le taux des sevrages réussis augmente d'un facteur 3 à 5, si les fumeurs sont assistés par un professionnel de santé. (5)

Parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans qui ont le projet d'arrêter de fumer dans les douze prochains mois, 37,4 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter avec l'aide d'un médecin (62,6 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter seuls). (5)

Cet accompagnement peut être effectué par son médecin traitant dans le cadre de consultations dédiées destinées à apporter un soutien psychologique et à renforcer la motivation du fumeur.

d) obstacles rencontrés par les médecins :

Le baromètre santé 2014 de l'INPES met en évidence les données suivantes (5):

- o **Le manque de motivation du patient est l'obstacle majoritairement rencontré (76 % des enquêtés).**

- o 51 % des enquêtés estiment manquer de temps souvent ou de temps en temps.

- o 46 % des médecins interrogés ont le sentiment de ne pas être suffisamment formés et outillés pour aider leur patient à arrêter de fumer.

- o Le manque de motivation du médecin et le manque d'équipe de soutien, d'équipes spécialisées ont été évoqués à quelques reprises également dans l'enquête.

En revanche, **72 % des médecins généralistes interrogés souhaitent recevoir des outils**, Les médecins généralistes sont donc globalement en demande par rapport à la problématique de l'aide à l'arrêt du tabagisme. (5)

Au vu de ces résultats l'accès et l'utilisation d'outils fiables en médecine générale pour la prise en charge du sevrage tabagique est un besoin pour la pratique du médecin traitant.

e) les freins au sevrage rencontrés par les patients :

Les principaux obstacles rencontrés sont la forte dépendance au tabac, la peur du manque, la peur de l'échec, la faible confiance dans ses chances de réussite, la peur de grossir, les co-addictions et les pathologies psychiatriques notamment anxio-dépressives. Aussi, les fumeurs ont tendance à se raccrocher à des croyances personnelles sur leur santé, plus de 80% d'entre eux pensent être protégés par des facteurs personnels, tels que les antécédents familiaux, une activité physique régulière ou certain mode de consommation.

Bien que les fumeurs pensent dans leur majorité qu'arrêter de fumer réduit les risques pour la santé, cette réduction est perçue comme moins importante que celle perçue par les ex- et non-fumeurs. Les fumeurs sont en effet deux fois moins nombreux à estimer que les bénéfices à l'arrêt sont élevés et perçoivent même plus souvent que les non-fumeurs un préjudice pour la santé en cas d'arrêt. (21)

4) L'importance de la motivation

La motivation étant un élément clé de la réussite du sevrage, son évaluation est indispensable et des stratégies pour la faire fructifier semblent nécessaires.

L'augmentation de la motivation et de la confiance en soi sont 2 facteurs grandement influents sur le changement de comportement. La motivation du fumeur est un élément déterminant pour démarrer un sevrage et le maintenir.

a) définition

La motivation est définie comme « la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement ». (Conseil des études philosophiques des États-Unis).

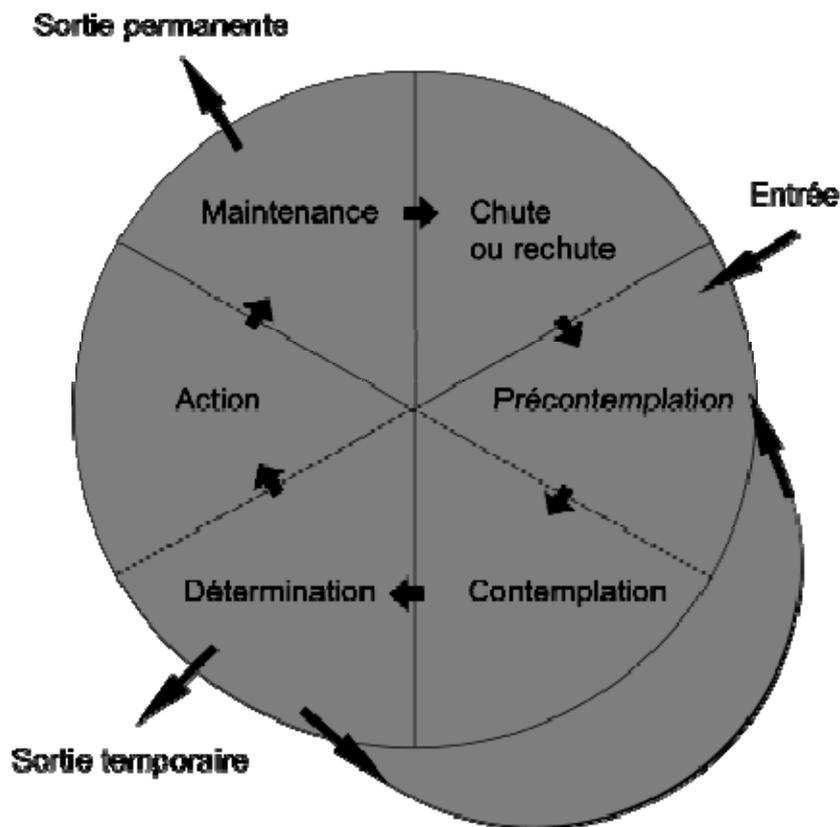
La motivation intervient à différentes étapes distinctes d'une démarche du changement : adhésion, engagement et poursuite. Elle constitue un élément clé de tout processus de changement d'un individu, et varie à la fois en nature et en intensité tout au long du changement. Les facteurs influençant la motivation d'un fumeur à l'arrêt sont très variables selon le stade du processus de changement où il se trouve.

b) Stades du changement (Prochaska et DiClemente, 1982)

Le modèle transthéorique est une théorie de changement comportemental basée sur les

étapes (22,23). Pour ces auteurs, le stade de changement est le laps de temps et l'ensemble des activités requises pour accéder au stade suivant.

C'est donc un état dynamique, fluctuant et multidimensionnel. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer. Et comme il peut être influencé par des facteurs internes et externes c'est un outil intéressant pour les interventions en tabacologie. (24)



Description (22)

Pré-contemplation (Pré-contemplation)

Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices. Ce stade se caractérise par l'absence d'intention de changer de comportement dans les 6 mois suivants, puisque le sujet n'est pas conscient du danger, ou préfère l'ignorer.

Contemplation ou stade de réflexion ou intention

À ce stade commence à se manifester **l'ambivalence**. Le patient envisage un changement de comportement dans les 6 mois qui viennent mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de **balance décisionnelle**, qui

amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel. A ce stade les avantages et inconvénients de la consommation à risque semblent égaux pour le patient.

Le patient passe ensuite dans une période où il est décidé à faire des changements. Cette phase est très labile et difficile à déterminer ; c'est la phase de « décision ».

Préparation/détermination

À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche (dans les 30 jours); il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps. Les aspects négatifs commencent à prendre le dessus dans son esprit et il commence de petites actions comme réduire sa consommation, il fait des micro-tentatives, il se teste.

Action

La personne a arrêté sa consommation depuis moins de 6 mois. Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.

Maintien

L'évitement du comportement à risque est maintenu pendant plus de 6 mois.

À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

Rechute

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus.

Sortie permanente

Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

Dans ce modèle, **la rechute est la règle** plutôt que l'exception. Lors d'une rechute, le patient repasse le plus souvent par la phase de préparation ou celle de considération. Les chances de réussite augmentent avec la répétition des tentatives de sevrage. A chaque transition entre les stades motivationnels de changement on constate une augmentation de la perception des bénéfices du changement et une diminution de la perception des

inconvénients du changement. (3)

c) Comment évaluer la motivation ?

La HAS recommande d'adapter son attitude médicale au degré de motivation du patient selon le modèle de changement de Prochaska et DiClemente (2)

Or il n'y a pas de preuve que le modèle des stades du changement soit plus efficace que n'importe quelle autre approche. (25)

De plus, il existe une méthode quantitative qui consiste à évaluer la motivation du patient par le **Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac (Q-Mat)** (annexe 2). Le Q-Mat est une échelle validée pour évaluer la motivation des patients à arrêter de fumer (26)

Dansou et al. en 2012 proposent une interprétation du score (27):

- **Score < 6 Motivation insuffisante**
- **Score de 7 à 12 Motivation moyenne**
- **Score > 13 Bonne ou très bonne motivation**

5) Recommandations sur les aides au sevrage

Le sevrage tabagique a pour objectifs de réduire les risques sur la santé et si la maladie est déjà présente, d'améliorer le pronostic et la qualité de vie (28).

a) Le conseil minimal et intervention brève

Dans l'idéal et selon les recommandations, le soignant doit initier la discussion et sensibiliser le fumeur à l'aide d'un conseil minimal et/ou d'une intervention brève adaptée au stade de changement.

Dépister les fumeurs et leur proposer de l'aide au sevrage est un des rôles de l'omnipraticien. Le conseil minimal est un outil adapté pour cette mission. Il consiste à poser deux questions :

- fumez-vous ?
- si oui souhaitez-vous arrêter de fumer ?

Il peut être associé à la remise d'un document d'information validé.

Les interventions brèves consistent en une à quelques sessions de 10 à 15 minutes. Pendant ces interventions, le praticien fait le point avec le patient sur sa dépendance tabagique et essaye de déterminer la volonté au changement de celui-ci. À partir de ces éléments, l'intervenant peut apporter des informations au patient et lui proposer une

stratégie de changement. Elle est également associée à la remise d'un document d'information.

L'intervention brève aboutit dans la littérature à un taux d'arrêt supplémentaire de 4 % par rapport aux groupes contrôle, ce qui veut dire qu'il faut réaliser une intervention brève chez 25 fumeurs pour obtenir un arrêt supplémentaire à 1 an sans rechute. Cette intervention a un rapport coût/efficacité très intéressant.

Le simple fait de sensibiliser les fumeurs aux problèmes du tabac provoque environ 2 % de baisse du tabagisme dans la population sensibilisée (4,28).

Si chaque médecin généraliste pratiquait ce conseil minimal, il y aurait 200 000 arrêts soutenus (6 mois) par an en France. L'efficacité serait plus grande que l'ensemble des consultations d'aide au sevrage tabagique.

L'intérêt systématique que porte le médecin au tabagisme de ses patients renforce chez eux l'idée qu'il s'agit d'un problème de santé important qu'il ne faut pas sous-estimer. L'efficacité du conseil minimal passe par **l'induction de l'évolution de la motivation** (29).

Tous les individus qui viennent en consultation ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes et les interventions qui seront proposées doivent être adaptées.

La prise en charge du fumeur motivé à l'arrêt du tabac repose sur une évaluation clinique initiale permettant de :

- déterminer le degré de dépendance à la nicotine (par exemple avec le test de Fagerström)
- repérer des comorbidités psychiatriques comme les troubles anxio-dépressifs
- dépister des co-addictions (alcool, cannabis, jeux....)

Un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours. Du fait de sa proximité et du suivi des patients qu'il assure par ailleurs, le médecin traitant est le mieux placé pour ce suivi.

Plusieurs recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) viennent guider les professionnels pour le choix des meilleures stratégies dans l'aide à l'arrêt du tabac, depuis les années 2000 (30,31).

L'HAS propose une recommandation de bonne pratique pour la prise en charge de l'arrêt de la consommation de tabac publiée en octobre 2014.

b) Les thérapies médicamenteuses recommandées par l'AFSSAPS dans

l'aide au sevrage tabagique sont :

- Les substituts nicotiques, quelle que soit leur forme galénique
- Le bupropion LP (Zyban®)

Selon l'AFSSAPS, les Traitements de Substitution Nicotiques (TSN) sont les thérapies les mieux évaluées et présentent un rapport bénéfice/risque particulièrement élevé.

On retrouve les mêmes conclusions dans la littérature (31,32).

- L'efficacité de la varénicline (Champix®) dans l'aide au sevrage tabagique a également été démontrée (32,33), mais elle est utilisée en 2^{ème} voire 3^{ème} intention du fait de ses effets indésirables.

c) Les thérapies non médicamenteuses recommandées par l'AFSSAPS

dans l'aide au sevrage tabagique sont :

- Les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) proposées sous la forme de consultations individuelles ou de groupe,
- Le conseil individuel des différents professionnels de santé

Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation, mais également au cours du suivi afin de soutenir la motivation (34,35). Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge doit s'orienter autour de la prévention des rechutes (16).

Dans les recommandations actuelles, **l'entretien motivationnel**, proposé pour la première fois par W. Miller et S. Rollnick en 1983, peut apporter une aide décisive dans la préparation au sevrage tabagique (24). Il s'agit d'avoir une attitude plus active dans l'incitation l'accompagnement et la démarche de sevrage. Cette méthode relationnelle s'adresse en priorité aux patients au moins au stade d'intention.

Aussi la HAS préconise au stade de contemplation (ou intention) d'aider le patient à explorer **son ambivalence**, évoquer ses craintes et les bénéfices d'un arrêt et évaluer sa confiance dans sa capacité à arrêter le tabac (sentiment d'efficacité personnelle) (3);

L'ambivalence est la tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet (amour et haine, joie et tristesse, etc).

Face à tout changement dans la vie d'un sujet, l'ambivalence est un phénomène normal, fréquent, voire nécessaire au processus de décision. Dans la clinique, en particulier dans celle des addictions, le travail avec le patient sur l'exploration de son ambivalence et la possibilité de la résoudre plutôt que d'y rester « englué » est primordial.

Une des méthodes pour explorer cette ambivalence est la Balance décisionnelle.

6) La balance décisionnelle (BD)

Janis et Mann (1977) ont été les premiers à décrire un modèle de prise de décision en utilisant l'image d'une balance. D'un côté de la balance pèsent les éléments favorisant le statu-quo et de l'autre les éléments favorisant le changement. De chaque côté de la balance, chaque élément de l'alternative possède des avantages et des inconvénients. Il existe en effet des avantages et un prix à payer à maintenir ou modifier un comportement.

La " balance décisionnelle " est un outil intéressant et utile pour donner aux personnes aidées (et évidemment aux thérapeutes) une image complète de la situation.

a) Technique de la balance décisionnelle : mise en balance avantages/inconvénients

L'étape décisionnelle repose sur la balance entre les bénéfices et les inconvénients à fumer, et, ceux de cesser ce comportement. Au stade de contemplation et pré-contemplation, l'ambivalence est augmentée en utilisant cette technique. (36)

La méthode consiste à ce que le patient énumère les avantages et les inconvénients de continuer son addiction, puis les avantages et inconvénients d'arrêter. Il évalue ensuite, sur une échelle de 0 à 100, l'importance de ses arguments.

Initialement les avantages pour continuer à fumer sont plus importants que les inconvénients. En analysant les avantages à arrêter, on change de perspectives et la motivation peut augmenter. En effet le patient devient conscient du conflit entre son comportement actuel et son objectif, il peut ainsi travailler à travers cette prise de conscience de l'ambivalence induite par la technique. (36,37)

Lorsque les avantages à continuer sont plus importants, l'arrêt sera difficile mais possible, les avantages du comportement fumeur vont représenter les freins au cours du sevrage. Par contre, lorsque les inconvénients à continuer se renforcent, l'arrêt définitif se rapproche. Le cheminement vers la décision d'arrêt va se poursuivre jusqu'à ce que la balance penche du côté positif du sevrage. (37)

b) littérature scientifique et balance décisionnelle

Depuis les années 2000, les cliniciens ont employé la BD lors d'intervention brève comme un des exercices pour augmenter la motivation au changement (38, 39, 40)

Plusieurs études sur la technique de la balance décisionnelle ont montré que les patients au stade de pré-contemplation donner plus de poids aux avantages à fumer par rapport aux inconvénients, alors qu'au stade de contemplation la balance s'équilibrait mais les inconvénients étaient inférieurs aux avantages de continuer à fumer. Puis lorsque le patient passe à l'action en stoppant sa consommation le poids des inconvénients étaient supérieurs aux avantages. (41,42,43)

Dans le domaine de l'alcoologie plusieurs études se sont intéressées à la BD :

Une étude aux Etats-unis de 2006 chez 47 étudiants en Université gros buveurs de sexe masculin a évalué la BD comme une intervention unique. A un mois de suivi les résultats montraient qu'il y avait une augmentation significative de leur motivation pour diminuer leur consommation de boissons alcoolisées dans le mois (pré-intervention 2,30/10 vs à 1 mois 6,19/10 $p < 0,05$ sur une EVA motivationnelle). De plus il y avait une diminution de la consommation de verre par mois (103,70 verres/mois en pré-intervention vs 33,09 verres/mois à 1 mois $p < 0,05$), du nombre de jour où ils prendraient des boissons alcoolisées (14,08 en pré-intervention vs 7,40 à 1 mois $p < 0,05$) et du nombre moyen de verres par occasion (7,06 en pré-intervention vs 4,45 à 1 mois $p < 0,001$). (44)

Une autre étude américaine en 2009 chez 143 étudiants en université avec une importante consommation de boissons alcoolisées ayant bénéficié d'une intervention brève comprenant la balance décisionnelle open-ended (c.a.d réponse ouverte, en effet la littérature sur la BD suggère que l'utilisation des réponses ouvertes est préférable à l'emploi de propositions prédéfinies par les enquêteurs) et pondérée (DBOP) montrait que cette dernière pouvait être un outil de mesure de la motivation au changement car elle montrait que plus le score de la balance était élevée en penchant vers les POUR plus il y avait de probabilité que le patient diminue sa consommation de boisson par semaine (diminution de 5 verres) et sa fréquence de consommation par semaine (diminution d'un jour dans la semaine) à 6 mois comparé à ceux ayant une balance penchant vers les CONTRE. (45)

Une **étude Américaine en 2015** a évalué l'impact sur la consommation d'alcool de la

balance décisionnelle avec réponses ouvertes et pondérée en tant qu'intervention unique chez 162 étudiants ayant une forte consommation de boissons alcoolisées, qui montrait une réduction de 13% de la fréquence de la consommation d'alcool sur une semaine ($p < .05$) ainsi qu'une réduction de 15% du nombre de boisson consommées sur une semaine ($p < .05$) chez les patients ayant bénéficié de la technique de la BD comparé à un groupe contrôle (46).

En tabacologie une étude Allemande de 2010 a évalué la BD pondérée pour représenter la motivation au changement parmi 191 fumeurs ayant bénéficié d'un traitement pour arrêter de fumer de 6 semaines (comprenant une TCC 2h/ semaine et une supplémentation nicotinique). Cette étude a montré que la balance décisionnelle pondérée (réalisée en pré-intervention puis post-intervention à 6 semaines) pouvait refléter correctement le niveau de motivation des patients à arrêter de fumer jusqu'à 12 mois : les patients qui présentaient une augmentation du score de la BD au cours de l'intervention avaient une augmentation de 50% de la probabilité d'avoir au moins 7 jours d'abstinence et un sevrage continue au cours des 12 mois de suivi par rapport à ceux qui avait une diminution du score de la BD.

Également pour les participants qui présentaient une augmentation de la BD, la probabilité de faire une rechute était environ 50% moindre que ceux ayant une BD stable ou en diminution, avec respectivement une moyenne de 303 jours pour la première rechute par rapport à 75 jours.

Donc cette étude montrait la BDP pouvait refléter la motivation au changement au cours du temps chez les fumeurs ayant bénéficié d'un traitement pour stopper leur intoxication. (47)

En France, dans une étude récente de 2012, J. Roux (48) proposait de fournir aux médecins généralistes un outil pour renforcer la motivation. Il s'agissait de mettre à leur disposition un questionnaire auto-administré (QAA) remis au patient fumeur au décours d'un conseil minimal pour renforcer leur motivation à arrêter de fumer. C'était une étude prospective qualitative non contrôlée et non randomisée ayant inclus 182 patients dont le but était d'étudier la faisabilité et l'acceptabilité de cette démarche. Le QAA comprenait entre autre une balance décisionnelle avec des choix prédéfinis et 2 échelles visuelles analogiques de 0 à 10 évaluant la confiance et l'importance des patients à arrêter de fumer. Les conclusions de l'étude montrent que la démarche a bien été acceptée par les médecins investigateurs participant, mais aussi par les patients. A 3 mois il n'y avait pas de différence significative pour les EVA confiance et importance par rapport à l'évaluation initiale, le nombre de patient passant au stade d'action a plus que doublé passant de

4,4% à 10,3% à 3 mois. Enfin 2,75% étaient abstinents à 3 mois et 12,1% avaient essayé d'arrêter de fumer.

Cependant, aucune étude n'a évalué l'impact de la technique de la balance décisionnelle utilisée de manière spécifique sur la motivation.

La plupart des études évaluant la balance décisionnelle recrutait leur participants par l'intermédiaire d'annonces et du volontariat avec souvent une rémunération des participants.

Aucune étude n'a ciblé spécifiquement une population peu à moyennement motivée.

La problématique est de déterminer si l'utilisation de la BD permet au patient en explorant son ambivalence d'induire un changement de comportement.

Donc une stratégie d'intervention innovante qui encourage les fumeurs à considérer de manière consciente les raisons de modifier leur comportement dans le but d'augmenter leur motivation au changement peut être d'un grand bénéfice en médecine générale.

B) MATERIELS ET METHODE

1) Objectifs de l'étude :

L'objectif principal est de montrer que l'utilisation de la balance décisionnelle en médecine générale permet d'augmenter la motivation pour arrêter de fumer chez les patients peu à moyennement motivés à 1 mois, en comparaison à un groupe contrôle ayant bénéficié d'une intervention brève seule.

Les objectifs secondaires sont :

- de montrer que cette technique en comparaison au groupe contrôle permet :
 - d'augmenter la motivation à arrêter chez les patients peu à moyennement motivés à 15 jours.
 - d'augmenter le pourcentage de patients ayant fait une tentative de sevrage de plus de 4 jours à un mois.
 - d'augmenter le pourcentage de patient ayant diminué de 50% la consommation de cigarette à 1 mois.
- d'évaluer l'acceptabilité des patients vis-à-vis de la démarche en termes d'utilité et de satisfaction.

2) Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude analytique expérimentale contrôlée non randomisée. Elle comprend une évaluation à 15 jours (J15) et à un mois (M1) suite au premier entretien.

3) Population

a) Population cible :

La population cible est constituée des fumeurs de tabac peu ou moyennement motivés consultant en soins de premier recours. Le patient rencontré et repéré est défini comme fumeur quand celui-ci se déclare être fumeur quotidien au moment de cette consultation.

b) critères d'inclusion:

- patient de 18 ans à 75 ans,
- peu ou moyennement motivé (score QMAT < 13),

- Fumeur de tabac, déclarant fumer au moins une cigarette par jour au moment de l'enquête (quelle que soit la sévérité de la dépendance)
- acceptant de participer à l'étude après avoir reçu une information éclairée,

c) critères exclusion :

- patient motivé (score QMAT > 13),
- co-addiction (alcool, cannabis, autre drogue)
- Pathologies psychiatriques non stabilisées,
- Patient incapable ou sous protection de justice.
- Sevrage tabagique en cours
- femme enceinte

4) recrutement des patients

Les patients de 18 à 75 ans reçus en consultation sont interrogés sur leur statut tabagique. S'ils fument quotidiennement, **l'investigateur évalue leur niveau de motivation par l'échelle Q-Mat.**

Lorsque le score est inférieur à 13, le patient est éligible à l'étude. L'investigateur remplit le questionnaire d'évaluation à la recherche de critère d'exclusion. Puis un document d'information sur l'étude lui est remis (confidentialité des données, étude rattachée à un projet de thèse) et son consentement est recueilli (cf. annexe 4). S'il accepte il est alors inclus.

L'affectation soit dans le groupe contrôle, soit dans le groupe balance décisionnelle (BD) s'effectue en s'aidant d'une table de randomisation et en fonction de la disponibilité du patient et de l'investigateur surtout en terme de contrainte temporelle.

Le questionnaire d'évaluation (cf. annexe 1) :

Il est rempli par le médecin,

Les données recueillies sont :

- Données personnelles : Nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse mail, poids, taille
- Bilan tabagique :
 - Test de Fagerstrom simplifié
 - test Q mat
 - nombre d'années passées à consommer du tabac
 - nombre de paquet-année (PA)
 - évaluation des tentatives précédentes
 - Etat de santé (facteurs de risque cardiovasculaires, maladie en lien avec le tabac,

dépistage BPCO)

- Consommation (Audit court pour l'alcool, Cannabis)
- Repérage mal être

5) Groupe Intervention

L'investigateur consacre quelques minutes (moins de 10 min) de sensibilisation quant aux effets néfastes du tabac et du bénéfice de l'arrêt :

- Il commence en disant pouvez-vous me dire quels effets néfastes du tabac sur la santé connaissez-vous ?
- Puis lui dire : voulez-vous que je vous donne plus d'informations concernant ces effets ?
- Puis s'il dit oui, donner les informations suivantes :

° La fumée de tabac contient plus de 4000 substances toxiques (arsenic, insecticides, ammoniac, monoxyde de carbone, benzène, toluène, goudron...), montrer le schéma représentant les substances chimiques contenues dans la fumée de tabac (cf. annexe 3).

° Le tabac est toxique pour l'organisme, ces substances sont irritantes et cancérigènes et entraînent une inflammation de tout l'arbre respiratoire et favorise l'athéromatose.

° Il engendre des pathologies cardio-vasculaires (Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs), cancéreuses (poumon, oto-rhino-laryngée, vessie, colon...), et respiratoires (Bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème pouvant conduire à l'insuffisance respiratoire chronique). De plus il engendre une inflammation chronique des voies aériennes supérieures et inférieures et une diminution des défenses immunitaires augmentant le risque d'infection.

- informer que le tabac est une drogue et que la nicotine participe à la dépendance, entretenue par des habitudes (cigarette-café, en soirée avec les amis ou après les repas ou en voiture) et des croyances (le tabac déstresse, ça me calme, ça me permet de tenir...).

Puis il explique brièvement au patient le principe de la BD : technique qui permet de faire une balance des avantages et des inconvénients concernant la consommation de tabac afin de prendre conscience de l'ambivalence qu'un patient a vis à vis de son comportement, c'est à dire la juxtaposition de 2 affects : l'envie de continuer et l'envie d'arrêter.

C'est le médecin qui remplit le tableau.

Remplir les 4 cases en expliquant aux patients qu'il note chaque item de 0 à 100 en fonction de l'importance qu'il lui donne.

Il est possible de suggérer des items aux patients qu'ils nous a lui-même mentionné au cours du questionnaire et de l'interrogatoire.

Puis l'investigateur fait le total POUR et CONTRE et réalise une brève analyse du tableau :

- Il insiste sur les items ayant le plus de poids.
- L'investigateur essaye d'être empathique et s'abstient d'avoir une attitude de confrontation.
- A la fin du test le praticien fait un résumé du tableau en mettant en exergue l'ambivalence du patient. Les POUR (avantages à arrêter et les inconvénients à continuer) seront mis en valeur pour faire avancer le patient et l'encourager, les CONTRE (avantages à continuer et les inconvénients à arrêter) seront les freins que l'investigateur pourra minimiser, dédramatiser et aider à trouver une alternative.

Une explication sur le traitement par substitut nicotinique est transmise et il est proposé si le contexte s'y prête.

Enfin le document "Information sur le Tabac" leur est remis. Cf annexe 5

6) Groupe Comparateur

L'investigateur consacre quelques minutes (moins de 15 min) de sensibilisation quant aux effets néfastes du tabac et du bénéfice de l'arrêt :

- Il commence en disant pouvez-vous me dire quels effets néfastes du tabac connaissez-vous ?
- Puis lui dire, voulez-vous que je vous donne plus d'informations concernant ces effets ?° La fumée de tabac contient plus de 4000 substances toxiques (arsenic, insecticides, ammoniac, monoxyde de carbone, benzène, toluène, goudron...), montrer le schéma représentant les substances chimiques contenues dans la fumée de tabac (cf. annexe 3).

° **Le tabac est toxique pour l'organisme**, ces substances sont irritantes et cancérigènes et entraînent une inflammation de tout l'arbre respiratoire et favorise l'athéromatose.

° Il engendre des pathologies cardio-vasculaires (Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs), cancéreuses (poumon, oto-rhino-laryngée, vessie, colon...), et respiratoires (Bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème pouvant conduire à l'insuffisance respiratoire chronique). De plus il engendre une inflammation chronique des voies aériennes supérieures et inférieures et une diminution des défenses immunitaires augmentant le risque d'infection.

- informer que **le tabac est une drogue et que la nicotine participe à la dépendance**, entretenue par des habitudes (cigarette-café, en soirée avec les amis ou après les repas ou en voiture) et des croyances (le tabac déstresse, ça

me calme, ça me permet de tenir...).

- dire une phrase comme « ce serait bénéfique pour votre santé d'arrêter de fumer »
- Une brève explication sur le traitement par substitut nicotinique (patch et forme orale) est transmise et il est proposé s'il le contexte s'y prête.
- Enfin le document "Information sur le Tabac" leur est remis.

7) Critères de jugement

Critère de jugement principal : - **augmentation de 3 points du Q-Mat à 1 mois.**

Critère de jugement secondaire :

- augmentation de 3 points du Q-Mat à 15 jours.
- proportion de patient ayant fait une tentative de sevrage d'au moins 4 jours à 1 mois
- proportion de patient ayant diminué d'au moins 50% la consommation à 1 mois,
- Evaluation de la satisfaction des patients d'avoir bénéficié de cette démarche et évaluation de son utilité

8) Mesures

- La mesure des critères de jugement **s'effectuait à 15 jours et 1 mois par téléphone** (45,49) à l'aide d'un questionnaire de fin d'étude (cf. annexe 6) qui comprend le test du Q-Mat, l'évaluation du statut tabagique, l'évaluation de la satisfaction des patients d'avoir bénéficié de cette démarche et l'évaluation de son utilité.

Le contact téléphonique est le plus bref possible dans le but de ne pas influencer les réponses du patient.

9) Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de pourcentage et d'effectifs. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et écart-type. Nous avons utilisé le test du Chi² pour comparer les variables qualitatives. Quand les conditions d'application n'étaient pas réunies, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Nous avons utilisé le test de Student pour comparer les variables quantitatives, et le test non paramétrique de Mann-Whitney lorsque les conditions d'applications n'étaient pas

réunies pour faire ce test.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$.

Pour cela nous avons utilisé le logiciel en ligne Biostat TGV.

C) **RESULTATS**

Nous avons inclus **44 patients** sur une période de 8 mois dont 4 en Haute-Garonne et 40 dans le département du Tarn-et- Garonne : **21 dans le groupe contrôle et 23 dans le groupe BD.**

Il y a eu 2 perdus de vue entre J15 et M1 (un dans chaque groupe), Ces patients sont considérés, pour l'analyse en intention de traiter, comme en absence de changement pour les critères de jugement principaux et secondaires.

Les deux groupes étaient comparables au regard du sex-ratio (majorité d'homme dans les 2 groupes) et de la moyenne d'âge qui était de 35,0 ans dans le groupe contrôle et 34,5 ans dans le groupe BD. Ces résultats sont exposés dans le tableau 1 :

Tableau 1 : Distribution des patients en fonction de l'Age et du sexe

	Groupe Contrôle			Groupe BD		
Effectif	n = 21 (47,7%)			n = 23 (52,3%)		
Sexe	Homme 14 (66,7%)	Femme 7 (33,3%)		Homme 13 (56,6%)	Femme 10 (43,4%)	
	Moyenne	Ecart-type	IC 95%	Moyenne	Ecart-type	IC95%
Age	35,0	13,6	[29,2 ; 40,8]	34,5	13,8	[28,9 ; 40,2]

Les 2 groupes semblaient également comparables **concernant l'état de santé de la population étudiée** : les patients des 2 groupes avaient en moyenne un IMC très proche (23,7 vs 24,1), le groupe BD comprenait une proportion très légèrement plus importante de patient atteint d'une pathologie par rapport au groupe contrôle. Elle était de 0% pour le diabète dans les deux groupes, de 9% dans le groupe BD (2 patients) pour la BPCO et l'hypercholestérolémie vs 0%, 13% (3 patients) pour l'HTA vs 5% (1 patient), et 4% (1 patient) pour l'asthme et l'atteinte vasculaire vs 0%. Par contre la proportion de patient ayant eu un dépistage de la BPCO positif était plus important dans le groupe contrôle 29% (6 patients) vs 17% (4 patients). Aucune de ces différences n'étaient statistiquement significatives.

Tableau 2 : Etat de santé des patients

	Groupe Contrôle			Groupe BD			p-valeur
	Moyenne	Ecart-type	IC 95%	Moyenne	Ecart-type	IC 95%	
IMC	23,7	2,8	[22,5 ; 24,9]	24,1	3,5	[22 ; 25,5]	p = 0,65
	Effectif (pourcentage)			Effectif (pourcentage)			
BPCO	0			2 (9%)			p = 0,48
HTA	1 (5%)			3 (13%)			p = 0,60
Diabète	0			0			p = 1
Hypercholestérolémie	0			2 (9%)			p = 0,48
Asthme	0			1 (4%)			p = 1
Dépistage BPCO positif	6 (29%)			4 (17%)			p = 0,53
Atteinte vasculaire	0			1 (4%)			p = 1

Au niveau du statut tabagique les deux groupes étaient également relativement comparables :

- ° le groupe contrôle avait une consommation en PA un peu plus importante et légèrement plus ancienne : en moyenne 17,1 années de tabagisme vs 15,8 (p = 0,61) et 11,3 PA vs 9,5 (p = 0,64).

- ° la consommation quotidienne de tabac au début de l'étude était également proche : 12,4 cigarettes par jour dans le groupe contrôle vs 11 dans le groupe BD (p=0,51).

- ° les patients dans le groupe contrôle avaient une motivation au début de l'étude légèrement plus importante : 4,9 vs 4,2 au score du Q-Mat (p = 0,75)

- ° dans les deux groupes le score de Fagerström simplifié était proche : 2,1 dans le groupe contrôle vs 2,2 dans le groupe BD (p = 0,98).

Par contre, les patients du groupe BD avaient en moyenne fait 2,1 tentatives d'arrêt de plus de 7 jours vs 1,1 dans le groupe contrôle (p = 0,06), cette différence étant presque

Tableau 3 : Statut tabagique de la population de l'étude

	Groupe Contrôle			Groupe BD			p-valeur
	Moyenne	Ecart-type	IC 95%	Moyenne	Ecart-type	IC95%	
QMAT J0	4,9	4,2	[2,94 ; 6,78]	4,2	3,2	[2,82 ; 5,62]	0,75
nombre d'année de tabagisme	17,1	6,6	[11,6 ; 22,7]	15,8	7,5	[10,5 ; 21,1]	0,61
Paquet-année	11,3	11,6	[6,3 ; 16,2]	9,5	10	[5,4 ; 13,6]	0,64
consommation J0	12,4	7,1	[9,4 ; 15,5]	11	6,5	[8,3 ; 13,6]	0,51
Fagerström simplifié	2,1	1,6	[1,4 ; 2,8]	2,2	1,6	[1,5 ; 2,8]	0,98
Tentative d'arrêt de plus de 7 jours	1,1	1,32	[0,46 ; 1,61]	2,1	2,27	[1,16 ; 3,02]	0,06

statistiquement significative.

Pour la consommation d'alcool le groupe BD semblait avoir une plus faible consommation, 17% des patients du groupe BD étaient abstinentes vs 0% pour le groupe contrôle, 26% des patients du groupe BD buvaient une fois par mois ou moins vs 19% pour le groupe contrôle, 39% en consommaient entre deux et quatre fois par mois vs 47% pour le groupe contrôle et 17% en consommaient entre deux et six fois par semaine vs 28% pour le groupe contrôle.

Concernant le nombre de verre par occasion, 65% des patients du groupe BD consommaient 1 à 2 verres vs 33% pour le groupe contrôle. 36% des patients du groupe BD consommaient plus de 3 verres par occasion vs 63% des patients du groupe contrôle.

tableau 4 : fréquence de consommation d'alcool et nombre de verres par occasion

Fréquence de consommation	Groupe contrôle	Groupe BD
	effectif (pourcentage)	effectif (pourcentage)
jamais	0 (0%)	4 (17%)
1 fois/mois ou moins	4 (19%)	6 (26%)
2 à 4 fois/mois	10 (47%)	9 (39%)
2 à 3 fois/semaine	3 (14%)	3 (13%)
4 à 6 fois/semaine	3 (14%)	1 (4%)
tous les jours	1 (5%)	0 (0%)
nombre de verre par occasion	effectif (pourcentage)	effectif (pourcentage)
1 ou 2	7 (33%)	13 (65%)
3 ou 4	6 (29%)	3 (13%)
5 ou 6	2 (10%)	2 (9%)
7 à 9	4 (19%)	1 (4%)
10 ou plus	1 (5%)	0 (0%)

Pour le critère de jugement principal :

Il y a eu une augmentation supérieure ou égale à 3 points au score Q-Mat à 1 mois chez 61% des patients du groupe BD vs 52% dans le groupe contrôle (p = 0,79).

Pour les critères de jugement secondaires :

- à 1 mois, 17% (4 patients) dans le groupe BD avait arrêté au moins 4 jours contre 19% (4 patients) du groupe contrôle (p = 0,89).
- Dans le groupe BD, 8 patients (35%) ont diminué leur consommation de tabac de 50% à 1 mois contre 7 patients (33%) dans le groupe contrôle (p=0,82).
- L'augmentation du score Q-Mat ≥ 3 à 15 jours a concerné 10 patients (43%) du groupe BD vs 13 patients du groupe contrôle (62%) (p = 0,35).

tableau 4 : résultats du critère de jugement principal et des critères secondaires

	Groupe Contrôle	Groupe BD	Valeur-p
	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)	
Augmentation Q-Mat ≥ 3 à 1 mois	11 (52%)	14 (61%)	$p = 0,79$
Arrêt tabac ≥ 4 jours à 1 mois	4 (19%)	4 (17%)	$p = 0,42$
Réduction consommation de 50%	7 (33%)	8 (35%)	$p = 0,82$
Augmentation Q-Mat ≥ 3 à 15 jours	13 (62%)	10 (43%)	$p = 0,35$

Le score de motivation a presque doublé dans le groupe BD entre J0 et M1 passant de 4,2 à 8,3. Dans le groupe contrôle il est passé de 4,9 à 8,4. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes. (cf. tableau 5)

tableau 5 : évolution de la moyenne des scores de motivation (Q-Mat) de J0 à 1 mois

Score	groupe contrôle		groupe BD		valeur-p
	Moyenne [IC95%]		Moyenne [IC95%]		
Q-Mat J0	4,9	[3 ; 6,8]	4,2	[2,8 ; 5,6]	0,75
Q-Mat M1	8,4	[5,2 ; 11,6]	8,3	[5,3 ; 11,3]	0,97

Concernant le sentiment d'utilité vis-à-vis de la démarche, dans le groupe BD 48% des patients ont trouvé la démarche beaucoup utile vs 29% ($p=0,71$), 13% l'ont trouvé moyennement utile vs 29% ($p=0,20$) et 39% l'ont trouvé pas du tout à peu utile vs 43% dans le groupe contrôle.

Concernant la satisfaction des patients, 61% des patients du groupe BD ont été beaucoup satisfaits vs 57% ($p=0,80$), 9% dans le groupe BD ont été moyennement satisfaits vs 24% ($p=0,17$) et 21% ont été pas du tout à peu satisfaits vs 19% dans le groupe contrôle.

tableau 6 : évaluation de l'utilité de la démarche par les patients

Echelle utilité	groupe contrôle	groupe BD	p-valeur	TOTAL
	Effectif (%)	Effectif (%)		Effectif (%)
pas du tout	2 (10%)	3 (13%)	0,71	5 (11%)
un peu	7 (33%)	6 (26%)	0,60	13 (30%)
moyennement	6 (29%)	3 (13%)	0,20	9 (20%)
beaucoup	6 (29%)	11 (48%)	0,19	17 (39%)

tableau 7 : évaluation de la satisfaction des patients

Echelle satisfaction	groupe contrôle	groupe BD	p-valeur	TOTAL
	Effectif (%)	Effectif (%)		Effectif (%)
pas du tout	1 (5%)	2 (9%)	0,60	3 (7%)
un peu	3 (14%)	5 (22%)	0,52	8 (18%)
moyennement	5 (24%)	2 (9%)	0,17	7 (16%)
beaucoup	12 (57%)	14 (61%)	0,80	26 (59%)

D) DISCUSSION

Par rapport au critère de jugement principal :

Nous pouvons tirer de notre étude que pour les adultes fumeurs peu à moyennement motivés à stopper leur consommation de tabac consultant en médecine générale, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre d'un côté l'utilisation de la balance décisionnelle associée à une intervention brève et de l'autre côté l'intervention brève seule pour faire augmenter la motivation des patients à arrêter de fumer à 1 mois. En effet, malgré que dans le groupe balance décisionnelle plus de patients ont présenté une augmentation du score de motivation d'au moins 3 points à 1 mois par rapport au groupe contrôle (61% vs 52%), la différence constatée n'est pas statistiquement significative ($p = 0,79$).

Par rapport aux critères de jugement secondaires :

- Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les 2 groupes concernant le nombre de patients ayant fait une tentative de sevrage d'au moins 4 jours : 19% (4 patients) dans le groupe contrôle vs 17% (4 patients) dans le groupe BD ($p = 0,42$).
- Une proportion proche de patient dans les 2 groupes a présenté une diminution de 50% de la consommation sans qu'il y ait de différence statistiquement significative : 33% groupe contrôle vs 35% groupe BD ($p = 0,82$).
- A 15 jours l'augmentation du score Q-mat de plus de 3 points semble concerner une proportion de patients plus importante dans le groupe contrôle par rapport au groupe BD (62% vs 43%), mais la différence observée n'est pas significative ($p=0,35$).
- Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes concernant l'utilité et la satisfaction des patients vis-à-vis de la démarche.

1) Apports de l'étude :

Malgré le manque de significativité statistique dans les résultats de l'étude, plusieurs points sont à souligner.

L'augmentation de la motivation a été importante dans les 2 groupes, plus particulièrement dans le groupe BD où 61% des patients ont eu une augmentation de 3 points au Q-Mat. Aussi la moyenne du score de motivation a presque doublé dans le groupe BD passant de 4,2 à J0 à 8,3 à un mois. Ceci semble montrer un impact assez fort de la technique de la BD associée à l'intervention brève sur l'augmentation de la motivation des patients. L'influence positive de cette démarche pourrait être testée en pratique auprès d'un nombre de médecins généralistes suffisant pour étayer ces résultats

et étudier son acceptabilité par nos confrères.

Nous remarquons **qu'une forte proportion a diminué de moitié la consommation de tabac** (35% dans le groupe BD) et **une proportion non négligeable a arrêté au moins 4 jours** (17% dans le groupe BD).

Dans la littérature, les chiffres de tentatives de sevrage sont en général augmentés de 1 à 3 % à la suite d'intervention alliant conseil minimal et outils adaptés au patient. Ce taux s'ajoute aux 3 à 5% de réussite globale par an (50). Une revue de 11 études évaluant l'efficacité de supports auto-administrés associés à une intervention brève par un soignant, publiée en 2009, montre que les taux de sevrage sont significativement plus élevés qu'en l'absence d'intervention, avec une moyenne de 7% de sevrage (51).

La diminution nette de la consommation à 1 mois et la proportion élevée de patient ayant tenté un changement sont des arguments sur un impact probable de la pratique proposée dans cette étude.

Globalement **les patients des 2 groupes ont été satisfait d'avoir bénéficié de cette démarche et l'ont trouvé utile** puisque 70% dans le groupe BD et 81% dans le groupe contrôle étaient moyennement à beaucoup satisfait et 61% pour le groupe BD et 58% pour le groupe contrôle ont trouvé la démarche moyennement à beaucoup utile. Ceci montre une **bonne acceptabilité de la démarche** chez les patients.

L'inversion de la proportion entre les 2 groupes entre J15 et M1 peut s'expliquer par plusieurs causes, il est possible que :

- la BD ait un impact retardé et plus durable,
- l'intervention brève isolée entraîne un pic de motivation précoce puis diminue rapidement, et des rappels ponctuels pourraient s'avérer bénéfiques.

C'est un travail original car c'est la première étude de ce type. En effet aucune étude n'a encore évalué l'effet de cette technique spécifiquement sur la motivation.

Aussi c'est une étude pratique faite en contexte de consultation de médecine générale avec toutes les contraintes que cela implique.

Enfin, la population des patients peu à moyennement motivés concerne une proportion importante de fumeur en France. C'est une frange de la population où le travail de préparation est nécessaire mais rarement réalisé par les médecins généralistes. (5)

2) Limites de l'étude et critique de la méthode :

Tout d'abord l'absence de différence statistiquement significative entre les 2 groupes ne permet pas de conclure à la supériorité de la technique de la balance décisionnelle par rapport au groupe intervention brève seule.

Le manque de significativité statistique pouvant s'expliquer par le faible nombre de patient inclus qui ne permet pas d'avoir une puissance suffisante.

Aussi la durée de l'étude est assez courte, seulement 1 mois. Ce temps d'étude réduit peut sous-estimer l'impact de la technique de la balance décisionnelle. En effet il est possible que la motivation de certains patients ait augmenté dans un délai plus long et que d'autres patients aient entrepris une démarche de sevrage au-delà de 1 mois. Une étude plus longue avec d'avantage de patients pourrait apporter des résultats plus précis.

L'absence de randomisation est une source de biais de confusion compromettant la comparabilité des 2 groupes. Les patients du groupe BD avaient en moyenne fait deux fois plus de tentative d'arrêt que le groupe contrôle, ceci a pu surestimer l'effet de la balance décisionnelle. En effet cela peut refléter un état de motivation plus important et il est connu que plus les patients ont fait de tentative d'arrêt par le passé plus il y a de probabilité d'en refaire dans le futur et plus les chances de réussites des tentatives ultérieures sont grandes (52).

Aussi les patients du groupe contrôle avait une consommation d'alcool plus importante que le groupe BD. Cela a pu sous-estimer l'effet de l'intervention dans ce groupe car l'association de la consommation de ces 2 substances psychoactives diminue les chances de sevrage tabagique.

Mise à part ces 2 critères, l'analyse des 2 groupes sur les principales données individuelles (âge, sexe, état de santé et statut tabagique) montre l'absence de différence statistiquement significative entre les 2 groupes. Aussi les différences constatées sont faibles et peuvent être considérées comme négligeables.

L'utilisation du Q Mat comme test de référence pour évaluer la motivation peut être discuté. Ce test a été utilisé car il est reconnu et validé en France. Aussi c'est un test assez simple et court à réaliser. Il existe 2 autres tests, celui de Richmond également en 4 questions et celui de Khimji et Watts en 3 questions mais ils n'ont pas été validés en France.

Les échelles visuelles analogiques allant de 0 à 10 pour la confiance et la motivation d'arrêter de fumer ont été utilisées dans d'autres études (48, 53), elles sont très rapides,

pratique pour l'exercice au quotidien en cabinet et compréhensibles par les patients mais elles ne sont pas validées.

Il existe un biais de sélection à type de biais de recrutement, en effet j'étais le seul investigateur, j'ai pu recruter un profil de patient qui n'est pas représentatif de la population générale. Une étude avec un nombre plus grand d'investigateurs serait un moyen de s'affranchir de ce biais.

Le mode de recueil en ouvert a pu introduire un biais d'évaluation en effet j'ai pu influencer les patients que j'ai eu au téléphone à 15 jours et 1 mois en augmentant leur motivation en fonction de leur groupe d'appartenance. Un recueil en aveugle avec un investigateur impartiale aurait pu permettre de nous affranchir de ce biais.

Une augmentation de 3 points au test du Q-Mat a été choisie car cela reflète la réponse à 2 items de valeur supérieure et peut être considérée comme la plus sensible pour mettre en évidence un changement vers un stade de motivation supérieur. Ce choix est empirique et peut prêter à discussion.

La pertinence clinique du critère de jugement principal peut être discutée. La motivation est un facteur important de la réussite du sevrage tabagique mais le résultat d'une intervention en pratique va s'apprécier sur l'impact en terme d'abstinence prolongée. Le But de l'étude était d'apporter un outil en médecine générale pour les patient peu à moyennement motivés chez qui un travail de préparation est nécessaire avant d'envisager un sevrage. Ainsi le critère de la motivation peut se justifier comme étant le meilleur moyen pour évaluer cette notion.

3) Applicabilité en médecine générale :

La démarche peut s'intercaler au cours d'une consultation classique lorsque le praticien met en évidence une pathologie en lien avec le tabac, en évaluant rapidement le statut tabagique et la motivation et en faisant la balance décisionnelle soit par écrit soit à l'oral avec en moyenne un allongement de 5-10 minutes du temps de consultation.

Il est important d'évaluer la motivation pour cibler les patients et adapter notre discours. Cette méthode pourrait être plus efficace au cours d'une consultation dédiée. En effet, il pourrait être utile de remettre la balance décisionnelle au patient et rediscuter au cours d'une 2ème consultation. Cette démarche serait plus dynamique et évolutive. Aussi ce serait un gain de temps pour le médecin. Il est important d'allier cette technique à (une démarche motivationnelle) des entretiens motivationnelles afin de consolider l'alliance thérapeutique et aider le patient à éviter la rechute, car celle-ci selon Allan Marlatt étant

la règle.

E) CONCLUSION

Les constatations alarmantes concernant le tabagisme poussent la totalité des acteurs de santé à s'impliquer dans la lutte contre cette pathologie. A une époque où les médecins généralistes sont de plus en plus débordés, il semble important de mettre à disposition un outil simple pour ces derniers.

Cette étude pilote montre une augmentation importante de la motivation de 61% des patients fumeurs peu à moyennement motivés ayant bénéficié de la balance décisionnelle lors d'une consultation en médecine générale sans qu'il y ait de différence significative avec une intervention brève seule. Aussi 17% des patients ont arrêté au moins 4 jours et 35% ont diminué de 50% leur consommation de tabac.

Ces résultats sont intéressants et nous inciteraient à utiliser cette outil comme un bon moyen pour accompagner les patients peu à moyennement motivés vers un stade de motivation supérieur. Cette approche doit être considérée comme un levier supplémentaire et non exclusif.

Il pourrait être intéressant de mener une étude plus longue pour évaluer l'impact à long terme de cette démarche.

La multiplication des projets de lutte anti-tabac, l'engouement des jeunes médecins contre ce problème de santé publique, l'augmentation des prix du tabac, sa mauvaise réputation actuelle, la prise de conscience progressive des patients de ses effets néfastes sont autant d'éléments qui nous laissent espérer une diminution importante de la prévalence du tabac au cours des prochaines années.

A l'instar de la campagne nationale « Moi(s) sans tabac » qui s'est déroulée en novembre 2016 avec la remise d'un kit d'aide à l'arrêt. Cette opération était une opportunité à saisir par les médecins pour lever les obstacles à l'absence de demande. Cela a permis de mobiliser les médias, les assurances, les médecins et les patients, au moins un mois par an. De plus, l'effet de « contamination » pourrait entraîner un grand nombre de fumeurs à demander de l'aide surtout dans un contexte de prix élevés du tabac et où l'image du fumeur dans la société est de plus en plus noircie. Il pourrait être intéressant lors d'une prochaine campagne du même type que le Kit comprenne une balance décisionnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'épidémie mondiale de tabagisme. 2013.
2. 3ième Plan Cancer. 2014.
3. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. 2014.
4. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; 2.
5. Beck F, Guignard R. baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France / La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. Inpes. 2010 et 2014
6. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. La revue du praticien. 2012; (62):327-9.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie de tabagisme 2011, Mise en garde au sujet des dangers du tabac. 2011.
8. Catherine Hill, Agnès Laplanche. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH. 2003; (22-23):98-100.
9. Wilson K, Gibson N, Willan A Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction Arch Intern Med 2000
10. Pelkonen, M, Tukiainen H Pulmonary function, smoking cessation and 30 years mortality in middle aged Finnish men Thorax 2000
11. Loi VEIL n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme Version consolidée au 30 janvier 1993. juill 9, 1976.
12. Loi EVIN n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91- 32 janv 10, 1991.
13. Conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage

collectif. 265 nov 16, 2006 p. 17249.

14. Grignon M. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. 2012; (182).

15. Institut national du cancer. Cancers et tabac états des connaissances. 2011.

16. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière. 2007.

17. Agence Régionale de Santé Aquitaine. Plan Stratégique Régional de Santé. 2010.

18. Le traitement de la dépendance du tabac Management of smoking dependence N. Wirth, Y. Martinet Unité de Coordination de Tabacologie du CHU Service de Pneumologie – Hôpital Philippe Canton CHU de Nancy - France 2012

19. Eric EMMEL Le 22 février 2011 thèse de médecine générale De quels moyens et méthodes non-pharmacologiques dispose le médecin généraliste en consultation de sevrage tabagique ?

20. American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Paris: Masson; 1996: 384p. 2. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 1990; 69: 763-5.

21. Actualité et dossier en santé publique n° 40 septembre 2002

22. Prochaska JO, DiClemente CC. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. Prog Clin Biol Res. 1984; 156: 131-40.

23. Prochaska, JO, DiClemente, CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984

24. Miller WR, Rollnick S? L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2013. 448 p.

25. National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: NHS; 2006.

26. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : Construction et validation = Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT). Construction and validation 2005
AUBIN Henri-Jean ; LAGRUE Gilbert
27. Dansou A, Maino B, Lemarié E. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. Rev Prat 2012;62:837.
28. Sevrage tabagique - Respir.com - Documentation sur le sevrage tabagique.
29. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Public Health Service. May 2008.
30. Pati S, Patnaik S, Swain S. 5A Tobacco Cessation Strategy and Physician's Practice in Odisha, India: A Cross-Sectional Study. Int J Prev Med. mars 2014;5(3):325-32.
31. Carson KV, Brinn MP, Robertson TA, To-A-Nan R, Esterman AJ, Peters M, et al. Current and emerging pharmacotherapeutic options for smoking cessation. Subst Abuse Res Treat. 2013;7:85-105.
32. Heydari G, Masjedi M, Ahmady AE, Leischow SJ, Lando HA, Shadmehr MB, et al. A comparative study on tobacco cessation methods: a quantitative systematic review. Int J Prev Med. Juin 2014;5(6):673-8.
33. Varénicline Sevrage tabagique : pas mieux que la nicotine? Prescrire. 2006;26(276):645.
34. Niaura R. Nonpharmacologic therapy for smoking cessation: characteristics and efficacy of current approaches. Am J Med. avr 2008;121(4 Suppl 1):S11-9.
35. Schmelzle J, Rosser WW, Birtwhistle R. Update on pharmacologic and nonpharmacologic therapies for smoking cessation. Can Fam Physician Médecin Fam Can. juill 2008;54(7):994-9.
36. Cungi C : Faire face aux dépendances. Ed Retz 2005 ; pp 248.
37. The contribution of cognitive-behavioural therapies to smoking cessation Guichenez P1, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM.

38. L.A. Dimeff, J.S. Baer, D.R. Kivlahan, G.A. Marlatt Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach Guilford Press, New York (1999)
39. W.R. Miller Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment US Department of Health and Human Services, Rockville, MD (1999)
40. Reducing Alcohol Risk in Adjudicated Male College Students: Further Validation of a Group Motivational Enhancement Intervention. LaBRIE JW, Cail J, Pedersen ER, Migliuri S J Child Adolesc Subst Abuse. 2010 Dec; 20(1):82-98.
- 41 . causal relationships of processes of change and decisional balance: stage-specific models for smoking kathryn i. pollak, and al 1998
42. decisional balance measure for assessing and predicting smoking status velicer, dlclemente, prochaska, and brandenburg
43. Smoking, stages of change and decisional balance in Iceland and Sweden. Fjalldal SB1 and al
44. J.W. LaBrie, E.R. Pedersen, M. Earlywine, H. Olsen Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: analyzing an element of motivational interviewing Addict. Behav., 31 (2006), pp. 254–263
45. A New Decisional Balance Measure of Motivation to Change Among At-Risk College Drinkers Susan E. Collins, Kate B. Carey, and Jacqueline M. Otto
46. Decisional Balance: Alcohol Decisional Balance Intervention for Heavy Drinking Undergraduates. Dawn Foster and al. 2015
47. Decisional balance proportion: Quantifying qualitative data to represent motivation to change among treatment-seeking smokers Susan E. Collins and al.
48. ROUX J. Elaboration et expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. Thèse Méd. Bordeaux, 2012 : 83.
49. B. Carey, M.P. Carey, S.A. Maisto, J.M. Henson Brief motivational interventions for heavy college drinkers: a randomized controlled trial J. Consult. Clin. Psychol., 74 (2006),

pp. 943–954

50. Kruciena N, Le vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de santé 2011 Mars ; n°163

51. Santos JD, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instruments used to evaluate smoking habits : a systemic review. Cien saude colet 2011 ; 16(12) : 4704-20

52. un échec, un pas vers la réussite, Tabatu 2013

53. Sandra Martens. Etude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité. Médecine humaine et pathologie. 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : **Questionnaire Patient**

I - Identification

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : - H ou - F

N° de téléphone :

mail :

II - Bilan tabagique

- À quel âge, environ, avez-vous commencé à fumer tous les jours ? _____

- Pendant combien d'années avez-vous fumé ?

- Combien en moyenne fumez vous de cigarette par jour?

- Combien de fois avez vous réussi à arrêter au moins 7 jours ? _____

- Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? _____

- Quelle est la date de votre dernière tentative ? _____

- Avez-vous pris du poids en arrêtant de fumer ? Oui - Non

Si oui, combien de kilos ? _____

Évaluation de la dépendance : Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

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

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

Interprétation selon les auteurs : • 0-2 : pas de dépendance ; • 2-4 : dépendance modérée ;
• 5-6 : dépendance forte.

III - Etat de santé :

Poids : Taille :

Avez-vous un des facteurs de risque cardio-vasculaire suivants ?

- Hypertension artérielle : Oui Non
- Diabète : Oui Non
- Excès de cholestérol : Oui Non
- Au moins un décès par infarctus du myocarde ou mort subite chez mon père ou mes frères (avant 55 ans) ou chez ma mère ou mes sœurs (avant 65 ans) :
 Oui Non
- Un accident vasculaire cérébral chez l'un d'entre eux avant 45 ans : Oui Non

Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies ci-dessous ?

Une maladie touchant les artères (Infarctus, accident vasculaire cérébral, artérite) :

Oui Non

Un cancer :

Oui Non

Une bronchite chronique ou de l'asthme :

Oui Non

IV - Dépistage de la Bronchite chronique obstructive

1- Toussez-vous régulièrement ? Oui Non

2- Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ? Oui Non

3- Êtes-vous essoufflé(e), même lorsque vous accomplissez des tâches simples ?

Oui Non

4- Votre expiration est-elle sifflante à l'effort ou la nuit ? Oui Non

5- Avez-vous souvent des rhumes qui persistent plus longtemps que chez des personnes de votre entourage ?

Oui Non

V - Consommations

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (vin, bière,) ?

Jamais

1 fois /mois ou moins

2 à 4 fois / mois

2 à 3 fois /semaine

4 à 6 fois /semaine
tous les jours

Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

1 ou 2
3 ou 4
5 ou 6
7 à 9
10 ou plus

Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?

Jamais
moins d'une fois /mois
une fois /mois
Une fois / semaine
tous les jours ou presque

Avez-vous consommé du cannabis ou une autre drogue au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

Fumez vous en tous les jours ?

Oui Non

VI - Dépression

1- Vous êtes vous senti triste, pessimiste ou déprimé ces 2 dernières semaines ?

Oui Non

2- Depuis deux semaines avez-vous moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement ?

Oui Non

3- Si, oui, aimeriez-vous de l'aide pour cela ?

Oui Non

LA BALANCE DÉCISIONNELLE

<u>Inconvénients à continuer de fumer</u>	% croyance	<u>Avantages à continuer de fumer</u>	% croyance
total			
<u>Avantages à arrêter de fumer,</u>	% croyance	<u>Inconvénients à arrêter de fumer,</u>	% croyance
total			
TOTAL POUR :		CONTRE	

* Cotez vos réponses de 0 à 100 selon l'importance que vous leur donnez

Avantages à continuer de fumer : Ce que j'aime dans le fait de fumer

Inconvénients à continuer de fumer : Ce que je n'aime pas dans le fait de fumer

Avantages à arrêter de fumer : Ce que j'attends de l'arrêt Mes motivations à l'arrêt

Inconvénients à arrêter de fumer : Mes craintes à l'arrêt du tabac

Annexe 2

Evaluation de la Motivation à l'Arrêt du Tabac

(Echelle d'Evaluation à l'Arrêt du Tabac – P. Légcron, G. Lagrue)

Q. MAT

1/ Pensez-vous que dans 6 mois :

Vous fumerez toujours autant..... @

Vous aurez diminué un peu Votre consommation de cigarettes..... @

Vous aurez beaucoup diminué Votre consommation de cigarettes?..... (R)

Vous aurez arrêté de fumer? @

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

Pas du tout @

Un peu..... Q)

Beaucoup..... @

Enormément @

3/ Pensez-vous que, dans 4 semaines :

Vous fumerez toujours autant..... @

Vous aurez diminué un peu Votre consommation de cigarettes ? @

Vous aurez beaucoup diminué Votre consommation de cigarettes?..... (R)

Vous aurez arrêté de fumer? @

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

Jamais..... @

Quelquefois..... Q)

Souvent @

Très souvent @

TOTAL (/20)

Eri--UCT- Plaques Consultation/Evaluation Iza Motivation

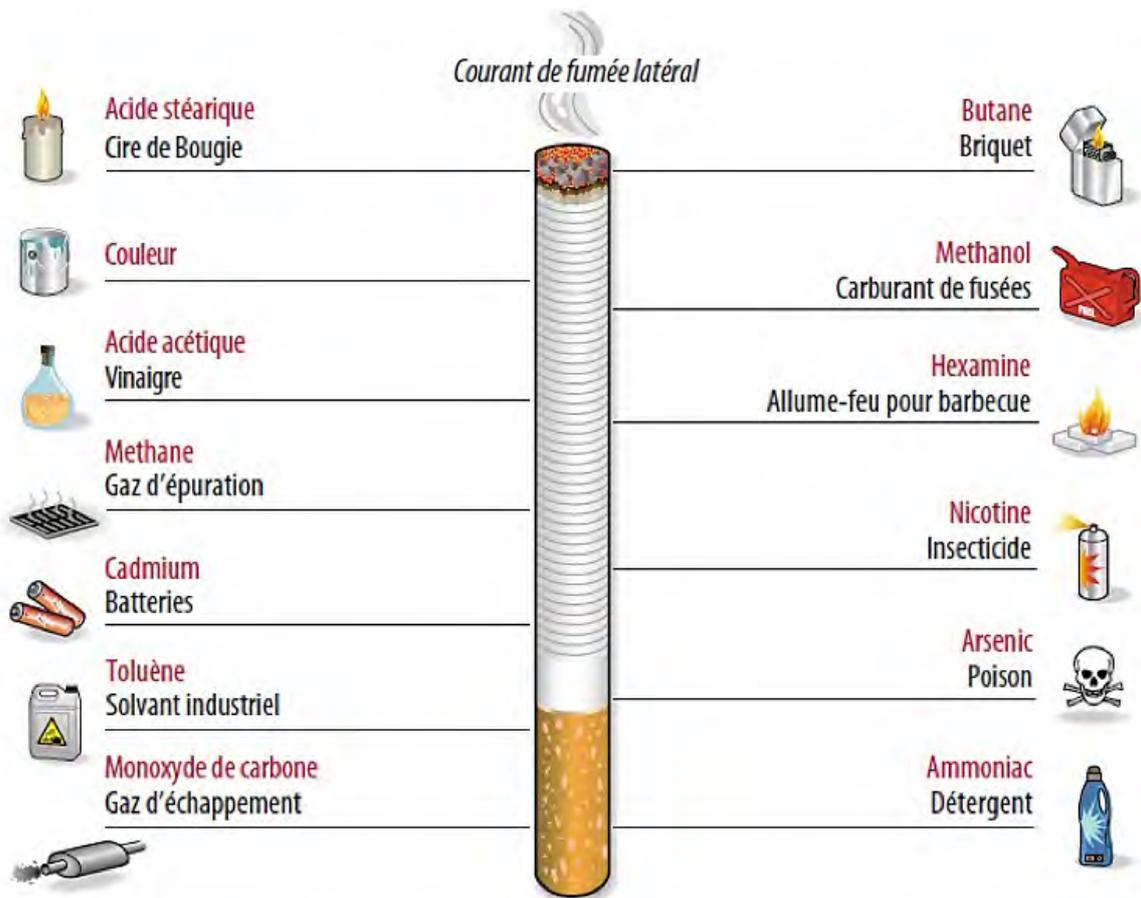
SCORE < 6 MOTIVATION INSUFFISANTE

SCORE de 7 à 13 MOTIVATION MOYENNE

SCORE > 13 BONNE MOTIVATION

Annexe 3

Substances chimiques contenues dans la fumée de tabac (choix d'exemples)



Source: WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments.

ANNEXE 4 :

FICHE INFORMATION DU PATIENT

Madame, Monsieur,

Vous êtes fumeur de tabac et nous étudions l'impact d'une nouvelle approche en médecine générale, afin d'essayer d'augmenter la motivation à l'arrêt.

Des études ont montré que la majorité des fumeurs souhaitent arrêter mais qu'ils manquent de motivation dans cette démarche et que le moindre obstacle retarde ce changement bénéfique.

L'étude actuelle consiste à explorer l'ambivalence (Tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet : amour et haine, joie et tristesse, etc.) en complétant un tableau représentant la Balance décisionnelle.

Vous serez assignés au hasard soit au groupe subissant l'intervention (balance décisionnelle + remise d'un document d'information) soit au groupe contrôle (intervention brève de 5 min + remise d'un document d'information).

L'objectif principal est d'évaluer la motivation à 15 jours et 1 mois. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la proportion de patient en sevrage à 1 mois, ayant arrêté au moins 4 jours, ayant diminué au moins de 50% leur consommation.

Des renseignements concernant votre statut tabagique et votre motivation seront récoltés à 15 jours et 1 mois par téléphone.

Votre médecin est investigateur dans cette étude et nous vous proposons d'y participer.

Cette recherche n'implique aucun examen, ni consultation, ni traitement supplémentaire par rapport à la pratique habituelle recommandée de la prise en charge du fumeur.

Elle implique seulement le recueil et l'informatisation de renseignements médicaux vous concernant.

Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude sans que cela ne modifie vos relations avec lui.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos informations personnelles va être mis en œuvre, pour permettre d'en analyser les résultats. **Ces informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.**

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités sanitaires françaises.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L-1111-7 du Code de Santé publique. Ces droits s'exercent auprès de votre médecin traitant, seul à connaître votre identité.

Nous vous remercions pour votre coopération. Après lecture du document d'information du patient ci-joint, j'adhère, et j'accorde mon consentement :

◆ Oui ◆ Non

Nom :

Prénom :

Date :

Signature du patient

Annexe 5

Informations sur le tabac

> **Un cancer sur trois est dû au tabagisme.** Le plus connu est le cancer du poumon, dont 90 % des cas sont liés au tabagisme actif et 5 % au tabagisme passif.

Mais d'autres cancers sont également causés par le tabac : gorge, bouche, lèvres, pancréas, reins, vessie, utérus. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool.

> **Le tabagisme actif peut également être à l'origine des maladies cardio-vasculaires :** fumer est un des principaux facteurs de risque d'infarctus du myocarde. Les accidents vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, les anévrismes, l'hypertension artérielle sont également liés, en partie, à la fumée de tabac. L'atteinte vasculaire peut aussi provoquer des troubles de l'érection.

> **La bronchite chronique est essentiellement due au tabagisme.** Cette maladie évolue vers l'insuffisance respiratoire si l'usage du tabac n'est pas stoppé. L'emphysème (dilatation excessive et permanente des alvéoles pulmonaires, avec rupture de leurs cloisons) est aussi une maladie souvent liée au tabagisme.

> **D'autres pathologies** ont un lien ou sont aggravées par le tabagisme : les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète de type II, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie, l'eczéma, le psoriasis, le lupus, les infections ORL (Nez - gorge - oreilles) et dentaires, la cataracte et la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) pouvant aboutir à la cécité. Sans oublier la parodontite, maladie des gencives qui provoque le déchaussement et la perte des dents.

Fumer durant la grossesse comporte de multiples risques pour la grossesse elle-même et pour le développement du fœtus.

JE N'AI PAS ENVIE D'ARRÊTER

Actuellement, vous fumez et vous n'envisagez pas d'arrêter : vous vous trouvez bien comme vous êtes, vous n'avez pas envie de renoncer aux plaisirs que vous procure le tabac ou l'idée vous traverse parfois l'esprit, mais vous ne vous sentez pas prêt à franchir le pas.

> **Fumer est toujours un plaisir :** c'est bien parce que fumer est un plaisir qu'autant de personnes fument : la cigarette est synonyme de convivialité et de bons moments. Pour une raison toute simple : il y a dans votre cerveau des cellules qui captent la nicotine, lorsqu'elles sont activées, elles génèrent des sensations de bien-être. Après une bouffée de cigarette, la nicotine se fixe sur les récepteurs et provoque ce plaisir en seulement 7 secondes. Mais les anciens fumeurs soulignent qu'à l'arrêt du tabac, ils ont redécouvert d'autres plaisirs : odeurs, goût des aliments, l'impression de respirer pleinement. Ils expriment aussi un sentiment de réussite personnelle et la satisfaction d'avoir retrouvé une forme de liberté et d'indépendance.

> **Fumer me détend :** cette impression est due à un effet de nicotine sur le cerveau, la tension que vous ressentez avant de fumer et qui est soulagée par la cigarette est principalement en relation avec le manque de nicotine. Après quelques semaines d'arrêt, les anciens fumeurs ressentent un sentiment d'apaisement : ils n'ont plus de sensation de manque ni de frustration.

> **Je ne me sens pas prêt à arrêter maintenant** : il est possible que ce ne soit pas le meilleur moment pour vous, ne vous précipitez pas, ne prenez pas cette décision à la légère. L'arrêt du tabac n'est pas une épreuve insurmontable mais il faut s'y préparer convenablement, accepter l'idée que cela ne se fait pas du jour au lendemain et recourir à des méthodes sérieuses et adaptées à votre cas.

> **Il y a tellement longtemps que je fume**, ça ne sert à rien d'arrêter maintenant. Il n'est jamais trop tard pour arrêter même si vous fumez beaucoup et depuis longtemps. En effet, le risque de développer une maladie grave s'atténue après l'arrêt du tabac, pour progressivement atteindre celui des non-fumeurs. Par ailleurs, l'arrêt même tardif apporte un confort de vie, mais également une grande satisfaction personnelle.

> **J'ai peur de grossir, d'être nerveux**, ...L'arrêt du tabac se nourrit de beaucoup de craintes et c'est normal ; Cela peut être un saut dans l'inconnu lorsque l'on n'a jamais essayé : on se connaît en tant que fumeur, s'imaginer sans cigarette fait craindre le pire. Par ailleurs, on peut avoir vécu des tentatives d'arrêt antérieures qui nous ont confrontés à des situations difficiles ou à l'impression de « dommages collatéraux ». La clé pour vaincre ses peurs, c'est de s'informer et de se préparer. En effet, aborder le sevrage en connaissance de cause c'est l'aborder plus sereinement et le vivre moins difficilement. Vous relativiserez certaines de vos craintes, vous découvrirez qu'il existe de nombreuses possibilités pour rendre l'arrêt confortable, que l'apprentissage de la vie sans tabac peut se dérouler dans de très bonnes conditions. Par ailleurs, quels sont les risques de tenter, après avoir bien analysé votre degré de dépendance au tabac et choisi les stratégies qui vous correspondent ?

> **Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai jamais** : certaines personnes arrêtent de fumer du jour au lendemain, sans technique particulière, néanmoins les chances de succès sont plus importantes quand on prend le temps de s'y préparer. L'arrêt du tabac est un apprentissage, on doit se débarrasser de réflexes conditionnés et d'automatismes acquis pendant des années de tabagisme. Ce que vous analysez comme un manque de volonté peut être un signe de dépendance à la nicotine mais également être lié à vos représentations

> **Je suis trop dépendant** : parfois, le lien qui attache un fumeur à sa cigarette peut être si fort que celui-ci ne voit pas comment s'en débarrasser.

- Dans le cas d'une dépendance physique au tabac, cela peut être lié à la crainte de ressentir trop vivement des signes de sevrage importants (pulsions à fumer, nervosité, irritabilité...), véritable souffrance.
- Mais un fumeur peut également être dépendant psychologiquement au tabac ; dans ce cas, s'imaginer résister dans des situations où le tabac est à la fois source de plaisir, de convivialité mais aussi dans des situations où il semble être un remède contre le stress ou l'anxiété peut paraître impossible.

Sachez que la dépendance au tabac est loin d'être un obstacle infranchissable : d'une part, lorsque l'on arrête de fumer, les symptômes du manque disparaissent progressivement alors, qu'au départ, on a tendance à penser que ce sera très handicapant. Par ailleurs, il existe des traitements qui peuvent permettre d'éviter les signes de manque. Enfin, les stratégies que vous apprendrez et développerez tout au long de l'arrêt vous permettront de contrer les dépendances psychologique et comportementale. Dans tous les cas, vous pouvez vous faire accompagner par un professionnel de santé ou par Tabac info service pour ne pas vous sentir seul face à l'arrêt du tabac.

> Je suis encore jeune, j'arrête quand je veux.

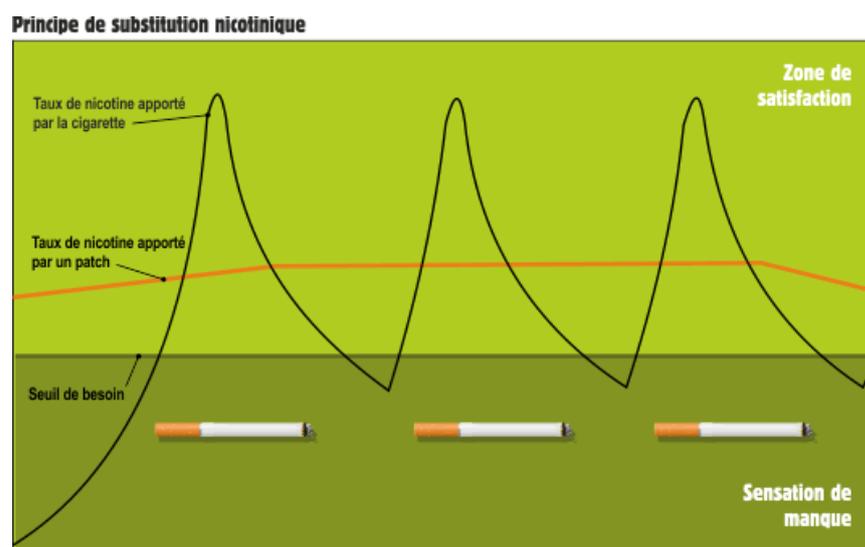
Lorsque l'on commence à fumer, pendant quelques semaines, quelques mois, cela semble assez simple de ne pas fumer pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours. A ce moment-là, « Ne pas fumer » ne ressemble en rien à ce que décrivent certains fumeurs ce qui conforte l'idée selon laquelle on n'est pas dépendant et que si l'on est n'est pas dépendant, on peut donc continuer à fumer, d'autant plus qu'on est sûr que puisqu'on est jeune, on ne risque rien. **Pas si simple en réalité ! La dépendance physique s'installe sournoisement** d'autant plus que les signes de manque sont, au début, relativement discrets : on peut se sentir juste un peu nerveux, légèrement irritable et souvent ne pas percevoir que c'est le manque de nicotine qui en est la cause.

De plus, on pense souvent que fumer est un choix : « on choisit » de fumer pour des effets agréables avec un groupe d'amis par exemple. Mais en réalité, il s'agit bel et bien d'une autre forme de dépendance qui se met en place : comportementale et psychologique. Avec ce groupe d'amis, serait-il réalisable de ne pas fumer ?

Quant à l'âge, le tabagisme même peu important augmente désagréments et risques immédiats pour la santé : plus de rhumes, otites, angines, bronchites.... Et pour les autres maladies, c'est jour après jour qu'elles se construisent et pas seulement à partir d'un certain âge ! Arrêter jeune est un vrai atout pour la santé et le bien-être, car les risques seront d'autant plus réduits !

Le saviez-vous ?

Quand on décide d'arrêter de fumer, **les substituts nicotiques** peuvent être utiles pour surmonter la dépendance physique : ils fournissent au corps l'équivalent de la nicotine contenue dans les cigarettes, comblent ainsi le besoin de tabac et évitent les pics de nicotine qui participent à la dépendance. Avec une dose adaptée à son tabagisme, **le fumeur ne souffre plus de manque et la dépendance physique disparaît progressivement**. La gomme à mâcher, les comprimés à faire fondre sous la langue ou les timbres à la nicotine sont vendus en pharmacie sans prescription médicale.



Annexe 6
Questionnaire fin d'étude

Initial J15 M1

Evaluation de la Motivation à l'Arrêt du Tabac

(Echelle d'Evaluation à l'Arrêt du Tabac – P. Légeron, G. Lagrue)

Q. MAT

1/ Pensez-vous que dans 6 mois :

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

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

- Pas du tout** ①
- Un peu** ②
- Beaucoup** ③
- Enormément** ④

3/ Pensez-vous que, dans 4 semaines :

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

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

- Jamais** ①
- Quelquefois** ②
- Souvent** ③
- Très souvent** ④

TOTAL (/20)

	J15		M1	
	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous réussi à arrêter, ne serait-ce que quelques jours ?				
Si Oui, combien de temps avez vous arrêté ?	
Actuellement combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?	

A 1 mois : Avez vous trouvez cette démarche utile?

pas du tout	un peu	moyennement	Beaucoup
Etes vous satisfait d'avoir bénéficié de cette démarche?			
pas du tout	un peu	moyennement	Beaucoup

Abstract :

Title : Experimental controlled study to assess the impact of the decisional balance on the motivation of the smokers lowly to moderately motivated to quit in general medicine, in Midi-pyrénées (France).

Introduction : The aim of this study is to assess the impact at 1 month of the decisional balance on the smokers' motivation to stop smoking as opposed to brief intervention only in general medicine.

Method : This is an interventional controlled non randomised study that takes place in France. The patients were adults between 18 to 75 years old regular smokers whom were recruited during physician's consultation. They were lowly to moderately motivated to quit smoking. The data were collected at 15 days and at 1 month by phone. The main assessment criterion was a 3 points augmentation of the motivation scale Q-Mat (Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac) at the end of the follow-up period.

Results : 44 smokers were included, 23 received a brief intervention associated with the decisional balance and 21 received a brief intervention only. In the decisional balance group 61% of the patients (14 patients) had increased their motivation by 3 points on the Q-mat scale at 1 month against 52% (11 patients) for the control group, but this difference is not statistically significant ($p = 0,79$).

Conclusion : It's seems that the decisional balance associated with a brief intervention could be a tool to increase the motivation of the lowly to moderately motivated smokers during general practitioner consultation but further investigations are required to confirm these results.

Keyword : smoking cessation, decisional balance, brief intervention, motivation

MOHAMMED-CHERIF Laurent

Etude expérimentale contrôlée évaluant l'impact de la technique de la balance décisionnelle sur la motivation des patients fumeurs peu à moyennement motivés à arrêter de fumer en consultation de médecine générale

Toulouse, le 4 mai 2017

Introduction : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact à 1 mois de la balance décisionnelle sur la motivation des fumeurs à arrêter le tabac en comparaison à une intervention brève seule en médecine générale.

Méthode : Une étude interventionnelle contrôlée non randomisée a été menée chez des patients âgés de 18 et 75 ans fumant quotidiennement, peu à moyennement motivés à arrêter de fumer consultant en médecine générale. Ils bénéficiaient soit de la technique de la balance décisionnelle (BD) associée à une intervention brève (groupe BD) soit à d'une intervention brève uniquement (groupe contrôle). Les données ont été recueillies à 15 jours et 1 mois par téléphone. Le critère de jugement principal était une augmentation de 3 points au Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac (Q-Mat) à la fin de la période de suivi.

Résultats : 44 patients ont été inclus, 23 dans le groupe BD et 21 dans le groupe contrôle. A 1 mois, 61% des patients du groupe BD (14 patients) ont eu une augmentation de 3 points au score du Q-Mat contre 52% dans le groupe contrôle (11 patients), mais cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,79$).

Conclusion : Il semblerait que la technique de la balance décisionnelle associée à une intervention brève peut être un bon outil pour accroître la motivation des patients peu à moyennement motivés à arrêter de fumer en médecine générale mais une étude plus longue avec d'avantage de patients serait nécessaire pour confirmer cette tendance.

Mots-Clés : sevrage tabagique - balance décisionnelle - intervention brève – motivation

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : HASSAINE Réda