

Année 2023

2023 TOU3 1105

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Lisa BEAUJARD**

Le 21 septembre 2023

### **Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la conduite d'un sevrage tabagique par substituts nicotiniques**

Directeur de thèse : Dr Jean-Paul BOYES

#### JURY :

**Madame le Professeur Julie DUPOUY**  
**Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN**  
**Docteur Margaux GAILLARD**  
**Docteur Jean-Paul BOYES**

**Présidente**  
**Assesseur**  
**Assesseur**  
**Assesseur**



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical  
 Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine  
 2022-2023

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
Mme WOISARD Virginie

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et pharmacologie médicamenteuse
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOUAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maitres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

# Remerciements

## Aux membres du Jury,

Au professeur Julie DUPOUY, vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assurée de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Au professeur Jean-Christophe POUTRAIN, merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez croire à l'expression de mon grand respect et de ma gratitude.

Au Docteur Margaux GAILLARD, merci de m'honorer de faire partie de mon jury de thèse, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Jean-Paul BOYES, c'est un honneur de vous avoir dans mon jury de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, de votre temps dédié à ce travail et de votre expertise en tabacologie. Veuillez trouver ici ma respectueuse gratitude.

## **Aux professionnels de santé,**

A mes Maîtres de stage de médecine générale, merci de la bienveillance et de l'accompagnement de qualité dont vous avez tous fait preuve, vous m'avez permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui.

Merci à l'équipe des Urgences de Castres, pour mes premiers pas d'interne.

Merci à l'équipe de pneumologie du CHIVA, pour l'accueil et l'intégration dans votre équipe médicale et paramédicale.

Merci à l'équipe du SSR au CHIVA, nous avons traversé ensemble l'inconnu pendant le premier confinement COVID.

Merci au cabinet de pédiatrie à la Clinique Rive Gauche, de m'avoir permis d'avoir un stage de pédiatrie lorsque la PMI ne pouvait plus m'accueillir.

Merci à la Clinique « Bien naître », de m'avoir permis de m'épanouir dans la santé de la femme.

A tous les professionnels de santé et aux spécialistes qui m'ont accueilli pendant les journées libres, un grand merci pour votre accueil et d'avoir tendu la main à la médecine générale.

A tous les généralistes, merci de votre confiance lors de mes remplacements.

Aux secrétaires de tous les cabinets, merci de votre patience, de votre disponibilité, de votre gentillesse. Vous avez toutes su avoir une oreille attentive, merci pour tous ces échanges.

## **A ma famille,**

A mes parents, vous m'avez permis d'être la personne que je suis par vos valeurs et votre éducation. Merci des qualités et des passions que vous m'avez transmises. Merci de votre amour, de votre soutien inconditionnel et de votre optimisme dans tout ce que je peux entreprendre. Merci d'être à mes côtés depuis trente ans. Soyez certains que je vous aime et que je suis fière d'être votre fille.

A Axel, mon frère jumeau, tu as été source de mes ennuis et de chamailleries mais aussi de complicité et d'amitié, un partenaire de jeux et particulièrement de jeux vidéo. La vie fait que nous vivons désormais géographiquement opposés, mais je sais que je pourrais toujours compter sur toi dans les moments importants dans la vie. Sache que toi aussi tu pourras toujours compter sur moi.

A Fabiola, ma très grande sœur ! Merci d'avoir pris soin de moi quand j'étais petite et d'avoir fait l'arbitre entre Axel et moi. Merci de tous ces moments que nous avons passés toutes les deux, à se balader, à discuter. Tu as souvent été la gardienne de mes confidences et de mes secrets. Merci pour ton ouverture sur le monde et d'autres univers.

## **A ma belle-famille,**

A Marie-Jo, Thierry, Maxime, Paul, et Firmin, je vous ai rencontré au tout début de mon cursus, vous nous avez vu évoluer avec Lucien et Pauline, les trois médecins de la famille. Merci de m'avoir intégré dans votre vie de famille et de tous ces bon moments passés avec vous tous.

A Pauline et Mathilde, un peu de femmes dans cette fratrie de quatre garçons ! Pardon Marie-Jo, pour tous ces cheveux longs qui ont débarqué à la maison.

A Marie-Paule et Joseph, restez comme vous êtes. Merci de cette chaleur avec vous m'avez apporté chaque hiver. Merci pour votre amour pour l'Aveyron et son terroir, que vous m'avez transmis.

## **A mes amis,**

A Angélique, mon amie la plus lointaine, ma confidente, tu m'as toujours épaulé et tu as toujours su m'écouter, merci de comprendre si parfaitement mon humour, tu es la seule je crois ! Je ne te remercierais jamais assez.

A Céline, mon amie de jeux et des quatre cents coup ! Ils nous en restent encore quelque uns à faire j'en suis sûre ! Merci à toi, ne change pas.

A Céline et Jade, vous êtes les premières personnes que j'ai rencontrées pendant cette première année de Médecine. On a réussi à traverser cette épreuve ensemble puis on a toutes les trois prises des voies différentes sans jamais se quitter ! Je ne peux que vous souhaitez le meilleur dans la vie. Un grand merci pour votre amitié.

A Florent, Clément, Constance, P-E, Aude, Guillaume, Claire, Théo, Louis, Samuel, Maxime, merci pour ces belles années à Poitiers.

A Marie, Noémie, Baptiste, Benjamin, Charlotte, Tom, Marion et Pierrick, merci pour cet internat toulousain de folie.

## **A mon amour,**

A Lucien, mon époux, mon lulu, mon loulou, cela fait déjà 10 ans que nous vivons l'aventure de la vie et de la médecine ensemble. Ce fut dix merveilleuses années à tes côtés, les prochaines le seront tout autant. Je t'ai déjà mille fois exprimé mon amour, alors je vais seulement te remercier.

Merci pour ton soutien inébranlable pendant ce parcours. Pour moi, il ne fut pas facile, toujours rempli de doutes, mais tu as su être mon pilier sans vaciller, pour ça, je t'en serais toujours reconnaissante.

## Liste des Abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CO : monoxyde de carbone

DU ou DIU : Diplôme d'université

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

NRT : Nicotine replacement therapy

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TNS : Traitement nicotinique de substitution

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

# Table des matières

Introduction .....	12
Épidémiologie et généralités .....	12
Physiopathologie de la nicotine .....	13
Pharmacocinétique et pharmacodynamie des substituts nicotiques .....	14
Les traitements nicotiques de substitution dans le sevrage tabagique.....	14
Place du médecin généraliste.....	15
Méthode .....	16
Objectifs de l'étude.....	16
Schéma de l'étude.....	16
Analyse .....	18
Résultats.....	19
Échantillon.....	19
Comment est conduit le sevrage tabagique ?.....	21
Où sont les difficultés rencontrées ?.....	24
Quelles sont ces difficultés ? .....	27
Discussion.....	34
Résultats principaux .....	34
Autour des résultats .....	36
Forces et limites.....	41
Conclusion .....	43
Bibliographie .....	44
Annexe 1 : Questionnaire .....	46

# **Introduction**

## **Épidémiologie et généralités**

### **Les usagers**

La France présente une des prévalences du tabagisme quotidien parmi les plus élevées d'Europe occidentale. Les consommateurs quotidiens de tabac représentent 25 % des 18-75 ans en 2020, soit 28 % des hommes et 23 % des femmes avec une consommation moyenne de 13 cigarettes par jour (1,2).

### **Mortalité et bénéfices à l'arrêt du tabac**

Le tabac est la première cause de décès évitable avec 75 000 décès en 2015, soit environ 13 % de la mortalité annuelle (2,3).

Les bénéfices à l'arrêt de la consommation de tabac sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Arrêter de fumer réduit la mortalité totale et particulièrement celle liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer bronchopulmonaire (4).

### **Vente des traitements nicotiques de substitution**

Depuis 2019, les ventes de substituts nicotiques ont augmenté de 28 %, favorisées par le remboursement des TNS mis en place cette année-là. La forme orale est la première forme vendue avec 63 % des ventes de l'ensemble des TNS. Cette croissance peut être expliquée par l'augmentation des prescriptions de l'association de patchs avec des formes orales (1,2).

## Physiopathologie de la nicotine

La nicotine  $C_{10}H_{14}N_2$  est un alcaloïde, une base faible rapidement absorbée par les membranes cellulaires, par ses propriétés hydrosolubles et lipophiles. Lorsque le tabac est fumé, elle atteint le cerveau en 9 à 19 secondes après chaque bouffée (5,6).

Elle se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques centraux, récepteurs « mu » famille des récepteurs-canaux. Sous l'effet agoniste de la nicotine qui agit comme neurotransmetteur cholinergique, le récepteur change de conformation, ce qui ouvre le canal ionique qui laisse entrer le sodium à l'intérieur de la cellule, provoquant la dépolarisation de la membrane et induisant la libération de la dopamine. Le canal ionique devient transitoirement réfractaire à tout neurotransmetteur (5-7).

Ces récepteurs sont présents notamment sur les corps cellulaires de neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale, ainsi que sur leurs terminaisons dans le noyau accumbens : ils participent au circuit de la récompense (5-7).

Entre les cigarettes, les récepteurs restent désensibilisés tant que le taux plasmatique de nicotine est au-dessus d'un seuil. Sous ce seuil, ils se resensibilisent, offrant un grand nombre de sites actifs inoccupés : cette nouvelle disponibilité des sites récepteurs est à l'origine du syndrome de manque.

Chez les fumeurs réguliers, l'augmentation des récepteurs nicotiniques constitue un phénomène de neuro-adaptation pour compenser leur désensibilisation (5).

La demi-vie d'élimination de la nicotine est courte, de 2 heures en moyenne. La nicotémie augmente régulièrement pendant 6 à 8 heures de consommation régulière, puis culmine en plateau jusqu'à la dernière cigarette de la journée. La nicotémie chute rapidement pendant la nuit : très peu persiste au réveil ce qui explique le besoin de la première cigarette du matin (5,6).

Lors de sa consommation, un fumeur obtient en moyenne 1 à 1,5 mg de nicotine par cigarette. Sachant qu'une cigarette représente environ dix bouffées, un fumeur d'un paquet de cigarettes s'administre 200 « doses » quotidiennes, ce qui peut expliquer la forte dépendance provoquée par la nicotine (6).

## **Pharmacocinétique et pharmacodynamie des substituts nicotiques**

Lors de l'administration de nicotine par les différents dispositifs médicamenteux (patch, gomme, pastille, inhalateur ou spray nasal), son absorption est beaucoup moins rapide qu'avec la cigarette. Les TNS atténuent les symptômes de sevrage, sans provoquer de renforcement par des pics cérébraux élevés (6).

Par voie transdermique, la faible vitesse d'absorption permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement (4).

Les premiers taux détectables de nicotine sont retrouvés 1 à 2 heures après l'application. Puis une élévation progressive des concentrations plasmatiques aboutit à un plateau atteint entre 8 à 10 heures après l'application (8).

La fixation aux protéines plasmatiques est inférieure à 5 % : les interactions médicamenteuses sont donc très faibles (8).

Il n'est pas dangereux de les utiliser chez des fumeurs actifs : les effets de la nicotine de substitution sont moindres que ceux de la nicotine inhalée avec la fumée de cigarette et les fumeurs ont une tolérance importante aux effets physiologiques de la nicotine (6).

## **Les traitements nicotiques de substitution dans le sevrage tabagique**

Les TNS augmentent significativement l'abstinence à 6 mois avec une augmentation des chances d'arrêt de 50 % à 70 %, indépendamment de la forme employée du substitut nicotinique chez une personne qui a envie d'arrêter de fumer, mais avec de meilleures chances si les formes sont combinées (4,9–11).

## **Place du médecin généraliste**

Sur un panel de 3300 médecins généralistes en PACA et Pays de la Loire publié en 2021, la quasi-totalité (99 %) considéraient qu'initier les échanges avec leurs patients afin de leur proposer un sevrage tabagique faisait partie des rôles du médecin généraliste (12).

Le médecin généraliste est donc un professionnel de santé majeur dans la prise en charge du sevrage tabagique : une revue de la Cochrane régulièrement mise à jour continue de montrer que la délivrance du conseil minimal par un médecin généraliste augmente les chances de sevrage tabagique (13).

De plus, les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs de traitements nicotiques de substitution (1). En 2020, ils représentaient 71 % des principaux prescripteurs suivis des cardiologues, psychiatres, gynécologues et pneumologues (1).

Pourtant, dans un travail de thèse mené en 2018, près de la moitié des médecins généralistes déclaraient ne pas se sentir à l'aise dans la maîtrise et l'accompagnement du sevrage tabagique (14).

# Méthode

## Objectifs de l'étude

### Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'établir un état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées lors de la conduite d'un sevrage tabagique par substituts nicotiques.

### Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- L'évaluation des pratiques lors de la conduite d'un sevrage tabagique par TNS,
- La recherche d'améliorations.

## Schéma de l'étude

### **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale réalisée par un questionnaire.

### **Population**

#### Critères d'inclusion

La population étudiée est celle des médecins généralistes thésés et installés dans les départements de l'ex Midi-Pyrénées (Ariège, Aveyron, Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne).

#### Critères d'exclusion

La population exclue est celle des médecins remplaçants et des médecins non thésés.

## **Élaboration du questionnaire**

Pour répondre à l'objectif de l'étude et pour effectuer le recueil des données, nous avons établi un questionnaire.

Il a été réalisé en s'appuyant sur les recommandations, les données de la littérature, les précédentes thèses réalisées en tabacologie et sur une lecture grise (4,14–21). Ensuite, les questions ont été rédigées par consensus.

Ce questionnaire est composé de 34 questions en 5 parties :

- Une partie "Qui êtes-vous?", qui comporte 8 questions sur les caractéristiques de la population,
- Une partie "Évaluation initiale", qui comporte 6 questions,
- Une partie "Initiation du traitement nicotinique de substitution", qui comporte 7 questions,
- Une partie "Suivi et maintien du sevrage tabagique", qui comporte 12 questions,
- Et une partie "En Conclusion", qui comporte une question sur les améliorations à apporter.

Le questionnaire complet est disponible en Annexe 1.

## **Déroulement de l'étude**

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme "Google Forms".

Afin de diffuser le questionnaire, nous avons sollicité l'URPS Médecins d'Occitanie, "l'Union Régionale des Professionnels de Santé", via une liste de diffusion.

Un lien était disponible et permettait aux médecins généralistes d'accéder au questionnaire de façon anonyme.

La période de recueil des données a été fixée à 6 semaines à partir de la diffusion du questionnaire.

## **Analyse**

Le recueil des données a été effectué par « Google Forms » et « Google Sheets », puis elles ont été retranscrites sur un tableur par le logiciel « Excel Microsoft 365 ».

### **Analyse descriptive**

L'analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel "Excel Microsoft 365".

Les variables quantitatives ont été analysées avec des moyennes, médianes et écart-types et les variables qualitatives avec des effectifs et des pourcentages.

### **Analyse Statistique**

Pour permettre la réalisation des analyses statistiques, un score global de difficultés cumulant l'ensemble des échelles d'auto-évaluation des difficultés a été réalisé, permettant d'obtenir un score sur 80.

Les analyses ont été réalisées en utilisant ce score global pour comparer la population qui a les scores les plus faibles avec celle qui a les scores les plus forts.

Un test t de Student a été utilisé pour les variables quantitatives, un test exact de Fisher a été utilisé pour les variables qualitatives.

Le seuil de signification (risque alpha) a été fixé à 0.05. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>).

# Résultats

## Échantillon

Le questionnaire a été diffusé le 5 mai 2023 par mail via l'URPS, l'accès au questionnaire a été clos 6 semaines après. Cette diffusion a permis d'obtenir 122 réponses, avec un taux de participation aux questions de 96 %.

### Description de l'échantillon

La description de l'échantillon est retrouvée dans le *Tableau 1*. Elle correspond aux réponses aux questions de la première partie du questionnaire intitulée « Qui êtes-vous ? », soient les réponses de la question 1 à la question 8.

Nous observons que la population est principalement composée de femmes (67 %), d'âge moyen de 46 ans, non-fumeurs (72 %), exerçant en Haute-Garonne (51 %), sans formation spécifique en tabacologie (67 %).

<b>Caractéristiques</b>		N=122	
<b>Genre</b>			
Femme	82	(67,2 %)	
Homme	40	(32,8 %)	
<b>Age</b>			
	45,9		
<b>Statut Tabagique</b>			
Non-fumeur	88	(72,1 %)	
Occasionnel	7	(5,7 %)	
Actif	8	(6,6 %)	
Sevré	19	(15,6 %)	
<b>Département d'installation</b>			
Ariège	8	(6,6 %)	
Aveyron	7	(5,7 %)	
Gers	9	(7,4 %)	
Haute-Garonne	62	(50,8 %)	
Hautes-Pyrénées	5	(4,1 %)	
Lot	3	(2,5 %)	
Tarn	18	(14,8 %)	
Tarn-et-Garonne	10	(8,2 %)	
<b>Durée d'installation</b>			
	14,1		
<b>Type de Pratique</b>			
Urbaine	39	(32,0 %)	
Semi-Rurale	53	(43,4 %)	
Rurale	30	(24,6 %)	
<b>Estimation des connaissances et de l'aisance en tabacologie (Échelle de 0 à 10)</b>			
	6,6		
<b>Formation spécifique en tabacologie</b>			
	40	(32,8 %)	

*Tableau 1 : Table des caractéristiques. Les données qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage. Les données quantitatives sont exprimées en moyenne.*

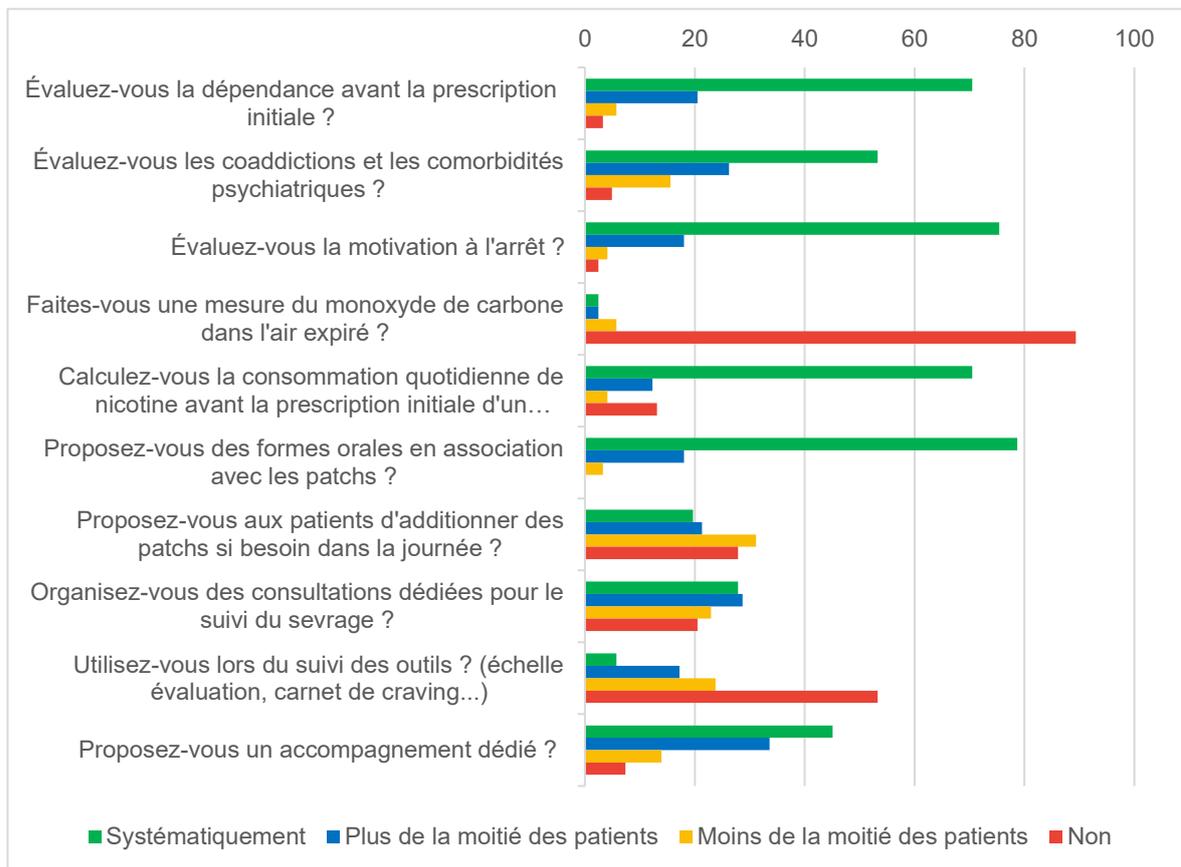
## Comment est conduit le sevrage tabagique ?

Une évaluation des pratiques lors de la conduite du sevrage tabagique est effectuée dans :

- « Évaluation initiale » avec les questions 9 à 12.
- « Initiation du traitement nicotinique de substitution » avec les questions 15, 16 et 19.
- « Suivi et maintien du sevrage tabagique » avec les questions 22, 25, 30 et 31.

Il s'agit de questions à variables qualitatives dont les choix de réponses sont « Non », « Moins de la moitié des patients », « Plus de la moitié des patients » et « Systématiquement » concernant les questions 9 à 12, 15, 16, 19, 22, 25 et 30.

Elles sont représentées dans la *Figure 1*.



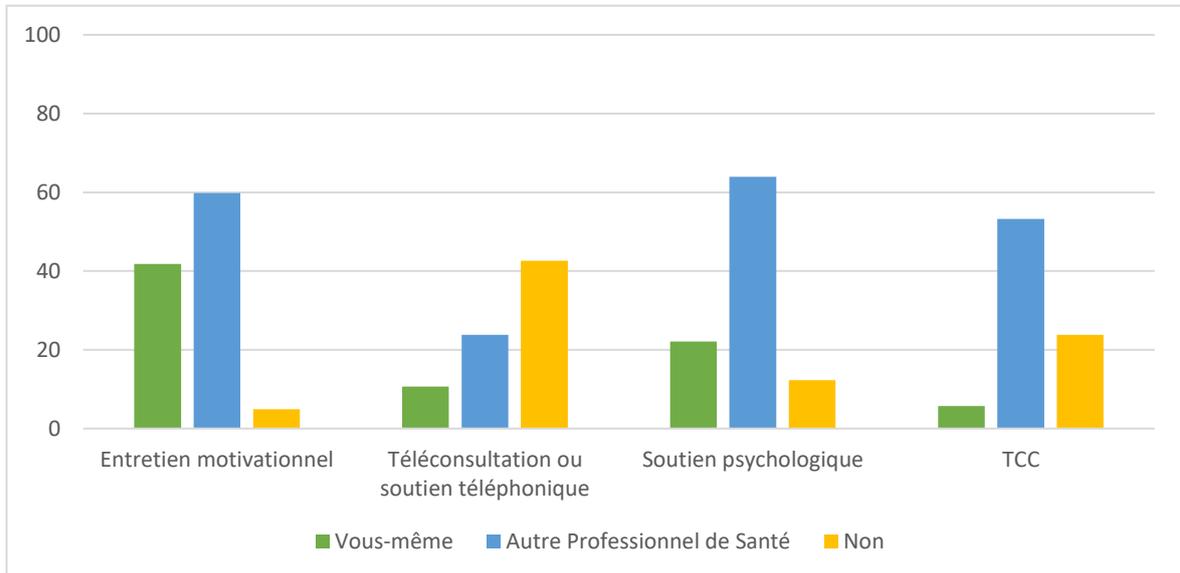
**Figure 1 : Conduite du sevrage tabagique.** Les données sont exprimées en pourcentage.

Au cours de l'évaluation initiale, la majorité des médecins généralistes évaluent systématiquement la dépendance (70 %), les co-addictions et les comorbidités psychiatriques (53 %) et la motivation à l'arrêt (75 %). En revanche, très peu effectuent une mesure de monoxyde de carbone expiré (11 %).

Au cours de l'initiation du traitement nicotinique de substitution, la majorité calculent la consommation quotidienne de nicotine (71 %) et proposent une forme orale en association aux patchs (79 %). L'addition de patch dans la journée est plus hétérogène : plus de la moitié (59 %) ne le proposent pas du tout ou à moins de la moitié des patients.

Au cours du suivi et maintien du sevrage tabagique, 57 % proposent des consultations dédiées à plus de la moitié, voire à tous leurs patients, mais peu utilisent les outils (23 %). La majorité propose un accompagnement dédié systématiquement (45 %) ou à plus de la moitié des patients (34 %).

La question 31 recherche le type d'accompagnement proposé. Elle est décrite en histogramme dans la *Figure 2*.



**Figure 2 : Accompagnement dédié proposé pendant le suivi du sevrage tabagique. Les données sont exprimées en pourcentage. TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.**

Nous observons que l'entretien motivationnel est l'accompagnement le plus proposé, que ce soit à réaliser par les médecins généralistes ou par un autre professionnel de santé, c'est d'ailleurs celui que les médecins généralistes réalisent le plus par eux-mêmes (42 %).

En revanche, ils réalisent par eux-mêmes très peu de soutien psychologique ou de thérapie cognitivo-comportementale. La conduite de ces derniers est largement proposée aux autres professionnels de santé, respectivement par 64 % et 53 % des médecins généralistes.

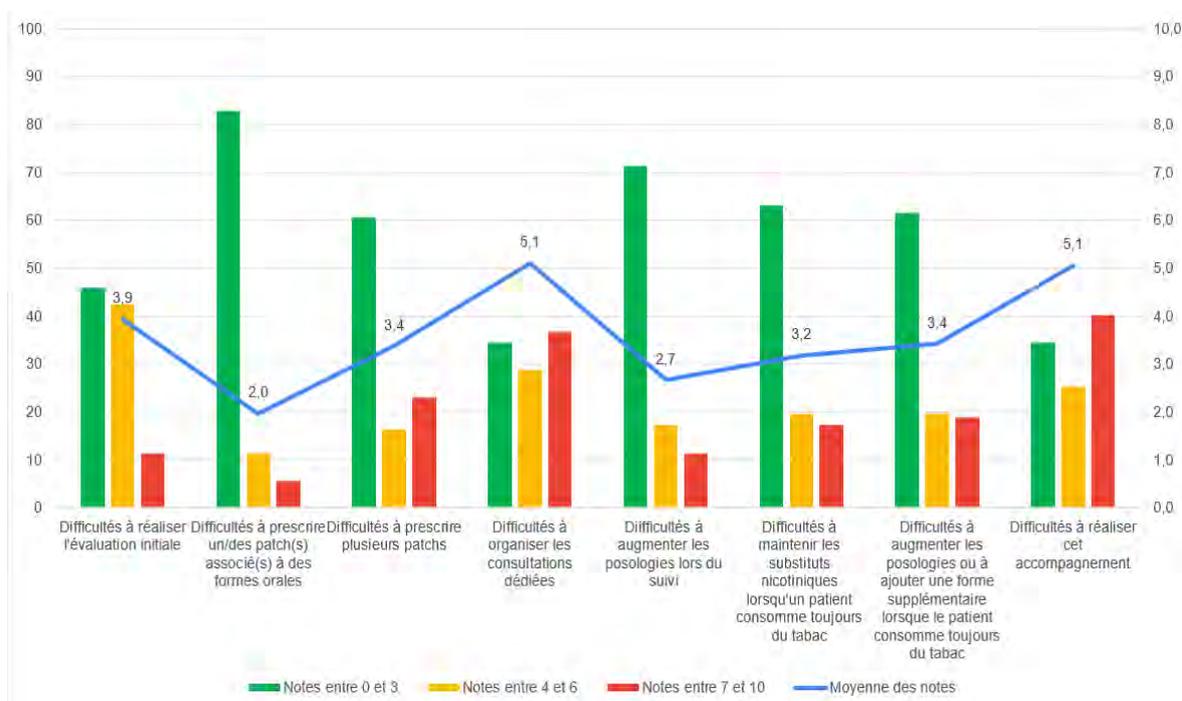
L'accompagnement téléphonique n'est que très peu conseillé.

## Où sont les difficultés rencontrées ?

Les niveaux de difficultés rencontrés lors de la conduite du sevrage sont recherchés par plusieurs auto-évaluations avec une échelle numérique de 0 à 10. Ils sont décrits dans la *Figure 3*.

Ils sont évalués dans :

- « Évaluation initiale » avec la question 13,
- « Initiation du traitement nicotinique de substitution » avec les questions 17 et 20,
- « Suivi et maintien du sevrage tabagique » avec les questions 23, 26 à 28 et 32.



**Figure 3 : Echelles d'auto-évaluation des difficultés rencontrées au cours du sevrage.** Il a été défini 3 catégories de note : notes entre 0 et 3 ; entre 4 et 6 et entre 7 et 10. Les variables sont exprimées en pourcentage.

Nous observons que les auto-évaluations des difficultés les plus élevées sont l'organisation des consultations de suivi et l'accompagnement dédié avec pour ces deux variables une moyenne de 5.1 et une distribution large avec respectivement un écart-type de 3.1 et de 3. L'auto-évaluation des difficultés pour réaliser l'évaluation initiale est plus homogène avec une moyenne à 3.9 et un écart-type de 2.1.

Les médecins généralistes ont moins de difficultés pour prescrire des patchs associés à des formes orales avec une moyenne de 2 et un écart-type de 2.3. Ils s'estiment plutôt à l'aise pour additionner plusieurs patchs, augmenter les posologies pendant le suivi et pour maintenir ou faire des modifications de posologies lorsque le patient fume toujours du tabac.

La moyenne globale de l'ensemble des échelles d'évaluation de difficultés est de 3.6/10 avec une médiane et un écart-type de 3.

## Analyses statistiques

La moyenne du score global obtenue avec le cumul des échelles d'évaluation est de 28.7, la médiane est de 27.5 avec un écart type de 15. Il a donc été défini qu'un score faible est inférieur ou égal à 27 et qu'un score élevé est supérieur ou égal à 28.

Il a été recherché si le genre, l'âge, le statut non-fumeur, la durée d'installation, l'aisance en tabacologie et la formation en tabacologie avaient un impact sur l'estimation des difficultés en tabacologie.

Les analyses statistiques de comparaison sont retrouvées dans le *tableau 2*.

Nous observons que la formation en tabacologie est associée à une diminution du niveau de difficultés rencontrées dans le sevrage tabagique OR 4.86 IC [1.98 ; 12,79].

Le genre, l'âge, le statut tabagique ne sont pas associés au niveau de difficultés.

Caractéristique	Score < 27	Score > 28	Différence / OR	IC 95 %	p
<b>Sexe féminin</b>	66%	69%	0,86	[0,37 ; 1,96]	0,84
<b>Age</b>	44,1	47,5	-1,64	[-7,51 ; 0,69]	0,10
<b>Statut Non-fumeur</b>	64%	80%	0,43	[0,17 ; 1,05]	0,06
<b>Durée installation</b>	13,0	15,1	-1,10	[-6,01 ; 1,71]	0,27
<b>Aisance tabacologie</b>	7,4	5,8	1,69	[1,21 ; 2,16]	< 0,001
<b>Formation en tabacologie</b>	49%	16%	4,86	[1,98 ; 12,79]	< 0,001

*Tableau 2 : Analyses de comparaison. Les données descriptives sont exprimées en moyenne pour les données quantitatives et en pourcentage pour les données qualitatives.*

## Quelles sont ces difficultés ?

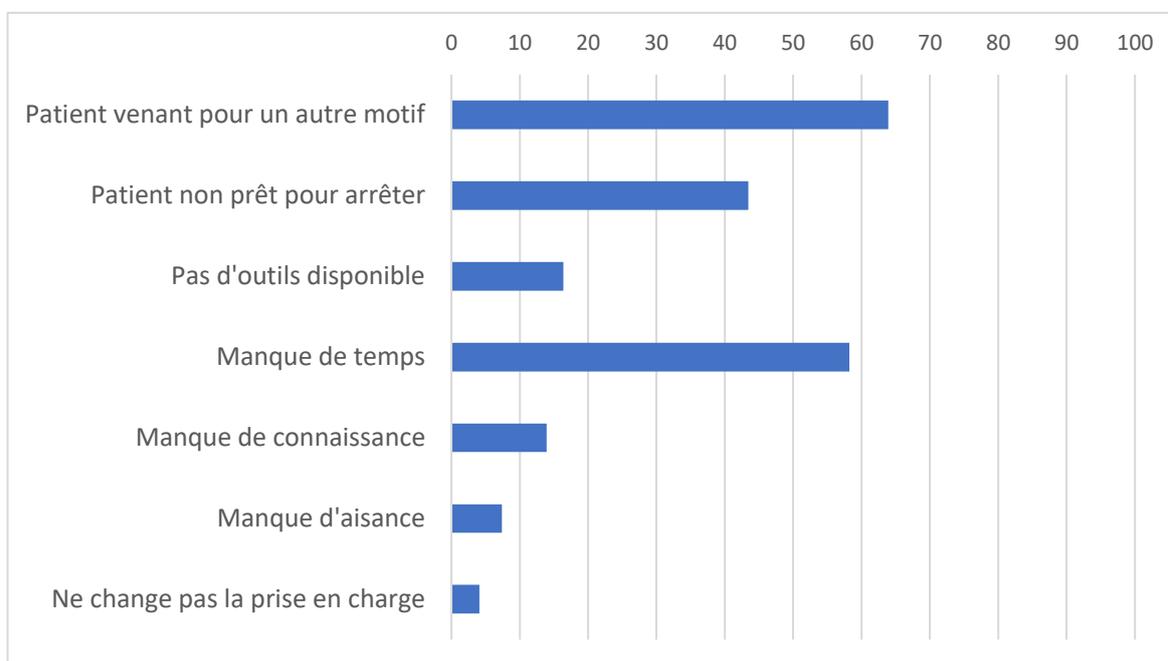
Les difficultés sont recherchées à la suite de l'évaluation demandée dans les questions précédentes, soient :

- La partie « Évaluation initiale » avec la question 14,
- La partie « Initiation du traitement nicotinique de substitution » avec les questions 18 et 21,
- La partie « Suivi et maintien du sevrage tabagique » avec les questions 24, 29 et 33.

### Difficultés pour réaliser l'évaluation initiale

Elles sont recherchées par la question 14 (à la suite des questions 9 à 13) et sont décrites dans la *Figure 4*.

92 % des médecins généralistes identifient une ou des difficultés pour réaliser l'évaluation initiale, avec 64 % de la population exprimant comme difficulté « patient venant pour un autre motif », 59 % le « manque de temps » et 43 % « patient non prêt pour arrêter ».



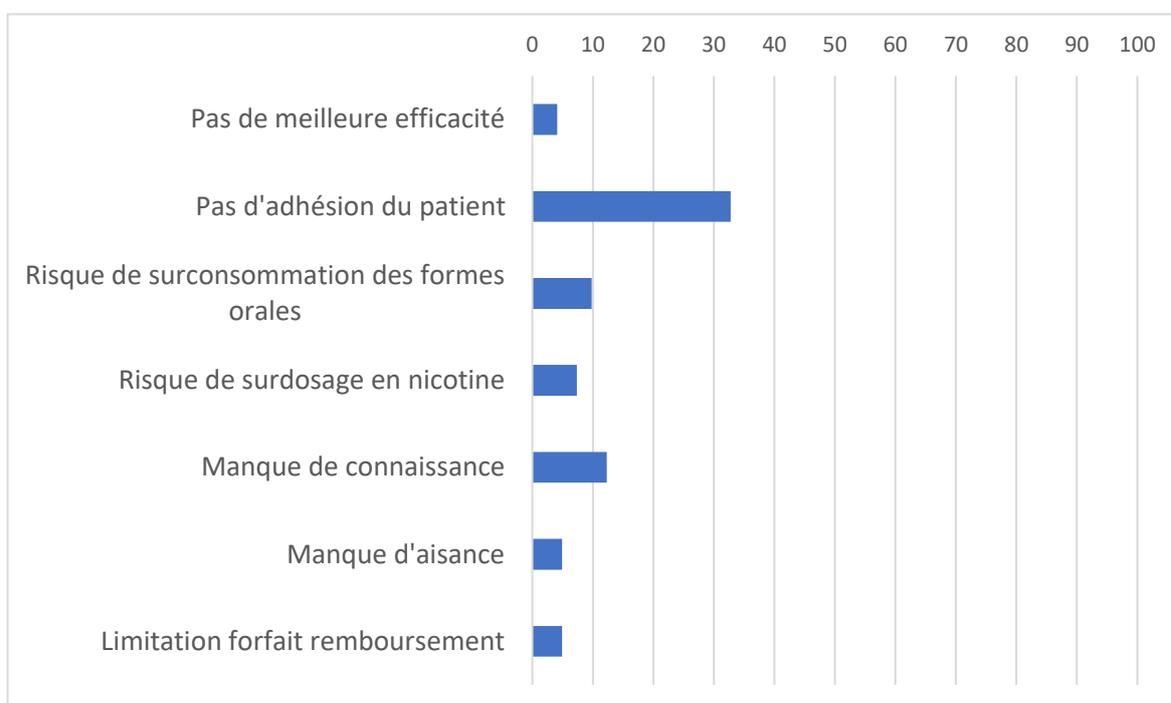
**Figure 4 : Difficultés pour réaliser l'évaluation initiale.** Les données sont exprimées en pourcentage.

### Difficultés pour prescrire un/des patchs associés à des formes orales

Elles sont recherchées par la question 18 (à la suite des questions 16 et 17) et sont décrites dans la *Figure 5*.

51 % des médecins généralistes identifient une ou des difficultés pour prescrire un/des patch(s) associés à des formes orales, 33 % de la population présentant comme difficulté « pas d'adhésion du patient ».

10 % expriment un « risque de surconsommation des formes orales » et 12 % « un manque de connaissance ».



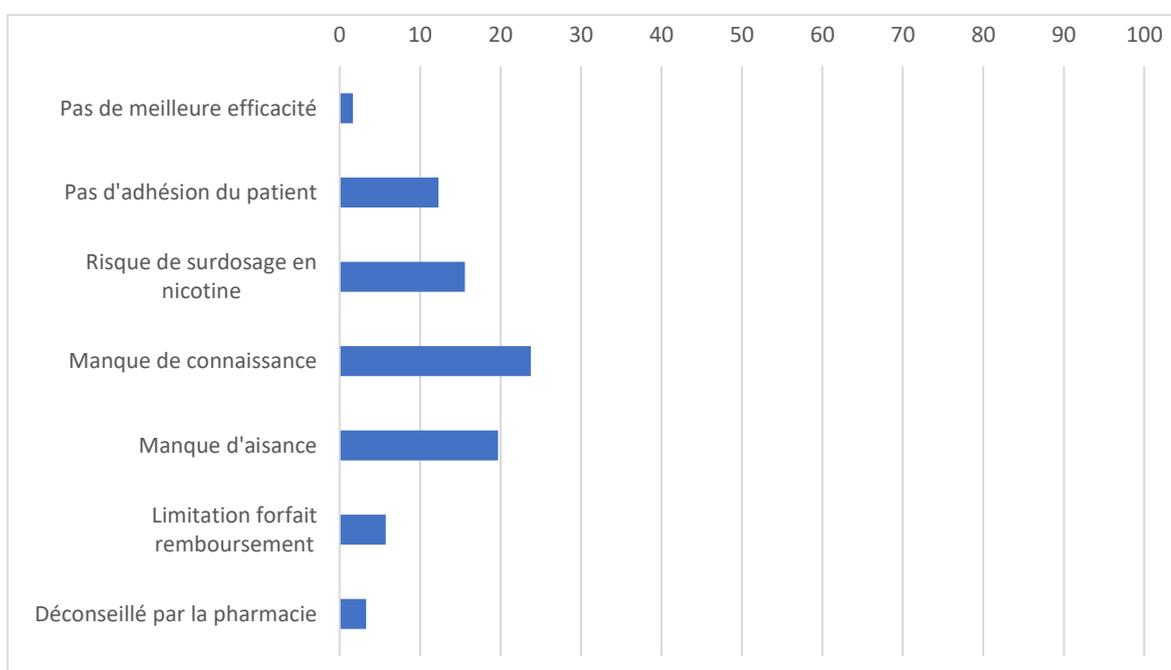
**Figure 5 : Difficultés pour prescrire un/des patch(s) associé(s) à des formes orales.**  
Les données sont exprimées en pourcentage.

### Difficultés pour prescrire plusieurs patches.

Elles sont recherchées par la question 21 (à la suite des questions 19 et 20) et sont décrites dans la *Figure 6*.

56 % des médecins généralistes identifient une ou des difficultés pour prescrire plusieurs patches, avec « un manque de connaissance » et un « manque d'aisance » pour respectivement 24 % et 20 % de la population. 16 % expriment « un risque de surdosage ».

Quatre médecins notifient dans l'option « autre » que certaines pharmacies le déconseillent malgré la prescription.

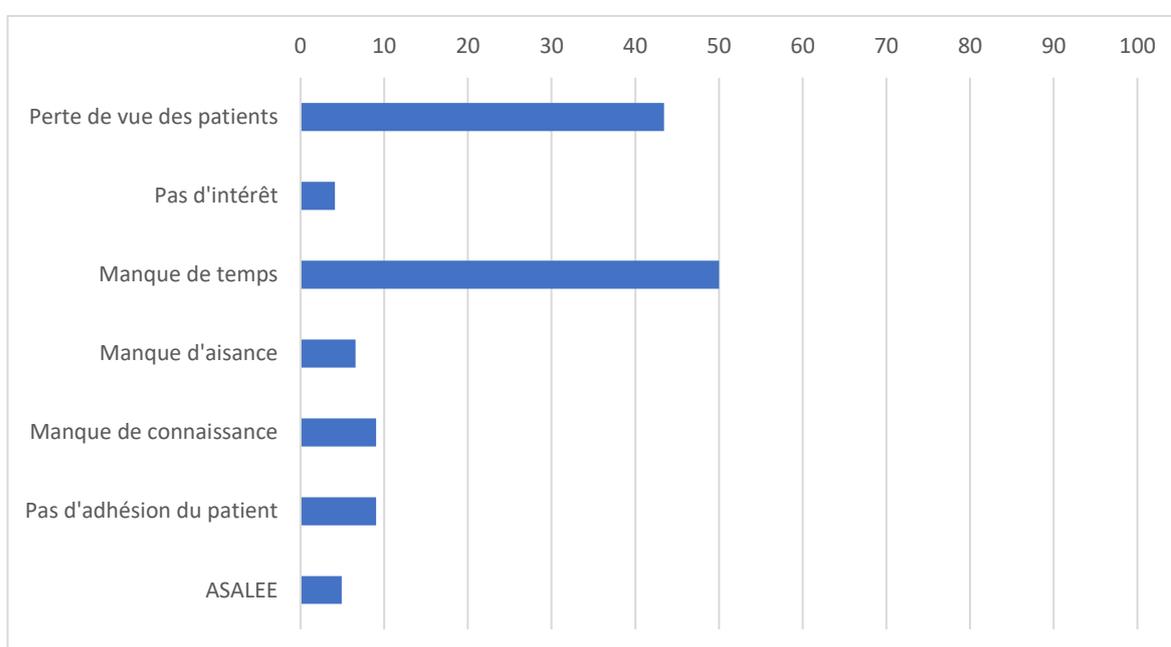


**Figure 6 : Difficultés pour prescrire plusieurs patches.** Les données sont exprimées en pourcentage.

## Difficultés pour réaliser des consultations dédiées

Elles sont recherchées par la question 24 (à la suite des questions 22 et 23) et sont décrites dans la *Figure 7*.

88 % des médecins généralistes identifient une ou des difficultés pour réaliser des consultations dédiées, avec 50 % de l'échantillon exprimant comme difficulté « un manque de temps », 43 % « une perte de vue des patients ». 9 % ont rajouté par l'option « autre » « pas d'adhésion du patient ».

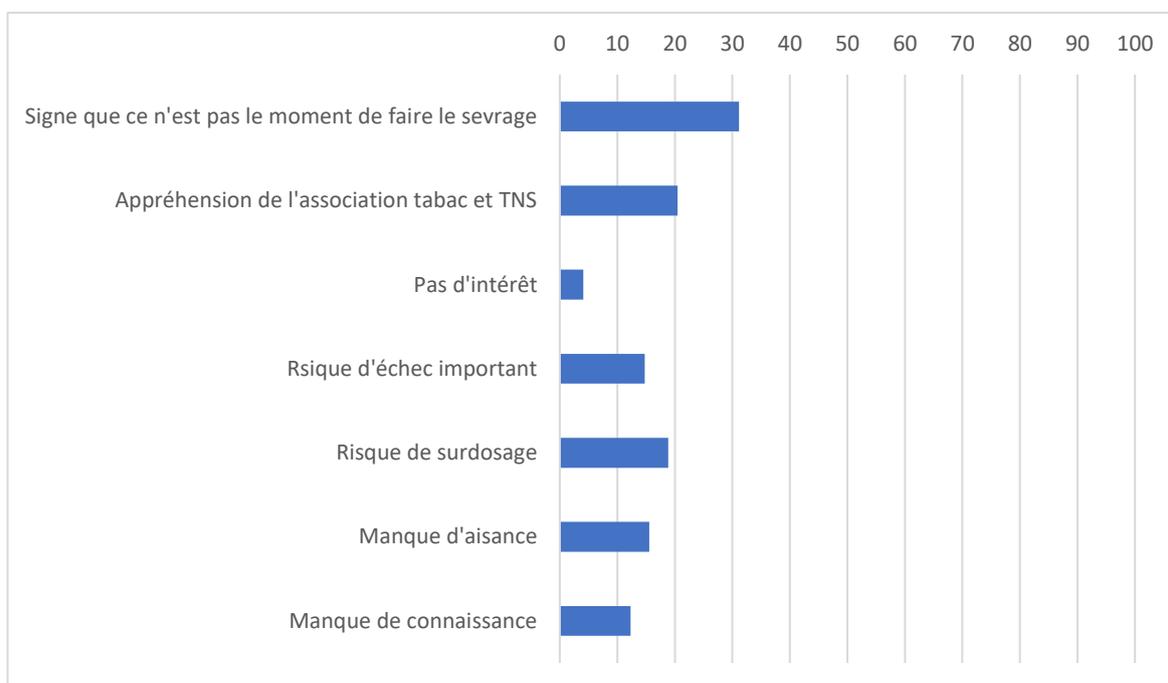


**Figure 7 : Difficultés pour organiser les consultations. Les données sont exprimées en pourcentage.**

Difficultés pour augmenter les posologies ou lorsque le patient consomme toujours du tabac, à maintenir, augmenter les posologies ou ajouter une forme supplémentaire

Elles sont recherchées par la question 29 (à la suite des questions 26 à 28) et sont décrites dans la *Figure 8*.

64 % des médecins généralistes identifient une ou des difficultés pour augmenter les posologies, et lorsque le patient consomme toujours du tabac à maintenir, augmenter les posologies ou ajouter une forme supplémentaire, avec pour 31 % « signe que ce n'est pas le moment de faire le sevrage », 20 % « une appréhension de l'association tabac et substituts nicotiniques » et 19 % « le risque de surdosage ».

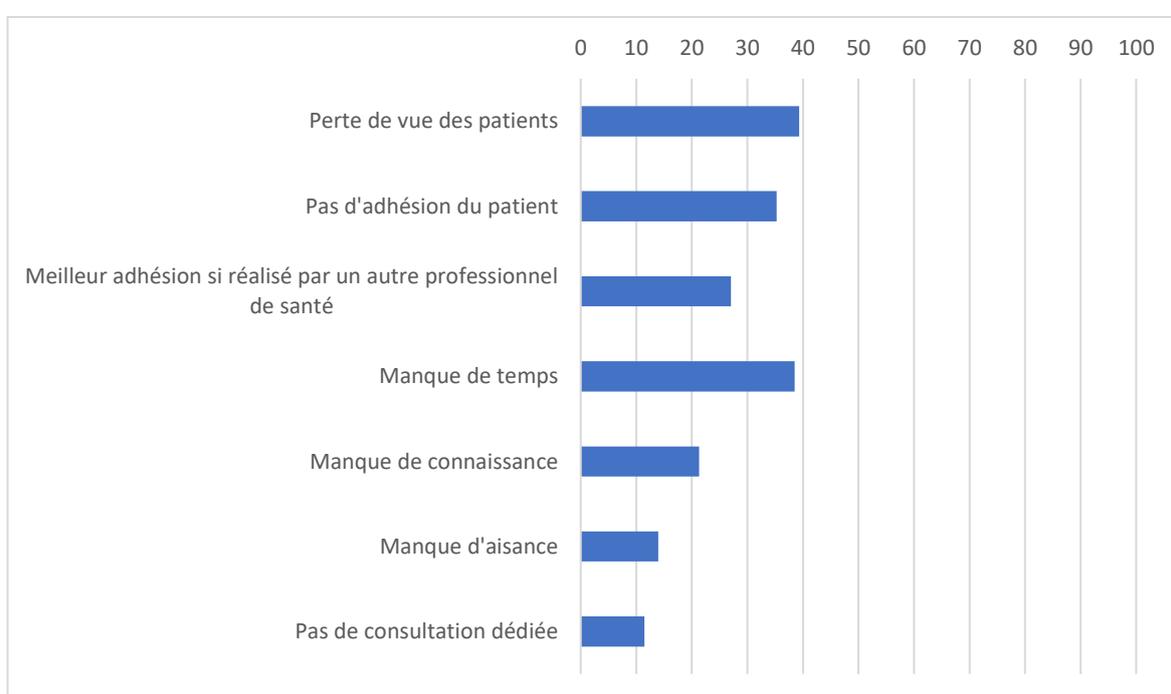


**Figure 8 : Difficultés pour augmenter les posologies ou lorsque le patient consomme toujours du tabac à maintenir, augmenter les posologies ou ajouter une forme supplémentaire. Les données sont exprimées en pourcentage.**

## Difficultés pour réaliser un accompagnement dédié

Elles sont recherchées par la question 33 (à la suite des questions 30 à 32) et sont décrites dans la *Figure 9*.

91 % des médecins généralistes identifient une ou des difficultés pour cet accompagnement dédié, avec 39 % de l'ensemble de l'échantillon qui exprime comme difficulté « le « manque de temps » et « la perte de vue du patient pour ce suivi » et 35 % « pas d'adhésion au patient ».



**Figure 9 : Difficultés pour réaliser un accompagnement dédié.** Les données sont exprimées en pourcentage.

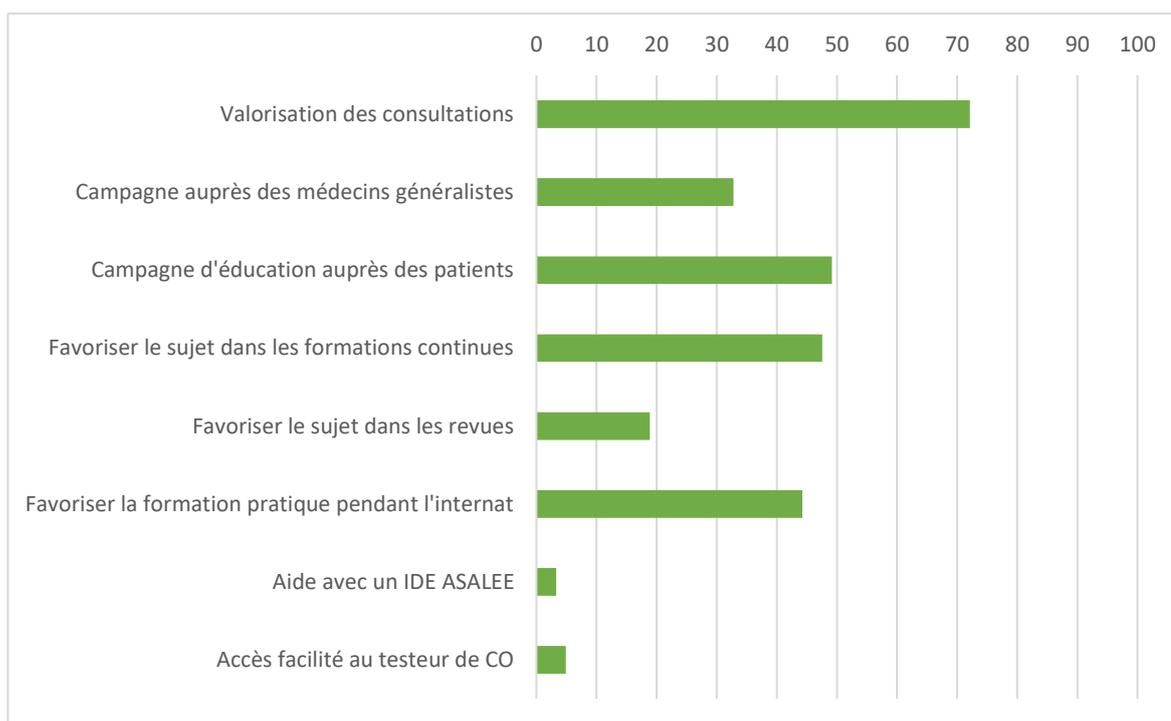
## Quelles sont les améliorations ?

Elles sont recherchées par la question 34 « Selon vous, comment est-il possible de diminuer les difficultés rencontrées ? ». Elles sont décrites dans la *Figure 10*.

72 % des médecins généralistes estiment qu'il faut valoriser les consultations dédiées au sevrage, 49 % qu'il faut augmenter les campagnes d'information sur les TNS auprès des patients.

47 % et 43 % souhaitent que le sujet soit davantage abordé respectivement dans les formations continues et dans la formation pratique pendant l'internat.

Il est à noter que 5 % d'entre eux évoquent dans la partie « autre » un meilleur accès aux testeurs de CO et 3 % l'aide apportée par les IDE ASALEE.



**Figure 10 : Propositions pour diminuer les difficultés.** Les données sont exprimées en pourcentage.

# Discussion

## Résultats principaux

Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence les comportements des médecins généralistes et leurs difficultés face à la conduite d'un sevrage tabagique par substituts nicotiques.

Le manque de temps est la difficulté principale rencontrée par les médecins généralistes lors de la réalisation de l'évaluation initiale, des consultations dédiées et de l'accompagnement dédié pour respectivement 59 %, 53 % et 39 % des médecins généralistes.

C'est d'ailleurs lors de ces temps du sevrage que les médecins interrogés estiment avoir le plus de difficultés (88 à 92%). Cependant, l'évaluation initiale est une partie bien exécutée puisque qu'elle est systématiquement réalisée par 50 à 70 % des médecins généralistes interrogés.

Les autres difficultés lors des différents temps du sevrage sont que les patients viennent pour un autre motif (64 %) ou ne sont pas prêt à arrêter (43 %), notamment pour l'évaluation initiale, une perte de vue des patients lors des consultations dédiées (43 %) ou de l'accompagnement dédié (39 %), ainsi qu'un manque d'adhésion des patients à ce dernier (35 %).

Le manque d'adhésion du patient est aussi une difficulté rencontrée lors de la prescription de l'association de patchs et de formes orales (33 %) alors qu'il s'agit d'une méthode de sevrage largement proposée par les médecins généralistes (79 %) avec laquelle ils s'estiment plutôt à l'aise.

Enfin 50 à 65 % des médecins généralistes rapportent des difficultés dans la prescription de plusieurs patchs ou pour augmenter les posologies, et lorsque le patient consomme toujours du tabac à maintenir, augmenter les posologies ou ajouter une forme supplémentaire. Ils rencontrent un manque de connaissance (24 %), d'aisance (20 %), et une appréhension de l'association tabac et substituts nicotiques (20%).

Les médecins généralistes interrogés soulignent comme améliorations possibles une valorisation des consultations dédiées au sevrage (72 %) et une augmentation des campagnes d'information sur les TNS auprès des patients (49%).

La formation en tabacologie est associée à une diminution du niveau de difficultés rencontrées dans le sevrage tabagique OR 4.86 IC [1.98 :12,79]. Celle-ci fait donc partie des améliorations sollicitées par les médecins généralistes interrogés puisque 47 % et 43 % souhaitent que le sujet soit davantage abordé respectivement dans les formations continues et dans la formation pratique pendant l'internat.

## **Autour des résultats**

### Les consultations de tabacologie en médecine générale

Dans la littérature, le manque de temps est la difficulté la plus mise en évidence, que ce soit le manque de temps pour organiser les consultations ou pour réaliser correctement ces consultations. Il est également beaucoup évoqué le manque d'aisance, de connaissance ou de formation (15,19,20).

Dans notre étude, l'évaluation initiale est une partie bien connue, sue et maîtrisée par les médecins généralistes avec pour la plupart la mise en place d'une évaluation très complète : évaluation de la dépendance, évaluation de la motivation à l'arrêt, et l'évaluation des comorbidités psychiatriques et des co-addictions.

Néanmoins, plus de la moitié estiment rencontrer des difficultés à réaliser cette évaluation initiale avec 92 % qui identifient une à des difficultés. Le manque de temps est une difficulté importante dans notre étude puisqu'il est éprouvé par 59 % d'entre eux pour réaliser complètement cette évaluation initiale.

Très peu de médecins généralistes utilisent un testeur pendant l'évaluation initiale ; 16 % se plaignent du manque d'outils. Certains évoquent un coût important de l'ustensile, dont les premiers prix sont aux alentours de 300 euros et souhaitent un meilleur accès au dispositif. Cependant, la mesure du CO est utilisée pour le dépistage et pour renforcer la motivation du patient à l'arrêt (4), il ne conditionne pas nécessairement la suite de la prise en charge.

Une autre problématique à l'évaluation initiale est qu'un patient vient souvent pour un autre motif lorsque l'arrêt du tabac est envisagé, ce qui peut compliquer d'autant plus la réalisation d'une évaluation complète, à condition que le patient soit prêt pour le sevrage.

Cette évaluation peut être envisagée dans une consultation ultérieure lors d'une consultation dédiée, mais avec un risque de perte de vue du patient.

Concernant la mise en place de consultations dédiées et d'un accompagnement adapté, le manque de temps est également la difficulté majeure. Le suivi initial hebdomadaire recommandé par la HAS (4) pouvant être difficile à mettre en place pour certains (environ 45 % d'entre eux).

Cet accompagnement est plus largement proposé aux autres professionnels de santé. Certains profitent de la disponibilité des IDE ASALEE pour prendre en charge la suite du suivi et les identifient comme une solution aux différentes difficultés rencontrées pendant le sevrage. Cependant, cet item n'était pas spécifiquement évoqué, les chiffres ne représentent donc pas le nombre de médecins généralistes dans l'échantillon qui font appel aux IDE ASALEE pour la prise en charge du sevrage tabagique.

72 % estiment qu'une valorisation des consultations permettrait de diminuer les difficultés rencontrées. Bien que cette valorisation justifie un temps de consultation plus long et permet de mettre en valeur cette consultation, cela ne permet pas d'aménager plus facilement les plannings surchargés des médecins.

## Utilisation des traitements nicotiniques de substitution

Lors de l'initiation du traitement nicotinique de substitution, les médecins généralistes sont plutôt à l'aise avec l'association des patchs et des formes orales, et le proposent largement à leur patientèle. L'adhésion du patient est le plus problématique dans ce cas-là avec 1/3 des praticiens qui font face à cette difficulté.

Ainsi, une thèse en 2020 et une revue en 2018 montraient que les médecins généralistes trouvaient que certains patients refusaient de parler si le sujet du sevrage tabagique était abordé et que les patients ne réalisaient pas que c'était une maladie. Il était rajouté que le manque d'adhésion du patient au traitement nicotinique de substitution était renforcé par la croyance du patient de pouvoir arrêter seul, et que les substituts n'aidaient pas au sevrage (16,20).

Cette « nicotinophobie » des patients pourrait être améliorée par l'instauration de campagnes d'information. L'efficacité avait été mise en évidence par une étude cas-témoin qui avait montré qu'une éducation thérapeutique contre la « nicotinophobie » auprès des patients permettait d'augmenter l'arrêt du tabac (25).

Une autre étude évoquait que celle-ci pourrait être améliorée par l'utilisation d'applications sur téléphone mobile (16).

Depuis 1976, différentes campagnes anti-tabac ont été mises en place avec des campagnes de prévention par différents médias, notamment la télévision, mais en ciblant plutôt la nocivité du tabac pour inciter à arrêter (26,27).

Le public est déjà largement informé sur les risques graves liés au tabac, il serait intéressant donc de les informer sur les différentes méthodes d'arrêt et la nécessité d'être accompagné dans cette démarche.

Les difficultés sont plutôt du côté du patient en ce qui concerne le schéma de prescription le plus pratiqué, à savoir un patch associé à une forme orale, mais elles sont plutôt du côté du praticien pour tout schéma de sevrage en dehors de celui-là. Le manque d'aisance et de connaissances étant largement souligné.

On remarque que les médecins généralistes proposent peu l'addition de patchs alors que la majorité s'estime être à l'aise pour le faire. Ainsi, la moitié d'entre eux identifient des difficultés à prescrire plusieurs patchs.

Beaucoup présentent une peur de ce type de prescription en évoquant un risque de surdosage, une appréhension entre l'association des substituts nicotiques et la consommation de tabac. Ils soulignent également que si le patient continue de fumer, c'est qu'il n'était pas prêt pour le sevrage.

Cette difficulté face à ces méthodes de sevrage se retrouve aussi en pharmacie, puisque ces méthodes sont parfois déconseillées alors que prescrites par le généraliste.

Pourtant, l'association du tabac et des traitements nicotiques de substitution présente un intérêt : le prétraitement. Cela permet de saturer les récepteurs nicotiques situés au niveau du circuit de la récompense ; plus un sujet est dépendant, plus la durée de prétraitement est nécessaire. Il permet de doubler la probabilité d'arrêt du tabac lorsqu'il est mis en place en amont de la date d'arrêt du sevrage (28).

La « nicotinophobie » des praticiens pourrait quant à elle être diminuée par une augmentation de l'abord du sujet dans les formations continues, voire dans des campagnes d'information auprès des praticiens, mais il est également suggéré d'augmenter la formation pratique pendant l'internat.

Il est à noter un manque d'information sur les mises à jour, puisque 5 à 6 % pensent que le forfait de remboursement existe toujours.

Une revue en 2009 menée dans plusieurs pays avait déjà évoqué certaines difficultés dans le sevrage tabagique et retrouvait un lien entre la formation du médecin généraliste et son implication dans le sevrage tabagique (15).

Dans notre étude, la formation n'est pas la solution la plus évoquée (moins de la moitié des praticiens), alors que le manque de connaissances est une difficulté identifiée.

Pourtant, il est important de les renforcer puisque la formation spécifique semble être un facteur protecteur à l'estimation du niveau des difficultés rencontrées. Ce manque de plébiscite est peut-être lié au fait que la majorité de la population s'estime à l'aise en tabacologie et qu'un tiers d'entre eux aient déjà reçu une ou des formations.

### Une autre approche du sevrage : la réduction des risques liés au tabagisme

La réduction des risques désigne un ensemble de mesures mises en œuvre pour prévenir et éviter les complications liées au mésusage. Cette approche existe depuis longtemps dans la gestion des addictions aux produits illicites et s'imprime petit à petit dans celle des produits licites et des addictions comportementales (29).

Dans la prise en charge du tabac, cela consiste à mettre en place une consommation contrôlée : il s'agit d'une étape intermédiaire vers l'abstinence notamment par la prise de conscience du rôle de la substitution dans la diminution du craving (30).

Elle englobe ainsi les politiques d'interdiction de fumer visant à réduire les dangers liés au tabagisme passif et les pratiques pour réduire les risques pour le consommateur qui ne veut ou ne peut pas arrêter de fumer. Différentes approches sont proposées dont le sevrage sans substituts, avec substituts, avec ou sans prétraitement....

La cigarette électronique est un dispositif qui permet une réduction des risques par suppression de la combustion du tabac, mais il ne s'agit pas d'un dispositif médical avec un objectif uniquement thérapeutique (30).

## Forces et limites

### Limites

#### Validité interne

Bien que l'échantillon soit suffisant pour une thèse, il présente un manque de puissance pour la partie analytique des résultats.

Il y a un biais de sélection puisque le questionnaire a été diffusé par boîte mail, les médecins généralistes ont eu le choix d'y répondre. Ceux qui ont répondu avaient probablement un intérêt plus important pour le sujet que ceux qui ne l'ont pas fait. Il ne nous a pas été transmis le nombre de médecins qui ont reçu le questionnaire par mail.

Cette étude présente plusieurs biais de mesure :

- Les échelles d'auto-évaluation pour évaluer le ressenti des médecins sont subjectives.
- Il est également subjectif de déterminer une proportion de patients (pour les questions comportant les réponses « systématiquement, plus de la moitié, moins de la moitié, non »), ce qui peut donner une surestimation ou une sous-estimation.
- Il n'est pas possible de savoir si les données manquantes aux questions recherchant quelles sont les difficultés, sont liées à une absence de difficulté ou une absence de réponse.

#### Validité externe

L'échantillon de cette étude présente plus de femmes que dans la population de médecins généralistes avec 67 % dans cette étude contre 52.5 % en 2022 en France (23). L'âge moyen des médecins généralistes de cette étude est de 46 ans contre 50 ans pour les médecins généralistes en France en 2022 (23).

Concernant le statut tabagique des médecins, le nombre de fumeurs de cette étude est en dessous puisque 12 % des médecins généralistes fument de manière active ou occasionnelle contre 16 % des médecins généralistes en France en 2017 (24). Ceci peut s'expliquer par une population plus féminine et par conséquent moins fumeuse (2).

Dans le panel de 3300 médecins généralistes en PACA et Pays de la Loire publié en 2021, 48 % des médecins généralistes libéraux déclaraient avoir suivi une séance de formation médicale continue dans le domaine de l'addiction dont 2 % indiquaient avoir obtenu un DU ou DIU d'addictologie ou de tabacologie (12).

Dans cette étude, 32 % ont suivi une formation en tabacologie. Ce chiffre reflète probablement l'absence de précision concernant le terme « formation spécifique ».

### **Forces**

Un des points forts de l'étude est un nombre de réponses correctes pour une thèse avec un taux de réponse aux questions élevé (96 %) et par conséquent très peu de données manquantes.

Un autre point fort de cette étude est qu'il s'agit d'un sujet qui concerne l'ensemble des médecins généralistes et peu abordé dans les études sur le tabac.

Cette thèse permet d'amener des éléments descriptifs au sujet et d'apporter plus de précision dans les différents temps d'un sevrage tabagique. Ce travail a permis de mettre en évidence des difficultés qui n'étaient pas ressorties dans les études précédentes (15,19,20).

En effet, les difficultés d'utilisation des TNS par les praticiens dans la littérature sont très peu étudiées ou constatées, mais elles étaient suspectées (22). La mise en évidence des différentes difficultés rencontrées dans la conduite d'un sevrage par TNS est donc nouvelle.

## Conclusion

Les traitements nicotiques de substitution sont des piliers dans la prise en charge du sevrage tabagique. Leur utilisation et leurs prescriptions augmentent de plus en plus depuis leur remboursement. C'est un enjeu de santé publique majeur pour lequel le médecin généraliste dispose d'un rôle central dans la prise en charge de ce sevrage tabagique par la connaissance de son patient et de sa prise en charge globale.

Malheureusement, il persiste des difficultés lors de la conduite du sevrage tabagique.

Ce travail de thèse a mis en évidence que le manque de temps est la difficulté principale rencontrée lors de la conduite d'un sevrage tabagique mais il s'agit d'une des problématiques les plus difficiles à résoudre.

Par ailleurs, les médecins interrogés sont confrontés à un manque d'adhésion des patients à la prise en charge proposée, que ce soit lors de la prescription de l'association de patches et formes orales ou lors du suivi par consultations dédiées et de l'accompagnement dédié.

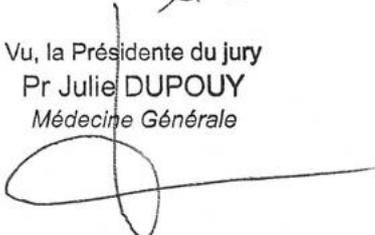
De plus, les médecins interrogés rencontrent un manque de connaissances et une appréhension notamment lors de la manipulation des substituts nicotiques.

Il y a donc toujours une marge de progression pour optimiser la prise en charge. Diverses pistes permettraient cette amélioration. Les médecins généralistes interrogés lors de cette étude plébiscitent la valorisation des consultations et souhaitent un renfort d'information dans les campagnes auprès des patients et un renfort dans la formation initiale ou continue.

Toulouse, le 01/09/23  
Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maieutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



Le 29/8/2023  
Vu, la Présidente du jury  
Pr Julie DUPOUY  
Médecine Générale



## Bibliographie

1. Douchet MA. OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2021. Avril 2022;
2. Douchet MA. OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2022. Mai 2023;
3. Santé Publique France. Tabac en France : premières estimations régionales de mortalité attribuable au tabagisme en 2015. 2021.
4. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014;
5. Monteil RA. Les bases biologiques de la dépendance au tabac : comprendre pour lutter plus efficacement. 2010;47(3):13.
6. Le Houezec J. Revue Medicale Suisse. 2003. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac.
7. Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale Première partie – Une perte du contrôle du désir envahi par le besoin : l'addiction est une maladie du cerveau. 2017.
8. Base de données publiques des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - NICOTINE EG 21 mg/24 h, dispositif transdermique - Base de données publique des médicaments. 2022
9. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 janv 2008;(1):CD000146.
10. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 mai 2018;2018(5):CD000146.
11. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 avr 2019;2019(4):CD013308.
12. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. 2021;
13. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(5).
14. FASEL S. Le médecin généraliste et l'arrêt du tabac : Enquête auprès de 2506 médecins généralistes français sur leur expérience tabagique personnelle et leur pratique professionnelle. [Strasbourg]; 2018.
15. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract*. 1 sept 2009;59(566):682-90.

16. Pacek LR, McClernon FJ, Bosworth HB. Adherence to Pharmacological Smoking Cessation Interventions: A Literature Review and Synthesis of Correlates and Barriers. *Nicotine Tob Res.* oct 2018;20(10):1163-72.
17. Rolland S, Roger C, Université de Caen Normandie. UFR Santé. État des lieux des connaissances et des pratiques cliniques sur les recommandations de la HAS concernant le sevrage tabagique par les médecins généralistes du Calvados (14), de la Manche (50) et de l'Orne (61) (ex-région Basse Normandie). France; 2021.
18. Plancque A. Etat des connaissances par les médecins généralistes français des recommandations sur le sevrage tabagique ayant un haut niveau de preuve scientifique; 2017.
19. Dumousseau L. Étude de l'impact du remboursement des substituts nicotiques sur l'accompagnement des patients par le médecin généraliste dans le cadre du sevrage tabagique. 2019;
20. Crevoisier L. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. 2020;
21. Addict'aide. Les patchs.
22. Galera O, Antoine D, Soukarie L, Huet I, Bajon D. [Smoking cessation: Overcoming « nicotinophobia » in patients ... and prescribers?]. *Presse Med.* déc 2019;48(12):1368-9.
23. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 2022;
24. Andler R. TABAGISME DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE . 2017.
25. Galera O, Bajon D, Maoz Z, Lussagnet C, Tadiotto A, Babin T. [Effectiveness of therapeutic education against « nicotinophobia » in smokers hospitalized for cardiovascular and pulmonary rehabilitation]. *Rev Pneumol Clin.* sept 2018;74(4):221-5.
26. Comité National de Lutte Contre le Tabagisme. Affiches et vidéos. CNCT.
27. EuroHealthNet. Bref historique des grandes campagnes de communication anti-tabac. *EuroHealthNet Magazine.* 2013
28. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Harika-Germaneau G, Jaafari N. [Smoking cessation: Pharmacological strategies different from standard treatments]. *Rev Pneumol Clin.* sept 2018;74(4):205-14.
29. Beck F, Lermenier-Jeannet A, Nguyen-Thanh V. Lutte contre le tabagisme et autres addictions : état des lieux et perspectives. *Bulletin du Cancer.* 1 juill 2019;106(7):656-64.
30. Bonnet N. Réduction des risques liés au tabagisme. *Actualités Pharmaceutiques.* 1 nov 2016;55(560):34-7.

## Annexe 1 : Questionnaire

	<b>Qui êtes-vous ?</b>
1	Vous êtes ? <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un homme</li> <li>● Une femme</li> <li>● Je ne souhaite pas préciser</li> </ul>
2	Quel âge avez-vous ?
3	Quel est votre statut tabagique ? <ul style="list-style-type: none"> <li>● Non-fumeur</li> <li>● Occasionnel</li> <li>● Actif</li> <li>● Sevré</li> </ul>
4	Dans quel département êtes-vous installés ? <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ariège</li> <li>● Aveyron</li> <li>● Gers</li> <li>● Haute-Garonne</li> <li>● Hautes-Pyrénées</li> <li>● Lot</li> <li>● Tarn</li> <li>● Tarn et Garonne</li> </ul>
5	Depuis combien de temps êtes-vous installés ?
6	Quel est votre type de pratique ? <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rurale</li> <li>● Semi-rurale</li> <li>● Urbaine</li> <li>● Autre</li> </ul>
7	Comment estimez-vous vos connaissances en tabacologie ? <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">             0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10           </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: left; width: 30%;">             Peu de connaissances ou pas du tout à l'aise           </div> <div style="text-align: center; width: 40%;"> <input type="radio"/> </div> <div style="text-align: right; width: 30%;">             Beaucoup de connaissances ou tout à fait à l'aise           </div> </div>
8	Avez-vous reçu une formation spécifique en tabacologie en plus de votre formation initiale ? <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oui</li> <li>● Non</li> </ul>
	<b>Evaluation Initiale</b>
9	Évaluez-vous la dépendance avant la prescription initiale ? <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systématiquement</li> <li>● Plus de la moitié des patients</li> <li>● Moins de la moitié des patients</li> <li>● Non</li> </ul>

10	<p>Évaluez-vous les co-addictions et les comorbidités psychiatriques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systématiquement</li> <li>● Plus de la moitié des patients</li> <li>● Moins de la moitié des patients</li> <li>● Non</li> </ul>
11	<p>Évaluez-vous la motivation à l'arrêt ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systématiquement</li> <li>● Plus de la moitié des patients</li> <li>● Moins de la moitié des patients</li> <li>● Non</li> </ul>
12	<p>Faites-vous une mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systématiquement</li> <li>● Plus de la moitié des patients</li> <li>● Moins de la moitié des patients</li> <li>● Non</li> </ul>
13	<p>Estimez-vous rencontrer des difficultés à la mise en place de cette évaluation initiale ?</p> <p style="text-align: center;">0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p>Aucunes difficultés   <input type="radio"/>   Beaucoup de difficultés</p>
14	<p>Pour quelles raisons ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Patient venant pour un autre motif</li> <li>● Patient non prêt pour arrêter</li> <li>● Pas d'outils disponible</li> <li>● Manque de temps</li> <li>● Manque de connaissances</li> <li>● Manque d'aisance</li> <li>● Ne change pas la suite de la prise en charge</li> <li>● Autre</li> </ul>
<b>Initiation du traitement nicotinique de substitution</b>	
15	<p>Calculez-vous la consommation quotidienne de nicotine avant la prescription initiale d'un traitement nicotinique de substitution ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systématiquement</li> <li>● Plus de la moitié des patients</li> <li>● Moins de la moitié des patients</li> <li>● Non</li> </ul>
16	<p>Proposez-vous des formes orales en association avec les patchs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systématiquement</li> <li>● Plus de la moitié des patients</li> <li>● Moins de la moitié des patients</li> <li>● Non</li> </ul>





31	<p>Quel type ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Par vous même</th> <th>Par un autre professionnel de santé</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Entretien motivationnel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Téléconsultation ou soutien téléphonique</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soutient psychologique</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thérapie comportementale et cognitive</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Par vous même	Par un autre professionnel de santé	Non	Entretien motivationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Téléconsultation ou soutien téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soutient psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thérapie comportementale et cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Par vous même	Par un autre professionnel de santé	Non																		
Entretien motivationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Téléconsultation ou soutien téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Soutient psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Thérapie comportementale et cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
32	<p>Estimez-vous rencontrer des difficultés à réaliser cet accompagnement ?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Aucunes difficultés <input type="radio"/> Beaucoup de difficultés</p>																				
33	<p>Pour quelles raisons ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Perte du vue du patient pour ce suivi</li> <li>● Pas d'adhésion du patient</li> <li>● Meilleure adhésion si réaliser par un autre professionnel de santé</li> <li>● Manque de temps</li> <li>● Manque de connaissances</li> <li>● Manque d'aisance</li> <li>● Pas de consultation dédiée</li> <li>● Autre</li> </ul>																				
On	En Conclusion																				
34	<p>Selon vous, comment est-il possible de diminuer les difficultés rencontrées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Valorisation des consultations du sevrage</li> <li>● Campagne auprès des médecins généralistes</li> <li>● Campagne d'éducation auprès des patients</li> <li>● Favoriser le sujet dans les formations continues</li> <li>● Favoriser le sujet dans les revues</li> <li>● Favoriser la formation pratique pendant l'internat</li> <li>● Autre</li> </ul>																				

AUTEUR : Lisa BEAUJARD

TITRE : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la conduite d'un sevrage tabagique par substituts nicotiniques

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Jean-Paul BOYES

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 21 septembre 2023.

---

**INTRODUCTION :** Les TNS augmentent l'abstinence à 6 mois. L'absorption de la nicotine est beaucoup moins rapide qu'avec la cigarette. Les TNS atténuent les symptômes de sevrage, sans provoquer de renforcement par des pics cérébraux. Depuis leur remboursement en 2019, leur vente a augmenté de 28 %. Le médecin généraliste est le premier prescripteur de TNS. L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées lors de la conduite d'un sevrage tabagique par substituts nicotiniques.

**METHODE :** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale réalisée par questionnaire. La population était les médecins généralistes thésés et installés dans les départements de l'ex Midi-Pyrénées.

**RESULTATS :** 122 réponses au questionnaire en mai 2023 après 6 semaines de diffusion. La population était composée de femmes (67 %), d'âge moyen de 46 ans, non-fumeurs (72 %), en Haute-Garonne (51 %), sans formation en tabacologie (67 %). La majorité évaluait la dépendance (70 %), et la motivation à l'arrêt (75 %). Ils proposaient une forme orale en association aux patchs (79 %) mais pas l'addition de patchs (59 %). Les estimations des difficultés les plus élevées étaient l'organisation des consultations de suivi et l'accompagnement dédié (moyenne de 5.1/10). La formation diminuait le niveau de difficulté rencontrée ( $p < 0.001$  OR 4.86 IC [1.98 : 12.79]). Les difficultés principales étaient le manque de temps, le patient venant pour un autre motif, non prêt à arrêter, le manque d'adhésion du patient, la perte de vue des patients, le manque de connaissance et l'appréhension de l'association tabac et TNS. Les améliorations proposées étaient la valorisation des consultations, le renfort des campagnes auprès des patients et le renfort de la formation initiale ou continue.

**CONCLUSION :** Il persiste des difficultés lors de la conduite du sevrage tabagique. Il y a donc toujours une marge de progression pour optimiser la prise en charge.

---

### **Difficulties encountered by general practitioners while conducting smoking cessation with nicotine substitutes.**

**BACKGROUND :** NRT increases smoking cessation at 6 months. Nicotine absorption is much slower than with cigarettes. NRT reduces withdrawal symptoms, without reinforcement through high cerebral peaks. Since their reimbursement in 2019, their sale has increased by 28%. The general practitioner is the first prescriber of NRT. The aim of this study is to establish an overview of the difficulties encountered by general practitioners in Midi-Pyrénées while conducting smoking cessation by nicotine substitutes.

**METHOD:** We performed a cross-sectional descriptive epidemiological study carried out by survey questionnaire. The population was PhD general practitioners practicing in the departments of the former Midi-Pyrénées.

**MAIN RESULTS:** 122 answers to the questionnaire in May 2023 after 6 weeks of distribution. The population was made up of women (67 %), with an average age of 46, non-smokers (72 %), in Haute-Garonne (51 %), with no training in tabacology (67 %). The majority assessed dependence (70 %), and motivation to quit (75 %). They suggested an oral form in combination with patches (79 %) but not the addition of patches (59 %). The highest estimated difficulties were the organization of follow-up consultations and dedicated support (average of 5.1/10). The training reduced the level of difficulty encountered ( $p < 0.001$  OR 4.86 CI [1.98: 12.79]). The main difficulties were lack of time, patient coming for another motive, not ready to quit, patient's lack of adherence, patient's loss of sight, lack of knowledge, apprehension of the tobacco association and NRT. The proposed improvements were to enhance the value of consultations, campaigns for patients and the strengthening of initial or continuing training.

**CONCLUSION :** There are still difficulties while conducting smoking cessation. There is therefore always room for improvement in this care.

---

**Mots-Clés :** Tabac – Sevrage – Tabagique – Traitement nicotinique de substitution

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---