

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2018

N° : 219

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat  
DES de Médecine Générale

PAR  
FASEL Sven  
Né le 30 novembre 1988 à Strasbourg

---

Le médecin généraliste et l'arrêt du tabac :

Enquête auprès de 2506 médecins généralistes français sur leur  
expérience tabagique personnelle et leur pratique professionnelle

---

Président de thèse : Madame le Professeur Elisabeth QUOIX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Claude BRONNER

1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition OCTOBRE 2018  
Année universitaire 2018-2019



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**

**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak  
DOLLFUS Héléne

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0188	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil    HC = Hôpital Civil    HP = Hôpital de Hautepierre    PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoit P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
<p>HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil            * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)            CU : Chef d'unité fonctionnelle            Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)            Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur            (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --&gt; 31.08.2017            (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --&gt; 31.08.2017            (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --&gt; 31.08.2017            (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017</p>			

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

<b>MO112</b>	<b>B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)</b>		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 <b>Physiologie</b>
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SAMU-SMUR</li> </ul>
Dr GARBIN Olivier	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim</li> </ul>
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim</li> </ul>
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Dr REY David	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP</li> </ul>
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire</li> <li>- Service de Maladies vasculaires et Hypertension</li> <li>- Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison</li> <li>- Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

## Légende des adresses :

**FA** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **Remerciements :**

- **À ma Présidente de Jury, Madame le Professeur Elisabeth QUOIX** : vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Merci également pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail ainsi que pour vos précieux conseils. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.
  
- **À mon directeur de Thèse Monsieur le Docteur Claude BRONNER** : je vous remercie sincèrement d'avoir dirigé ce travail. Merci pour votre soutien, vos conseils toujours pertinents ainsi que pour votre aide à la diffusion du questionnaire. Cela a été un réel plaisir de travailler avec vous. Recevez ma sincère gratitude.
  
- **À Monsieur le Professeur Dominique STEPHAN** : vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.
  
- **À Madame le Professeur Laurence LALANNE-TONGIO** : je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.
  
- **À Monsieur le Docteur Alain GAGNON** : votre participation au jury de ma thèse a une signification hautement symbolique à mes yeux. Je vous remercie pour votre soutien, votre accompagnement ainsi que pour la transmission de nombreuses valeurs indispensables à l'exercice de la médecine générale.

- **À mes parents** : sans vous, tout ce long parcours n'aurait pas été possible. Merci pour votre soutien continu et sans faille. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, tout ce que vous faites pour nous. C'est grâce à vous, si j'en suis là aujourd'hui. Je vous aime très très fort.
- **À ma femme Lucca** : ton amour, ta présence, ton sourire, ta tendresse, ton écoute, (ton calme parfois nécessaire à me canaliser...) font de moi l'homme le plus heureux du monde. Il me faudrait plus de pages que ce travail pour te dire à quel point tu es indispensable pour moi. I love you more than words can say X X X
- **À mes filles Theia et Lara** : depuis le jour de vos naissances, vous illuminez nos vies chaque jour. Vous ne pouvez pas encore vous imaginer à quel point vous nous rendez heureux tous les jours. Ich hab euch ganz ganz doll lieb.
- **To Jane, Chudd and Gemma** : thank you for your love and incredible support. Thank you for everything you did and are doing for us. I love you millions x x x
- **À ma famille ; Pénélope, Sylvie, Hammi, Alter Spuk, Lucas, Doris, Monique, Hubert, Kelly, Noémie, Roby, Mirella, Alex** : merci pour votre soutien. Je vous aime.
- **À mon Bro normand, Olivia et Octave mon champion** : que dire...Merci d'être comme vous êtes. Vous occupez une place énorme dans mon coeur. Je vous aime fort.
- **À mon Bro nantais, Diane, Sohane et Mia** : malgré la distance, votre soutien a été magnifique. Vous comptez énormément pour nous quatre. Je vous adore.
- **À Benjamin, Aurélie et Zoé** : merci d'être toujours là pour nous, merci pour cette merveilleuse amitié. Je vous aime fort.
- **À Sophie, Jenny, Manu, Ema-Rose, Lee, Marilia, Lytton, Romane, Néo, Michel, Christine, Emilie, Michel, Aurélien, Anna, Anthony, Christine, Christophe, Quentin, Tata, Tonton** : merci pour tout ce que vous faites pour nous. Je vous adore.
- Et à tous ceux que j'ai oubliés, j'espère qu'ils ne m'en tiendront pas rigueur...

## **Liste des abréviations :**

- AFNOR : Association française de normalisation
- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AMM : Autorisation de mise sur la marché
- aOR : Rapport de cote ajusté / Odds Ratio ajusté
- BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- CAST : Cannabis Abuse Screening Test
- CDC : Centers for Disease Control and Prevention
- CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l’OMS (10ème révision)
- CO : Monoxyde de carbone
- DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (titre original : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - 5ème édition)
- FMF : Fédération des Médecins de France
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- IC95% : Intervalle de confiance à 95%
- INPES : Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé
- INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- ITC : International Tobacco Control
- OFDT : Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OR : Rapport de cote / Odds Ratio

- PG : Propylène glycol
- pRRPs : potentially reduced risks products / produits à risques potentiellement réduits
- RdRD : Réduction des risques et des dommages
- RR : Risque relatif
- SMR : Service Médical Rendu
- TAC : Taux d'abstinence continu
- TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
- TSN : Traitements de substitution nicotinique
- VEMS : Volume Expiratoire Maximum Seconde
- VG : Glycérine végétale
- WHO : World Health Organization

## Table des matières :

	Page
SERMENT D'HIPPOCRATE :	14
REMERCIEMENTS :	15
LISTE DES ABRÉVIATIONS :	17
TABLE DES MATIÈRES :	19
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX :	23
<b>I. INTRODUCTION :</b>	<b>25</b>
I.1. Rappel épidémiologique autour du tabac :	27
I.2. La tabac, produit addictif :	29
I.2.1. Définition de l'addiction :	29
I.2.2. Mécanisme de l'addiction au tabac :	32
I.2.3. Evaluation de l'addiction, dépendance au tabac :	35
I.3. Le sevrage tabagique :	37
I.3.1. Le concept de réduction des risques et des dommages (RdRD) :	37
I.3.2. Effet du sevrage total ou partiel sur la santé :	38
I.3.2.1. Bénéfices en termes de mortalité :	38
I.3.2.2. Bénéfices en termes de morbidité :	40
I.3.3. Recommandations actuelles :	41
I.3.4. Les différentes méthodes de sevrage :	43
I.3.4.1. Les méthodes non médicamenteuses :	44
I.3.4.1.1. L'arrêt radical ou diminution progressive seule :	44
I.3.4.1.2. L'acupuncture/auriculothérapie/électrostimulation :	45
I.3.4.1.3. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :	45
I.3.4.1.4. L'homéopathie :	45
I.3.4.1.5. L'hypnose :	46

I.3.4.2. Les méthodes médicamenteuses :	46
I.3.4.2.1. Les substituts nicotiques :	46
I.3.4.2.2. La Varénicline (CHAMPIX®) :	48
I.3.4.2.3. Le Bupropion (ZYBAN®) :	51
I.3.5. La cigarette électronique :	52
I.3.5.1. Le fonctionnement général :	52
I.3.5.2. Risques liés à l'utilisation de la cigarette électronique:	54
I.3.5.2.1. Les effets toxiques :	54
I.3.5.2.2. Les effets sur la santé :	55
I.3.5.3. Utilisation en France/Europe :	56
I.3.5.4. Réglementation :	57
I.3.5.5. Recommandations actuelles :	58
I.3.5.6. Efficacité dans le sevrage tabagique :	61
I.3.6. Le tabac chauffé, la nouveauté de l'industrie du tabac :	65
I.3.6.1. Le fonctionnement général :	65
I.3.6.2. Risques liés à la consommation :	66
I.3.6.3. Quelle efficacité peut-on en attendre ?	67
I.4. Le cannabis :	68
I.4.1. Présentation :	68
I.4.2. Consommation en France :	68
I.4.2.1. En population adolescente :	68
I.4.2.2. En population adulte :	69
I.4.3. Usage problématique :	70
I.4.4. Dépistage et prise en charge en médecine générale :	71
I.4.5. Prise en charge d'un patient consommateur de cannabis :	72
I.4.5.1. Modification du comportement de consommation :	73

I.4.5.2. Diminution des problèmes médico-psychosociaux liés à l'usage de cannabis :	74
I.4.5.3. Réduire les risques liés à la consommation :	74
I.4.5.4. Quand orienter un patient consommateur :	76
<b>II. MATERIEL ET MÉTHODES :</b>	<b>77</b>
II.1. Description et objectif de l'étude :	77
II.2. Population étudiée :	77
II.3. Réalisation et validation du questionnaire :	77
II.4. Envoi et recueil des données :	85
II.5. Analyse statistique :	86
<b>III. RÉSULTATS :</b>	<b>87</b>
III.1. Caractéristiques générales de la population étudiée :	87
III.1.1. Nombre de médecins généralistes inclus :	87
III.1.2. Sexe et âge :	87
III.1.2.1. Sexe et âge de la population générale :	86
III.1.2.2. Sexe et âge en fonction du statut concernant le tabagisme :	88
III.1.3. Statut des médecins généralistes concernant le tabagisme:	89
III.2. Deuxième partie : étude du tabagisme des fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage :	90
III.2.1. Consommation tabagique :	90
III.2.2. Consommation de cannabis et son implication dans le sevrage tabagique :	91
III.2.3. Temps passé sans fumer :	92
III.2.4. Facteurs motivationnels au sevrage tabagique :	93
III.2.5. Méthodes / aides au sevrage tabagique utilisées :	95

III.2.6. Influence du parcours personnel de fumeur sur la prise en charge de patients tabagiques :	96
III.3. Troisième partie : connaissances personnelles et pratique professionnelle :	97
III.3.1. Essai de la cigarette électronique et ses raisons :	97
III.3.2. Connaissance des recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique :	99
III.3.3. Abord de la question du tabagisme avec les patients :	99
III.3.4. Proposition d'un accompagnement et d'un sevrage aux patients fumeurs :	100
III.3.5. Méthodes / aides proposées aux patients en demande d'aide au sevrage tabagique :	101
III.3.6. Évaluation de l'aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'un patient en cours de sevrage tabagique :	103
III.3.7. Évaluation de l'information et de l'aisance pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis :	104
III.3.8. Utilisation de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique :	105
III.3.9. Avis sur l'arrivée du tabac chauffé sur le marché :	109
<b>IV. DISCUSSION :</b>	<b>111</b>
IV.1. Taux de participation et limites :	111
IV.2. Caractéristiques de la population étudiée :	112
IV.3. Résultats clés et interprétation des données :	113
<b>V. CONCLUSION :</b>	<b>114</b>
<b>VI. ANNEXES :</b>	<b>123</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE :</b>	<b>133</b>

## Liste des figures, graphiques et tableaux :

	Page
- Figure 1 : Test de Fagerström simplifié en 2 questions.....	35
- Figure 2 : Test de Fagerström en 6 questions.....	36
- Figure 3 : Algorithme du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide l'arrêt de la consommation de tabac .....	42
- Figure 4 : Échelle analogique d'évaluation de la motivation.....	43
- Figure 5 : Les trois générations de cigarette électronique.....	53
- Figure 6 : Tableau résumant les études ayant évalué l'efficacité de la cigarette électronique dans l'arrêt ou la diminution du tabac ainsi que dans la tentative d'arrêt .....	63
- Figure 7 : Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) .....	71
- Figure 8 : Le cycle de Prochaska.....	74
- Graphique 1 : Statut tabagique de la population étudiée.....	89
- Tableau 1 : Sexe de la population étudiée .....	87
- Tableau 2 : Sexe et âge en fonction du statut tabagique .....	88
- Tableau 3 : Consommation tabagique des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage .....	90
- Tableau 4 : Consommation de cannabis des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage .....	91
- Tableau 5 : Temps passé sans fumer des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage .....	93
- Tableau 6 : Facteurs motivationnels au sevrage tabagique des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage .....	94

- Tableau 7 : Méthodes / aides au sevrage tabagique utilisées par les anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage .....95
- Tableau 8 : Influence du parcours personnel de fumeur sur la prise en charge de patients tabagiques .....96
- Tableau 9 : Essai de la cigarette électronique .....97
- Tableau 10 : Raisons ayant motivé l'essai de la cigarette électronique .....98
- Tableau 11 : Connaissance des recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique .....99
- Tableau 12 : Abord de la question du tabagisme avec les patients .....100
- Tableau 13 : Proposition d'un accompagnement et d'un sevrage aux patients fumeurs.....101
- Tableau 14 : Méthodes / aides proposées aux patients en demande d'aide au sevrage tabagique .....103
- Tableau 15 : Évaluation de l'aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'un patient en cours de sevrage tabagique .....104
- Tableau 16 : Évaluation de l'information et de l'aisance pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis .....105
- Tableau 17 : Proposition de l'utilisation de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique ..... 105
- Tableau 18 : Raisons motivant la proposition de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique .....107
- Tableau 19 : Raisons motivant la non-proposition de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique .....109
- Tableau 20 : Avis sur l'arrivée du tabac chauffé sur le marché ..... 110

## **I. INTRODUCTION :**

Le tabac représente la première cause mondiale de décès évitables. En 2017, il était responsable de plus de 7 millions de décès dans le monde. Pire encore, en tenant compte des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de décès attribuables au tabac risque de doubler d'ici 2025. Par son impact sanitaire majeur, le combat contre le tabagisme est devenu depuis plusieurs années une priorité. En France, la lutte anti-tabac enchaîne les campagnes depuis maintenant plus de trente ans, associées à mesures étatiques, visant dernièrement une augmentation du prix du paquet de cigarettes. Dans les années 1970, le prix moyen du paquet de cigarettes était de 1,70 € pour atteindre 8 € en 2018. Malgré toutes les mesures étatiques et associatives mises en place, la prévalence des fumeurs en France reste relativement stable depuis plusieurs années, même si la quantité de cigarettes vendues annuellement a été divisée par deux depuis le début du 21<sup>ème</sup> siècle.

Depuis fin 2009 est apparue, notamment en France, la cigarette électronique, un dispositif électronique transformant du liquide en vapeur inhalée par le consommateur, pouvant contenir de la nicotine ou non. Ce dispositif semble pouvoir s'établir comme une aide au sevrage tabagique, mais devant l'absence de données en terme de toxicité à long terme, les recommandations des autorités sanitaires restent relativement vagues et attentistes.

La prévention représente une des missions importantes de la médecine générale. Le médecin généraliste est au premier plan pour aider, accompagner ses patients dans une démarche de sevrage de leur consommation tabagique, tout du moins pour ceux

qui sont en demande d'accompagnement. Pour ce faire, un certain nombre d'outils et traitements peuvent être utilisés.

Sur le plan personnel, ayant été ancien fumeur, le sujet du tabagisme et de l'aide au sevrage prend tout son sens. Pour ma part, le risque de rechute dans le tabagisme évoqué par les autorités sanitaires lors de la consommation de la cigarette électronique s'est vérifié. Après un vapotage pendant une durée de trois mois, sans consommation de cigarette associée, j'ai repris le tabac de manière exclusive. Ce n'est que secondairement, que j'ai réussi à me sevrer de toute consommation tabagique, sans aide et sans reprendre le vapotage.

À travers une étude de type quantitative descriptive transversale auprès des médecins généralistes français, nous allons dans un premier temps nous intéresser à leur statut personnel concernant le tabagisme, pour secondairement analyser leur pratique professionnelle, afin de répondre à plusieurs questions :

- Quelle est la part de médecins généralistes fumeurs ?
- Le parcours de fumeur du médecin influence-t'il sa pratique professionnelle ?
- Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge leurs patients tabagiques en demande de sevrage ?
- Comment évaluent-ils leur aisance et connaissance en terme de prise en charge de patients tabagiques, ainsi que celle de patients consommant du cannabis ?
- Quelle utilisation font-ils de la cigarette électronique, dix ans après son apparition sur le marché français ?

## I.1. Rappel épidémiologique autour du tabac :

En 2014, la France comptait près de 16 millions de fumeurs, avec près d'un tiers des personnes de 15 à 85 ans (32% exactement) fumant occasionnellement (36% des hommes et 28% des femmes). La prévalence augmentait nettement entre 18 et 34 ans puisqu'elle était de 50%, pour atteindre un maximum de 46% chez les femmes de 20 à 25 ans et de 55% chez les hommes de 26 à 34 ans. Le tabagisme concernait déjà un adolescent sur trois de 15 à 19 ans (32%).(1)

En 2016, on notait une légère augmentation de la prévalence des fumeurs en France, puisque 34,5% des personnes de 15 à 75 ans fumaient du tabac et 28,7% déclaraient fumer quotidiennement (soit 83% des fumeurs).(2)

Malgré une légère hausse, la prévalence de fumeurs est relativement stable depuis 2010, alors qu'une hausse avait été observée entre 2005 et 2010. On note néanmoins une diminution du tabagisme quotidien chez les hommes de 25 à 34 ans (de 47,9% en 2010 à 41,4% en 2016) ainsi que chez les femmes de 15 à 24 ans (de 30% en 2010 à 25,2% en 2016). Une modification de la prévalence entre 2010 et 2016 a également été enregistrée en fonction des revenus. En effet, le tabagisme a augmenté parmi les personnes faisant partie de la tranche la plus basse en matière de revenus (de 35,2% en 2010 à 37,5% en 2016), alors que celui-ci a diminué parmi les personnes faisant partie de la tranche la plus haute en matière de revenus (de 23,5% en 2010 à 20,9% en 2016). Les écarts de prévalence selon de niveau d'études suivaient une tendance similaire, témoins d'une inégalité sociale en augmentation en matière de tabagisme.(2)

Contrairement à ce qui est observé en population générale, la prévalence du tabagisme est en forte baisse parmi les médecins généralistes, passant de 29 % en 2003 à 16 % en 2015. Ainsi en 2015, les médecins généralistes étaient 16 % à déclarer fumer au moins occasionnellement, 14 % quotidiennement. Cette tendance est observée aussi bien parmi les hommes que les femmes. En population générale, la prévalence du tabagisme fluctue fortement selon le sexe et la classe d'âge, constat qui ne se fait pas parmi les médecins généralistes.(3)

Sur le plan mondial, plus d'un milliard de personnes utilisent des produits du tabac, dont 80% d'entre eux vivent dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Or la consommation chronique de tabac représente la première cause mondiale de décès évitables. Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 2004, le tabagisme actif était responsable du décès d'environ 5 millions de personnes, le tabagisme passif étant quant à lui responsable de 600 000 décès. Ces chiffres représentaient 12% des décès des sujets de plus de 30 ans dans le monde, dont 16% des décès en Europe et aux Etats-Unis. Depuis 2004 ces chiffres ont encore progressé, puisqu'en 2017, l'OMS estimait que le tabac tuait non seulement la moitié de ses consommateurs, mais était surtout responsable du décès de plus de 7 millions de personnes, dont environ 890 000 décès de non-fumeurs ayant été involontairement exposés à la fumée.(4,5,6)

Actuellement dans le monde, une personne meurt toutes les six secondes du fait du tabac, représentant un décès d'adulte sur dix.(5)

En France, en 2010, le tabac était responsable de 78000 décès. On notait néanmoins une diminution des décès attribuables au tabac chez les hommes, passant de 66 000 en 1985 à 59 000 en 2010, faisant passer la prévalence des décès

attribuables au tabac de 23% en 1985 à 21% en 2010. Chez les femmes par contre, le nombre de décès attribuables au tabac avait augmenté, passant de 2 700 en 1980 à 19 000 en 2010, soit une évolution de la prévalence des décès attribuables au tabac de 1% en 1980 à 7% en 2010 chez les femmes. Les principales causes de décès étaient les cancers (47 000 décès soit 60%) devant les maladies cardiovasculaires (20 000 décès soit 25%) et les maladies respiratoires responsables de 11 000 décès soit 14%.

(7) Le tabagisme régulier fait perdre entre 20 et 25 années d'espérance de vie.(8)

En tenant compte des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de décès attribuables au tabac risque de doubler d'ici 2025.(9)

## I.2. La tabac, produit addictif :

### I.2.1 Définition de l'addiction :

Selon le Larousse Médical, « l'addiction est un processus par lequel un comportement humain permet d'accéder au plaisir immédiat tout en réduisant une sensation de malaise interne. Il s'accompagne d'une impossibilité à contrôler ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».(10)

L'addiction peut être définie par des critères diagnostiques selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes à l'OMS, 10e révision (CIM-10), ainsi que selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-V).

Selon la CIM-10, l'addiction ou dépendance « consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoaffective spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne

un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités ». (11) Un point essentiel dans l'addiction est le désir souvent puissant et parfois compulsif de prendre la substance psychoaffective en question, dans ce cas le tabac. Afin de poser un diagnostic de certitude, au minimum trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes de manière habituelle au cours des douze derniers mois :

- un désir puissant ou compulsif d'utiliser du tabac ;
- des difficultés à contrôler l'utilisation du tabac avec des tentatives infructueuses/ souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation ;
- un syndrome de sevrage physiologique à l'arrêt ou diminution de la consommation du tabac ;
- le développement d'une tolérance ;
- un abandon progressif d'autres sources d'intérêts ou plaisir au profit de la consommation de tabac ;
- une poursuite de la consommation du tabac malgré les méfaits du tabagisme. (11)

Le diagnostic de sevrage à la nicotine selon la CIM-10 nécessite la présence d'au minimum deux signes suivants :

- craving (envie impérieuse de tabac) ;
- état de faiblesse, malaise ;
- anxiété ;
- humeur dysphorique ;
- agitation, irritabilité ;
- insomnie ;
- augmentation de l'appétit ;
- toux ;
- ulcérations buccales ;

- difficultés de concentration.(11)

Selon le DSM-5, les critères diagnostiques permettent d'évaluer la sévérité du trouble d'utilisation du tabac en fonction du nombre de critères présents :

- le tabac est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue ;
- il existe un désir persistant de diminuer ou de contrôler l'usage du tabac ou la présence d'efforts infructueux ;
- beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac ;
- il existe une envie ou fort désir ou besoin de consommer du tabac ;
- l'usage récurrent du tabac résulte en un manquement à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
- on note une poursuite de l'utilisation du tabac malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac ;
- des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de la consommation de tabac ;
- un usage récurrent du tabac dans des situations physiquement dangereuses ;
- l'usage du tabac est poursuivi malgré que le consommateur soit conscient d'avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac ;
- une tolérance définie soit par un besoin de quantités plus grandes pour atteindre l'effet désiré soit par un effet diminué avec l'utilisation continue de la même quantité de tabac ;
- un sevrage.

On parle de trouble léger si 2 à 3 des symptômes sont présents, de trouble modéré pour 4 à 5 symptômes et de trouble sévère en cas de présence de 6 symptômes ou plus.(12)

Selon le DSM-5, le sevrage du tabac est défini par les critères suivants :

- une utilisation quotidienne de tabac pendant au moins plusieurs semaines ;
- un arrêt brutal de l'utilisation ou une réduction de la quantité de tabac utilisée, suivis dans les 24 heures, d'au minimum quatre des signes suivants :
  - irritabilité, frustration ou colère
  - anxiété
  - difficulté de concentration
  - augmentation de l'appétit
  - fébrilité
  - humeur dépressive
  - insomnie
- ces signes sont responsables d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants ;
- ces signes ne sont pas attribuables à une autre condition médicale ou ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris une intoxication ou sevrage d'une autre substance.(12)

### 1.2.2. Mécanisme de l'addiction au tabac :

L'addiction à un produit, notamment le tabac, se met en place suite à un déséquilibre du contrôle cérébral des comportements et du circuit de la récompense.

Schématiquement le contrôle des comportements résulte de trois instances cérébrales, encore appelées « trois cerveaux », qui ont une croissance décalée.

Le premier cerveau « reptilien », localisé anatomiquement au niveau du tronc cérébral et du cervelet, est mature dès la naissance et représente le contrôle instinctif. Il reçoit les informations sensorielles brutes traitées de manière automatique, sous une influence majoritairement génétique. Son moteur est le besoin, il représente l'instance de gestion de la survie animale. Le cerveau « reptilien » est le siège du tempérament.

Le deuxième cerveau « mammifère », localisé anatomique au niveau limbique et une partie des aires associatives et corticales, est mature vers l'âge de sept ans et représente le contrôle analogique. Il se développe en fonction des interactions avec l'environnement. Il intègre les stimuli dans l'hypothalamus pour traiter ces informations de façon analogique par confrontations aux mémoires émotionnelles, procédurales et de travail. Son moteur est le désir, maîtrisant progressivement les besoins reptiliens, il représente l'instance de l'adaptation à l'environnement. Le cerveau « mammifère » est le siège du caractère.

Le troisième cerveau « bipède », localisé anatomiquement au niveau de l'aire préfrontale et sus-orbitaire, émerge vers sept ans pour se développer lentement jusqu'à l'âge de 25 ans et représente le contrôle cognitif. Il traite de manière logique par des choix conscients les informations déjà filtrées par le cerveau « mammifère ». Son moteur est le projet, qui organise le désir, il représente l'instance du choix de la planification. Le cerveau « bipède » est le siège de la personnalité.

La croissance et la maturation décalées de ces trois instances cérébrales créent un décalage de gestion à l'adolescence entre sensation, émotion et réflexion (besoin, désir, projet). Le contrôle cognitif étant encore en voie de maturation, les adolescents sont plus sensibles aux récompenses tout en ayant plus de mal à leur donner un sens.

Le circuit de la récompense est destiné à équilibrer les réponses afin de maintenir la survie et développer l'adaptation. Anatomiquement, son origine se situe dans l'aire tegmentale ventrale, puis envoie ses projections dans le cortex frontal et les aires associatives et limbique, l'amygdale et l'hippocampe. Le carrefour principal se trouve dans le noyau accumbens. Selon les stimuli traités, un mécanisme de renforcement positif ou négatif se met en place.

Un comportement entraînant des effets positifs pour l'organisme crée une décharge de dopamine dans le noyau accumbens et donc de plaisir. Des associations positives mémorisées à la fois dans l'amygdale et dans l'hippocampe sont créées. Toute cette séquence entraîne la création d'un codage de récompense.

Un comportement entraînant des effets négatifs, à l'inverse déclenche une agitation, anxiété suite à la décharge des molécules anxiogènes dysphoriques et anti-opioïdes cholécystokinine et dynorphine dans le noyau accumbens mais aussi de la corticotropin releasing factor dans l'amygdale limbique. Cette séquence entraîne un codage négatif des causes et signaux associés, permettant à la personne d'acquérir une expérience déclenchant une alerte anticipatoire en cas de nouvelle exposition.

Le circuit de la récompense est sensible aux activations et inhibitions extérieures par de nombreux récepteurs, sur lesquels viennent agir différentes drogues psychoactives. Dans le cadre du tabac, la nicotine est l'agent addictogène, mimant l'acétylcholine. Par ce biais elle potentialise les récepteurs aux opiacés de type « mu » entraînant une stimulation des neurones à dopamine. En mimant l'acétylcholine, son effet est plus apaisant que stimulant.

Par leurs actions sur le circuit de la récompense, les drogues psychoactives entraînent un déséquilibre du système. Le circuit est rendu progressivement hyposensible par une diminution du nombre de récepteurs à la dopamine et de la réactivité des cellules dopaminergiques secondaire à la répétition des stimulations.

Cette hyposensibilité entraîne le phénomène de tolérance nécessitant une stimulation plus importante pour obtenir le même effet. Par ailleurs le contrôle inhibiteur du cortex est réduit, favorisant les comportements impulsif, compulsif ainsi qu'une altération du jugement. A l'effet des drogues psychoactives, s'associent des facteurs génétiques et environnementaux.(13)

### I.2.3. Evaluation de l'addiction, dépendance au tabac :

L'évaluation de la consommation et de l'addiction, dépendance du patient au tabac se fait en utilisation le test de dépendance à la cigarette de Fagerström qui existe en deux ou six questions.(cf figure 1 & 2).

Associé au test de Fagerström, il est également recommandé de rechercher et repérer les critères de dépendance définis par la CIM-10 et non explorés par le test de Fagerström, tels la présence d'un syndrome de sevrage, une perte de contrôle, un désir persistant ou une incapacité de réduire ou arrêter sa consommation.(9)

<b>Test de Fagerström simplifié en 2 questions</b>	
1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0
Interprétation selon les auteurs :	
• 0-1 : pas de dépendance	
• 2-3 : dépendance modérée	
• 4-5-6 : dépendance forte	
Références : Heatherton <i>et coll.</i> , 1991, Fagerström 2012.	

**Figure 1 : Test de Fagerström simplifié en 2 questions**

**Test de Fagerström en 6 questions**

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

a. Dans les 5 minutes	3
b. 6 - 30 minutes	2
c. 31 - 60 minutes	1
d. Plus de 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 

a. Oui	1
b. Non	0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 

a. À la première de la journée	1
b. À une autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 

a. 10 ou moins	0
b. 11 à 20	1
c. 21 à 30	2
d. 31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 

a. Oui	1
b. Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 

a. Oui	1
b. Non	0

Interprétation selon les auteurs :

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

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

**Figure 2 : Test de Fagerström en 6 questions**

Une fois l'évaluation de la dépendance du patient au tabac effectuée, il semble important de rechercher la présence de comorbidités anxieuses et dépressives associées. En effet, leur présence diminue les chances de succès du sevrage tabagique et doivent de ce fait impérativement être pris en charge.(9)

Les patients tabagiques chroniques présentant souvent des addictions associées, il est également nécessaire de se renseigner auprès du patient sur la consommation d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacés, médicaments, etc.) ainsi que sur l'existence d'addictions comportementales.(9)

En amont de l'évaluation de la dépendance du patient au tabac se trouve le dépistage de la consommation de tabac. Celui-ci devrait être fait auprès de chaque patient aussi bien sur la consommation personnelle, que sur le tabagisme de l'entourage direct du patient.(9)

### I.3. Le sevrage tabagique :

#### I.3.1. Le concept de réduction des risques et des dommages

(RdRD) :

Le concept de réduction des risques et des dommages consiste à avoir une approche visant à cibler un usage moins nocif, dommageable pour la santé du fumeur qui continue de fumer. Ce concept a été introduit dans la lutte antitabac en 1974 par Michel Russel en parlant de « safer smoking with realistic goals ». Selon Michel Russel, une association entre une éducation ciblée sur la santé et les méfaits du tabac et une taxation des produits avait une haute probabilité de succès dans la lutte contre le tabagisme.(14)

Le tabac est nocif par la toxicité directe de la fumée et la majorité de ses composants comme le goudron et le monoxyde carbon, et non par l'addiction proprement dite. De ce fait, il est théoriquement possible de réduire les effets négatifs du tabac en réduisant l'exposition à la fumée, voire en la supprimant. La RdRD peut ainsi être définie comme l'utilisation d'une alternative, moins nocive pour la santé du fumeur, en diminuant la consommation de tabac sous forme combustible, sans pour autant arrêter l'usage du tabac ou de la nicotine.(15)

### I.3.2. Effet du sevrage total ou partiel sur la santé :

#### I.3.2.1. Bénéfices en terme de mortalité :

En cas de diminution de la consommation sans arrêt et donc de sevrage partiel du tabac, la réduction de la morbi-mortalité reste très discutée. En effet l'excès de risque encouru par un fumeur dépend de trois facteurs : l'âge de début de la consommation de tabac, la durée de consommation et la consommation moyenne quotidienne de tabac. Selon un travail épidémiologique de Catherine Hill, doubler sa consommation quotidienne de tabac multiplierait par deux l'excès de risque de cancer du poumon, alors que doubler la durée de consommation multiplierait ce même excès de risque par vingt.(16) Selon un autre travail développé par Richard Doll et Richard Peto, tripler sa consommation quotidienne de tabac multiplierait par trois le risque de cancer du poumon, alors que tripler la durée de consommation le multiplierait par cent.(17) De ce fait, les bénéfices d'arrêt du tabac sont importants, majoritairement car cela permet de diminuer la durée du tabagisme, qui apparaît comme étant le facteur de risque le plus important.

Selon une étude prospective de cohorte réalisée en Norvège par Aage Tverdal et Kjell Bjartveit entre 1974 et 2003 évaluant la mortalité chez des fumeurs de 15 cigarettes ou plus par jour, âgés de 20 à 49 ans, une diminution du risque de décès avait été constatée chez les fumeurs ayant arrêté leur consommation de tabac au cours du suivi. Il n'y avait par contre pas de diminution du risque de décès chez les fumeurs ayant réduit leur consommation d'au moins 50 %.(18)

Une autre étude prospective de cohorte publiée en 2013 par Carole Hart, Laurence Gruer et Linda Bauld, évaluant la mortalité chez des fumeurs écossais, âgés de 40 à 65 ans, n'a pas pu démontrer qu'une réduction du tabagisme permettait une diminution de la mortalité. Un arrêt total du tabac réduisait par contre la mortalité totale et par maladies non cardiovasculaire.(19)

Une analyse à 50 ans des données de la cohorte des médecins britanniques mise en place en 1951 a montré une différence en terme de mortalité toutes causes entre fumeurs et ex-fumeurs. La mortalité toutes causes pour la tranche d'âge de 65 à 74 ans était comprise entre 22,7 et 36,4 pour 1000 chez les anciens fumeurs contre 50,7 pour 1000 chez les fumeurs actifs. La variation de la mortalité chez les anciens fumeurs était liée à l'ancienneté de l'arrêt.(20)

Une revue systématique incluant 20 études de cohorte pour un nombre de total de 12603 patients, publiées entre 1966 et 2003 a permis de mettre en évidence une réduction de 36 % du risque relatif de décès chez des patients atteints de coronaropathie ayant arrêté de fumer par rapport aux patients ayant continué de fumer. (21)

En terme de diminution de la mortalité, l'arrêt du tabagisme a une influence directe et ce de manière proportionnelle à l'ancienneté de l'arrêt. La diminution de la consommation quotidienne de tabac ne semble à l'inverse pas avoir d'influence sur la réduction de la mortalité. Elle s'inscrit néanmoins dans le processus de sevrage total du tabac et ne doit pas être découragée.

### I.3.2.2. Bénéfice en terme de morbidité :

Selon la revue systématique de Charlotta Pisinger et Nina S. Godtfredsen publiée en 2007, une diminution de la consommation quotidienne de tabac entraînait une amélioration des symptômes respiratoires ainsi qu'une diminution du risque de cancer du poumon. Néanmoins la diminution de tabagisme n'avait pas d'incidence sur le risque d'hospitalisation pour infarctus du myocarde ou exacerbation de BPCO.(22)

L'arrêt total du tabac, quant à lui, entraîne une diminution constante des risques d'apparition ou d'aggravation des pathologies liées au tabagisme.

Le risque de survenue d'un cancer du poumon diminue progressivement après l'arrêt du tabac. Ainsi par rapport aux non-fumeurs, le RR de cancer du poumon est de 16 si l'arrêt date de moins de 5 ans, passant à 5 si l'arrêt date de 10 à 19 ans et à 1,5 en cas d'arrêt de plus de 40 ans.(23)

L'arrêt du tabac a également une influence sur les capacités respiratoires des patients, améliorant les résultats d'explorations fonctionnelles respiratoires chez les bronchitiques chroniques. Dans le cadre de la *Lung Health Study*, une étude a été réalisée par Nicholas R. Anthonisen, John E. Connett et Robert O. Murray, évaluant l'influence du sevrage tabagique sur la capacité respiratoire de 5413 patients fumeurs atteints de BPCO après un suivi de onze ans. Les résultats ont montré que le taux de décroissance du Volume Expiratoire Maximum Seconde (VEMS) chez les patients ayant arrêté de fumer dès le début de l'étude était de 30,2 mL/an pour les hommes et de 21,5 mL/an pour les femmes, alors que chez les patients ayant continué de fumer au cours des onze ans de suivi le taux était de 66,1 mL/an pour les hommes et de 54,2 mL/an pour les femmes.(24)

On note des bénéfices encore plus rapidement après l'arrêt du tabac sur la plan cardio-vasculaire. En effet le risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral baisse de 50% deux ans après avoir arrêté le tabac.(23)

En conclusion, l'arrêt du tabac apporte des bénéfices aussi bien en terme de mortalité qu'en terme de morbidité, d'autant plus importants que l'arrêt intervient le plus tôt possible. Néanmoins, quel que soit l'âge, il convient d'encourager et d'inciter tout fumeur au sevrage tabagique, permettant d'obtenir des bénéfices pour la santé.

### I.3.3. Recommandations actuelles :

Les recommandations actuelles françaises d'aide à l'arrêt de la consommation tabagique sont guidées par la HAS, plus précisément par la *Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours* publiée en octobre 2014. Ce document mène du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac (cf figure 3).

Avant la mise en place d'un traitement adapté, il convient initialement d'évaluer la consommation et la dépendance au tabac du patient, suivi d'une évaluation de la motivation de l'arrêt de la consommation tabagique, notamment avec l'utilisation d'une échelle analogique d'évaluation de la motivation (cf figure 4).

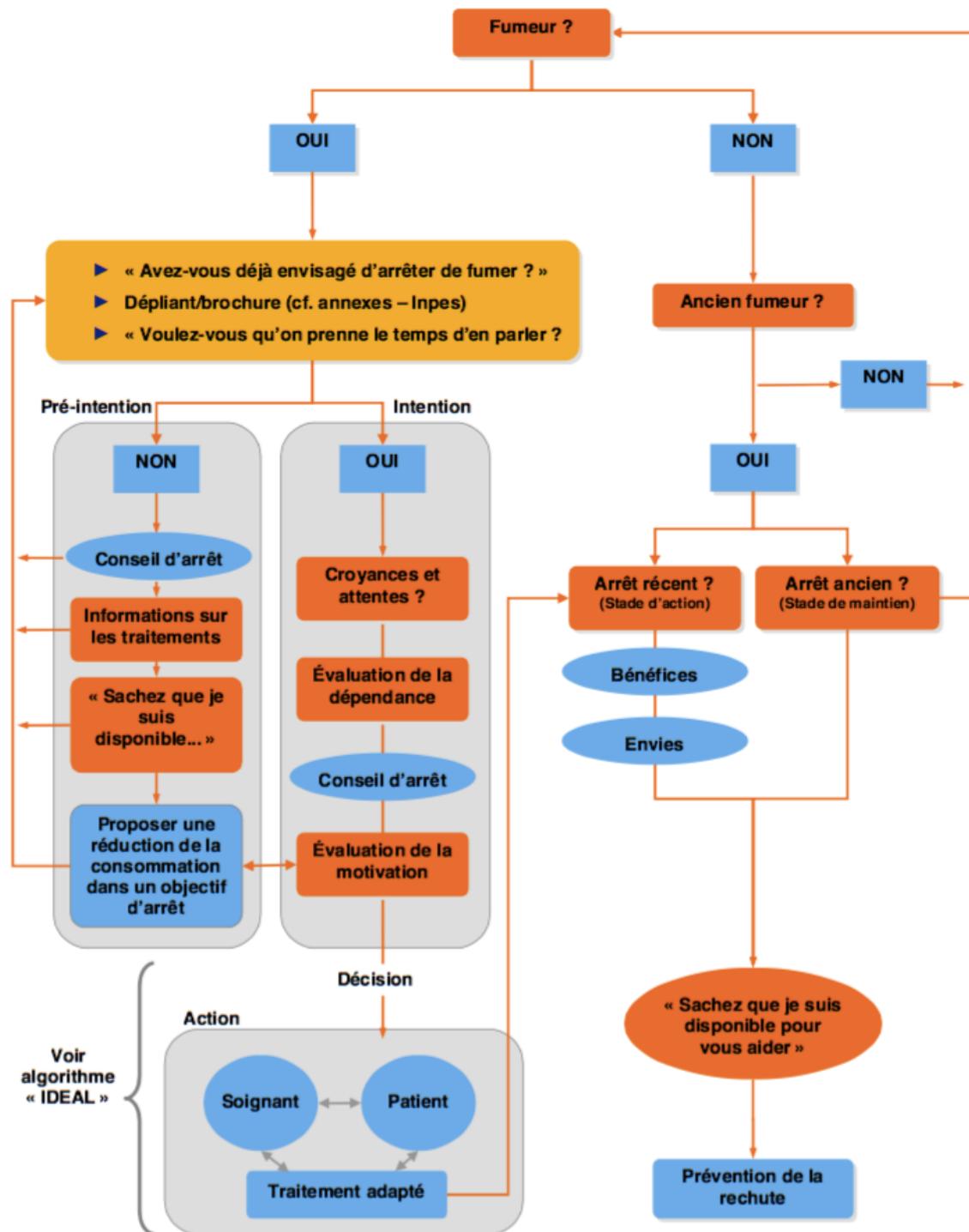


Figure 3 : Algorithme du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac

**Échelle analogique d'évaluation de la motivation**

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10
- 0 signifie : « Ce n'est pas du tout important. »
- 10 signifie : « C'est extrêmement important. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



**Figure 4 : Échelle analogique d'évaluation de la motivation**

L'aide à l'arrêt du tabac repose sur un accompagnement par un professionnel de santé, apportant un soutien psychologique associé à la prescription d'un traitement médicamenteux si cela est nécessaire. Le traitement médicamenteux est recommandé pour calmer les symptômes de sevrage mais également réduire l'envie de fumer et prévenir les éventuelles rechutes. La prescription d'un traitement doit toujours se faire dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

En première intention sont recommandés l'accompagnement par le professionnel de santé apportant un soutien psychologique y compris les thérapies cognitivo-comportementales et les traitements de substitution nicotinique (TSN). L'entretien motivationnel, visant à renforcer la motivation du patient, augmente la probabilité de l'arrêt du tabac.

L'utilisation de Varénicline et Bupropion n'est recommandée qu'en seconde intention, notamment au vu de leurs effets indésirables.(9)

#### 1.3.4. Les différentes méthodes de sevrage :

Un certain nombre d'outils médicamenteux ou non sont proposés aux patients afin de les aider dans leur démarche de sevrage de la consommation de tabac. Le facteur

déterminant reste néanmoins l'accompagnement par le médecin généraliste traitant. Des analyses menées suggèrent que ce rôle dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être encore renforcé, puisque seuls 37,4 % des fumeurs souhaitant sevrer leur consommation tabagique envisagent d'être accompagné par un médecin.

La deuxième vague de l'enquête International Tobacco Control (ITC) France de 2008 montrait qu'en France seulement 28 % des fumeurs avaient reçu des conseils de la part de leur médecin en vue d'un sevrage dans les six derniers mois, plaçant notre pays dans les derniers du classement parmi les vingt-trois pays participants.(25)

#### I.3.4.1. Les méthodes non médicamenteuses :

##### I.3.4.1.1. L'arrêt radical ou diminution progressive seule :

L'arrêt radical du jour au lendemain selon l'enquête Baromètre santé 2010 est envisagé par 55,3 % des fumeurs contre 44,7 % qui envisagent une réduction progressive de leur consommation, sans différence significative selon le sexe. (25)

Une méta-analyse réalisée en 1992 par Chockalingam Viswesvaran et Frank L. Schmidt incluant un total de 71806 patients montrait que seulement 6,4% des fumeurs réussissaient à se sevrer du tabac sans autre intervention que leur volonté.(26)

Une autre méta-analyse a été réalisée en 2010 par Nicola Lindson, Paul Aveyard et John R. Hughes incluant 3760 patients, visant à évaluer l'efficacité d'une réduction de la consommation tabagique par rapport à un arrêt radical dans le sevrage tabagique. Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative en terme d'efficacité du sevrage tabagique entre une réduction progressive et un arrêt radical de la consommation de tabac.(27)

#### I.3.4.1.2. L'acupuncture/auriculothérapie/électrostimulation :

La revue de Adrian R. White *et al.* publiée en 2011, incluant vingt-quatre études contrôlées randomisées portant sur l'efficacité de l'acupuncture dans le cadre du sevrage tabagique, n'a mis en évidence aucune efficacité que ce soit à court terme (RR=1,11 ; IC95% [0,89-1,47]) ou à long terme (RR= 0,99 ; IC95% [0,68-1,44]) en comparaison avec de l'acupuncture placebo ou dite « simulée ». Les autres techniques utilisées telles l'auriculothérapie ou l'électrostimulation n'ont également pas fait preuve de leur efficacité.(28)

Ainsi l'acupuncture n'est pas recommandée par l'HAS dans l'aide au sevrage tabagique, faute de preuve scientifique.(9)

#### I.3.4.1.3. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Les thérapies cognitivo-comportementales permettraient de multiplier par deux le taux d'abstinence à six mois et peuvent être conseillées en première intention dans le sevrage tabagique. Cette approche est souvent complémentaire à une prise en charge médicamenteuse, les taux d'abstinence étant supérieurs quand ces deux méthodes sont associées. Les T.C.C. peuvent également être utilisées tout au long des différentes phases du sevrage, à savoir la préparation, le sevrage et la prévention de la rechute. (9,29)

#### I.3.4.1.4. L'homéopathie :

Aucune preuve scientifique n'a pu démontrer l'efficacité de l'utilisation de l'homéopathie dans le sevrage tabagique, qui n'est de ce fait pas recommandée par

l'HAS. Il reste très difficile de différencier l'effet d'un traitement homéopathique de l'influence de l'accompagnement et de l'empathie délivrée par le médecin prescripteur.  
(9)

#### 1.3.4.1.5. L'hypnose :

Une méta-analyse réalisée en 1998 par Neil C. Abbot *et al.* concernant l'utilisation de l'hypnose dans le cadre du sevrage tabagique, n'a pas montré son efficacité dans le maintien du sevrage à 6 mois par rapport à une intervention comportementale.(30)

Il est néanmoins démontré que le seul contact avec un thérapeute augmente les taux d'abstinence « en soi ».(29)

L'HAS ne recommande pas le recours à l'hypnose dans le sevrage tabagique, faute de preuve scientifique.(9)

#### 1.3.4.2. Les méthodes médicamenteuses :

##### 1.3.4.2.1. Les substituts nicotiques :

Les traitements de substitution nicotique (TSN) représentent le traitement médicamenteux de première intention. L'apparition de symptômes d'un syndrome de sevrage tabagique sont directement liés au manque de nicotine. Les TSN permettent l'apport de nicotine sous une autre forme que le tabac. A noter que les TSN ne sont plus soumis à une prescription depuis décembre 1999. Pour l'ensemble des spécialités examinées, le service médical rendu (SMR) a été considéré comme important.(23)

Il existe actuellement cinq formes de galéniques différentes disponibles en France :

- les gommes à mâcher, disponibles depuis 1986, existant en deux dosages, 2 ou 4 mg ;
- les timbres transdermiques, plus communément appelés « patchs », développés secondairement afin d'éviter les difficultés d'usage des gommes, améliorant ainsi l'observance. Ils permettent un apport de nicotine sur une durée de 16 à 24 heures, disponibles en trois dosages : 21 mg / 14 mg / 7 mg sur 24 heures et 25 mg / 15 mg / 10 mg sur 16 heures ;
- les comprimés sublinguaux et pastilles à sucer dont la cinétique est comparable à celle des gommes ;
- l'inhalateur apportant une aide comportementale aux fumeurs pour lesquels la gestuelle reste très importante ;
- les spray buccaux, permettant une absorption plus rapide de la nicotine par rapport aux gommes ou pastilles à sucer. Chaque pulvérisation délivre une dose de 1mg de nicotine.

La forme galénique, le dosage ainsi que la durée du traitement sont à adapter en fonction du degré de dépendance du patient, de sa consommation quotidienne moyenne de tabac et d'éventuels essais de sevrage antérieurs. A titre indicatif, certains professionnels utilisent comme équivalence : 1 cigarette = 1 mg de nicotine.(9)

La prise de nicotine sous forme de traitement de substitution permet d'augmenter de 50 à 70% la probabilité en terme d'abstinence continue à 6-12 mois.(31)

Selon une méta-analyse réalisée en 2004 par Chris Silagy *et al.*, aucune différence d'efficacité n'était retrouvée entre les différentes formes galéniques.(31)

Par ailleurs, selon les revues de Fiore *et al.* et de Woolacott *et al.*, l'association de deux formes galéniques de traitements substitutif nicotinique serait plus efficace que la prise d'une seule forme avec des rapports de cote (OR) compris entre 1,55 (IC95% [1,17-2,05]) et 1,90 (IC95% [1,30-2,60]).(32,33)

En pratique, il est ainsi conseillé d'associer une forme galénique à libération lente tel les timbres transdermiques à une forme galénique à absorption rapide comme les gommes ou pastilles à sucer. Par ailleurs, l'arrêt immédiat du tabac dès l'utilisation de TSN est recommandé.(9)

Depuis 2007, l'Assurance Maladie prenait en charge, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques dans le cadre d'un forfait de 150 € par an et par patient. En 2018, dans le cadre du plan « Priorité prévention », deux formes de TSN sont à présent remboursables à 65 % par l'Assurance Maladie. En effet, une gamme de gommes à mâcher était remboursée depuis le 22 mars 2018 ainsi qu'une gamme de patchs depuis le 16 mai 2018. Depuis le 15 octobre 2018, quatre gammes de patchs sont remboursés, comprenant tous les dosages disponibles, ainsi que quatre gammes de gommes à mâcher (dosage de 2 ou 4 mg). Cette prise en charge permet de supprimer l'avance de frais et d'homogénéiser le tarif sur tout le territoire. Le forfait d'aide au sevrage tabagique de 150 € restera tout de même maintenu jusqu'à la fin de l'année 2018 pour les autres substituts non remboursables.

#### 1.3.4.2.2. La Varénicline (CHAMPIX®) :

La Varénicline, disponible en France depuis 2007, est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques  $\alpha 4\beta 2$  cérébraux permettant de réduire l'effet de la nicotine sur le système de récompense, diminuant de ce fait l'envie de fumer et la sensation de manque.

Une étude randomisée en double aveugle réalisée entre 2003 et 2006 par Douglas E. Jorenby *et al.* visait à évaluer l'efficacité de la Varénicline et du Bupropion versus Placebo en terme de maintien du sevrage tabagique à un an après 12 semaines initiales de traitement. Sur les 1027 patients inclus dans l'étude, 23 % des patients du groupe Varénicline étaient abstinents à un an versus 10,3 % dans le groupe placebo (OR = 2,66 ; (IC95% [1,72-4,11] ; p < 0,001)) ainsi que 14,6 % dans le groupe Bupropion (OR =1,77 (IC95% [1,19-2,63] ; p = 0,004)).(34)

Depuis fin 2016, le Varénicline est désormais remboursable à 65% par l'Assurance Maladie lorsque ce traitement est prescrit en seconde intention, après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiques, chez des fumeurs ayant une forte dépendance au tabac (score au Test de Fagerström supérieur ou égal à 7), faisant suite aux recommandations de la Commission de la transparence (avis du 9 novembre 2016).

La Commission de transparence s'est notamment basée sur une étude multicentrique de phase 3, randomisée en double aveugle, contrôlée versus placebo réalisée entre 2006 et 2009 par Donald P. Tashkin *et al.* visant à évaluer l'efficacité et la tolérance de la Varénicline versus placebo chez 504 fumeurs atteints de BPCO de sévérité légère à modérée, pendant 12 semaines de traitement, avec un suivi de 40 semaines. Le taux d'abstinence continue (TAC) des semaines 9 à 12 (critère de jugement principal) a été significativement plus élevé dans le groupe Varénicline (42,3 %) que dans le groupe placebo (8,8 %), (OR = 8,40 ; IC95% [4,99-14,14] ; p < 0,0001). Ce taux d'abstinence continue à un an a également été significativement plus élevé dans le groupe Varénicline (21,4 %) que dans le groupe placebo (6,8 %), (OR = 3,92 ; IC95% [2,18-7,07] ; p < 0,0001).(35,36)

Une seconde étude multicentrique de phase 3, randomisée en double aveugle, contrôlée versus placebo, réalisée entre 2006 et 2008 par Nancy A. Rigotte *et al.* avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la Varénicline versus placebo chez 714 fumeurs souffrant de maladie cardio-vasculaire, pendant 12 semaines de traitement et un suivi de 40 semaines. Le taux d'abstinence continue sur 4 semaines, des semaines 9 à 12, confirmé par des mesures de CO expiré (critère de jugement principal) a été significativement plus élevé dans le groupe Varénicline (47,3 %) que dans le groupe placebo (14,3 %) (OR = 6,05 ; IC95% [4,13-8,86] ;  $p < 0,0001$ ). Par ailleurs le taux d'abstinence à un an a également été significativement plus élevé dans le groupe Varénicline (22,6 %) que dans le groupe placebo (9,7 %), (OR = 2,82 ; IC95% [1,82-4,38] ;  $p < 0,0001$ ). (37)

Enfin, une étude multicentrique de phase 3, randomisée en double aveugle, contrôlée versus TNS et placebo, réalisée entre 2011 et 2015 par le Professeur Robert M. Anthenelli *et al.*, avait quant à elle pour objectif d'étudier la tolérance et l'efficacité de la Varénicline et du Bupropion versus placebo et TSN dans 2 cohortes de fumeurs avec antécédents de troubles psychiatriques et sans antécédents de troubles psychiatriques sur un total de 8144 patients, pendant 12 semaines de traitement. Dans l'ensemble de la population étudiée, le taux d'abstinence continue sur 4 semaines des semaines 9 à 12, déclaration du sujet confirmée par la mesure du CO expiré (critère de jugement principal) a été significativement plus élevé dans le groupe Varénicline (33,5 %) que dans le groupe placebo (12,5 %) et que dans le groupe TSN (23,4 %). Par ailleurs dans le groupe sans antécédents psychiatriques, les événements indésirables neuropsychiatriques ont été moins nombreux avec la Varénicline (1,3%) que dans les groupes TNS (2,5%) et placebo (2,4%). Dans le groupe avec antécédents psychiatriques, il a été observé un peu plus d'événements indésirables

neuropsychiatriques dans le groupe Varénicline (6,5%) que dans les groupes TNS (5,2%) ou placebo (4,9%).(38)

L'utilisation de la Varénicline dans l'aide au sevrage tabagique tend à s'imposer en deuxième intention après un échec du sevrage avec les traitements de substitution nicotinique.

En pratique la dose recommandée est de 1 mg de Varénicline deux fois par jour après une semaine d'augmentation posologique progressive. L'administration de Varénicline doit habituellement débiter 1 à 2 semaines avant une date d'arrêt du tabac fixée par le patient, pour une durée totale de 12 semaines. La dose pourra être réduite à 0,5 mg deux fois par jour de façon temporaire ou permanente en cas d'effets indésirables de Varénicline.(35)

#### 1.3.4.2.3. Le Bupropion (ZYBAN®) :

Le Bupropion, utilisé dans certains pays comme antidépresseur, est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du système nerveux central. Par son mécanisme il réduit chez le fumeur la sensation de soulagement et bien-être ressentie lorsque que le manque de nicotine est comblé par la consommation d'une cigarette.

Dans la même étude multicentrique de phase 3, randomisée en double aveugle, contrôlée versus TNS et placebo, réalisée entre 2011 et 2015 par le Professeur Robert M. Anthenelli *et al.* développée ci-dessus, le taux d'abstinence continue sur 4 semaines des semaines 9 à 12 a été significativement plus élevé dans le groupe Bupropion (22,6 %) que dans le groupe placebo (12,5 %). Les résultats ont été similaires concernant le taux d'abstinence continue des semaines 9 à 52 et la prévalence ponctuelle de

l'abstinence sur 7 jours aux semaines 12 et 24, sans qu'une différence significative entre le Bupropion et les TSN n'ait pu être observée.(38)

Le traitement par Bupropion est souvent marqué par de nombreux effets indésirables, tel l'apparition d'insomnie, des troubles digestifs, cutanés ou anxio-dépressifs. L'effet indésirable le plus grave et redouté est l'apparition de convulsions (estimé à 1/1000, soit 0,1%). Le Bupropion est de ce fait de moins en moins utilisé dans l'aide au sevrage tabagique.(29)

### I.3.5. La cigarette électronique :

#### I.3.5.1. Le fonctionnement général :

C'est au début du 21ème siècle que le pharmacien chinois Hon Lik a créé la cigarette électronique, encore appelée e-cigarette, dans une forme ultrasonique. En 2009, le brevet de la technique de vaporisation par une résistance chauffante a été déposé en Chine. Depuis la création de la première e-cigarette, les modèles ont progressivement évolué. Les différents types de cigarette électronique restent néanmoins schématiquement assez similaires (cf figure 5). Elles sont composées d'un embout buccal, d'un réservoir contenant le liquide, une résistance encore appelée atomiseur, d'une mèche qui conduit par capillarité le liquide au contact de la résistance et d'une batterie rechargeable. La mise en fonction de l'e-cigarette est déclenchée soit par un interrupteur manuel ou par une microvalve sensible à l'inhalation. Cela induit la fourniture d'électricité par la batterie faisant chauffer la résistance qui fait passer à son tour le liquide à un état gazeux. Le liquide se transforme en un aérosol inhalé par le vapoteur. Pour les e-cigarettes de troisième génération, la puissance d'électricité formée par la batterie peut être modulée par le vapoteur, permettant une variation de la

température de chauffe de la résistance, modifiant ainsi les sensations ressenties à l'inhalation.

Le liquide, encore appelé e-liquide est composé de propylène glycol (PG), de glycérine végétale (VG), d'arôme, d'alcool, d'eau et souvent de nicotine. Le PG sert habituellement d'humectant et de conservateur dans l'industrie agroalimentaire, pharmaceutique et en cosmétologie, alors que la VG est un additif souvent utilisé dans les médicaments ou aliments. Ils sont utilisés dans les e-liquides afin de produire l'effet vapeur et exacerber les arômes.

Le PG est le composant des e-liquides qui rehausse le plus les arômes et induit l'effet de throat-hit (définissant le picotement ressenti au fond de la gorge lors de l'inhalation d'une bouffée d'e-cigarette). Il est néanmoins irritant pour les voies respiratoires et peut de ce fait entraîner une irritation de la gorge et l'apparition d'une toux. La VG permet d'augmenter la densité de la vapeur. La proportion de PG contenu dans l'e-liquide ainsi que le ratio PG/VG permettent de contrôler l'effet irritant du PG.

(39)



**Figure 5 : Les trois générations de cigarettes électroniques (48)**

### I.3.5.2. Risques liés à l'utilisation de la cigarette électronique :

#### I.3.5.2.1. Les effets toxiques :

Plusieurs études ont mis en évidence la toxicité des e-liquides au contact de cellules animales ou humaines.

Une étude menée en 2016 par Joseph G. Allen *et al.* a permis d'identifier la présence de diacétylène dans 39 des 51 e-liquides testés. Le diacétylène est un additif utilisé dans l'industrie agro-alimentaire, ajouté dans les e-liquides pour renforcer les saveurs sucrées. Lors d'une inhalation prolongée et/ou à un dosage important, il est associé au développement d'une bronchiolite oblitérante rare aussi appelée la maladie du travailleur de pop-corn.(40,41)

Une autre étude réalisée en 2012 par TR McAuley *et al.* sur l'effet du tabac et de la cigarette électronique sur la qualité de l'air, montrait que fumer du tabac produisait plus de composants organiques volatils, de nitroamines, de composants carbonyles et de particules fines que de vapoter.(42)

Une étude menée en 2013 par Monique Williams *et al.* a montré des traces de nanoparticules métalliques dans l'air, à des concentrations supérieures ou égales à celles trouvées dans la fumée de tabac, après l'utilisation de cigarette électronique. La présence de celles-ci est liée au contenant du liquide, soulevant la question du contrôle et de la réglementation de la fabrication d'e-cigarettes et leurs recharges.(43)

Par ailleurs, lors de la déshydratation de glycérine végétale si elle est chauffée à haute température (> 280 °C), l'acroléine est produite. Celle-ci est cytotoxique et irritante pour la peau et les muqueuses. Le consommateur perçoit un goût âcre associé aux signes d'irritation des voies aéro-digestives supérieures.(39)

Depuis 2015, l'Association française de normalisation (AFNOR) a établi des normes en termes de fabrication d'e-liquides en France, permettant de limiter les risques. Il s'agit néanmoins simplement de recommandations, qui sont majoritairement suivies par les fabricants, vendeurs et distributeurs français de cigarettes électroniques et d'e-liquides.

Malgré ces normes, les risques ne sont pas nuls. En effet, les vapoteurs peuvent acheter sur internet des produits fabriqués à l'étranger. D'autres utilisateurs de cigarette électronique confectionnent eux-même les e-liquides, selon la pratique du « do it yourself », les effets sur la santé de cette méthode étant totalement inconnus.(44)

Les données toxicologiques actuelles suggèrent que vapoter est moins nocif que fumer du tabac. Nous n'avons néanmoins aucune donnée de morbidité de l'impact sur la santé à long terme d'un arrêt du tabac grâce au vapotage.

#### 1.3.5.2.2. Les effets sur la santé :

Les effets néfastes sur la santé du tabac fumé sont essentiellement liés à la production de monoxyde de carbone (CO) et de goudrons par combustion. Ainsi en l'absence de combustion, l'utilisation de cigarette électronique, même de manière prolongée et intense, est nettement moins nocive pour la santé que la consommation prolongée de tabac fumé.

Les effets indésirables les plus fréquents secondaires au vapotage sont une irritation des voies aéro-digestives supérieures, la sécheresse buccale, une toux sèche, des nausées, des vertiges et des céphalées.(45)

De très rares cas d'explosions de batteries et de décès après l'ingestion d'e-liquide ont été recensés.(46) Afin d'éviter le risque d'ingestion accidentelle d'e-liquide par un

enfant, l'AFNOR recommande qu'une sécurité pour enfants soit ajoutée aux flacons d'e-liquide.

La nicotine présente dans certains e-liquides peut être responsable de vertiges, palpitations, nausées, céphalées et hypertension chez les non-fumeurs. Elle ne présente pas d'effet cancérigène ou tératogène à long terme. La nicotine pourrait avoir chez les fumeurs des effets cardiovasculaires à long terme. Il est néanmoins difficile d'étudier un lien de causalité entre l'utilisation de nicotine chez les fumeurs et la survenue de maladies cardiovasculaires, du fait de l'exposition concomitante aux autres produits toxiques du tabac, eux-mêmes responsables de maladies cardiovasculaires.  
(47)

Selon une revue systématique menée par Konstantinos E. Farsalinos et Riccardo Polosa, publiée en 2014, le risque lié au vapotage passif est considéré comme quasi nul. Cela s'explique entre autre par le temps très court de persistance de l'aérosol de la cigarette électronique dans l'air (11 secondes en moyenne) par rapport à la fumée de cigarette (20 minutes en moyenne).(48,49)

### I.3.5.3. Utilisation en France/Europe :

En ce basant sur les donnée de l'enquête Eurobaromètre 2017, 15 % des citoyens européens ont expérimenté l'e-cigarette, avec 2 % de vapoteurs au moment de l'enquête. Parmi ces 2 %, deux tiers étaient des utilisateurs quotidiens. A noter qu'entre 2014 et 2017, l'expérimentation du vapotage a progressé en Europe, passant de 12 à 15 %.(50)

En France, environ un Français sur quatre aurait essayé la cigarette électronique, concernant 54,4 % des fumeurs, et 8,9 % des non-fumeurs. Ces chiffres seraient actuellement les plus élevés en Europe. La France compterait également la proportion la plus élevée de vapoteurs actuels, après le Royaume-Uni, avec respectivement 4 et 5 % de la population. Le niveau d'usage quotidien d'e-cigarette était également parmi les plus hauts d'Europe entre 2014 et 2016, même si l'on note une légère baisse passant de 2,9 à 2,5 % de la population.(2,44,50)

L'utilisation de la cigarette électronique est majoritairement un usage de fumeurs ou anciens fumeurs ainsi que des personnes jeunes. En 2016, en France, 41 % des vapoteurs quotidiens étaient anciens fumeurs alors que 48 % étaient également fumeurs quotidiens.(2)

#### 1.3.5.4. Réglementation :

En France les cigarettes électroniques et e-liquides ne sont considérés ni comme des médicaments, ni comme des produits issus du tabac. Ils sont définis comme des produits de consommation courante, répondant à « l'obligation générale de sécurité conformément aux dispositions du code de la consommation ». (51)

La promotion, vente et usage de ces produits sont réglementés par l'adoption de la directive européenne 2014/40/UE.(52)

Ces produits ne peuvent être vendus en pharmacie car ils n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et qu'ils ne sont pas inscrits sur la liste des marchandises fixée par arrêté du ministère de la Santé.(51) Par ailleurs, la vente de cigarettes électroniques est interdite aux mineurs.(53)

Depuis le premier octobre 2017, il est interdit de vapoter dans « les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation, et à l'hébergement

des mineurs, dans les moyens de transport collectif fermés ainsi que dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif ».(54)

#### 1.3.5.5. Recommandations actuelles :

Le premier avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatif à la cigarette électronique datant de 2014 était très prudent en pointant le fait que la diffusion d'un nouveau produit délivrant de la nicotine en population générale pouvait avoir comme conséquence non désirée la renormalisation de la consommation de tabac mais aussi et surtout le risque d'initiation à cette molécule par les plus jeunes. La cigarette électronique pouvait ainsi représenter une porte d'entrée dans la dépendance à la nicotine et possiblement dans la consommation de tabac. Il reconnaissait néanmoins également la cigarette électronique comme un outil potentiel de réduction des risques du tabac fumé, voire un outil d'aide à l'abstinence nicotinique. La balance entre risques et bénéfices restait très difficile à établir du fait du manque de connaissances scientifiques.(55)

Depuis le contexte a évolué et les connaissances scientifiques se sont étoffées. En 2015, une publication de Public Health England concluait que l'utilisation de la cigarette électronique était environ 95 % moins nocive que la consommation de tabac.(56)

En 2016, la Direction générale à la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ont conjointement saisi à nouveau le HCSP pour une actualisation de leur premier avis. Selon le HCSP la cigarette électronique peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique pour les populations fumeuses désireuses d'arrêter leur consommation de tabac et constitue un

outil de réduction des risques du tabagisme. Néanmoins elle pourrait également constituer une porte d'entrée dans le tabagisme et induire un risque de renormalisation de la consommation de tabac notamment par l'image positive véhiculée par le marketing et sa visibilité dans les espaces publics.

Selon le second avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale datant du 22 février 2016, « le Haut Conseil de la santé publique recommande :

- de poursuivre et d'intensifier les politiques de lutte contre la consommation de tabac ;
- d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est un outil d'aide à l'arrêt du tabac chez les populations désireuses de sortir du tabagisme qui apparaît être un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif, les avantages et inconvénients devant être soulignés ;
- de maintenir les modalités d'interdiction de vente et de publicité prévues par la loi de modernisation de notre système de santé et d'étendre l'interdiction d'utilisation à tous les lieux affectés à un usage collectif.

Le HCSP invite :

- au renforcement du dispositif observationnel français du tabagisme, à la réalisation d'études épidémiologiques et cliniques robustes sur la cigarette électronique, ainsi qu'au lancement de recherches en sciences humaines et sociales sur cette question ;
- à clarifier le statut de la cigarette électronique et des flacons de recharge ;
- à poursuivre les efforts de labellisations et de marquages pour assurer le maximum d'information aux consommateurs et assurer leur sécurité ;

- à engager les parties prenantes concernées, en particulier l'industrie pharmaceutique, à une réflexion sur la création d'une cigarette électronique médicalisée ;
- à une réactivité accrue des pouvoirs publics face à des innovations technologiques supposant un bénéfice pour la santé publique proposées par le marché et ne bénéficiant pas d'une réglementation préalable ;
- l'Organisation Mondiale de la Santé à émettre des recommandations générales concernant la cigarette électronique qui viendraient enrichir une future version de la Convention Cadre pour la lutte anti-tabac. »(57)

Dans la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », publiée en 2014, l'HAS recommande d'informer les fumeurs utilisant la cigarette électronique de l'insuffisance actuelle de données sur les risques associés à leur utilisation. L'utilisation de la cigarette électronique ne doit pas être déconseillée pour un fumeur refusant les moyens de substitution nicotinique recommandés, mais son utilisation doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement.(9)

Suite à la publication du Public Health England de 2015, l'HAS a émis un avis constatant que les données de la littérature sur l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électronique sont encore insuffisantes pour la recommander dans le sevrage tabagique. De ce fait le collège de la Haute Autorité de Santé considère qu'il n'est pas nécessaire d'actualiser la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ».(58)

### I.3.5.6. Efficacité dans le sevrage tabagique :

Plusieurs études ont été menées depuis 2013 visant à évaluer l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique (cf figure 6).

Lors d'un essai contrôlé randomisé de supériorité à trois bras parallèles publié en 2013, Pasquale Caponnetto *et al.* ont étudié l'efficacité de la cigarette électronique avec et sans nicotine dans le sevrage total et partiel du tabac. Au total 300 fumeurs ont été inclus, répartis en trois groupes de 100 sujets (groupe A ayant une e-cigarette avec un dosage de nicotine à 7,2mg pendant 12 semaines, groupe B ayant une e-cigarette avec un dosage de nicotine à 7,2mg pendant 6 semaines puis à 5,4 mg pendant 6 semaines et groupe C ayant une e-cigarette sans nicotine). La proportion de fumeurs abstinents au tabac de façon prolongée (52 semaines après le début de l'essai) était de 8,7 % sans différence significative entre les trois groupes. Par ailleurs, une diminution de plus de 50 % de la consommation tabagique quotidienne était retrouvée pour 10,3 % de la population étudiée à 52 semaines du début de l'essai, à nouveau sans différence statistiquement significative entre les trois groupes.(59)

Un deuxième essai randomisé de supériorité à trois bras parallèles réalisé en 2013 en Nouvelle-Zélande par Christopher Bullen *et al.*, a inclus 657 fumeurs répartis en trois groupes (cigarette électronique avec 16mg de nicotine, cigarette électronique sans nicotine et patchs dosés à 21mg de nicotine). A 6 mois, les taux d'abstinence au tabac étaient de 7,3 % dans le groupe e-cigarette avec nicotine, 4,1 % dans le groupe e-cigarette sans nicotine et 5,8 % dans le groupe patchs de nicotine, sans différence statistiquement significative entre les trois groupes.(60)

L'absence d'efficacité statistiquement significative de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique dans ces deux études peut être expliquée par plusieurs éléments : la durée de prise du traitement courte de 12 semaines, le dosage en nicotine utilisé ou encore l'utilisation de cigarette électronique de première génération.

Des études observationnelles longitudinales ont également analysé le lien entre vapotage et sevrage tabagique, comparant à différentes dates de suivi le taux d'abstinence au tabac chez les vapoteurs par rapport aux non-vapoteurs.

Dans plusieurs études, notamment celles réalisées respectivement par Shu-Hong Zhu *et al.* en 2017 et Sara C. Hitchman *et al.* en 2015, le taux d'abstinence au tabac était plus important chez les vapoteurs que chez les fumeurs n'utilisant pas de cigarette électronique.(61,62)

La même étude réalisée par Sara C. Hitchman *et al.* ainsi qu'une étude prospective menée par Lois Biener et J. Lee Hargraves en 2015 ont montré une association entre la fréquence d'utilisation de la cigarette électronique et les chances de réussite de sevrage tabagique. Selon l'étude menée par L. Biener *et al.* les vapoteurs quotidiens avaient une probabilité six fois plus importante d'arrêter de fumer que les non-utilisateurs d'e-cigarette (OR = 6,07 ; IC95% [1,11-33,2]).(62,63)

Les résultats en terme d'efficacité dans le sevrage total du tabac de la cigarette électronique restent actuellement discutés, d'une part du fait des limites nettes observées dans les deux seuls essais cliniques réalisés (58,59), d'autre part par les résultats en partie contradictoires retrouvés dans plusieurs études prospectives et méta-analyses. Selon une méta-analyse à partir de 20 études comparant le tabagisme et le vapotage, menée en 2015 par Sara Kalkhoran et Stanton A. Glantz, les vapoteurs avaient une probabilité d'arrêter de fumer de 28 % inférieure par rapport aux fumeurs n'utilisant pas de cigarette électronique (OR = 0,72 ; IC95% [0,57-0,91]).(64)

Auteurs et année de publication	Pays	Schéma d'étude	Participants	Durée totale de suivi (en mois)	Critères de jugement
Bullen et al. 2013	Nouvelle-Zélande	Essai contrôlé randomisé de supériorité à 3 bras parallèles	Fumeurs adultes ( $\geq 10$ cig/j), souhaitant arrêter de fumer (n = 657)	6	Arrêt tabac (pendant 6 mois) et réduction du tabac (en nombre de cig/j)
Caponnetto et al. 2013	Italie	Essai contrôlé randomisé de supériorité à 3 bras parallèles	Fumeurs adultes ( $\geq 10$ cig/j), ne souhaitant pas arrêter de fumer (n = 300)	12	Arrêt et réduction (d'au moins 50 %) du tabac
Vickerman et al. 2013	États-Unis	Étude transversale	Fumeurs adultes participant à un programme d'arrêt du tabac (n = 2 758)	7	Arrêt du tabac (au moins 1 mois)
Grana et al. 2014	États-Unis	Étude prospective	Fumeurs adultes (n = 949)	12	Arrêt et réduction du tabac (en nombre de cig/j)
Polosa et al. 2014	Italie	Étude prospective	Fumeurs adultes ( $\geq 15$ cig/j pendant au moins 10 ans), ne souhaitant pas arrêter de fumer (n = 50)	24 (phase préliminaire de vapotage durant les 6 premiers mois)	Arrêt (au moins 1 mois) et réduction (d'au moins 50 %) du tabac
Biener et al. 2015	États-Unis	Étude prospective	Fumeurs adultes (n = 695)	36	Arrêt du tabac (au moins 1 mois)
Brose et al. 2015	Royaume-Uni	Étude prospective	Fumeurs adultes (n = 1 759)	12	Arrêt et réduction (d'au moins 50 %) du tabac, tentative d'arrêt (arrêt au moins 24 h)
Hitchman et al. 2015	Royaume-Uni	Étude prospective	Fumeurs adultes (n = 1 643)	12	Arrêt du tabac
Manzoli et al. 2015	Italie	Étude prospective	Fumeurs quotidiens, adultes (n = 959)	12	Arrêt (d'au moins 1 mois) et réduction du tabac (en nombre de cig/j)
Pearson et al. 2015	États-Unis	Données extraites d'un essai clinique	Fumeurs adultes (n = 2 123)	3	Arrêt (d'au moins 1 mois) et réduction du tabac (en nombre de cig/j), tentative d'arrêt
Manzoli et al. 2017	Italie	Étude prospective	Fumeurs quotidiens, adultes (n = 932)	24	Arrêt (d'au moins 1 mois) et réduction du tabac (en nombre de cig/j et réduction d'au moins 50 %)
Zhu et al. 2017	États-Unis	Données combinées à partir de 5 études, de 2001 à 2015	Fumeurs quotidiens, adultes (n = 23 270)	12	Arrêt du tabac (sur au moins 3 mois), tentative d'arrêt (au moins 24 heures)
Pasquereau et al. 2017	France	Étude prospective	Fumeurs entre 15 et 85 ans (n = 2 057)	6	Réduction du tabac (d'au moins 50 %), tentative d'arrêt (au moins 7 jours)

Tableau - Résumé des études ayant évalué l'efficacité de la cigarette électronique dans l'arrêt ou la diminution du tabac ainsi que dans la tentative d'arrêt

**Figure 6 : Tableau résumant les études ayant évalué l'efficacité de la cigarette électronique dans l'arrêt ou la diminution du tabac ainsi que dans la tentative d'arrêt (44)**

L'utilisation régulière de la cigarette électronique semble par contre être liée à une diminution significative de la consommation de tabac.

L'essai randomisé de supériorité à trois bras parallèles réalisé en 2013 en Nouvelle-Zélande par Christopher Bullen *et al.* avait montré que 57 % des utilisateurs de cigarette électronique avec nicotine avaient réduit leur consommation tabagique d'au moins 50 % en six mois contre 41 % des fumeurs sous patchs de nicotine ( $p = 0,0002$ ). Il n'y avait par contre pas de différence significative entre les utilisateurs de cigarette électronique avec nicotine et les utilisateurs de cigarette électronique sans nicotine à 6 mois : 57 contre 45 % ( $p = 0,0857$ ).<sup>(60)</sup>

Une étude de cohorte réalisée par Lamberto Manzoni *et al.* avait pour objectif d'étudier l'efficacité et la toxicité de la cigarette électronique avec un suivi à 12 et 24 mois en comparant des vapoteurs exclusifs, des fumeurs exclusifs et des fumeurs utilisant la cigarette électronique. Vapoter augmentait la probabilité de réduire la consommation de tabac d'au moins 50 %, à condition néanmoins de ne pas s'installer dans une consommation double à la fois de tabac et de cigarette électronique sur le long terme, le risque de reprendre le tabac de manière exclusive étant très élevé.<sup>(65,66)</sup>

Une étude prospective menée en 2014, en France par Anne Pasquereau *et al.* montrait que les fumeurs utilisant la cigarette électronique avaient une probabilité 2,6 fois plus élevée de réduire leur consommation de tabac de moitié que les fumeurs exclusifs (aOR = 2,6 ; IC95% [1,8-3,8]).<sup>(67)</sup>

Leonie S. Brose *et al.* se sont également intéressés à la question de l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique lors d'une étude menée en 2015. Les résultats montraient qu'une utilisation quotidienne de l'e-cigarette augmentait la probabilité de réduire d'au moins de moitié la consommation tabagique par rapport aux non-vapoteurs (aOR = 4,19 ; IC95% [2,13-8,24]).<sup>(68)</sup>

En résumé, la cigarette électronique semble être un outil supplémentaire et intéressant dans le sevrage tabagique. Selon les études récentes, son utilisation semble permettre une diminution de la consommation de tabac quotidienne, à condition que le vapotage soit quotidien. Dans une optique de réduction des risques et des dommages, chaque cigarette qui n'est pas fumée par le patient doit être considérée comme un succès. Du fait de résultats contradictoires, l'efficacité de la cigarette électronique dans un sevrage total du tabac reste discutée, notamment suite à un suivi trop court dans les études réalisées. Malgré des premiers résultats rassurants en terme de toxicité et d'effet sur la santé à court terme, aucune étude ne peut conclure à un éventuel risque du vapotage sur la santé à moyen et long terme. A ce jour, les autorités sanitaires (HAS et HCSP) n'ont pas publié de recommandations claires en faveur de la cigarette électronique, notamment du fait de l'absence de données scientifiques sur les risques éventuels lors d'un vapotage prolongé.

### I.3.6. Le tabac chauffé, la nouveauté de l'industrie du tabac :

#### I.3.6.1. Le fonctionnement général :

Afin de lutter contre le déclin de la cigarette et la montée en puissance de la cigarette électronique, l'industrie du tabac cherche à développer des technologies permettant de chauffer le tabac sans le brûler tout en délivrant de la nicotine. Ces inhalateurs de tabac sont présentés par les producteurs de tabac comme des produits à risques potentiellement réduits (potentially reduced risks products ou pRRPs) à destination des fumeurs souhaitant arrêter de fumer des cigarettes, réduire leur consommation ou remplacer leur consommation de cigarette par une alternative moins risquée pour la santé.

De nombreux producteurs de tabac se sont lancés dans la production d'inhalateur de tabac chauffé ; comme La Pax® de la compagnie Ploom appartenant à Japan Tobacco International, IQOS® par Philipp Morris International, Revo® par Reynolds American Inc ou encore GLO® par British American Tobacco.

Le fonctionnement est assez similaire pour chaque produit. Chaque appareil est composé d'une batterie, d'une résistance plate chauffant le tabac, d'une recharge de tabac à chauffer. La mise en fonction de l'inhalateur est généralement effectuée par un interrupteur manuel, entraînant le chauffage du tabac à environ 330 degrés Celsius par la résistance plate, libérant ainsi un aérosol de tabac.(69)

#### 1.3.6.2. Risques liés à la consommation :

Selon les industriels du tabac, l'absence de combustion permettrait une réduction majeure du risque par l'absence de production de substances nocives (CO, goudrons, hydrocarbures polycycliques,...). Ainsi Philip Morris assurerait que la nocivité de l'IQOS® serait réduite de 90% par rapport à une cigarette classique.(69)

Une étude indépendante réalisée par Reto Auer *et al.* a par contre mis en évidence des taux de substances toxiques dans la fumée de l'IQOS® nettement plus élevés que ceux annoncés par le groupe Philip Morris. Ainsi comparé à une cigarette Lucky Strike Blue Lights®, l'IQOS® dégageait l'équivalent de 82 % d'acroléine, 74 % de formaldéhyde et 50 % de benzaldéhyde. Il dégageait même trois fois plus d'acenaphtylène, un type de goudron. Par ailleurs l'aérosol de l'IQOS® contenait

également des hydrocarbures aromatiques polycycliques et du monoxyde de carbone, signant la présence de pyrolyse.(70)

L'innocuité décrite par les industriels du tabac de ces nouveaux dispositifs reste de ce fait très discutée.

### 1.3.6.3. Quelle efficacité peut-on en attendre ?

Le groupe Philip Morris a racheté la technologie de vaporisation de la nicotine par réaction chimique (pyruvate de nicotine) à son inventeur, le Pr Jed Rose, dans le cadre de son développement de nouveaux produits, en particulier STEEM®. Une réaction chimique entre l'acide nicotinique et l'acide pyruvique lorsque le fumeur aspire l'air à travers le dispositif crée un nuage de vapeur de pyruvate de nicotine.

L'étude menée par Jed E. Rose *et al.* en 2010 a montré une efficacité supérieure du pyruvate de nicotine au niveau pulmonaire par rapport à la nicotine pure, de par la taille des particules de vapeur plus petite et par le pH neutre de la solution qui est moins irritant. Par ailleurs, l'inhalation de pyruvate de nicotine produisait une forte augmentation de taux de nicotine dans le plasma, satisfaisant les fumeurs. Il est néanmoins difficile voire impossible de conclure quant à une efficacité future supérieure aux substituts nicotiques et cigarette électronique disponibles actuellement en terme de sevrage tabagique.(71)

Nous ne disposons actuellement pas d'autres données sur l'efficacité des inhalateurs de tabac chauffé, encore appelés produits « heat not burn » dans le sevrage tabagique.

## I.4. Le cannabis :

### I.4.1. Présentation :

Le cannabis est une plante dont l'espèce la plus répandue est le *Cannabis sativa* (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta-9-tetrahydrocannabinol. En France, il est classé comme stupéfiant. Le cannabis se présente sous 3 formes : l'herbe, la résine et l'huile. Généralement, l'herbe et la résine se fument sous forme de "joint" (avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. Le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux *space-cakes* ) ou bu (infusions).(72)

### I.4.2. Consommation en France :

#### I.4.2.1. En population adolescente :

Le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents. En 2014, un collégien sur dix déclarait avoir déjà consommé du cannabis. Parmi les plus jeunes, l'expérimentation concerne essentiellement les garçons alors que, par la suite, les écarts de niveaux entre les garçons et les filles s'amenuisent nettement.

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix avaient déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %). Cette prévalence était la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête ESCAPAD : elle était inférieure de 9 points à celle de 2014 et de 11 points par rapport à 2002, lorsque la moitié des adolescents se disaient expérimentateurs. La baisse des usages de cannabis concerne l'ensemble des indicateurs : l'usage dans l'année passait de 38,2 % à 31,3 %, alors que l'usage régulier

passait de 9,2 % à 7,2 %. Ce recul généralisé des usages de cannabis entre 2014 et 2017 s'observait dans les deux sexes. En 2017, l'âge moyen de l'expérimentation de cannabis chez les jeunes français de 17 ans était de 15,3 ans.(73)

#### I.4.2.2. En population adulte :

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. En 2016, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation était davantage le fait des hommes que des femmes (51 % contre 34 %). Elle se révèle stable depuis 2014, de même que l'usage actuel, qui concerne 11 % des 18-64 ans (15 % des hommes et 7 % des femmes). La proportion d'expérimentateurs de cannabis maximale se situe entre 26 et 34 ans pour les deux sexes, l'usage de cannabis demeurant ainsi avant tout un phénomène générationnel. La consommation actuelle concerne surtout les plus jeunes et les hommes (28 % des 18-25 ans, 35 % des hommes et 21 % des femmes de cette tranche d'âge). Elle diminue ensuite avec l'âge pour ne plus atteindre que 2 % de la population au-delà de 55 ans.

En Europe, les niveaux d'usage de cannabis opposent schématiquement l'Europe du Nord, peu consommatrice, à l'Europe de l'Ouest et du Sud. La France devance clairement les autres membres de l'Union européenne (plus la Norvège et la Turquie) avec une prévalence d'usage dans l'année nettement supérieure à celles observées dans la plupart des pays. L'Italie, la République tchèque et l'Espagne complètent le quatuor des pays où les usagers sont les plus fréquents.(73)

### I.4.3. Usage problématique :

Afin de mieux cerner et de pouvoir évaluer ces usages problématiques, l'Observatoire français de drogues et des toxicomanies (OFDT) a développé un outil de repérage : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM-V et de la CIM-10. L'objectif était de fournir une description des usages problématiques indépendamment de la fréquence d'usage à partir des enquêtes en population générale menées en France.

Le test se décompose en deux étapes. Si la personne répond positivement à la question « Avez-vous pris du cannabis au cours des 12 derniers mois ? » elle est alors invitée à poursuivre le questionnement du CAST, comprenant six questions. Pour calculer un score, les modalités sont codées de 0 à 4. En fonction du total obtenu, on définit les usagers sans risque de dépendance lorsqu'ils présentent un score inférieur à 3, les usagers avec un risque faible de dépendance pour un score égal à 3 et inférieur à 7 et ceux avec un risque élevé de dépendance pour un score égal ou supérieur à 7.(cf figure 7)

Parmi les usagers actuels, 21 % sont identifiés comme des usagers à risque faible, et 20 % à risque élevé d'abus ou de dépendance. La proportion de ceux qui présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis apparaît stable au sens du CAST, à 21 % entre 2010 et 2014. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7 % des 15-64 ans présenteraient ainsi un risque élevé d'usage problématique (2,7 % des hommes et 0,8 % des femmes).(73,74)

## CAST

**Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé du cannabis ?**

Non

Oui

<b>Au cours des 12 derniers mois...</b> <i>Une seule réponse par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Avez-vous eu des <u>problèmes à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Figure 7 : Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST)**

### I.4.4. Dépistage et prise en charge en médecine générale :

Le questionnement des pratiques d'usage de drogues de manière générale, y compris le cannabis reste peu répandu en médecine de ville. Les médecins généralistes apparaissent peu disposés à aborder la question de la consommation de cannabis avec leurs patients.

Selon une étude de Beck F. *et al* réalisée en 2011, seuls 8 % d'entre eux abordent systématiquement la question de l'usage de cannabis avec chaque patient. Un quart (26 %) n'abordent jamais cette question à leur initiative ou, le cas échéant, à la demande du patient. Les autres médecins, représentant une très large majorité (66 %), déclarent n'aborder le sujet que pour certains patients jugés à risque.(75)

Le repérage d'abus de cannabis reste rare, alors qu'il a connu des progrès remarquables concernant le tabac et l'alcool. Seuls 2 % des médecins généralistes utilisent des questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis, alors que la plupart (59 %) voient au moins un usager de cannabis au cours d'une année de consultations. Une partie non négligeable des médecins généralistes considèrent que leur rôle de prévention de l'usage de cannabis n'est pas clairement défini : seuls 11 % estiment que ce type de repérage fait partie de leur rôle, contre 26 % pour l'alcool et 65 % pour le tabac.

Ce déficit dans le repérage semble être lié à trois facteurs principaux : le sentiment des médecins généralistes d'être insuffisamment formés aux questions liées au cannabis, leurs doutes quant à l'efficacité de leur action, ainsi que l'absence d'instruments de repérage validés et diffusés en France.(75,76)

#### I.4.5. Prise en charge d'un patient consommateur de cannabis :

La prise en charge des usagers de cannabis impose trois types d'actions complémentaires afin d'être efficace sur le plan individuel comme dans une perspective de santé publique :

- modifier le comportement de consommation ;
- diminuer les problèmes médico-psychosociaux liés à l'usage de cannabis ;
- réduire les risques liés à la consommation.

La stratégie de prise en charge doit être individualisée : elle est déterminée par la gravité du problème de consommation, ses conséquences sanitaires, psychologiques et sociales. Celle-ci va d'un simple conseil en cas d'usage à risque ; une intervention

brève, en cas d'usage nocif ou des interventions spécifiques avec une aide psychothérapeutique ou psychiatrique ; à une prise en charge globale (psychologique, éducative, sociale) de longue durée en cas d'abus caractérisé ou de dépendance.(76)

#### I.4.5.1. Modification du comportement de consommation :

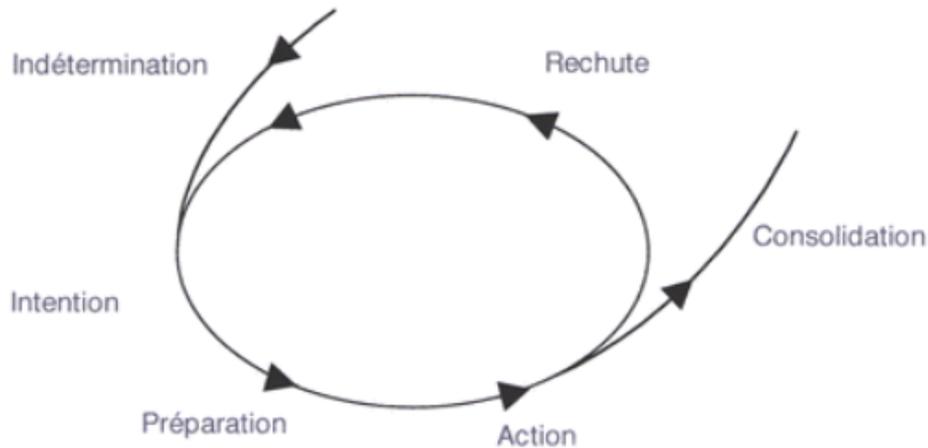
Afin d'avoir un impact sur le comportement de consommation du patient, il convient initialement d'évaluer sa motivation au changement.

Différents niveaux de motivation ont été décrit par Prochaska permettant d'apprécier le degré de motivation du patient, facteur-clé de la réussite de la prise en charge. Le cycle dit de Prochaska décrit les six étapes d'un changement de comportement : la pré-intention (indétermination), l'intention, la préparation, l'action, le maintien (consolidation), puis la résolution.(cf figure 8). Il apparaît comme essentiel de tenir compte des rechutes également et de les considérer comme partie intégrante du processus de changement, l'usager revenant rarement au stade de la pré-intention.

Pour induire un changement effectif de comportement, le médecin doit s'attacher à obtenir des actes. Son rôle consiste à encourager le patient à poursuivre ses efforts.

À chacune de ces étapes, le médecin de premier recours a un rôle essentiel : poser au patient la question de sa consommation, en s'intéressant à l'ensemble de ses pratiques, de ses craintes, de ses doutes, ainsi que de ses idées reçues.

Il convient ainsi d'apporter de l'information au patient tout en stimulant sa motivation au changement. Cette stratégie repose sur trois principes : demander au patient ce qu'il sait déjà, de manière à évaluer son expérience et adapter son intervention ; fournir l'information manquante ou complémentaire au patient ; demander au patient ce qu'il en pense afin de lui permettre de réagir et de situer le changement dans sa perspective et son propre rythme.(76)



**Figure 8 : Le cycle de Prochaska (76)**

I.4.5.2. Diminution des problèmes médico-psychosociaux liés à l'usage de cannabis :

La prise en compte des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux représente la composante essentielle de la prise en charge d'un patient consommateur de cannabis. L'action sur l'environnement familial, relationnel et social est majeure et indispensable.

Il est également nécessaire de traiter les comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression), représentant un facteur majeur de rechute.

I.4.5.3. Réduire les risques liés à la consommation :

Le choix de la stratégie de prise en charge dépend de la nature des risques pris par le patient en consommant du cannabis. Pendant la grossesse ou face à des usagers présentant des troubles psychiques, l'action est particulièrement nécessaire et recommandée.

Lorsque le patient n'envisage pas de réduire sa consommation, une approche de réduction des risques liés à la consommation peut être mise en œuvre.

Voici une liste non exhaustive de conseils de réduction des risques à fournir aux patients qui choisissent de continuer à consommer du cannabis :

- Éviter de mélanger cannabis et tabac ;
- Éviter l'usage quotidien et intensif ;
- Éviter d'utiliser de filtre à cigarettes, qui augmente la part de goudrons ;
- Éviter de retenir la fumée dans les poumons, responsable d'une hausse de la part de goudrons et de substances cancérigènes en contact avec le système pulmonaire ;
- Éviter d'inhaler trop profondément afin de réduire la quantité de THC absorbée ;
- Éviter de mélanger cannabis et alcool ou cannabis et autres drogues illicites ;
- Retirer les tiges et les feuilles du mélange consommé ;
- Éviter de consommer en cas d'antécédents familiaux de troubles mentaux ;
- Éviter de conduire après avoir consommé du cannabis, surtout en association avec l'alcool.

L'objectif principal du médecin de premier recours doit donc être de repérer les usages à risque, d'évaluer les risques et les dommages liés à l'usage de cannabis et d'aider le patient à en prendre conscience.

La première étape de la prise en charge consiste à ouvrir la discussion avec le patient consommateur de cannabis, afin de faire le point avec lui sur les circonstances et le contexte de consommation pour amener une réflexion sur les attentes et les alternatives à la consommation de cannabis.

La deuxième étape de la prise en charge consiste à soutenir la motivation au changement de comportement et proposer de premières interventions au patient.

#### I.4.5.4. Quand orienter un patient consommateur ?

En l'absence de dépendance et/ou de dommages importants liés à la consommation de cannabis, la prise en charge peut être réalisée par des professionnels de premier recours, en réalisant une intervention brève motivationnelle, en vue de renforcer la motivation et la capacité du consommateur à modifier son comportement et ainsi diminuer le risque.

A contrario, lorsqu'une intervention brève en cabinet semble insuffisante, quand il existe des troubles liés à l'usage de cannabis (scolaires, sociaux, familiaux, affectifs), ainsi qu'à chaque fois qu'une dépendance au cannabis est avérée, une orientation vers un traitement en établissement spécialisé peut être envisagée.

## **II. MATERIEL ET METHODES :**

### **II.1 Description et objectif de l'étude :**

Cette étude de type quantitative descriptive transversale avait pour objectif de connaître l'état des connaissances actuelles ainsi que la pratique professionnelle individuelle en terme de prise en charge et accompagnement de patients tabagiques des médecins généralistes français en fonction de leur propre relation avec le tabac.

### **II.2. Population étudiée :**

La population étudiée concernait les médecins généralistes en activité sur le territoire français (en Métropole). Les critères d'exclusion étaient l'exercice d'une spécialité autre que la médecine générale ainsi que la cessation de leur activité au moment de la diffusion du questionnaire.

### **II.3. Réalisation et validation du questionnaire :**

La réalisation du questionnaire s'est effectué durant une période de trois mois allant d'avril à juin 2018.

Le questionnaire se composait de 20 questions se divisant en trois parties.

La première partie du questionnaire permettait de connaître le sexe, l'âge et le statut du médecin concernant le tabagisme :

Vous êtes : (choix unique)

- Un homme
- Une femme

Quel âge avez-vous ?

1/ Quel est votre statut actuel concernant le tabagisme : (choix unique)

- Non fumeur
- Fumeur actif
- Fumeur occasionnel (non concerné par la problématique du sevrage)
- Fumeur en cours de sevrage
- Ancien fumeur (tabagisme sevré depuis plus d'un an)

La deuxième partie du questionnaire s'intéressait au parcours des médecins généralistes fumeurs ou anciennement fumeurs (l'évaluation de la consommation quotidienne de cigarettes, la consommation associée de cannabis, le temps passé sans fumer, les éventuels facteurs motivationnels au sevrage, les éventuelles méthodes de sevrage utilisées, l'influence du parcours tabagique sur la prise en charge de patients tabagiques).

2/ Vous êtes fumeur actif, en cours de sevrage ou ancien fumeur sevré. Combien de cigarettes fumez ou fumiez vous par jour ? (choix unique)

- Moins de 5 cigarettes
- Entre 5 et 10 cigarettes
- Entre 10 et 15 cigarettes
- Entre 15 et 20 cigarettes

- Plus de 20 cigarettes

3/ Vous êtes fumeur actif ou en cours de sevrage. Consommez-vous également du cannabis ? (choix unique)

- Jamais
- De temps en temps
- Régulièrement

4/ Si oui, pensez-vous que la consommation de cannabis complique votre sevrage du tabac ? (choix unique)

- Oui
- Non

5/ Vous êtes fumeur actif, en cours de sevrage ou ancien fumeur sevré. À combien de temps évaluez-vous, en pourcentage, le temps passé sans fumer, depuis le début de votre consommation tabagique ? (par exemple, si vous avez actuellement 50 ans, que vous avez commencé à fumer à l'âge de 20 ans jusqu'à 30 ans, vous avez passé 66 % du temps sans fumer depuis le début de votre consommation tabagique) ; (choix unique)

- Moins de 10 %
- Entre 10 et 25 %
- Entre 25 et 50 %
- Entre 50 et 75 %
- Plus de 75 %

6/ Vous êtes fumeur actif, en cours de sevrage ou ancien fumeur sevré. Quelles ont été ou seraient vos principales motivations pour débiter un sevrage tabagique ? (plusieurs choix possibles)

- L'apparition d'une maladie intercurrente
- Mon état de santé en général
- Un ras-le-bol général
- Le budget alloué au tabagisme
- Mon entourage
- Autre

7/ Vous êtes ancien fumeur sevré ou fumeur en cours de sevrage. Quelle méthode/aide avez-vous ou êtes vous en train d'utiliser ? (plusieurs choix possibles)

- Aucune aide
- Les traitements substitutifs nicotiques
- La Varénicline (CHAMPIX®)
- Le Bupropion (ZYBAN®)
- La cigarette électronique
- Autre

8/ Votre propre parcours en tant que fumeur a-t-il influencé la prise en charge de vos patients tabagiques ? (choix unique)

- Oui
- Non
- Sans avis

La troisième partie du questionnaire concernait l'ensemble de la population étudiée. La cigarette électronique se présentant progressivement comme un outil supplémentaire à l'aide au sevrage tabagique, nous souhaitions connaître la part des médecins généralistes l'ayant essayée, ainsi que les raisons d'un éventuel essai. Cette partie du questionnaire avait également pour objectif d'étudier les connaissances et la pratique professionnelle individuelle en terme de prise en charge de patients tabagiques des médecins généralistes français. Ainsi nous avons étudié les connaissances des médecins concernant les dernières recommandations de prise en charge de patients tabagiques. Concernant la pratique personnelle, le questionnaire visait à étudier la fréquence du dépistage du tabagisme et la fréquence de proposition d'accompagnement du patient tabagique par le médecin généraliste, les aides au sevrage les plus fréquemment proposées, le ressenti du médecin concernant sa capacité d'accompagnement d'un patient tabagique en cours de sevrage, ainsi que le recours ou non à la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique. Cette troisième partie se terminait en s'intéressant à l'avis des médecins concernant l'émergence du tabac chauffé.

9/ Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ? (choix unique)

- Oui
- Non

10/ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs choix possibles)

- Par curiosité
- Pour arrêter de fumer
- Pour diminuer ma consommation de tabac
- Parce que cela revient moins cher que le tabac

- Parce qu'on me l'a conseillée
- Autre

11/ Avez-vous connaissance des recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique ? (choix unique)

- Oui
- Non

12/ Abordez-vous la question du tabagisme avec vos patients ? (choix unique)

- Systématiquement
- Presque toujours
- À l'occasion
- Rarement

13/ Pour vos patients fumeurs, leur proposez-vous un accompagnement et un sevrage ? (choix unique)

- Systématiquement
- Facilement, à mon initiative
- À la demande du patient
- Rarement
- Je préfère les orienter vers un spécialiste

14/ Que proposez-vous à vos patients en demande d'aide au sevrage tabagique ? (au maximum, vos 3 choix les plus courants)

- Les traitements substitutifs nicotiques
- La Varénicline (CHAMPIX®)

- Le Bupropion (ZYBAN®)
- La cigarette électronique
- Un accompagnement psychologique
- L'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie
- Autre

15/ Comment évaluez-vous votre aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'un patient en cours de sevrage ? (choix unique)

- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

16/ Vous sentez-vous suffisamment informé et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis ? (choix unique)

- Oui
- Non

17/ En raison du débat actuel autour de la cigarette électronique, votre avis sur ce sujet nous intéresse. Proposez-vous l'utilisation de la cigarette électronique à vos patients fumeurs en tant qu'aide au sevrage ? (choix unique)

- Oui
- Non

18/ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs choix possibles)

- Je crois en son efficacité potentielle d'aide au sevrage tabagique

- D'autres patients ont réussi à se sevrer du tabac avec la cigarette électronique
- Parce que je l'utilise personnellement
- Autre

19/ Si non, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs choix possibles)

- Manque de connaissance scientifique sur le sujet
- Manque de connaissance personnelle sur le sujet
- L'absence de recommandations en faveur de la cigarette électronique
- Par conviction personnelle
- Autre

20/ Enfin, les industriels du tabac ont récemment commercialisé un dispositif chauffant une cartouche à base de tabac, sans le brûler, également appelé « heat not burn ».

Que pensez-vous de l'arrivée de tabac chauffé sur le marché ? (plusieurs choix possibles)

- Cela reste moins nocif que la cigarette
- C'est une consommation de tabac comme une autre
- Sa consommation maintient ou peut provoquer une dépendance à la nicotine
- Manque de recul pour se prononcer
- Sans avis
- Je n'en ai pas entendu parler
- Autre

Le questionnaire a été établi et mis en forme avec le logiciel Google Forms<sup>®</sup>, permettant d'établir un lien internet afin d'accéder au questionnaire et d'y répondre. Les

participants avaient la possibilité de modifier leurs réponses à tout moment, y compris après validation.

Un pré-test a été effectué au courant du mois de juillet 2018 auprès de 20 médecins généralistes bas-rhinois. Différents aspects ont été étudiés :

- le temps nécessaire à répondre au questionnaire,
- la clarté des questions et de leurs énoncés,
- la clarté des réponses proposées,
- les remarques éventuelles des participants au pré-test.

Devant les retours positifs de ce pré-test, aucune modification du questionnaire n'a été effectuée.

#### II.4. Envoi et recueil des données :

L'envoi du questionnaire a été effectué par mail via la mailing-list de la Fédération des Médecins de France (FMF) en date du 19 août 2018.(cf annexe 1)

Le recueil des données s'est fait sur une période trois semaines après l'envoi du questionnaire, soit du 19 août 2018 au 9 septembre 2018.

Les réponses au questionnaire ont été traitées initialement dans le logiciel Numbers® version 3.6.2 sur Mac, puis exportées secondairement vers le logiciel Windows Excel® version 2016.

## II.5. Analyse statistique :

L'analyse statistique a été divisée en deux grandes parties :

- une partie descriptive visant à déterminer des effectifs et pourcentages,
- une partie comparative permettant de comparer ces effectifs en utilisant le test du Chi2 ou le test exact de Fisher en cas d'effectifs insuffisants. Le degré de significativité retenu était de 5%, soit  $p \leq 0.05$ .

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel GMRC Shiny Stats, développé par les bio-statisticiens du CHU de Strasbourg.

### **III. RESULTATS :**

#### **III.1. Caractéristiques générales de la population étudiée :**

##### **III.1.1. Nombre de médecins généralistes inclus :**

Le questionnaire a été envoyé à 29851 médecins généralistes français, dont 4905 exerçaient une spécialité autre que la médecine générale et 158 étaient retraités au moment de la réception du questionnaire. Sur les 24788 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion de l'étude, 2506 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 10,1 %.

##### **III.1.2. Sexe et âge :**

###### **III.1.2.1. Sexe et âge de la population générale :**

Sur les 2506 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 1233 sont de sexe féminin, soit 49,2 % de la population étudiée, contre 1273 de sexe masculin, soit 50,8 % de la population étudiée.

	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Femmes</b>	1233	49,2 %
<b>Hommes</b>	1273	50,8 %
<b>TOTAL</b>	2506	

**Tableau 1 : Sexe de la population étudiée**

Sur les 2506 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 2393 ont indiqué leur âge, soit 95,5 % de la population étudiée. La moyenne d'âge est de 50,8 ans, pour un minimum de 27 ans et un maximum de 74 ans au moment de l'étude.

### III.1.2.2. Sexe et âge en fonction du statut concernant le tabagisme :

Les **non fumeurs** sont à 55,8 % de sexe féminin, contre 44,2 % de sexe masculin, pour une moyenne d'âge de 49,2 ans.

Les **fumeurs actifs** sont étaient à 47,8 % de sexe féminin, contre 52,2 % de sexe masculin, pour une moyenne d'âge de 50,6 ans.

Les **fumeurs occasionnels** sont à 55,4 % de sexe féminin, contre 44,6 % de sexe masculin, pour une moyenne d'âge de 46,4 ans.

Les **anciens fumeurs** sont à 33,8 % de sexe féminin, contre 66,2 % de sexe masculin, pour une moyenne d'âge de 55,6 ans.

Les **fumeurs en cours de sevrage** sont à 52,4 % de sexe féminin, contre 47,6 % de sexe masculin, pour une moyenne d'âge de 48,9 ans.

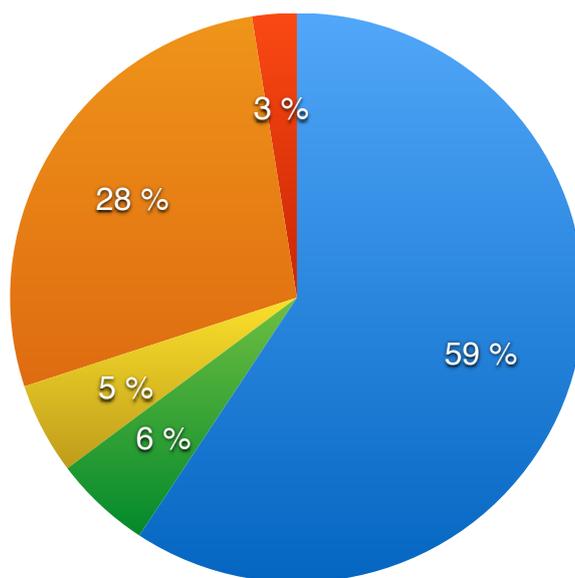
	Non fumeurs (n = 1485)	Fumeurs actifs (n = 138)	Fumeurs occasionnels (n = 130)	Anciens fumeurs (n = 690)	Fumeurs en cours de sevrage (n = 63)
Femmes	829 (55,8 %)	66 (47,8 %)	72 (55,4 %)	233 (33,8 %)	33 (52,4 %)
Hommes	656 (44,2 %)	72 (52,2 %)	58 (44,6 %)	457 (66,2 %)	30 (47,6 %)
Moyenne d'âge en années	49,2	50,6	46,4	55,6	48,9

**Tableau 2 : Sexe et âge en fonction du statut tabagique**

### III.1.3. Statut des médecins généralistes concernant le tabagisme:

Sur les 2506 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire :

- 1485 déclarent être **non fumeurs**, soit 59,3 % de la population étudiée ;
- 138 déclarent être **fumeurs actifs**, soit 5,5 % de la population étudiée ;
- 130 déclarent être **fumeurs occasionnels** non concernés par la problématique du sevrage, soit 5,2 % de la population étudiée ;
- 690 déclarent être **anciens fumeurs**, soit 27,5 % de la population étudiée ;
- 63 déclarent être **fumeurs en cours de sevrage**, soit 2,5 % de la population étudiée.



● Non fumeur ● Fumeur actif ● Fumeur occasionnel ● Ancien fumeur ● Fumeur en cours de sevrage

**Graphique 1 : Statut tabagique de la population étudiée**

## III.2. Deuxième partie : étude du tabagisme des fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage :

### III.2.1. Consommation tabagique :

La consommation tabagique (en nombre de cigarettes consommées par jour) des médecins généralistes ayant déclaré être soit fumeur actif, soit ancien fumeur ou encore fumeur en cours de sevrage est résumé dans le tableau 3.

La comparaison des trois différents groupes montre qu'il y a significativement moins de fumeurs consommant moins de 5 cigarettes par jour chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actifs ou en cours de sevrage (7,9 % contre respectivement 24,6 % et 20,7 %,  $p = 0,0045$ ). À l'inverse, il y a significativement plus de fumeurs consommant plus de 20 cigarettes par jour chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actifs ou en cours de sevrage (17,4 % contre respectivement 9,4% et 11,1 %,  $p = 0,04$ ).

	Fumeurs actifs n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Moins de 5 cigarettes	34 (24,6 %)	54 (7,9 %)	13 (20,7 %)	101 (11,3 %)
Entre 5 et 10 cigarettes	34 (24,6 %)	103 (14,9 %)	20 (31,7 %)	157 (17,6 %)
Entre 10 et 15 cigarettes	18 (13,1 %)	110 (15,9 %)	8 (12,7 %)	136 (15,3 %)
Entre 15 et 20 cigarettes	27 (19,6 %)	144 (20,9 %)	15 (23,8 %)	186 (20,9 %)
Plus de 20 cigarettes	13 (9,4 %)	120 (17,4 %)	7 (11,1 %)	140 (15,7 %)
Pas de réponse	12 (8,7 %)	159 (23 %)	0	171 (19,2 %)
<b>TOTAL</b>	138	690	63	891

**Tableau 3 : Consommation tabagique des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage**

### III.2.2. Consommation de cannabis et son implication dans le sevrage tabagique:

Cinquante médecins, soit 5,6 % de la population regroupant les fumeurs actifs, fumeurs en cours de sevrage et anciens fumeurs, déclarent avoir consommé du cannabis, sept d'entre eux en consommant régulièrement (soit 0,8 %) et 43 d'entre en consommant de temps en temps (soit 4,8 %).

La consommation occasionnelle de cannabis est significativement plus fréquente chez les fumeurs en cours de sevrage que chez les anciens fumeurs (17,4 % contre 2,9 %,  $p < 0,0001$ ). Cette différence est également statistiquement significative entre les fumeurs en cours de sevrage et les fumeurs actifs (17,4 % contre 8,7 %,  $p = 0,033$ ).

Il y a significativement plus de médecins n'ayant pas répondu à cette question chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actifs ou en cours de sevrage et significativement moins d'anciens fumeurs n'ayant jamais consommé de cannabis que chez les fumeurs actifs ou en cours de sevrage (38,1 % contre respectivement 82,6 % et 81 %,  $p = 0,0018$ ).

	Fumeurs actifs n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Jamais</b>	114 (82,6 %)	263 (38,1 %)	51 (81 %)	428 (48 %)
<b>Régulièrement</b>	4 (2,9 %)	2 (0,3 %)	1 (1,6 %)	7 (0,8 %)
<b>De temps en temps</b>	12 (8,7 %)	20 (2,9 %)	11 (17,4 %)	43 (4,8 %)
<b>Pas de réponse</b>	8 (5,8 %)	405 (58,7 %)	0	413 (46,4 %)

**Tableau 4 : Consommation de cannabis des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage**

Les médecins anciens fumeurs, fumeurs actifs ou en cours de sevrage ayant consommé ou consommant du cannabis, jugent l'influence de cette consommation (qu'elle soit régulière ou occasionnelle) sur le sevrage tabagique de la manière suivante:

- pour les **fumeurs actifs** ayant déclaré consommer régulièrement ou de temps en temps du cannabis (n = 16), cette consommation complique le sevrage tabagique pour 6 d'entre eux (soit 37,5 %), alors que ce n'est pas le cas pour les 10 autres médecins (soit 62,5 %),
- pour les **anciens fumeurs** ayant déclaré consommer régulièrement ou de temps en temps du cannabis (n = 22), cette consommation a compliqué le sevrage tabagique pour 2 d'entre eux (soit 9,1 %), alors que ce n'est pas le cas pour les 20 autres médecins (soit 90,9 %),
- pour les **fumeurs en cours de sevrage** ayant déclaré consommer régulièrement ou de temps en temps du cannabis (n = 12), cette consommation complique le sevrage tabagique pour 5 d'entre eux (soit 41,7 %), alors que ce n'est pas le cas pour les 7 autres médecins (soit 58,3 %).

### III.2.3. Temps passé sans fumer :

L'évaluation du temps passé sans fumer depuis le début de leur consommation tabagique des médecins anciens fumeurs, fumeurs actifs ou en cours de sevrage se répartit de la manière suivante :

	Fumeurs actifs n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Moins de 10 %	30 (21,7 %)	35 (5,2 %)	18 (28,6 %)	83 (9,3 %)
Entre 10 et 25 %	24 (17,5 %)	87 (12,6 %)	7 (11,1 %)	118 (13,2 %)
Entre 25 et 50 %	31 (22,4 %)	159 (23 %)	15 (23,8 %)	205 (23 %)
Entre 50 et 75 %	28 (20,3 %)	187 (27,1 %)	20 (31,7 %)	235 (26,4 %)
Plus de 75 %	9 (6,5 %)	77 (11,1 %)	3 (4,8 %)	89 (10 %)
Pas de réponse	16 (11,6 %)	145 (21 %)	0	161 (18,1 %)

**Tableau 5 : Temps passé sans fumer des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage**

Le nombre de fumeurs ayant passé moins de 10 % du temps sans fumer depuis le début de leur tabagisme est significativement moins important chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actifs et en cours de sevrage (5,2 % contre respectivement 21,7 % et 28,6 %,  $p = 0,0047$ ).

#### III.2.4. Facteurs motivationnels au sevrage tabagique :

Les facteurs pouvant ou ayant motivé au sevrage tabagique les médecins anciens fumeurs, fumeurs actifs ou en cours de sevrage les plus fréquemment évoqués sont :

- leur état de santé en général pour 315 médecins (soit 35,4 %) ;
- un ras-le-bol général pour 288 médecins (soit 32,3 %) ;
- leur entourage pour 202 médecins (soit 22,7 %).

Parmi les autres réponses, une grossesse ou la naissance d'un enfant est évoquée par 60 médecins (soit 6,7 %).

	Fumeurs actifs n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
L'apparition d'une maladie intercurrente	43 (31,2 %)	82 (11,9 %)	18 (28,6 %)	143 (16 %)
Mon état de santé en général	58 (42 %)	224 (32,5 %)	33 (52,4 %)	315 (35,4 %)
Un ras-le-bol général	46 (33,3 %)	213 (30,9 %)	29 (46 %)	288 (32,3 %)
Le budget alloué au tabagisme	20 (14,5 %)	65 (9,4 %)	10 (15,9 %)	95 (10,7 %)
Mon entourage	34 (24,6 %)	144 (20,8 %)	24 (38,1 %)	202 (22,7 %)
Autre	11 (7,9 %)	120 (17,4 %)	7 (11,1 %)	138 (15,5 %)
- Grossesse / enfants	6 (4,3 %)	49 (7,1 %)	5 (7,9 %)	60 (6,7 %)
- La dépendance	2 (1,4 %)	27 (3,9 %)	2 (3,2 %)	31 (3,5 %)
- Ma profession	3 (2,2 %)	15 (2,1 %)	0	18 (2 %)
- Le sport	0	15 (2,1 %)	0	15 (1,7 %)
- L'odeur	0	14 (2 %)	0	14 (1,6 %)
Pas de réponse	20 (14,5 %)	180 (26,1 %)	0	180 (20,2 %)

**Tableau 6 : Facteurs motivationnels au sevrage tabagique des médecins généralistes fumeurs actifs, anciens fumeurs et fumeurs en cours de sevrage**

L'apparition d'une maladie intercurrente apparaît comme ayant été significativement moins déterminante au sevrage tabagique chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actifs ou en cours de sevrage (11,9 % contre respectivement 31,2 % et 28,6 %,  $p = 0,023$ ).

L'entourage et le ras-le-bol général sont deux facteurs étant significativement plus présents chez les fumeurs en cours de sevrage que chez les anciens fumeurs ou fumeurs actifs (38,1 % contre respectivement 20,8 % et 24,6 %,  $p = 0,044$  concernant l'entourage ; 46 % contre respectivement 30,9 % et 33,3 %,  $p = 0,04$  concernant le ras-le-bol général). À noter que le taux de non-réponses est de 20,2 % (180 médecins).

### III.2.5. Méthodes / aides au sevrage tabagique utilisées :

Les anciens fumeurs ont arrêté de fumer sans aide de manière significativement plus importante que les fumeurs en cours de sevrage (52,2 % contre 25,4 %,  $p = 0,0032$ ).

Les fumeurs en cours de sevrage ont plus recours à la cigarette électronique que les anciens fumeurs en tant qu'aide au sevrage tabagique (52,4 % contre 7,4 %,  $p < 0,0001$ ).

L'utilisation des TSN est légèrement plus importante par les fumeurs en cours de sevrage que les anciens fumeurs, sans différence statistiquement significative (28,6 % contre 20,6 %,  $p = 0,067$ ).

	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Aucune aide</b>	360 (52,2 %)	16 (25,4 %)	376 (49,9 %)
<b>Les TSN</b>	142 (20,6 %)	18 (28,6 %)	160 (21,2 %)
<b>La Varénicline</b>	16 (2,3 %)	0	16 (2,1 %)
<b>Le Bupropion</b>	10 (1,5 %)	0	10 (1,3 %)
<b>La cigarette électronique</b>	51 (7,4 %)	33 (52,4 %)	84 (11,2 %)
<b>Autre</b>	34 (4,9 %)	4 (6,3 %)	38 (5 %)
- Littérature (livre d'Alain Carr,...)	12 (1,7 %)	0	12 (1,6 %)
- Le sport	6 (0,9 %)	0	6 (0,8 %)
- Acupuncture	5 (0,7 %)	0	5 (0,7 %)
- Hypnose	4 (0,6 %)	3 (4,7 %)	7 (0,9 %)
- Homéopathie	2 (0,3 %)	1 (1,6 %)	3 (0,4 %)
- Auriculothérapie	3 (0,4 %)	0	3 (0,4 %)
- Anxiolytiques / Antalgiques	2 (0,3 %)	0	2 (0,3 %)
<b>Pas de réponse</b>	78 (11,3 %)	0	78 (10,4 %)

**Tableau 7 : Méthodes / aides au sevrage tabagique utilisées par les anciens fumeurs et les fumeurs en cours de sevrage**

### III.2.6. Influence du parcours personnel de fumeur sur la prise en charge de patients tabagiques :

Sur les 891 médecins fumeurs actifs, anciens fumeurs ou en cours de sevrage, 635 déclarent être influencé par leur tabagisme dans la prise en charge de patients tabagiques, soit 71,3 %.

Les fumeurs en cours de sevrage sont significativement plus nombreux à déclarer être influencé par leur propre tabagisme dans la prise en charge de patients tabagiques que les fumeurs actifs (88,9 % contre 60,1 %,  $p = 0,023$ ). Cette différence est également statistiquement significative avec les anciens fumeurs (88,9 % contre 71,9 %,  $p = 0,037$ ).

	Fumeurs actifs n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Oui</b>	83 (60,1 %)	496 (71,9 %)	56 (88,9 %)	635 (71,3 %)
<b>Non</b>	47 (34,1 %)	106 (15,4 %)	4 (6,3 %)	157 (17,6 %)
<b>Sans avis</b>	8 (5,8 %)	39 (5,6 %)	3 (4,8 %)	50 (5,6 %)
<b>Pas de réponse</b>	0	49 (7,1 %)	0	49 (5,5 %)
<b>TOTAL</b>	138	690	63	891

**Tableau 8 : Influence du parcours personnel de fumeur sur la prise en charge de patients tabagiques**

### III.3. Troisième partie : connaissances personnelles et pratique professionnelle :

#### III.3.1. Essai de la cigarette électronique et ses raisons :

Sur le 2506 médecins ayant participé à l'étude, 346 ont essayé la cigarette électronique (soit 13,8 %).

Environ 3/4 des fumeurs en cours de sevrage déclarent avoir essayé la cigarette électronique (76,2 % exactement), alors que seuls 64 médecins non fumeurs (4,3 % des médecins non fumeurs) déclarent avoir essayé l'e-cigarette.

À noter que 466 médecins (soit 18,6 %) n'ont pas répondu à la question.

	<b>Non fumeurs n (%)</b>	<b>Fumeurs actifs n (%)</b>	<b>Fumeurs occasionnels n (%)</b>	<b>Anciens fumeurs n (%)</b>	<b>Fumeurs en cours de sevrage n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
<b>Oui</b>	64 (4,3 %)	77 (55,8 %)	37 (28,5 %)	120 (17,4 %)	48 (76,2 %)	346 (13,8 %)
<b>Non</b>	972 (65,5 %)	61 (44,2 %)	81 (63,2 %)	565 (81,9 %)	15 (23,8 %)	1694 (67,6 %)
<b>Pas de réponse</b>	449 (30,2 %)	0	12 (9,2 %)	5 (0,7 %)	0	466 (18,6 %)

**Tableau 9 : Essai de la cigarette électronique**

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Par curiosité	60 (93,3 %)	25 (32,5 %)	34 (91,9 %)	48 (40 %)	11 (22,9 %)	178 (51,4 %)
Pour arrêter de fumer	0	29 (37,7 %)	0	57 (47,5 %)	32 (66,7 %)	118 (34,1 %)
Pour diminuer ma consommation	0	29 (37,7 %)	7 (18,9 %)	16 (13,3 %)	11 (22,9 %)	63 (18,2 %)
Parce que cela revient moins cher	0	4 (5,2 %)	4 (10,8 %)	5 (4,2 %)	1 (2,1 %)	14 (4 %)
Parce qu'on me l'a conseillée	0	3 (3,9 %)	0	4 (3,3 %)	1 (2,1%)	8 (2,3 %)
Autre	4 (6,7 %)	0	0	5 (4,2 %)	0	9 (2,6 %)
- Formation	4 (6,7 %)			3 (2,5 %)		7 (2%)
- Par plaisir	0			2 (1,7 %)		2 (0,6 %)

**Tableau 10 : Raisons ayant motivé l'essai de la cigarette électronique**

Pour les non fumeurs et fumeurs occasionnels ayant essayé la cigarette électronique, la raison principale est la curiosité pour respectivement 93,3 % et 91,9 % de chaque groupe.

Les fumeurs en cours de sevrage ont essayé la cigarette électronique pour arrêter de fumer de manière significativement plus importante que les fumeurs actifs (66,7 % contre 37,7 %,  $p = 0,0036$ ).

À l'inverse les fumeurs actifs ont d'avantage essayé la cigarette électronique pour diminuer leur consommation de tabac que les anciens fumeurs (37,7 % contre 13,3 %,  $p = 0,038$ ).

### III.3.2. Connaissance des recommandations actuelles concernant

#### le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique :

Sur l'ensemble de la population étudiée, 1845 médecins (soit 73,6 %) déclarent connaître les recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes de médecins selon leur statut tabagique.

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Oui	1080 (72,7 %)	92 (66,6 %)	89 (68,5 %)	536 (77,7 %)	48 (76,2 %)	1845 (73,6 %)
Non	405 (27,3 %)	46 (33,3 %)	41 (31,5 %)	154 (22,3 %)	15 (23,8 %)	661 (26,4 %)

**Tableau 11 : Connaissance des recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique**

### III.3.3. Abord de la question du tabagisme avec les patients :

Environ la moitié (1217 médecins soit 48,6 %) des médecins généralistes abordent presque toujours la question du tabagisme avec leurs patients. Seuls les médecins fumeurs en cours de sevrage sont significativement moins nombreux à le faire (36,5 %,  $p = 0,028$ ).

Les médecins fumeurs actifs abordent de manière significative moins systématiquement la question du tabagisme avec leurs patients que les non fumeurs,

anciens fumeurs ou fumeurs en cours de sevrage (22,5 % contre respectivement 37,3 %, 36,9 % et 36,5 % ,  $p = 0,024$ ).

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Systématiquement</b>	554 (37,3 %)	31 (22,5 %)	39 (30 %)	254 (36,9 %)	23 (36,5 %)	901 (36 %)
<b>Presque toujours</b>	725 (48,8 %)	63 (45,6 %)	69 (53,1 %)	337 (48,8 %)	23 (36,5 %)	1217 (48,6 %)
<b>À l'occasion</b>	198 (13,3 %)	41 (29,7 %)	20 (15,4 %)	91 (13,2 %)	14 (22,2 %)	364 (14,5 %)
<b>Rarement</b>	8 (0,6 %)	3 (2,2 %)	2 (1,5 %)	8 (1,1 %)	3 (4,8 %)	24 (0,9 %)

**Tableau 12 : Abord de la question du tabagisme avec les patients**

### III.3.4. Proposition d'un accompagnement et d'un sevrage aux patients fumeurs :

Environ la moitié (1231 médecins soit 49,1 %) des médecins généralistes ayant participé à l'étude propose un accompagnement et un sevrage à leurs patients fumeurs facilement, à leur initiative, alors qu'environ un quart d'entre eux (673 médecins soit 26,9 %) le propose de manière systématique.

Les médecins fumeurs actifs proposent un accompagnement et un sevrage à la demande du patient de manière significativement plus fréquente que les médecins non fumeurs et anciens fumeurs (36,2 % contre respectivement 17,8 % et 17,7 %,  $p = 0,0084$ ).

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Systématiquement</b>	398 (26,8 %)	26 (18,9 %)	31 (28,8 %)	207 (30 %)	11 (17,5 %)	673 (26,9 %)
<b>Facilement, à mon initiative</b>	768 (51,7 %)	54 (39,1 %)	60 (46,2 %)	319 (46,2 %)	30 (47,6 %)	1231 (49,1 %)
<b>À la demande du patient</b>	265 (17,8 %)	50 (36,2 %)	34 (26,2 %)	122 (17,7 %)	15 (23,8 %)	486 (19,4 %)
<b>Rarement</b>	8 (0,6 %)	4 (2,9 %)	0	14 (2 %)	2 (3,2 %)	28 (1,1 %)
<b>Je préfère les orienter vers un spécialiste</b>	46 (3,1 %)	4 (2,9 %)	5 (3,8 %)	28 (4,1 %)	5 (7,9 %)	88 (3,5 %)

**Tableau 13 : Proposition d'un accompagnement et d'un sevrage aux patients fumeurs**

### III.3.5. Méthodes / aides proposées aux patients en demande

#### d'aide au sevrage tabagique :

Les traitements substitutifs nicotiques sont proposés par 2081 médecins (soit 83 %). Les médecins anciens fumeurs sont significativement moins nombreux à les proposer par rapport aux médecins fumeurs actifs, fumeurs occasionnels ou fumeurs en cours de sevrage (75 % contre respectivement 94,9 %, 96,2 % et 93,7 %,  $p = 0,033$ ).

Un accompagnement psychologique est proposé par 1141 médecins (soit 45,5 %), sans différence statistiquement significative entre les différents groupes.

L'acupuncture, l'hypnose ou l'homéopathie sont proposées par 1069 médecins (soit 42,7 %). Les fumeurs occasionnels sont significativement plus nombreux à les proposer

par rapport aux anciens fumeurs, fumeurs en cours de sevrage et fumeurs actifs (56,1 % contre respectivement 37,4 %, 36,5 % et 39,1 %,  $p = 0,04$ ).

La cigarette électronique est proposée par 919 médecins (soit 36,7 %) et ce de manière significativement plus importante par les médecins fumeurs en cours de sevrage que chez les médecins fumeurs actifs (58,7 % contre 28,3 %,  $p = 0,0084$ ). Cette différence est également significative par rapport aux médecins fumeurs occasionnels et anciens fumeurs (58,7 % contre respectivement 41,5 % et 39,6 %,  $p = 0,022$ ), ainsi que par rapport aux médecins non fumeurs (58,7 % contre 34,7 %,  $p = 0,015$ ).

La Varénicline est proposée par 393 médecins (soit 15,7 %) et ce de manière significativement plus importante par les médecins fumeurs actifs et anciens fumeurs que les médecins fumeurs en cours de sevrage (respectivement 23,2 % et 21,6 % contre 7,9 %,  $p = 0,045$ ).

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Les TSN</b>	1248 (84 %)	131 (94,9 %)	125 (96,2 %)	518 (75 %)	59 (93,7 %)	2081 (83 %)
<b>La Varénicline</b>	188 (12,6 %)	32 (23,2 %)	19 (14,6 %)	149 (21,6 %)	5 (7,9 %)	393 (15,7 %)
<b>Le Bupropion</b>	2 (0,1 %)	3 (2,2 %)	1 (0,7 %)	5 (0,7 %)	1 (1,6 %)	12 (0,5 %)
<b>La cigarette électronique</b>	516 (34,7 %)	39 (28,3 %)	54 (41,5 %)	273 (39,6 %)	37 (58,7 %)	919 (36,7 %)
<b>Un accompagnement psychologique</b>	688 (46,3 %)	55 (39,9 %)	68 (52,3 %)	297 (43 %)	33 (52,4 %)	1141 (45,5 %)
<b>L'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie</b>	661 (44,5 %)	54 (39,1 %)	73 (56,1 %)	258 (37,4 %)	23 (36,5 %)	1069 (42,7 %)
<b>Autre</b>	52 (3,5 %)	4 (2,9 %)	3 (2,3 %)	32 (4,6 %)	0	91 (3,6 %)
- <b>Tabacologue</b>	23 (1,5 %)	1 (0,7 %)	0	16 (2,3 %)		40 (1,6 %)
- <b>IDE spécialisée</b>	16 (1,1 %)	3 (2,2 %)	2 (2,3 %)	10 (1,4 %)		29 (1,2%)
- <b>Activité physique</b>	7 (0,5 %)	0	0	6 (0,9 %)		13 (0,5 %)
- <b>Mésothérapie</b>	4 (0,3 %)	0	0	0		4 (0,2 %)
- <b>Micronutrition</b>	2 (0,1 %)	0	0	0		2 (0,1 %)
- <b>Phytothérapie</b>	0	0	1	0		1 (< 0,1 %)

**Tableau 14 : Méthodes / aides proposées aux patients en demande d'aide au sevrage tabagique**

### III.3.6. Évaluation de l'aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'un patient en cours de sevrage tabagique :

Sur l'ensemble de la population étudiée, 1163 médecins généralistes (soit 46,4 %) évaluent leur aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'une patient en cours de sevrage tabagique comme étant bonne et 1031 d'entre eux (soit 41,1 %) l'évaluant comme étant moyenne.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes en fonction de leur statut tabagique.

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Très bonne</b>	89 (6 %)	3 (2,2 %)	9 (7 %)	77 (11,2 %)	7 (11,1 %)	185 (7,4 %)
<b>Bonne</b>	660 (44,4 %)	53 (38,4 %)	60 (46,1 %)	364 (52,8 %)	26 (41,3 %)	1163 (46,4 %)
<b>Moyenne</b>	670 (45,2 %)	66 (47,8 %)	53 (40,8 %)	217 (31,4 %)	25 (39,7 %)	1031 (41,1 %)
<b>Mauvaise</b>	66 (4,4 %)	16 (11,6 %)	8 (6,1 %)	32 (4,6 %)	5 (7,9 %)	127 (5,1 %)

**Tableau 15 : Évaluation de l'aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'un patient en cours de sevrage tabagique**

### III.3.7. Évaluation de l'information et de l'aisance pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis :

Sur l'ensemble de la population étudiée, 852 médecins généralistes (soit 34 %) déclarent être suffisamment informés et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis. À l'inverse, 1654 médecins généralistes (soit 66 %) ne pensent pas être suffisamment informés et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes en fonction de leur statut tabagique.

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Oui	449 (30,2 %)	47 (34 %)	46 (35,4 %)	285 (41,3 %)	25 (39,7 %)	852 (34 %)
Non	1036 (69,8 %)	91 (66 %)	84 (64,6 %)	405 (58,7 %)	38 (60,3 %)	1654 (66 %)

**Tableau 16 : Évaluation de l'information et de l'aisance pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis**

### III.3.8. Utilisation de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique :

Sur l'ensemble de la population étudiée, 1487 médecins généralistes (soit 59,3 %) proposent la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique, contre 1019 médecins généralistes (soit 40,7 %) qui ne la proposent pas.

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Oui	867 (58,4 %)	75 (54,4 %)	80 (61,5 %)	418 (60,6 %)	47 (74,6 %)	1487 (59,3 %)
Non	618 (41,6 %)	63 (45,6 %)	50 (38,5 %)	272 (39,4 %)	16 (25,4 %)	1019 (40,7 %)

**Tableau 17 : Proposition de l'utilisation de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique**

Les médecins fumeurs en cours de sevrage sont plus nombreux à proposer la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique (47 médecins fumeurs en cours de sevrage, soit 74,6 % d'entre eux,  $p = 0,045$ ).

Les raisons motivant les médecins généralistes à proposer la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique sont résumées dans le tableau 18.

Sur les 1487 médecins proposant la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique, 878 d'entre eux (soit 59 %) le font car ils croient en son efficacité potentielle et 617 d'entre eux (soit 41,5 %) parce que d'autres patients ont réussi à se sevrer du tabac en utilisant la cigarette électronique.

L'utilisation personnelle de la cigarette électronique comme facteur motivant les médecins à en proposer l'utilisation comme outil de sevrage tabagique est plus importante chez les fumeurs en cours de sevrage par rapport aux non fumeurs, fumeurs occasionnels et anciens fumeurs (31,9 % contre respectivement 0 %, 3,7 % et 5,7 %,  $p = 0,002$ ). Cette différence est également significative concernant les fumeurs actifs par rapport aux non fumeurs, fumeurs occasionnels et anciens fumeurs (20 % contre respectivement 0%, 3,7 % et 5,7 %,  $p = 0,033$ ).

Dans les autres réponses, la nocivité moindre de la cigarette électronique par rapport à la cigarette est un facteur motivant 81 médecins (soit 5,4 %) à proposer la cigarette électronique. La cigarette électronique comme aide gestuelle au sevrage tabagique est évoqué par 19 médecins (soit 1,3 %), le caractère temporaire de l'utilisation de la cigarette électronique également par 19 médecins (soit 1,3 %).

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Je crois en son efficacité potentielle d'aide au sevrage</b>	522 (60,2 %)	42 (56 %)	60 (75 %)	229 (54,8 %)	25 (53,2 %)	878 (59 %)
<b>D'autres patients ont réussi à se sevrer du tabac avec la cigarette électronique</b>	403 (46,5 %)	30 (40 %)	38 (47,5 %)	127 (30,4 %)	19 (40,4 %)	617 (41,5 %)
<b>Parce que je l'utilise personnellement</b>	0	15 (20 %)	3 (3,7 %)	24 (5,7 %)	15 (31,9 %)	57 (3,8 %)
<b>Autre</b>	80 (9,2 %)	5 (6,7 %)	8 (10 %)	37 (8,8 %)	2 (4,3 %)	132 (8,9 %)
- Moins nocif que la cigarette	43 (5 %)	5 (6,7 %)	7 (8,7 %)	24 (5,7 %)	2 (4,3 %)	81 (5,4 %)
- Aide gestuelle	14 (1,6 %)	0	1 (1,3 %)	4 (1 %)	0	19 (1,3 %)
- Aide temporaire	12 (1,4 %)	0	0	7 (1,7 %)	0	19 (1,3 %)
- Choix du patient	6 (0,7 %)	0	0	2 (0,5 %)	0	8 (0,5 %)
- Après lecture de la revue Prescrire	5 (0,6 %)	0	0	0	0	5 (0,3 %)

**Tableau 18 : Raisons motivant la proposition de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique**

Les raisons motivant les médecins généralistes à ne pas proposer la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique sont résumées dans le tableau 19.

Sur les 1019 médecins ne proposant pas la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique, les raisons principales sont le manque de connaissance scientifique sur le sujet (pour 537 médecins soit 52,7%) et l'absence de recommandations en faveur de la cigarette électronique (pour 490 médecins soit 48,1 %). Pour 219 médecins (soit 21,5 %), le manque de connaissance personnelle sur la cigarette électronique est également un facteur ne les incitant pas à proposer la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique. Ce manque de connaissance personnelle sur le sujet est

significativement plus important chez les non fumeurs et les fumeurs actifs que chez les fumeurs occasionnels et anciens fumeurs (respectivement 25 % et 25,4 % contre 14 % et 13,9 %,  $p = 0,033$ ).

La conviction personnelle est plus fréquemment évoquée chez les fumeurs actifs, les fumeurs en cours de sevrage et les anciens fumeurs que les fumeurs occasionnels et les non fumeurs (respectivement 25,4 %, 25 % et 26,1% contre 16 % et 14 %,  $p = 0,038$ ).

Dans les autres réponses apparaissent trois entités ; le risque de dépendance à la cigarette électronique (pour 33 médecins soit 3,2 %), le maintien de la gestuelle (pour 39 médecins soit 3,8 %) et la toxicité éventuelle de la cigarette électronique (pour 15 médecins soit 1,5 %).

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
Manque de connaissance scientifique sur le sujet	354 (57,3 %)	29 (46 %)	31 (62 %)	114 (42 %)	9 (56,3 %)	537 (52,7 %)
Manque de connaissance personnelle sur le sujet	155 (25 %)	16 (25,4 %)	7 (14 %)	38 (13,9 %)	3 (18,8 %)	219 (21,5 %)
L'absence de recommandations en faveur de la cigarette électronique	322 (52,1 %)	29 (46 %)	24 (48 %)	107 (39,3 %)	8 (55 %)	490 (48,1 %)
Par conviction personnelle	86 (14 %)	16 (25,4 %)	8 (16 %)	71 (26,1 %)	4 (25 %)	185 (18,2 %)
Autre	45 (7,2 %)	5 (8 %)	8 (16 %)	29 (10,6 %)	0	87 (8,5 %)
- Risque de dépendance	20 (3,2 %)	0	5 (10 %)	8 (2,9 %)		33 (3,2 %)
- Maintien de la gestuelle	18 (2,9 %)	3 (4,8 %)	2 (4 %)	16 (5,9 %)		39 (3,8 %)
- Toxicité éventuelle	7 (1,1 %)	2 (3,2 %)	1 (2 %)	5 (1,8 %)		15 (1,5 %)

**Tableau 19 : Raisons motivant la non-proposition de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique**

### III.3.9. Avis sur l'arrivée du tabac chauffé sur le marché :

Plus de la moitié de la population étudiée n'a pas entendu parler du tabac chauffé (1438 médecins soit 57,4 %), sans différence significative entre les groupes.

Près d'un quart manque de recul pour se prononcer (564 médecin soit 22,5 %), sans différence significative entre les groupes.

	Non fumeurs n (%)	Fumeurs actifs n (%)	Fumeurs occasionnels n (%)	Anciens fumeurs n (%)	Fumeurs en cours de sevrage n (%)	Total n (%)
<b>Cela reste moins nocif que la cigarette</b>	24 (1,6 %)	18 (13 %)	5 (3,8 %)	12 (1,7 %)	4 (6,3 %)	63 (2,5 %)
<b>C'est une consommation de tabac comme une autre</b>	223 (15 %)	26 (18,8 %)	34 (26,1 %)	114 (16,5 %)	4 (6,3 %)	401 (16 %)
<b>Sa consommation maintient ou peut provoquer une dépendance à la nicotine</b>	204 (13,7 %)	26 (18,8 %)	27 (20,8 %)	102 (14,8 %)	5 (7,9 %)	364 (14,5 %)
<b>Manque de recul pour se prononcer</b>	339 (22,8 %)	38 (27,5 %)	34 (26,1 %)	138 (20 %)	15 (23,8 %)	564 (22,5 %)
<b>Sans avis</b>	90 (6 %)	9 (6,5 %)	5 (3,8 %)	64 (9,3 %)	7 (11,1 %)	175 (7 %)
<b>Je n'en ai pas entendu parler</b>	877 (59 %)	68 (49,3 %)	72 (55,4 %)	383 (55,5 %)	38 (60,3 %)	1438 (57,4 %)
<b>Autre</b>	0	0	0	0	0	0

**Tableau 20 : Avis sur l'arrivée du tabac chauffé sur le marché**

## **IV. DISCUSSION :**

### **IV.1. Taux de participation et limites :**

Cette étude a permis d'obtenir un nombre de participants conséquent (2506 médecins généralistes). Le taux de participation de 10,1 % était proche de celui retrouvé dans la thèse menée par D. Schmitt sur la place de la cigarette électronique dans la pratique des médecins généralistes alsaciens (11 %).(77) D'autres études s'intéressant au tabagisme des médecins généralistes français ainsi que leur pratique professionnelle menées avec un mode de recrutement différent (par voie téléphonique alors que notre étude était réalisée par un contact électronique avec un questionnaire à compléter en ligne pour cette enquête) avaient obtenu des taux de participation aux alentours de 70 %.(78,79)

Le mode de recrutement a été choisi de manière pragmatique, le contact par voie électronique permettant à la fois d'atteindre plus rapidement un nombre plus important de médecins, mais laissant également le choix aux médecins du moment pour répondre à l'enquête. Ce mode de recrutement exclut les médecins n'utilisant pas d'adresse électronique, mais compte tenu du nombre important de participants, ce facteur ne nous semblait pas être discriminant.

Le nombre de non-réponses à certaines questions (allant de 0,7 % à 58,7 % des effectifs) représente un biais significatif de cette étude, compliquant l'interprétation de certains résultats. La non-réponse des participants était indépendante du type de question, puisque des non-réponses ont été enregistrées sur des questions à choix unique mais également sur des questions à choix multiples. De ce fait, le facteur temps n'apparaît pas comme ayant été l'élément déterminant l'absence de réponses à

certaines questions. Les taux de non-réponse les plus élevés concernaient les questions s'intéressant au passé personnel de fumeur des médecins, ainsi qu'à la question de la consommation personnelle de cannabis. Répondre à ces questions semble faire réapparaître d'anciens mauvais souvenirs, les participants ne souhaitant plus en parler. Par ailleurs, les participants ont pu également avoir un doute sur la totale anonymité du questionnaire. Ce risque de non-réponse n'avait pas été soulevé lors de la réalisation du pré-test.

## IV.2. Caractéristiques de la population étudiée :

La moyenne d'âge des médecins généralistes actifs au premier janvier 2018 était de 51,2 ans, la moyenne d'âge de l'ensemble de la population étudiée en étant proche (50,8 ans).

La proportion totale de femmes ayant participé à notre étude (49,2 %) était proche de celle dans la population de médecins généralistes actifs (46 %).(80)

La composition en termes de sexe et âge des différents groupes de médecins en fonction du statut tabagique était relativement similaire, mise à part le groupe des médecins anciens fumeurs. En effet ce groupe était composé à 66,2 % d'hommes (contre 50,8 % pour l'ensemble de la population étudiée), pour une moyenne d'âge de 55,6 ans.

En terme d'âge, cette différence peut être expliquée par une prévalence plus importante de médecins fumeurs il y a quelques années (36,9 % en 1987), avec une lutte contre le tabagisme qui ne s'est durcie que progressivement.(81) La différence de distribution entre les sexes peut être expliquée par la féminisation que très récente des médecins français de manière générale, donc également des médecins généralistes.

### IV.3. Résultats clés et interprétation des données :

La prévalence du tabagisme chez les médecins participant à l'étude était au total de 13,2 % (comprenant les médecins fumeurs actifs, fumeurs occasionnels et fumeurs en cours de sevrage), confirmant les chiffres récents, traduisant la baisse du tabagisme des médecins généralistes français depuis plusieurs années.(3)

Concernant la consommation de cannabis des médecins généralistes ayant participé à l'étude, la prévalence était superposable à celle de la population générale puisqu'au delà de 55 ans, elle est de 2 %.(73) Du fait d'un nombre important de non-réponses parmi les médecins anciens fumeurs (405 médecins soit 58,7 % des médecins anciens fumeurs), les résultats concernant la consommation de cannabis des médecins généralistes anciens fumeurs, fumeurs actifs ou en cours de sevrage doivent être interprétés prudemment.

La part de médecins ayant sevré leur tabagisme ou étant en cours de sevrage sans aucune aide est supérieure à la population générale, puisqu'un médecin sur deux déclarait avoir réussi à arrêter le tabac sans autre influence que sa volonté.(26)

En terme d'aide au sevrage tabagique, la cigarette électronique prend toute sa place chez les médecins en cours de sevrage, puisqu'un médecin sur deux déclare essayer d'arrêter actuellement à l'aide de la cigarette électronique. Son utilisation chez les anciens fumeurs était beaucoup plus réduite, en partie dû au fait que la majorité avait déjà sevré leur tabagisme avant l'arrivée de la cigarette électronique sur le marché.

Selon cette étude, près de sept médecins sur dix (71,3 %) ayant un parcours de fumeur jugeaient que celui-ci influençait leur prise en charge de patients tabagiques. En terme de méthodes/aides proposées aux patients en demande de sevrage, ils ne semblaient pas se nourrir de leur expérience personnelle. En effet alors que seulement quinze médecins avaient arrêté ou sont en train d'arrêter leur consommation de tabac avec l'aide de l'acupuncture, l'hypnose ou l'homéopathie (soit 2 % des médecins anciens fumeurs ou fumeurs en cours de sevrage), ils avaient été 281 médecins anciens fumeurs ou en cours de sevrage (soit 37,3 % des médecins anciens fumeurs et des médecins fumeurs en cours de sevrage) à proposer ces méthodes à leurs patients en demande de sevrage, alors qu'aucune des trois entités n'est recommandée par l'HAS, et que leur efficacité dans le sevrage tabagique n'ait pas pu être scientifiquement démontrée. Sur l'ensemble de la population étudiée, ce taux était encore plus important puisque 1069 médecins ayant participé à l'étude (soit 42,7 %) proposent l'acupuncture, l'hypnose ou l'homéopathie à leurs patients tabagiques en demande de sevrage. Alors que 1845 médecins (soit 73,6 %) déclaraient connaître les recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique, ce taux important de médecins proposant l'acupuncture, l'hypnose ou l'homéopathie à leurs patients tabagiques en demande de sevrage, nous fait questionner la réalité de ces connaissances. Ce taux peut également être interpréter comme étant un sentiment de la part des médecins que chaque aide/outil à proposer peut aider le patient dans le cadre du sevrage tabagique, d'autant plus vis-à-vis de l'innocuité de l'acupuncture ou de l'homéopathie.

En s'intéressant d'avantage aux méthodes/aides proposées par les médecins ayant participé à l'étude et en tenant compte des recommandations actuelles, l'utilisation de la Varénicline (CHAMPIX®) restait peu importante, malgré son indication en seconde

intention après un échec des TSN. En effet seuls 393 médecins (soit 15,7 % de la population étudiée) proposaient la Varénicline parmi leurs trois choix les plus courants. Le recours au Bupropion (ZYBAN®) restait, conformément aux recommandations, anecdotique.

L'accompagnement psychologique, qui représente un élément important du suivi et de la prise en charge de patients tabagiques en demande de sevrage, était proposé par un peu moins de la moitié de l'échantillon étudié (1141 médecins soit 45,5 %). Ce chiffre peut être expliqué en partie par les résultats de l'évaluation des médecins de leur aisance de la maîtrise de l'accompagnement d'un patient tabagique en cours de sevrage. En effet un peu moins de la moitié de la population étudiée la jugeait comme étant moyenne voire mauvaise (respectivement 1031 médecins, soit 41,1 % et 127 médecins, soit 5,1 %). Proposer un accompagnement au patient pour lequel on se juge comme étant moyen ou même mauvais semble être délicat.

Concernant l'utilisation de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique, elle ne s'inscrivait pas forcément dans les trois méthodes/aides les plus couramment proposées par les médecins ayant participé à l'étude (919 médecins proposant la cigarette électronique parmi leurs 3 choix les plus courants au maximum, soit 36,7 %). Néanmoins l'opinion qu'ont les médecins généralistes de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique était plutôt positive, puisque 59,3 % d'entre eux proposaient de manière générale la cigarette électronique à leurs patients tabagiques en demande de sevrage. D. Schmitt avait étudié dans le cadre de sa thèse la part de médecins généralistes alsaciens ayant déjà proposé la cigarette électronique dans le cadre d'une démarche de sevrage (83,85 % des médecins interrogés avaient déjà proposé la cigarette électronique).(77) Ce chiffre est plus important que celui

retrouvé dans notre étude. L'énoncé de la question (avez-vous déjà proposé la cigarette électronique dans une démarche de sevrage ?) s'intéressant à une éventuelle proposition passée de la cigarette électronique n'est pas totalement superposable à celle posée au cours de cette étude s'intéressant à la pratique professionnelle habituelle des médecins généralistes.

La prévalence concernant l'essai de la cigarette électronique par les médecins généralistes ayant participé à l'étude (l'ensemble de l'échantillon étudié) était inférieure à celle de la population générale française : 13,8 % contre 24,9 %. Ce taux est comparable à celui obtenu par D. Schmitt (12,31 %).(77) Un nombre important de non-réponses de la part des médecins non fumeurs (449 médecins soit 30,2 % des médecins non fumeurs) nous oblige à rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats. Concernant la prévalence des médecins non-fumeurs, celle-ci est également inférieure à la population générale non-fumeuse : 4,3 % contre 8,9 %. Concernant les médecins fumeurs (fumeurs actifs, fumeurs occasionnels et fumeurs en cours de sevrage), la prévalence est proche de celle de la population générale fumeuse : 49 % contre 54,4 %.(2,44)

L'utilisation personnelle de la cigarette électronique semblerait être liée à une proposition plus importante aux patients tabagiques en demande de sevrage. En effet les médecins fumeurs en cours de sevrage (dont près de la moitié l'utilise personnellement comme aide au sevrage tabagique) sont plus nombreux à proposer la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique (47 médecins fumeurs en cours de sevrage, soit 74,6 % d'entre eux,  $p = 0,045$ ).

L'abord systématique du tabagisme des patients par les médecins généralistes (36 %) est en baisse par rapport aux autres études où le taux était de 44 % dans l'étude menée en 2006 par M. Underner *et al.* et de 50 % dans l'étude réalisée en 1987 par J. Trédaniel *et al.* Contrairement aux résultats obtenus par J. Trédaniel *et al.* l'abord systématique de la question du tabagisme est moins fréquent par les médecins fumeurs actifs. (77,79)

La majorité des médecins ayant participé à l'étude ne se sentait pas suffisamment informée et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis (1654 médecins soit 66 %). Cette proportion était légèrement moins marquée chez les médecins anciens fumeurs ou fumeurs en cours de sevrage (respectivement 58,7 % et 60,3 % jugeant ne pas être suffisamment informés et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis), cette différence n'étant pas statistiquement significative ( $p = 0,079$ ). Ce sentiment explique en partie le déficit actuel dans le repérage de l'usage de cannabis de leurs patients par les médecins généralistes. Pour rappel, selon une étude de Beck F. *et al* réalisée en 2011, seuls 8 % d'entre eux abordaient systématiquement la question de l'usage de cannabis avec chaque patient. Un quart (26 %) n'abordaient jamais cette question à leur initiative ou, le cas échéant, à la demande du patient. Les autres médecins, représentant une très large majorité (66 %), déclaraient n'aborder le sujet que pour certains patients jugés à risque. Une partie non négligeable des médecins généralistes considéraient que leur rôle de prévention de l'usage de cannabis n'est pas clairement défini : seuls 11 % estimaient que ce type de repérage fait partie de leur rôle, contre 26 % pour l'alcool et 65 % pour le tabac. (75,76) Un travail autour de la formation des médecins généralistes sur la question du cannabis semble être indispensable.

Concernant l'arrivée du tabac chauffé sur le marché, ce sujet reste peu connu par les médecins généralistes français, puisque plus d'un médecin sur deux n'en avait jamais entendu parler (57,4 %).

## **V. CONCLUSION :**

Cette étude de type quantitative descriptive transversale auprès de 2506 médecins généralistes français, âgés en moyenne de 50,8 ans a montré que le tabagisme personnel a des répercussions sur la prise en charge des patients fumeurs puisqu'une nette majorité des médecins ayant un parcours de fumeur jugeaient que leur tabagisme influençait leur pratique professionnelle (71,3 %).

En terme de prévalence du tabagisme chez les médecins généralistes (13,2 %), cette étude a confirmé la baisse du tabagisme des médecins généralistes français depuis plusieurs années. Près d'un médecin fumeur sur deux s'est arrêté ou est en train de s'arrêter de fumer sans aucune aide (49,9 % des médecins anciens fumeurs et des médecins en cours de sevrage), pourcentage plus élevé que la population générale.

Alors que la grande majorité des médecins déclare connaître les recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique (73,6 %), près d'un médecin sur deux (42,7 %) propose l'acupuncture/l'hypnose/l'homéopathie parmi ses trois choix les plus courants aux patients tabagiques en demande de sevrage. La Varénicline est à l'inverse encore très peu utilisée en tant qu'aide au sevrage tabagique, puisqu'elle n'est proposée que par 15,7 % des médecins inclus dans l'étude. Le recours aux traitements substitutifs nicotiques est par contre bien ancré comme traitement de première intention d'aide au sevrage tabagique (proposé par 83 % des médecins).

L'accompagnement psychologique d'un patient en demande de sevrage tabagique est proposé par un peu moins d'un médecin sur deux (45,5 %), alors que le suivi et l'accompagnement par le médecin traitant s'inscrit dans la prise en charge globale du patient tabagique. Ce chiffre est en partie expliqué par l'autoévaluation peu encourageante de l'aisance des médecins dans la maîtrise de l'accompagnement de patients tabagiques en cours de sevrage. En effet près de la moitié des médecins l'évalue comme étant moyenne voire mauvaise (respectivement 41,1 % et 5,1 %).

L'abord systématique de la question du tabagisme des patients par les médecins généralistes (36 %) est en baisse par rapport aux autres études où le taux était de 44 % dans l'étude menée en 2006 par M. Underner *et al.* et de 50 % dans l'étude réalisée en 1987 par J. Trédaniel *et al.*(77,79)

Par ailleurs, la majorité des médecins ayant répondu à l'enquête (66 %) ne se sentait pas suffisamment informée et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis. Ce manque d'information et d'aisance permet d'expliquer en partie le déficit actuel dans le repérage de l'usage de cannabis de leurs patients par les médecins généralistes, a fortiori dans la prise en charge de ces patients.

La cigarette électronique s'impose progressivement comme outil supplémentaire d'aide au sevrage tabagique, même si elle ne s'inscrivait pas forcément dans les trois méthodes/aides les plus couramment proposées par les médecins ayant participé à l'étude (36,7% des médecins proposaient la cigarette électronique parmi leurs 3 choix les plus courants au maximum). L'opinion qu'ont les médecins généralistes de la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique est plutôt positive ; 59,3 %

d'entre eux proposaient de manière générale la cigarette électronique à leurs patients tabagiques en demande de sevrage. À noter qu'un médecin sur deux en cours de sevrage tabagique utilise la cigarette électronique comme aide au sevrage (52,4 % des médecins fumeurs en cours de sevrage).

La moitié des médecins ne proposant pas la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique justifiait leur choix par le manque de connaissance scientifique sur le sujet (52,7 %) mais également par l'absence de recommandations en faveur de la cigarette électronique (48,1 %). Selon les études récentes, son utilisation semble néanmoins permettre une diminution de la consommation de tabac quotidienne, à condition de vapoter quotidiennement. Dans une optique de réduction des risques et des dommages, chaque cigarette non fumée par le patient doit être considérée comme un succès. Du fait de résultats contradictoires, l'efficacité de la cigarette électronique dans un sevrage total du tabac reste discutée, notamment suite à un suivi trop court dans les études réalisées. En terme de toxicité et d'effet sur la santé à court terme, les premiers résultats sont rassurants. Il serait souhaitable d'encourager la poursuite des études notamment en terme de toxicité sur le long terme (la cigarette électronique étant disponible depuis maintenant dix ans) mais également en terme d'efficacité dans le sevrage total du tabac, en vue d'obtenir un positionnement moins attentiste de la part des autorités sanitaires. À noter que les autorités sanitaires britanniques encouragent l'utilisation de la cigarette électronique dans le cadre du sevrage tabagique.

Le tabac représentant la première cause mondiale de décès évitables, responsable de plus de 7 millions de décès dans le monde en 2017, les résultats de cette étude montre que le rôle de prévention du médecin généraliste, médecin de premier recours en terme de lutte contre le tabagisme et de repérage de l'usage de cannabis peut encore être amélioré. L'abord systématique de la question du tabagisme des patients

par les médecins généralistes en baisse depuis plusieurs années ainsi qu'une autoévaluation peu encourageante de l'aisance des médecins dans la maîtrise de l'accompagnement de patients tabagiques en cours de sevrage sont deux points parmi d'autres montrant qu'une revalorisation du rôle préventif du médecin généraliste, notamment en terme de lutte contre le tabagisme semble être nécessaire.

Le manque d'informations en terme de dépistage, évaluation et suivi de patients consommant du cannabis semble également être une piste à privilégier et à corriger.

VU

Strasbourg, le.....12 Oct. 2018.....

Le président du Jury de Thèse

Professeur Elisabeth QUOIX

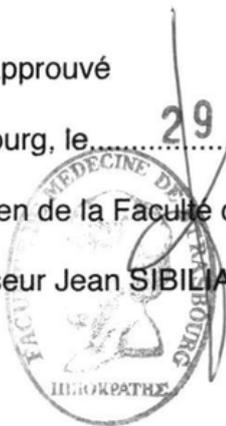


VU et approuvé

Strasbourg, le.....29 OCT. 2018.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



## **VI. ANNEXES :**

- *Annexe 1 : Mail envoyé via la mailing-list de la Fédération des Médecins de France*

**Pour répondre à l'enquête, cliquez sur ce LIEN DE L'ENQUETE**

Chères Consoeurs et Confrères,

Le mois d'août n'est certainement pas un bon mois pour les enquêtes en vue de réaliser une thèse.

Mais il s'agit ici d'un sujet assez personnel : le médecin et l'arrêt du tabac et avec Sven FASEL, l'étudiant qui aimerait boucler un travail bien avancé, nous nous sommes dit que c'était presque un devoir de vacances pas désagréable.

Merci à vous de l'aider à terminer son travail en septembre en répondant à ces quelques questions sur le tabac et son arrêt tel que vous le vivez personnellement et professionnellement.

Bien cordialement,

Dr Claude BRONNER, directeur de thèse

- Annexe 2 : Présentation du questionnaire en ligne 1/9 :

## Enquête auprès des médecins généralistes français sur le tabagisme : statut personnel, pratique professionnelle

En 2017, la consommation de tabac était responsable de plus de 7 millions de décès dans le monde. En tenant compte des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de décès attribuables au tabac risque de doubler d'ici 2025.

La lutte contre le tabagisme représente depuis de nombreuses années une priorité de santé publique. Ainsi l'année 2018 est marquée par une nouvelle vague d'augmentation du prix du paquet de cigarettes et par le remboursement par l'Assurance Maladie de certains traitements de substitution nicotinique.

Les médecins généralistes sont les premiers acteurs de cette lutte contre le tabagisme. Quelle est la part de médecins fumeurs parmi les médecins généralistes français et quel est leur parcours ? Alors que seuls 37,4 % des fumeurs souhaitant sevrer leur consommation tabagique envisagent d'être accompagné par un médecin, comment les médecins généralistes accompagnent-ils leurs patients dans le cadre du sevrage tabagique ?

La cigarette électronique est présente sur le marché français depuis une dizaine d'années. Quelle utilisation en font les médecins généralistes actuellement ?

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à cette enquête.  
Sven FASEL, médecin remplaçant, thésard

**Vous êtes :**

- Un homme
- Une femme

**Quel âge avez-vous ?**

Votre réponse

---

- Annexe 3 : Présentation du questionnaire en ligne 2/9 :

## Première partie : expérience personnelle

**1 - Quel est votre statut actuel concernant le tabagisme ?**

- Non fumeur
- Fumeur actif
- Fumeur occasionnel ( non concerné par la problématique du sevrage )
- Fumeur en cours de sevrage
- Ancien fumeur (tabagisme sevré depuis plus d'un an)

LES QUESTIONS 2 À 8 CONCERNENT LES FUMEURS ACTIFS, SEVRÉS OU EN COURS DE SEVRAGE.

**2. Vous êtes fumeur actif, en cours de sevrage ou ancien fumeur sevré. Combien de cigarettes fumez ou fumiez vous par jour ?**

- Moins de 5 cigarettes
- Entre 5 et 10 cigarettes
- Entre 10 et 15 cigarettes
- Entre 15 et 20 cigarettes
- Plus de 20 cigarettes

- Annexe 4 : Présentation du questionnaire en ligne 3/9 :

**3. Vous êtes fumeur actif ou en cours de sevrage. Consommez-vous également du cannabis ?**

- Jamais
- De temps en temps
- Régulièrement

**4. Si oui, pensez-vous que la consommation de cannabis complique votre sevrage du tabac ?**

- Oui
- Non

**5. Vous êtes fumeur actif, en cours de sevrage ou ancien fumeur sevré. À combien de temps évaluez-vous, en pourcentage, le temps passé sans fumer, depuis le début de votre consommation tabagique ? ( par exemple, si vous avez actuellement 50 ans, que vous avez commencé à fumer à l'âge de 20 ans jusqu'à 30 ans, vous avez passé 66 % du temps sans fumer depuis le début de votre consommation tabagique )**

- Moins de 10 %
- Entre 10 et 25 %
- Entre 25 et 50 %
- Entre 50 et 75 %
- Plus de 75 %

- Annexe 5 : Présentation du questionnaire en ligne 4/9 :

**6. Vous êtes fumeur actif, en cours de sevrage ou ancien fumeur sevré. Quelles ont été ou seraient vos principales motivations pour débiter un sevrage tabagique ? ( plusieurs choix possibles )**

- L'apparition d'une maladie intercurrente
- Mon état de santé en général
- Un ras-le-bol général
- Le budget alloué au tabagisme
- Mon entourage
- Autre : \_\_\_\_\_

**7. Vous êtes ancien fumeur sevré ou fumeur en cours de sevrage. Quelle méthode/aide avez-vous ou êtes vous en train d'utiliser ? ( plusieurs choix possibles )**

- Aucune aide
- Les traitements substitutifs nicotiques
- La varénicline (CHAMPIX®)
- Le bupropion (ZYBAN®)
- La cigarette électronique
- Autre : \_\_\_\_\_

- Annexe 6 : Présentation du questionnaire en ligne 5/9 :

**8. Votre propre parcours en tant que fumeur a-t-il influencé la prise en charge de vos patients tabagiques ?**

- Oui
- Non
- Sans avis

**9. Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ?**

- Oui
- Non

**10. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? ( plusieurs choix possibles )**

- Par curiosité
- Pour arrêter de fumer
- Pour diminuer ma consommation de tabac
- Parce que cela revient moins cher que le tabac
- Parce qu'on me l'a conseillée
- Autre : \_\_\_\_\_

- Annexe 7 : Présentation du questionnaire en ligne 6/9 :

## Deuxième partie : connaissance et pratique personnelle

11. Avez-vous connaissance des recommandations actuelles concernant le dépistage individuel du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique ?

- Oui
- Non

12. Abordez-vous la question du tabagisme avec vos patients ?

- Systématiquement
- Presque toujours
- À l'occasion
- Rarement

13. Pour vos patients fumeurs, leur proposez-vous un accompagnement et un sevrage ?

- Systématiquement
- Facilement, à mon initiative
- À la demande du patient
- Rarement
- Je préfère les orienter vers un spécialiste

- Annexe 8 : Présentation du questionnaire en ligne 7/9 :

**14. Que proposez-vous à vos patients en demande d'aide au sevrage tabagique ? (au maximum, vos 3 choix les plus courants )**

Les traitements substitutifs nicotiniques

La varénicline (CHAMPIX®)

Le bupropion (ZYBAN®)

La cigarette électronique

Un accompagnement psychologique

L'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie

Autre : \_\_\_\_\_

**15. Comment évaluez-vous votre aisance dans la maîtrise de l'accompagnement d'un patient en cours de sevrage ?**

Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

- Annexe 9 : Présentation du questionnaire en ligne 8/9 :

16. Vous sentez-vous suffisamment informé et à l'aise pour accompagner le sevrage d'un patient consommant à la fois du tabac et du cannabis ?

- Oui  
 Non

17. En raison du débat actuel autour de la cigarette électronique, votre avis sur ce sujet nous intéresse. Proposez-vous l'utilisation de la cigarette électronique à vos patients fumeurs en tant qu'aide au sevrage ?

- Oui  
 Non

18. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? ( plusieurs choix possibles )

- Je crois en son efficacité potentielle d'aide au sevrage tabagique
- D'autres patients ont réussi à se sevrer du tabac avec la cigarette électronique
- Parce que je l'utilise personnellement
- Autre : \_\_\_\_\_

- Annexe 10 : Présentation du questionnaire en ligne 9/9 :

**19. Si non, pour quelle(s) raison(s) ? ( plusieurs choix possibles )**

- Manque de connaissance scientifique sur le sujet
- Manque de connaissance personnelle sur le sujet
- L'absence de recommandations en faveur de la cigarette électronique
- Par conviction personnelle
- Autre : \_\_\_\_\_

**20. Enfin, les industriels du tabac ont récemment commercialisé un dispositif chauffant une cartouche à base de tabac, sans le brûler, également appelé « heat not burn ». Que pensez-vous de l'arrivée de tabac chauffé sur le marché ? ( plusieurs choix possibles )**

- Cela reste moins nocif que la cigarette
- C'est une consommation de tabac comme une autre
- Sa consommation maintient ou peut provoquer une dépendance à la nicotine
- Manque de recul pour se prononcer
- Sans avis
- Je n'en ai pas entendu parler
- Autre : \_\_\_\_\_

## **VII. BIBLIOGRAPHIE :**

- 1. Chiffres du tabac / Vos questions / Nos réponses / Page d'accueil** - tabac-info-service.fr du 7 mars 2014. Disponible à partir de : <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac> (consulté le 10 février 2018).
- 2. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Tranh V ; le groupe Baromètre santé 2016.** Tabac et E-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidemiol Hebd 2017;12:214-22.
- 3. Santé Publique France.** Tabagisme des professionnels de santé en France. Octobre 2017. Disponible à partir de : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1810.pdf> (consulté le 20 février 2018).
- 4. World Health Organization.** WHO report on the global tobacco epidemic. Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva : WHO, 2017.
- 5. World Health Organization.** Tobacco Fact sheet, Updated May 2017. Disponible à partir de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (consulté le 11 février 2018).
- 6. World Health Organization.** WHO global report. Mortality attributable to tobacco. Geneva : WHO, 2012.
- 7. Ribassin-Majed L, Hill C.** Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health 2015;25:824-8.
- 8. Haute Autorité de Santé.** Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de l'HAS, du 21 janvier 2014.
- 9. Haute Autorité de Santé.** Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2014.
- 10. Larousse Médical.** Définition de l'addiction. Edition 2017.
- 11. Haute Autorité de Santé.** Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10) - Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Octobre 2017.

- 12. American Psychiatric Association.** Trouble de l'usage du tabac. In : American Psychiatric Association, Eds. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013.
- 13. 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. *Exercer* 2017;129:24-31.
- 14. Russel MA.** Realistic goals for smoking and health. A case for safer smoking. *Lancet* 1974;1:254-8.
- 15. Houezec JL.** La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ? L'utilisation de nicotine sans combustion. *Alcoologie et Addictologie* 2017;39:138-47.
- 16. Hill C.** Epidémiologie du tabagisme. *Rev Prat* 2012;62:325-9.
- 17. Peto R.** Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC Sci Publ* 1986;(74):23-23
- 18. Tverdal A, Bjartveit K.** Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tob Control* 2006;15:472-80.
- 19. Hart C, Gruer L, Bauld L.** Does smoking reduction in midlife reduce mortality risk? Results of 2 long-term prospective cohort studies of men and women in Scotland. *Am J Epidemiol* 2013;178:770-9
- 20. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I.** Mortality in relation to smoking : 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 2004;328(7455):1519
- 21. Critchley JA, Capewell S.** Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease : a systematic review. *JAMA* 2003;290(1):86-97.
- 22. Pisinger C, Godtfredsen NS.** Is there a health benefit of reduced tobacco consumption ? A systematic review. *Nicotine Tob Res* 2007;9:631-46.
- 23. Haute Autorité de Santé.** Stratégie thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique - Efficacité, efficience et prise en charge financière. Janvier 2007.
- 24. Anthonisen NR, Connet JE, Murray RP.** Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *An J Respire Crit Care Med* 2002;166(5):675-9.
- 25. Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P.** Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètre santé, 2013 : 56 p, mise en ligne février 2014.

26. **Viswesvaran C, Schmidt FL.** A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J Appl Psychol.* 1992 Aug;77(4):554-61.
27. **Lindson N, Aveyard P, Hughes JR.** Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;(3):CD008033.
28. **White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J.** Acupuncture and related Interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jan 19; (1):CD000009. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub3.
29. **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.** Recommandation de Bonne Pratique - Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003.
30. **Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E.** Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001008.
31. **Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3): CD000146.
32. **Public Health Service.** Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000.
33. **Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ.** The clinical effectiveness and cost- effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2002;6(16).
34. **Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR.** Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 Jul 5;296(1):56-63.
35. **Haute Autorité de Santé.** Commission de la Transparence - Avis du 9 novembre 2016 - Varénicline. Disponible à partir de : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14982\\_CHAMPIX\\_PIC\\_INS\\_Avis3\\_CT14982.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14982_CHAMPIX_PIC_INS_Avis3_CT14982.pdf) (consulté le 9 mars 2018).
36. **Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC.** Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011;139(3):591-9.
37. **Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Toasted S.** Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease. *Circulation* 2010;121(2):221-9.
38. **Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A, Evins AE.** Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline,

bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* .2016 Jun 18;387(10037):2507-2520. Disponible à partir de : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0) (consulté le 9 mars 2018).

**39. Office français de prévention du tabagisme.** Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Paris : OFDT, 2013.

**40. Allen JG, Flanigan SS, LeBlanc M, Vallarino J, MacNaughton P, Stewart JH, Christiani DC.** Flavoring Chemicals in E-Cigarettes: Diacetyl, 2,3-Pentanedione, and Acetoin in a Sample of 51 Products, Including Fruit-, Candy-, and Cocktail-Flavored E-Cigarettes. *Environ Health Perspect*. 2016 Jun;124(6):733-9.

**41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Fixed Obstructive Lung Disease Among Workers in the Flavor-Manufacturing Industry -- California, 2004-2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2007;56:389-93.

**42. McAuley TR, Hopke PK, Zhao J, Babaian S.** Comparison of the effects of e-cigarette vapor and cigarette smoke on indoor air quality. *Inhal Toxicol* 2012 Oct;24(12):850-7.

**43. Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, Lin S, Talbot P.** Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. *PLoS One*. 2013;8(3):e57987.

**44. Kinouani S, Lajzerowicz N, Peurois M, Castéra P, Vanderkam P, Auriacombe M.** La cigarette électronique : répondre aux questions des patients et aux doutes des médecins. *Exercer* 2017;138:457-69.

**45. Chen IL.** FDA Summary of Adverse Events on Electronic Cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2013;15:615-6. Disponible à partir de : <https://doi.org/10.1093/ntr/nts145> (consulté le 25 mars 2018).

**46. Walsh K, Sheikh Z, Johal K, Khwaja N.** Rare case of accidental fire and burns caused by e-cigarette batteries. *BMJ Case Rep*. 2016; 2016.

**47. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.** Nicotine. Fiche toxicologique n°312. Paris. INRS, 2016.

**48. Farsalinos KE, Polosa R.** Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf*. 2014 Apr; 5(2): 67–86.

- 49. Bertholon JF, Becquemin MH, Roy M, Roy F, Ledur D, Annesi Maesano I, Dautzenberg B.** Comparison of the aerosol produced by electronic cigarettes with conventional cigarettes and the shisha. *Rev Mal Respir.* 2013 Nov;30(9):752-7.
- 50. European Commission, Directorate-General for Communication.** Attitudes of Europeans toward tobacco and electronic cigarettes. Brussels : EC,2017. Disponible à partir de : <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2146> (consulté le 26 mars 2018).
- 51. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.** Informations réglementaires relatives à la cigarette électronique - Point d'Information. Paris. Ansm, 2016. Disponible à partir de : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Informations-reglementaires-relatives-a-la-cigarette-electronique-Point-d-Information> (consulté le 26 mars 2018).
- 52. Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014.** Relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de fabrication, de présentation et de vente de produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE.
- 53. République française.** Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation.
- 54. République française.** Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif.
- 55. Haut Conseil de la santé publique.** Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 25 avril 2014.
- 56. Public Health England.** E-cigarettes : an evidence update. A report commissioned by Public Health England. PHE publications gateway number : 2015260. Disponible à partir de : [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/457102/E-cigarettes\\_an\\_evidence\\_update\\_A\\_report\\_commissioned\\_by\\_Public\\_Health\\_England\\_FINAL.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/457102/E-cigarettes_an_evidence_update_A_report_commissioned_by_Public_Health_England_FINAL.pdf) (consulté le 30 mars 2018).
- 57. Haut Conseil de la santé publique.** Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 22 février 2016.
- 58. Haute Autorité de Santé.** AVIS N° 2015.0100/AC/SBPP du 4 novembre 2015 du collège de la Haute Autorité de santé sur la nécessité d'actualiser la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (octobre 2014), suite au rapport sur la cigarette électronique du Public Health England. 4 novembre 2015.

- 59. Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, Polosa R.** Efficiency and Safety of an eElectronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. *PLoS One*. 2013 Jun 24;8(6):e66317
- 60. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N.** Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Nov 16;382(9905):1629-37.
- 61. Zhu SH, Zhuang YL, Wong S, Cummins SE, Tedeschi GJ.** E-cigarette use and associated changes in population smoking cessation: evidence from US current population surveys. *BMJ*. 2017 Jul 26;358:j3262.
- 62. Hitchman SC, Brose LS, Brown J, Robson D, McNeill A.** Associations Between E-Cigarette Type, Frequency of Use, and Quitting Smoking: Findings From a Longitudinal Online Panel Survey in Great Britain. *Nicotine Tob Res*. 2015 Oct;17(10):1187-94.
- 63. Biener L, Hargraves JL.** A longitudinal study of electronic cigarette use among a population-based sample of adult smokers: association with smoking cessation and motivation to quit. *Nicotine Tob Res*. 2015 Feb;17(2):127-33.
- 64. Kalkhoran S, Glantz SA.** E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2016 Feb;4(2):116-28.
- 65. Manzoli L, Flacco ME, Fiore M, La Vecchia C, Marzuillo C, Gualano MR, Liguori G, Cicolini G, Capasso L, D'Amaro C, Boccia S, Siliquini R, Ricciardi W, Villari P.** Electronic Cigarettes Efficacy and Safety at 12 Months: Cohort Study. *PLoS One*. 2015 Jun 10;10(6):e0129443.
- 66. Manzoli L, Flacco ME, Ferrante M, La Vecchia C, Siliquini R, Ricciardi W, Marzuillo C, Villari P, Fiore M; ISLESE Working Group.** Cohort study of electronic cigarette use: effectiveness and safety at 24 months. *Tob Control*. 2017 May;26(3):284-292.
- 67. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V.** Electronic cigarettes, quit attempts and smoking cessation: a 6-month follow-up. *Addiction*. 2017 Sep;112(9):1620-1628.
- 68. Brose LS, Hitchman SC, Brown J, West R, McNeill A.** Is the use of electronic cigarettes while smoking associated with smoking cessation attempts, cessation and reduced cigarette consumption ? A survey with a 1-year-follow-up. *Addiction* 2015;110:1160-8.

- 69. Glover-Bondeau AS.** Les nouveaux produits de tabac chauffé et inhalateurs de nicotine. Septembre 2017. Disponible à partir de : <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-nouveaux-vaporisateurs-de-tabac-et-inhalateurs-de-nicotine> (consulté le 2 avril 2018).
- 70. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A.** Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by Any Other Name. *JAMA Intern Med.* 2017 Jul 1;177(7):1050-1052.
- 71. Rose JE, Turner JE, Murugesan T, Behm FM, Laugesen M.** Pulmonary delivery of nicotine pyruvate: sensory and pharmacokinetic characteristics. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2010 Oct;18(5):385-94.
- 72. Le Nézet O.** « Cannabis » dans *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 214-225.
- 73. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.** Synthèse thématique : cannabis. Juin 2018. Disponible à partir de : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/> (consulté le 19 juin 2018).
- 74. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.** Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis abuse screening test (CAST). Note n°2013-01, Saint-Denis, le 03/09/2013. Disponible à partir de : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf> (consulté le 19 juin 2018).
- 75. Beck F, Guignard R., Obradovic I., Gautier A. et Karila L.** Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 59(5), 2011, p. 285-294.
- 76. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.** Usage problématique de cannabis. *Revue de la littérature internationale. Fédération Addiction.* 2013. Disponible à partir de : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf> (consulté le 20 juin 2018).
- 77. Schmitt D.** La place de la cigarette électronique dans la stratégie de réduction du tabagisme : état des lieux des pratiques des médecins généralistes d'Alsace. Thèse de Médecine. Université de Strasbourg, 2016, N°214.
- 78. Underner M., Ingrand P., Allouch A., Laforgue A.V., Migeot V., Defossez G., Meurice J.C.** Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires.* Vol. 23, N°5. Novembre 2006, 426-429.
- 79. Josseran L., King G., Guilbert P., Davis J., Brücker G.** Smoking by French general practitioners : behaviour, attitudes and practice. *European Journal of Public Health, Volume 15, Issue 1, 2005 Feb 1, 33-38.*

**80. Direction de la recherche, des études, de évaluation et des statistiques.** 10000 médecins de plus depuis 2012. Numéro 1061. Mai 2018.

**81. Trédaniel J., Karsenty S., Chastang C., Slama K., Hirsch A.** Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français. *Revue des Maladies Respiratoires* 1993, 10, 35-8.

Université  
de Strasbourg



Faculté  
de médecine

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FASEL Prénom : SVEN

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

**Signature originale :**

A Strasbourg, le 30/09/2018

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**RÉSUMÉ :**

Le tabac représente la première cause mondiale de décès évitables. En 2017, il était responsable de plus de 7 millions de décès dans le monde. Le médecin généraliste, par sa mission de prévention, se retrouve au premier plan dans la lutte contre le tabagisme.

Cette étude de type quantitative descriptive transversale a été réalisée auprès des médecins généralistes français via un questionnaire s'intéressant à leur statut tabagique personnel ainsi qu'à leur pratique professionnelle habituelle en terme de prise en charge de patients tabagiques.

Au total 2506 médecins généralistes français ont participé à cette étude, avec une moyenne d'âge de 50,8 ans. Les résultats confirment la baisse du pourcentage de fumeurs chez les médecins généralistes puisque 86,8 % des médecins sont soit non-fumeurs soit anciens fumeurs. Une nette majorité des médecins ayant un parcours de fumeur jugent que leur tabagisme influence leur pratique professionnelle (71,3 %). Concernant la prise en charge de patients tabagiques, alors que la majorité des médecins disent connaître les recommandations actuelles (73,6 %) et que les médecins fumeurs n'ont pas fait appel à ce genre de méthodes non reconnues par l'Haute Autorité de Santé, un peu plus de 40 % des médecins recommandent l'acupuncture, l'hypnose ou l'homéopathie. Si les substituts nicotiques sont proposés par une très grande majorité des médecins (83 %), la Varécline ne l'est que dans 15,7 % des cas. La cigarette électronique est proposée en revanche par 36,7 % des médecins et de façon plus importante par les médecins étant eux-mêmes en cours de sevrage ou fumeurs occasionnels. L'abord systématique de la question du tabac est en baisse par rapport aux études menées précédemment (36 %).

La mission de prévention du médecin généraliste, médecin de premier recours en terme de lutte contre le tabagisme et de repérage de l'usage de cannabis peut encore être améliorée. Ainsi une revalorisation du rôle préventif, notamment en terme de lutte contre le tabagisme semble être nécessaire.

---

Rubrique de classement : Thèse de Médecine ; DES de Médecine Générale

---

Mots-clés : Cannabis - Cigarette électronique - Médecin Généraliste - Prévention - Tabagisme

---

Président : Madame le Professeur Elisabeth QUOIX  
Assesseurs : Madame le Professeur Laurence LALANNE-TONGIO  
Monsieur le Professeur Dominique STEPHAN  
Monsieur le Docteur Claude BRONNER  
Monsieur le Docteur Alain GAGNON

---

Adresse de l'auteur : 7, avenue Charles de Gaulle 67800 BISCHHEIM