

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

DETERMINANTS PRINCIPAUX DU RECOURS AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET/OU ALTERNATIVES DANS LE CADRE DU SEVRAGE TABAGIQUE EN MEDECINE GENERALE EN MAINE-ET-LOIRE

HUMBERT Jean-Marc

Né le 22 février 82 à ALBI (81)

NOYER Alexandra

Née le 28 août 91 à LE MANS (72)

Sous la direction de Mme LELIEVRE Aude

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Président
Madame le Docteur LELIEVRE Aude	Directrice
Madame le Docteur GENTIL Alexandra	Codirectrice
Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Membre
Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine	Membre

Soutenue publiquement le :
31 janvier 2020



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignés, J-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER
déclarons être pleinement conscients que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce rapport
ou mémoire.

signé par les étudiants le **31 janvier 2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine

FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

Au Professeur Laurent CONNAN pour avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour les échanges que nous avons pu avoir tout au long de notre parcours et pour l'aide que vous nous avez apporté.

Au Professeur Bénédicte GOHIER et au **Docteur Catherine DE CASABIANCA** pour avoir accepté de faire partie de notre jury de soutenance.

Au Docteur Aude LELIEVRE, pour avoir accepté de nous suivre sur ce projet de thèse. Il s'agit de sa première direction et nous lui sommes reconnaissants des conseils qu'elle nous a prodigués.

Au Docteur Alexandra GENTIL qui a accepté de co-diriger ce travail. Merci pour ses précieux conseils et sa réactivité tout au long de ce travail.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de collaborer à notre travail de thèse. Nous sommes conscients de la charge de travail que cela peut représenter et c'est aussi grâce à eux que cette étude a pu voir le jour.

REMERCIEMENTS J-Marc

A ma co-thésarde et co-interne Alexandra, ce fut un vrai plaisir de travailler avec toi. Ta motivation débordante a été un vrai moteur pour l'accomplissement de cette thèse. Malgré les épreuves que tu as traversées durant ces trois années (la plus difficile ayant été de déchiffrer mes écrits remplis de fôtes deux phrappe), tu as su aller de l'avant. Je suis heureux d'avoir eu la chance de croiser ton chemin.

A tous les médecins que j'ai croisés durant mon internat et qui m'ont aidé à avancer dans ma formation, qui ont été là pour me permettre d'aller de l'avant dans les moments difficiles.

A tous les internes qui ont réalisé leurs stages avec moi et avec qui j'ai pu partager d'excellents moments.

A toute ma famille pour le soutien qu'elle m'a apporté. Merci Papa de toujours avoir été là lorsque j'en avais besoin. Merci à toi Céline, l'amour de ma vie de m'avoir soutenu et supporté durant ces trois ans. Merci à Cléa, Riwan et Mayeul car c'est aussi grâce à vous que j'ai fait cette thèse.

Enfin, même si elle n'est plus parmi nous aujourd'hui, je voudrais remercier **ma mère** pour tout l'amour qu'elle nous a donné à mon frère et à moi durant notre enfance. Je tiens à lui dédier ce travail de thèse. De manière générale, merci à vous deux Papa et Maman de nous avoir donné l'enfance que nous avons eu Yannick et moi et de nous avoir toujours poussé à aller plus haut.

A mon co-thésard Jean-Marc, pour ta disponibilité et ton investissement. Je sais que ces années ont été un fleuve parfois tourmenté. Merci de m'avoir apporté ton expérience et ton soutien.

Un infini merci à ma famille,

Vous êtes ma source d'amour inconditionnel. Merci d'être toujours là, dans les meilleurs moments comme les plus difficiles. Merci pour votre soutien durant toutes ces années, pour m'avoir accompagné, pour m'avoir parfois porté à bout de bras, pour votre présence, pour vos paroles réconfortantes, pour vos conseils. Il est certain que je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui sans vous. Je vous aime tous tellement.

A Maman et Hervé, merci d'avoir toujours cru en moi, merci pour votre amour, votre courage, votre disponibilité. J'avance sereinement grâce à vous. Votre mission n'est pas terminée, mais grandement adoucie.

A Mamy Blue, merci pour ton amour et ton soutien inébranlable. Tu accompagnes chacun de mes pas.

A Nath et Lolo, merci pour votre présence, pour nos soirées improvisées. Votre générosité et votre sagesse m'inspirent chaque jour.

A Emilie, merci pour ton soutien depuis toujours et pour ton aide précieuse de traductrice !

A Papa, merci pour ton soutien et tes précieux conseils malgré la distance. Merci d'être là aujourd'hui.

A Mamie et Daddy, merci pour votre amour, votre force. Merci d'être notre merveilleux dénominateur commun.

A mon amie Elodie, toujours fidèle au poste. Loin des yeux, près du cœur. Merci d'avoir été celle qui m'a supporté tout ce temps. Merci pour ton sourire et ta joie de vivre communicative même par téléphone. Merci pour votre précieuse aide à Cyril et toi. Les tableaux Excel n'ont (presque) plus de secret pour moi désormais.

A mon amie Adélaïde, merci pour ton amitié et ton écoute depuis le début. **Merci à Benoît** et toi d'être des amis si précieux avec lesquels je suis heureuse de partager chaque étape de nos vies. A nos souvenirs et à ceux à venir !

REMERCIEMENTS Alexandra

A tous les copains d'externat, et en particulier à mon amie Coline, merci d'avoir adouci ces longues années. Merci pour les rires, les confidences, le soutien à toute épreuve. Merci pour les merveilleux voyages. Nos souvenirs communs me réchauffent le cœur. A nos futures retrouvailles !

A mon amie Pauline, merci de m'avoir redonné le sourire et contribué à ma reconstruction, ce n'était pas une mince affaire. Merci pour ta générosité inégalable.

A tous les internes qui ont partagé les stages avec moi, Sophie, Aude, Charlotte, Solène, Adèle, Mady et les autres. Merci d'avoir apporté de la joie et de la douceur dans ces années. Un merci particulier à Clémence, pour m'avoir inspiré le lâcher prise et m'avoir permis de rencontrer la personne qui fait de moi une femme épanouie.

A toutes les femmes de Monte da Orada, merci pour votre lumière et votre amour. Chacune de vos flammes est venue faire de la mienne un grand brasier. Je sais désormais quelle est ma voie, quel bonheur !
The circle is open but unbroken. AHO !

A Louis, mon amour, merci d'être la personne merveilleuse qui m'accompagne chaque jour à devenir une meilleure version de moi-même. Merci pour ton amour, pour ton écoute bienveillante, pour ton soutien sans faille. A nos projets, une belle vie nous attend ! Je t'aime

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Type d'étude
2. Population étudiée
3. Randomisation des cabinets et envoi des questionnaires
4. Critères d'inclusion et de sélection des patients
5. Questionnaire
6. Protection des données
7. Traitement des données et analyses statistiques

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée
2. Sevrage tabagique
 - 2.1. Symptômes présentés par la population étudiée au cours de leur sevrage
 - 2.2. Méthode d'aide au sevrage tabagique utilisée par la population générale dans les 12 derniers mois
3. Recours aux MCA
 - 3.1. Quelles MCA les patients choisissent-ils?
 - 3.2. Par qui ont-ils été orientés ?
 - 3.3. Quelle est la principale raison de leur recours aux MCA ?
 - 3.4. Choisisent-ils un médecin ou un thérapeute non médecin ?
 - 3.5. Satisfaction vis à vis de la prise en charge en MCA
 - 3.6. Relation médecin-patient

DISCUSSION

1. Limites de l'étude
2. Caractéristiques de la population étudiée
3. Effets indésirables liés au sevrage tabagique
4. Le recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique
5. Motivations et raisons de recours aux MCA
6. Relation médecin-patient

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

DETERMINANTS PRINCIPAUX DU RECOURS AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET/OU ALTERNATIVES DANS LE CADRE DU SEVRAGE TABAGIQUE EN MEDECINE GENERALE EN MAINE-ET-LOIRE

Jean-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Répartition du travail

Bibliographie : J-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Recrutement des cabinets : J-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Distribution des questionnaires : J-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Analyse des résultats : J-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Rédaction : J-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Ce travail a été réalisé conjointement et de manière équitable.

INTRODUCTION

Depuis son introduction en France, la consommation de tabac n'a cessé d'augmenter. Il a d'abord été utilisé pour ses vertus médicinales. Les pratiques de consommations liées à l'utilisation du tabac se sont modifiées au cours du temps et différents modes de consommations ont vu le jour.

Outre la dépendance qu'il induit, le tabagisme, qu'il soit actif ou passif, est responsable de nombreuses maladies et décès (1-3). Il est la première cause de mortalité évitable dans le monde, ce qui en fait un problème majeur de santé publique. En 2015, le tabac a été responsable de 78 000 décès en France, dont 47 000 par cancer (4). Devant ce fléau, les autorités ont décidé de réagir. Depuis l'an dernier par exemple, la sécurité sociale prend en charge à 65% le remboursement des substituts nicotiniques dans le but de faciliter l'accès au sevrage tabagique (5).

Le sevrage tabagique est généralement introduit à la demande du patient, organisé et suivi par les médecins généralistes. Ils disposent aujourd'hui de nombreux outils efficaces, effets de preuve à l'appui (6-9). Parmi ces outils, citons les substituts nicotiniques et les psychothérapies cognitivo-comportementales. En plus de ces méthodes validées scientifiquement, il est constaté que, depuis les années 2000, certains patients en cours de sevrage tabagique se tournent vers l'utilisation de médecines complémentaires et/ou alternatives (MCA) (10,11). Ce gain d'attractivité envers les MCA ne concerne pas que le tabac. Le recours à ce type de médecine est particulièrement important chez les patients sous chimiothérapie anticancéreuse. Plusieurs études ont été réalisées pour comprendre les motivations des patients sous chimiothérapie à se tourner vers ce type de pratique (12-15). Cinq motifs de consultations ont ainsi pu être identifiés : raisons non médicales comme le

bien-être général, complément de la médecine conventionnelle, avoir un rôle actif dans leur santé, médecines complémentaires plus efficaces que la médecine conventionnelle pour leur problème de santé, prise en charge dans leur globalité.

Dans le cadre du sevrage tabagique, nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant les motifs de recours à ce type de pratique. Ainsi, l'objectif de ce travail de thèse, est de définir les déterminants de recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique. Nous savons que le plus difficile dans la démarche de sevrage est le maintien de l'abstinence (16,17). Notre hypothèse est que les patients se tournent vers les MCA pour lutter contre les effets indésirables du sevrage tabagique et ainsi permettre ce maintien.

Il est vrai qu'aujourd'hui, nous ne disposons que de peu de recul quant à l'efficacité réelle des MCA. Cependant, en tant que médecin généraliste, nous allons être de plus en plus confrontés à ce type de pratique et nous devons en tenir compte. Par ailleurs, notre travail de médecin généraliste consiste à s'assurer du bien-être physique et psychique de nos patients. Ainsi, en partant du principe que tout soin pouvant être apporté au patient pour rétablir un état d'équilibre nécessaire à son bien-être devrait être mis en œuvre, nous nous sommes intéressés au recours aux MCA. Enfin, il nous semblait important de traiter un sujet de santé publique c'est pourquoi nous nous sommes penchés sur la problématique du sevrage tabagique.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Une étude descriptive transversale analytique a été réalisée sous la forme d'un questionnaire anonyme (cf. Annexe 1) rempli par les patients, mis en libre accès en salle d'attente de cabinets de médecine générale entre février 2019 et juillet 2019.

Le questionnaire est inspiré de modèles utilisés dans différents articles de la littérature médicale internationale et de thèses de médecine générale françaises (11,18,19).

2. Population étudiée

Patients en cours de sevrage tabagique ou déjà sevrés consultant des médecins généralistes de Maine et Loire.

Le nombre de sujets a été estimé à partir de plusieurs travaux portant sur les MCA (11,19).

En moyenne, le nombre de sujets nécessaire pour la réalisation de cette étude était de 200.

3. Randomisation des cabinets et envoi des questionnaires

Les cabinets servant de terrain d'investigation ont été tirés au sort de façon aléatoire parmi l'ensemble des médecins généralistes répertoriés dans les Pages Jaunes du département du Maine et Loire. Dans un souci de représentativité, nous avons sélectionné 10 médecins généralistes pratiquant la médecine conventionnelle et 10 médecins généralistes pratiquant une ou plusieurs MCA (dont l'acupuncture et l'homéopathie).

Les médecins sélectionnés ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude.

Il est important de mentionner que le Professeur CONNAN et le Docteur LELIEVRE ont été sélectionnés par le tirage au sort.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier aux médecins généralistes. L'enveloppe contenait une note récapitulative de l'étude et de remerciements pour la participation à celle-ci à destination des médecins, une affiche explicative à disposer en salle d'attente pour informer les patients, les questionnaires à disposer également dans la salle d'attente à destination des patients, une enveloppe pré-timbrée pour le retour des questionnaires.

L'objectif était de recueillir dix questionnaires par médecin généraliste. Une fois les dix questionnaires remplis, les médecins généralistes devaient nous les renvoyer via l'enveloppe pré-timbrée prévue à cet effet.

Afin de nous assurer du bon déroulement de l'étude, nous avons régulièrement pris contact auprès des cabinets pour savoir où en était la collecte des données.

4. Critères d'inclusion et de sélection des patients

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être majeur et tabagique sevré ou en cours de sevrage.

Les critères d'exclusion :

- personnes mineures
- personnes ne comprenant pas le français
- personnes dans l'incapacité de donner leur consentement libre et éclairé à la participation à une recherche.

5. Questionnaire

Le questionnaire est inspiré du questionnaire utilisé dans une publication australienne de 2014 sur les facteurs prédictifs de recours aux MCA intitulée : « Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment : a population based study » (14).

Nous avons modifié le questionnaire. Celui-ci a été validé par les directrice et codirectrice de thèse.

Le questionnaire étant largement inspiré de cette étude de Thomson et al (14), il n'a pas été testé.

6. Protection des données

Il n'a pas été délivré de questionnaire de mesure de qualité de vie ni d'état de santé des patients. Il n'a pas été demandé d'avis à un comité d'éthique car il s'agissait simplement d'une connaissance de pratiques de soins par une étude descriptive où les patients avaient le choix de ne pas répondre.

Après avoir contacté le Dr Aurore Armand (membre du CPP Ouest II et coordinatrice du comité d'éthique du CHU d'Angers) et Mr Frédéric Blazek (juriste à la DRCI du CHU d'Angers) il s'avère que cette recherche ne relève pas de la loi Jardé (il s'agit d'une étude de sciences humaines et sociales sans impact attendu des résultats sur la prise en charge médicale). Il n'a donc pas été nécessaire de faire une déclaration au Comité de Protection des Personnes.

Après avoir contacté le Dr Parot-Schinkel Elsa (Méthodologiste), il s'avère qu'il n'est pas nécessaire de réaliser une déclaration quelconque à la CNIL. En effet, n'ayant aucune possibilité d'identifier les patients et le questionnaire ne comprenant pas de donnée de santé, il n'y a pas lieu de faire une telle déclaration. Absence de nécessité confirmée par le Dr Chrétien J-Marie (Délégué correspondant RGPD pour la recherche).

7. Traitement des données et analyses statistiques

Les données ont été enregistrées dans un tableau Excel Microsoft Office 1997-2003, analysées à l'aide des fonctionnalités Excel.

La description des variables qualitatives est réalisée en pourcentages et effectifs.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

68 questionnaires nous ont été retournés sur 200 attendus soit un taux de participation de 34%. Un des questionnaires reçus était ininterprétable car incomplètement rempli. 67 questionnaires ont donc été analysés.

A la lumière de cet échantillon, le calcul de la valeur p pour évaluer la significativité statistique était infaisable.

Le sex ratio (homme/femme) de la population étudiée est de 0,61. Ainsi, 61% (n=41) de la population étudiée est représentée par des femmes et 37% (n=25) par des hommes. Une personne n'a pas précisé son genre.

La répartition de l'âge de la population étudiée est représentée en Figure 1.

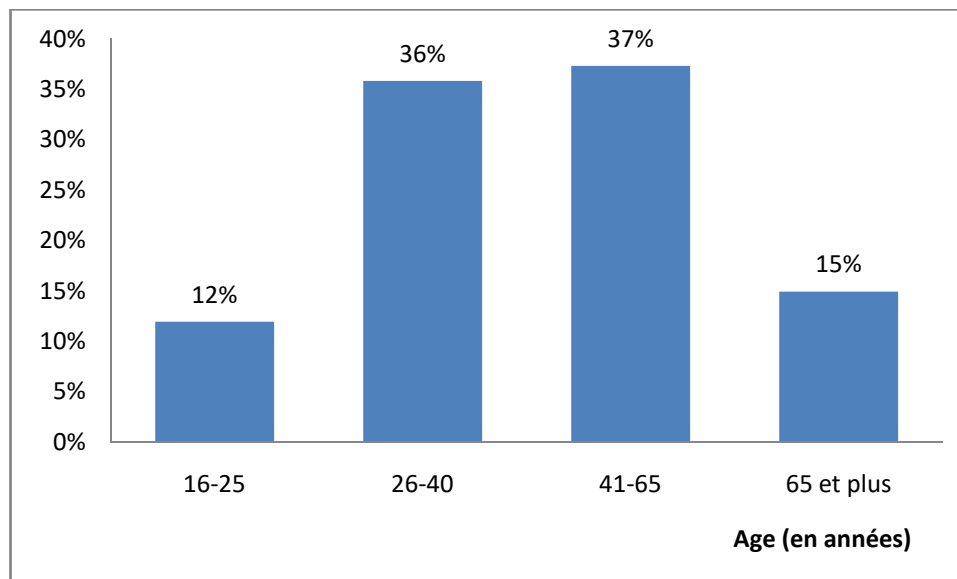


Figure 1 : Age de la population étudiée

Concernant la couverture sociale de la population étudiée, une grande majorité des patients (87%) souscrivent à une mutuelle.

2. Sevrage tabagique

2.1. Symptômes présentés par la population étudiée au cours de leur sevrage

Parmi les 67 personnes ayant répondu au questionnaire, 7 personnes n'ont ressenti aucun symptôme au cours de leur sevrage tabagique.

Les symptômes présentés par les 60 personnes restantes sont représentés en Figure 2.

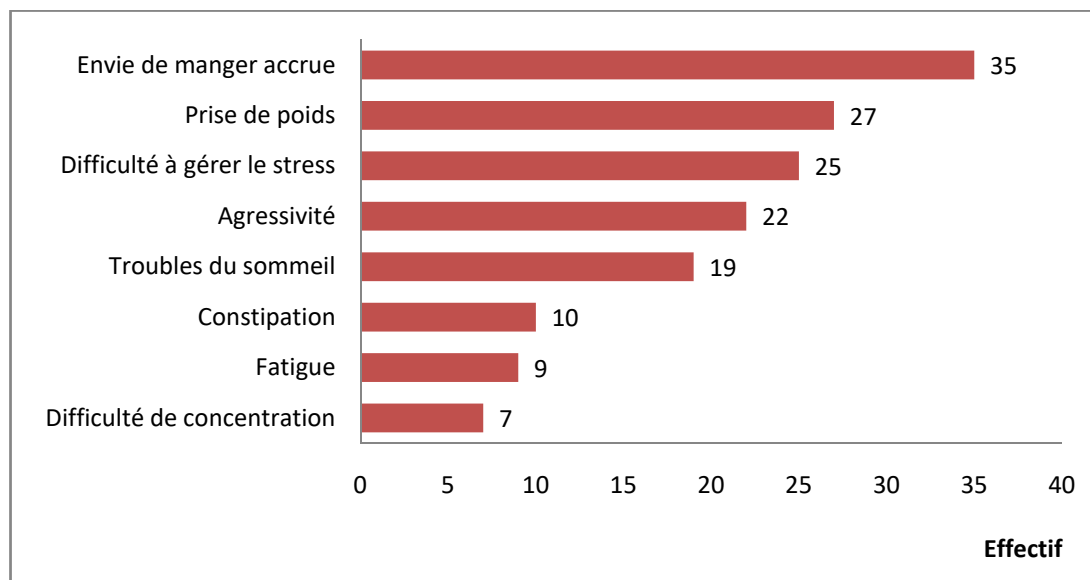


Figure 2 : Symptômes déclarés par les 60 patients qui ont présenté des signes de sevrage

2.2. Méthode d'aide au sevrage tabagique utilisée par la population générale dans les 12 derniers mois

1 personne n'a pas répondu à cette question. Donc sur les 66 participants restants :

- 39 ont eu recours aux MCA, dont :
 - 7 ont eu recours à une méthode médicamenteuse et aux MCA (parmi eux, 2 ont également eu recours à la cigarette électronique)
 - 5 ont utilisé la cigarette électronique en plus des MCA
 - 16 n'ont utilisé aucune aide
 - 4 ont utilisé une méthode médicamenteuse uniquement
 - 8 ont utilisé la cigarette électronique uniquement

3. Recours aux MCA

3.1. Quelles pratiques les patients choisissent-ils?

L'acupuncture et l'hypnothérapie sont les MCA qui sont les plus choisies par les 39 patients ayant eu recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique au cours des 12 derniers mois (Figure 3).

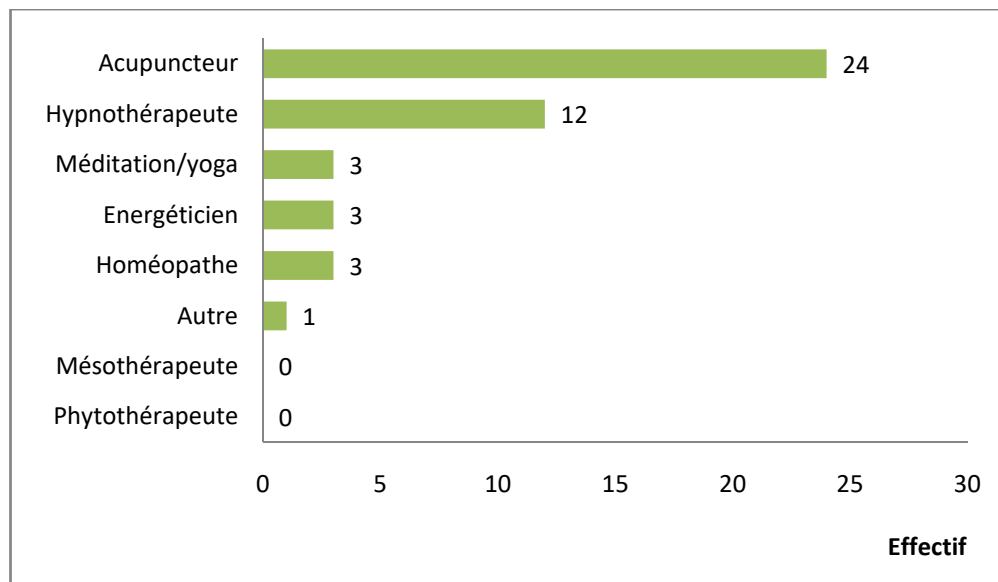


Figure 3 : Pratiques consultées par les patients ayant eu recours aux MCA

Les patients avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses d'où un total supérieur à 39.

3.2. Par qui ont-ils été orientés ?

Parmi les personnes ayant eu recours aux MCA :

- 27 ont été orientées par leur entourage
- 13 se sont orientées vers les MCA par leurs propres recherches
- 5 d'entre elles ont été orientées vers ce type de thérapeute par leur médecin traitant.

Les patients avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses d'où un total supérieur à 39.

3.3. Quelle est la principale raison de leur recours aux MCA ?

38% des patients ayant eu recours aux MCA pour le sevrage tabagique expriment la volonté d'une prise en charge n'incluant pas la prise médicamenteuse.

En deuxième position vient la volonté de lutter contre les effets secondaires du sevrage pour 13% d'entre eux (Figure 4).

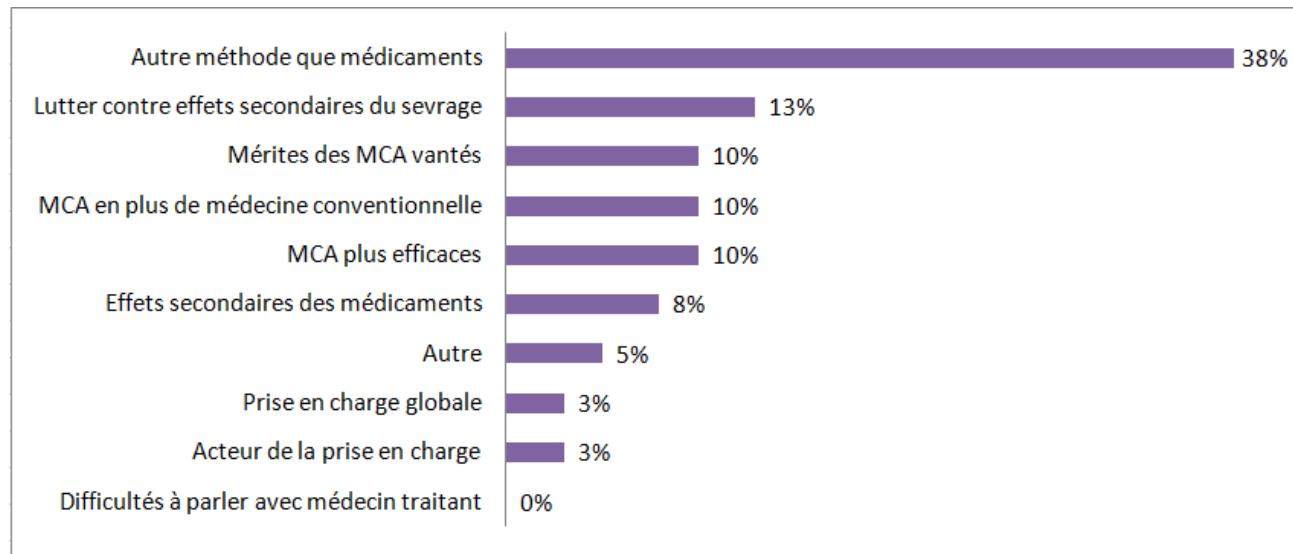


Figure 4 : Principale raison de recours aux MCA de la population étudiée

Les patients ayant répondu "Autre" ont mentionné l'échec des patchs et l'échec du Zyban.

3.4. Choisissent-ils un médecin ou un thérapeute non médecin ?

72% des patients ayant recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique préfèrent consulter un médecin pratiquant une MCA plutôt qu'un thérapeute non médecin.

Parmi ces derniers, la principale raison de leur choix est la confiance accrue en un médecin pour ce type de pratique (Figure 5).

Pour les 28% qui ont choisi un thérapeute non médecin, tous ont été orientés par leur entourage.

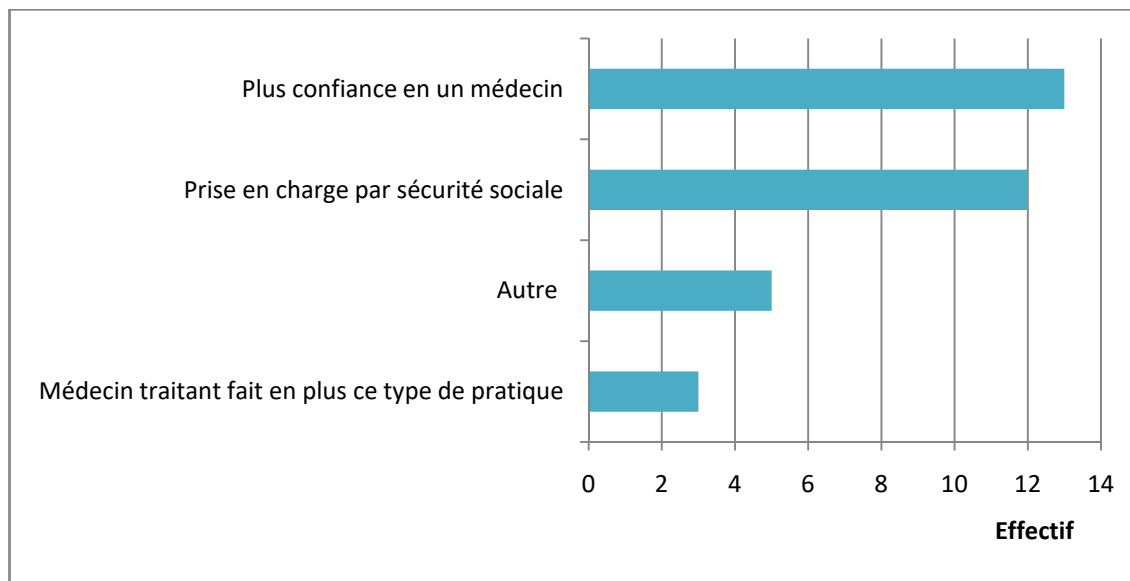


Figure 5 : Raison pour laquelle la population étudiée consulte un médecin pratiquant une MCA

3.5. Satisfaction vis à vis de la prise en charge en MCA

On note une satisfaction globale très importante des utilisateurs de MCA (89%) quant aux soins reçus (Figure 6).

3 personnes n'ont pas répondu à la question.

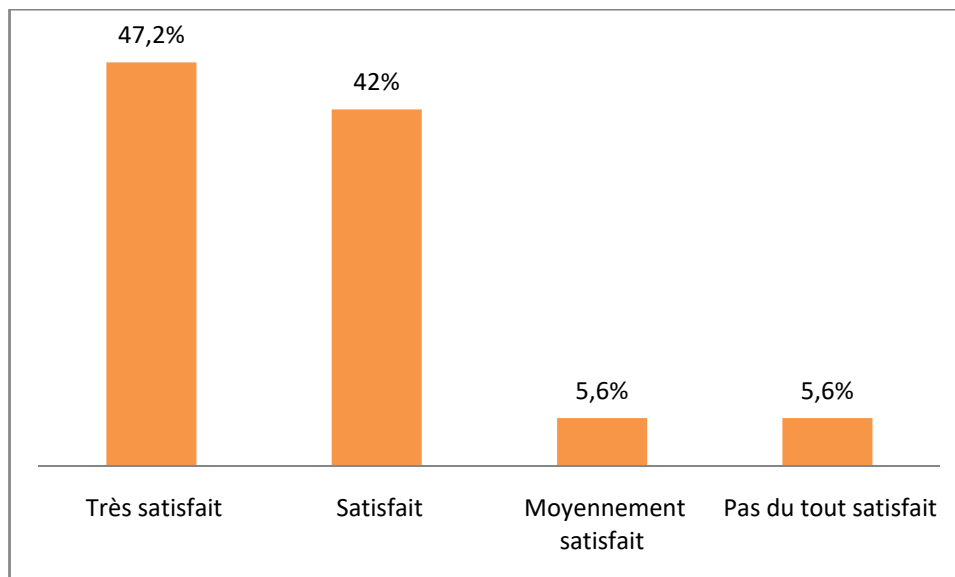


Figure 6 : Satisfaction de la population étudiée concernant la prise en charge en MCA

3.6. Relation médecin-patient

67% des patients consultant en MCA pour l'aide au sevrage tabagique en ont parlé à leur médecin traitant contre 33% qui ne l'ont pas tenu informé.

Parmi ces derniers, plus de la moitié (54%) aimerait échanger à ce sujet avec leur médecin généraliste.

DISCUSSION

Le recours à ce type de médecine était déjà connu depuis de nombreuses années chez les patients sous chimiothérapie anticancéreuse. Plusieurs études ont été réalisées pour comprendre les motivations des patients sous chimiothérapie à se tourner vers ce type de pratique (16–19). Cinq motifs de consultations ont ainsi pu être identifiés, le principal motif de consultation étant lié à la prise en charge des effets secondaires de la chimiothérapie (la douleur, les nausées et les vomissements) (14,20). De même, les femmes enceintes utilisent les MCA pour la prise en charge des maux de la grossesse (douleurs abdominales, nausées... et gestion du sevrage tabagique) (21). Dans le cadre du sevrage tabagique, nous savons que les patients connaissent et utilisent ce type de thérapie (11). Cependant, nous n'avons trouvé aucune étude évaluant les motifs de recours aux MCA chez les patients en cours de sevrage tabagique.

Notre travail de thèse avait ainsi pour objectif de définir les déterminants du recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique. Nous avons supposé que les fumeurs en cours de sevrage avaient recours à ce type de médecine pour faire face aux effets secondaires du sevrage tabagique.

1. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Il existe tout d'abord un biais de recrutement. Seulement 67 questionnaires (sur 200) nous ont été retournés soit environ 33,5% de participation. Il est donc difficile d'avoir une interprétation fiable de ces résultats. Ce faible taux de participation peut être attribué à plusieurs éléments. Tout d'abord, dans le cadre des thèses de médecine générale, les médecins généralistes sont abondamment sollicités par les

internes. Certains nous ont d'ailleurs clairement précisé qu'ils ne prendraient pas le temps de regarder ce qui leur était envoyé ou de répondre par manque de temps principalement. Devant cette problématique de temps, il était important pour nous de recueillir nos données avec une moindre participation des médecins. Le choix d'une distribution de questionnaire papier en salle d'attente s'est alors imposé. Malheureusement cette modalité de recrutement soulève la problématique des questionnaires perdus, non rendus par les patients ou non renvoyés par certains médecins.

Par ailleurs, nous avons décidé d'envoyer les questionnaires chez 20 médecins généralistes de Maine-et-Loire (10 médecins généralistes et 10 médecins ayant une double casquette de médecin généraliste et praticien d'une ou plusieurs MCA). Parmi les réponses obtenues, la majeure partie provient de patients consultant des médecins ayant une double casquette. De plus, les médecins généralistes pratiquant des MCA sont plus motivés à participer à ce type d'étude que certains médecins généralistes conventionnels. Cette différence s'illustre facilement lors du recrutement des médecins. En effet, il était plus facile d'obtenir l'adhésion d'un médecin à la fois généraliste et praticien en MCA que des médecins généralistes uniquement. Aussi, notre objectif étant de définir les déterminants du recours aux MCA, et ce, indépendamment de tout jugement de valeur, peut-être aurait-il été plus judicieux de ne recruter que des praticiens de MCA (médecins généralistes ou pas). Enfin, la population ciblée était particulièrement restreinte car il s'agissait de patients tabagiques sevrés ou en cours de sevrage, ayant eu recours aux MCA dans ce cadre sur les 12 derniers mois.

Grâce notamment aux nombreuses mesures prises par le gouvernement, le nombre de patients tabagiques est en baisse ces dernières années. On peut se demander si les fumeurs actuels ont vraiment envie d'un sevrage tabagique, et a fortiori s'ils utilisent les MCA.

De plus, les questionnaires ayant été distribués à distance du mois sans tabac, nous sommes tombés à une période durant laquelle les demandes de sevrage sont probablement réduites.

Recruter uniquement des médecins généralistes pratiquant des MCA est probablement à l'origine d'un biais de mesure conduisant à une sous évaluation de l'utilisation de certaines MCA. La plupart des médecins contactés pratiquent l'acupuncture, l'homéopathie ou les deux. Il nous a été difficile, voire impossible de recruter des médecins pratiquant l'hypnose (2nd recours au sevrage via les MCA selon notre étude), la méditation, la mésothérapie ou encore les thérapies énergétiques (reiki, magnétisme...). Un large panel de la population utilisant ce type de pratique est donc laissé de côté.

Cependant, malgré ces limites qui rendent notre travail statistiquement non représentatif, nous avons pu tirer des tendances de pratiques qui sont superposables à ce que nous avons lu dans la littérature.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Les résultats apportés par la figure 1 montrent que deux groupes de population ont tendance à recourir aux MCA : les 26-40 ans (36%) et 41-64 ans (37%). Plusieurs raisons pourraient expliquer cette répartition. Nous savons que nombre des MCA ne sont pas remboursées par la sécurité sociale ni par les mutuelles. Cela demande donc un effort financier aux patients. Or, en France, l'âge moyen d'entrée dans la vie active correspond à l'âge de 25 ans. Ainsi, financièrement les patients sont plus à même d'avoir accès à ce type de médecine. Par ailleurs, de nombreuses études montrent que le recours à ce type de médecine augmente avec le type de diplôme obtenu et l'âge (20).

Une autre tendance se dégage de nos résultats. Lorsqu'on fait le point sur la provenance des questionnaires, 2/3 d'entre eux ont été complétés par des femmes. Ces résultats sont concordants avec ceux obtenus à l'échelle européenne (20,22-24).

Par ailleurs, une revue de la littérature définit le fait d'être une femme comme un facteur prédictif de recours aux MCA (25). Pourquoi les femmes consultent-elles plus que les hommes? Certaines études évoquent l'hypothèse que cette différence s'explique par des facteurs psycho-comportementaux (26,27). En général, les femmes consultent plus facilement que les hommes car elles ont tendance à prévenir les événements plutôt que d'attendre la catastrophe (27-29). A l'inverse, les hommes ont plutôt tendance à attendre d'être malades avant d'aller voir le médecin (30,31). Il est donc possible qu'elles adoptent le même comportement lorsqu'elles ont recours aux MCA. Par ailleurs, il est possible que les hommes soient plus cartésiens et moins ouverts que les femmes aux choses qu'ils ne comprennent pas (26). Enfin, fait non négligeable, beaucoup de femmes arrêtent de fumer lors de leur première grossesse.

3. Effets indésirables liés au sevrage tabagique

Les résultats apportés par la figure 2 montrent que, pour bon nombre des patients interrogés, l'effet de sevrage le plus ressenti correspond à l'augmentation de l'appétit. Viennent ensuite la prise de poids, la difficulté à gérer le stress, l'agressivité et les troubles du sommeil. Enfin, dans une moindre mesure, les patients interrogés évoquent des troubles du transit à type de constipation, des difficultés de concentration et une fatigue excessive.

Pour rappel, dans la cigarette, la nicotine est la substance addictogène. L'addiction a été définie par Goodman comme « un processus selon lequel un comportement, qui permet à la fois de ressentir un plaisir et soulager une tension interne, est répété malgré les efforts pour en réduire la fréquence, du fait de la perte de contrôle au cours de sa réalisation. Ce comportement est poursuivi en dépit des conséquences négatives » (32). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition) [DSM-V] expose, dans le chapitre sur les substances addictogènes, plusieurs signes cliniques permettant de faire le

diagnostic d'abus, de dépendance, d'intoxication, et de syndrome de sevrage. Le syndrome de sevrage à la nicotine se définit par les symptômes suivants : humeur dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, fébrilité, diminution du rythme cardiaque et augmentation de l'appétit (33). En découle les conséquences suivantes : fatigue, prise de poids, difficulté à gérer le stress.

Les patients que nous avons interrogés ont eux aussi rapporté avoir ressenti ces effets.

Tous ces symptômes sont bien sûr des facteurs de risque de rechute. Ils le sont d'autant plus que les effets liés au sevrage en nicotine durent plus longtemps que pour les autres substances (jusqu'à 8 semaines pour certains symptômes) (33,34). Il semble donc important de les considérer dans notre prise en charge afin de limiter les récives.

Il existe de nombreux protocoles médicaux pour lutter contre ces symptômes. Par exemple, un suivi par un(e) diététicien(ne) associé à une activité physique peut aider à lutter contre la prise de poids. Le recours aux antidépresseurs et aux thérapies cognitivo-comportementales peut aider à faire face aux symptômes psychiques du sevrage tabagique.

On voit émerger en plus de ces méthodes un recours aux MCA pour y faire face. Ainsi, dans leur thèse, Clarisse MAYER-LEVY et Franck THIRIAT notaient que les principales indications citées par les patients pour recourir aux MCA étaient les troubles anxieux, asthéniques et fonctionnels (35,36).

4. Le recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique

Parmi les 67 patients de notre étude, 39 déclarent avoir recours au MCA pour leur sevrage. L'acupuncture est la pratique la plus utilisée par les patients, suivie de près par l'hypnose.

Dans la littérature, on retrouve également l'acupuncture comme faisant partie des MCA les plus utilisées, toutes pathologies confondues :

- Au Canada en 2005, l'acupuncture faisait partie des 4 MCA les plus utilisées par les patients interrogés (12).
- Le constat est similaire en France. Le recours à l'acupuncture représente 42,7% de la population interrogée en région parisienne en 2010 d'après MAYER-LEVY C. (35), 34% de la population interrogée par AIT M'HAMMED M. dans le département de l'Oise en 2012 (19) et 28% de la population interrogée en milieu rural lorrain en 2012 (37).

Dans le cadre du tabagisme, l'acupuncture est connue par une majorité des patients ayant un antécédent de sevrage, ce qui la place juste après la substitution nicotinique (11).

Dans une étude canadienne, les MCA semblent occuper une place importante parmi les patients interrogés. En effet, 24% d'entre eux ont mentionné une aide non validée en terme d'efficacité pour le sevrage tabagique telle que l'acupuncture (38).

Le recours à l'hypnothérapie arrive en deuxième position dans notre étude. Nous n'avons pas sélectionné de médecin pratiquant l'hypnose devant l'absence quasi totale de praticien formé en Maine et Loire. Néanmoins, les taux de sevrage obtenus dans différentes études montrent que cette méthode mérite qu'on s'y intéresse, bien que les critères de l'EBM soient difficilement applicables à l'hypnose.

En effet, d'après la thèse de LEROY M. portant sur les facteurs prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique, le taux de sevrage par hypnothérapie en intention de traiter s'élève à 32.8% selon le protocole du Dr FODOREAN (39).

Une étude australienne réalisée en 2013 révèle que la méthode non conventionnelle la plus utilisée pour le sevrage tabagique était l'hypnothérapie (40).

Une étude Suisse réalisée entre 2003 et 2006 sur les méthodes choisies par les patients pour arrêter de fumer montre un résultat similaire au nôtre, à savoir que l'acupuncture est choisie pour un tiers des patients, devant l'hypnothérapie pour un quart de la population étudiée (41).

Le recours à l'homéopathie est prédominant dans un grand nombre d'études. On la retrouve en effet à la première position en région parisienne d'après MAYER-LEVY C. avec 53,5% de la population interrogée, ainsi qu'en milieu rural d'après THIRIAT F. (65,2%) et dans le département de l'Oise (49%) (19,35,37).

Notre étude ne montre pas cet engouement dans le cadre du sevrage tabagique. Deux principales questions sont ainsi soulevées :

- L'homéopathie présente-t-elle un bénéfice dans l'aide au sevrage tabagique ?
- La polémique au sujet de l'homéopathie ces dernières années a-t-elle eu un impact sur le recours des patients ?

5. Motivations et raisons de recours aux MCA

La première motivation retrouvée par notre étude est le désir de ne pas recourir aux médicaments (38%). On retrouve en 2ème position le motif de recours aux MCA suivant : lutter contre les effets secondaires du sevrage (13%), ce qui vient étayer notre hypothèse.

Dans la littérature :

- L'étude de SIMON en 2007, portant sur des patients français de cancérologie, retrouve trois principaux intérêts des MCA à leurs yeux : diminuer les effets secondaires des traitements, renforcer les défenses immunitaires et pour certains, aider au traitement du cancer (20).
- L'étude de TRAGER-MAURY retrouve les mêmes bénéfices chez les patients cancéreux interrogés et précise que pour ces derniers, la médecine conventionnelle soigne certes, mais les MCA aident à bien supporter le traitement dans sa fréquence et son intensité (42).

Dans l'étude de référence américaine en matière de MCA, EISENBERG a étudié les motivations de recours (43). 37,7% des patients interrogés ont recours aux MCA suite à des effets secondaires de médicaments allopathiques.

Si les effets secondaires des médicaments sont mentionnés par seulement 8% de notre population, la volonté de ne pas avoir recours à des médicaments est prépondérante dans notre étude.

On retrouve d'ailleurs la peur des médicaments classiques comme facteur de décision pour consulter en MCA dans les études de nos confrères français (19,37).

Près de la moitié des patients interrogés par EISENBERG se tournent vers les MCA après un échec dans le domaine conventionnel (49,2%). Ce motif est retrouvé en France parmi les principales raisons de recours aux MCA, notamment en milieu rural (19,37). Dans notre étude, ce motif ne représente que 5% des motivations rapportées par les patients.

6. Relation médecin-patient

La question concernant la transparence avec le médecin traitant au sujet du recours aux MCA permet de soulever la question de la place que peuvent prendre les MCA dans la relation médecin-patient en médecine générale. Est ce à ce jour un sujet tabou ? Les MCA sont-elles intégrées à part entière dans le parcours de soin des patients ? Sont-elles un frein à la relation médecin-patient ?

Dans notre étude, on note qu'un tiers des patients ayant eu recours aux MCA pour leur sevrage tabagique n'en ont pas informé leur médecin traitant et que plus de la moitié d'entre eux aimerait aborder le sujet.

Les études de AIT M'HAMMED et THIRIAT obtiennent les mêmes résultats (19,37). Selon une étude effectuée en 2005 à l'Université McMaster, 41% des personnes ayant recours à des MCA ne le mentionnaient pas à leur médecin (44).

Le principal obstacle à cet échange avancé dans la littérature est l'indifférence voire l'opposition des médecins aux MCA. Dans son analyse, SHELLEY B.M. notait que la perception par le patient de l'éventuelle réceptivité du médecin joue beaucoup dans sa décision d'en parler. Du côté des médecins, c'est davantage le niveau de connaissance, de preuve d'efficacité et de sécurité des MCA qui influe sur cette communication (45). De plus, comme le précise BURSTEIN, si le patient ne mentionne pas son recours aux MCA, c'est bien souvent parce que son médecin ne soulève pas la question (46).

Selon INGLIN S., les patients qui mentionnent avoir recours à des MCA sont ceux qui sont désireux d'avoir un rôle plus actif dans le traitement, qui investissent la relation au soignant et souhaitent construire un rapport de confiance (47).

Ce rôle actif du patient sur sa santé est mis en avant dans l'étude d'EISENBERG (76,5%) (43).

Un constat similaire est fait au Canada par une étude du Dr SIROIS (12). Cette dernière montre également que l'accent est mis sur le traitement de la personne dans sa globalité (78,3%).

Les médecins interrogés par SICARD S. voient cette demande de prise en charge globale par les patients comme le souhait d'une écoute plus importante que le temps accordé en médecine générale. L'attente du patient vis-à-vis de son médecin serait alors une attention particulière portée à sa personnalité et un point d'honneur mis sur son bien-être (48).

Si les médecins français ne sont pas coutumiers du fait, il est intéressant de mentionner que dans certains pays les médecins généralistes conseillent de consulter en MCA. En effet, une étude suisse a mis en évidence qu'un médecin sur quatre recommande l'acupuncture comme moyen de sevrage tabagique, moins d'un sur dix recommande l'hypnose ou les techniques de relaxation (49).

CONCLUSION

L'objectif de notre travail consistait à déterminer les motivations du recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique. En se basant sur les résultats de la littérature, notre postulat de départ était que les patients en cours de sevrage tabagique avaient recours aux MCA pour faire face aux effets secondaires du sevrage tabagique.

90% des patients ayant participé à notre étude sont sujets à ressentir les effets secondaires du sevrage tabagique. La majorité d'entre eux se plaignent d'une majoration de l'appétit et d'une prise de poids.

Plus de la moitié des patients ayant retourné les questionnaires attestent avoir eu recours aux MCA. L'acupuncture est la méthode la plus utilisée pour le sevrage tabagique dans notre population d'étude. Contrairement à notre hypothèse de départ, le premier motif de recours à de telles pratiques est le souhait de ne pas recourir aux médicaments. Le recours aux MCA pour faire face aux effets secondaires du sevrage tabagique arrive en seconde position.

Notre travail vient donc mettre en lumière la problématique plus générale du rapport au soin des patients et du recours aux médicaments.

Bien que la France consomme deux à trois fois plus de médicaments que les autres pays européens et les américains, il n'en demeure pas moins qu'une vraie inquiétude émerge vis-à-vis de leurs effets secondaires.

Le fait qu'un si petit échantillon nous donne des résultats similaires à la littérature questionne la place de ces MCA dans le parcours de soin de nos patients.

En effet, un nouveau modèle émerge ces dernières années, associant simultanément le recours à la médecine conventionnelle et aux MCA. Cette notion est appelée médecine intégrative. Des universités qui proposent un enseignement de médecine intégrant des MCA et des services de médecine intégrative ont déjà vu le jour dans les pays anglo-saxons.

La recherche de santé et de bien-être combinés à la réticence aux médicaments nous conduit à nous interroger sur cette nouvelle manière d'appréhender le soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Peiffer G, Underner M, Perriot J. Les effets respiratoires du tabagisme. Numéro Spéc « Tabacologie ». 1 juin 2018;74(3):133-44.
2. Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. Journ Eur Société Fr Cardiol. 1 juin 2009;38(6):946-52.
3. Vyssier Belot C. Consommation de tabac et risque cardiovasculaire. Rev Médecine Interne. 1 sept 1997;18(9):702-8.
4. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. oct 2015;25(5):824-8.
5. Prise en charge des substituts nicotiniques [Internet]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques>
6. Garelik D. À propos de la recommandation de bonne pratique de l'AFSSAPS sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac (mai 2003). Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 mai 2004;32(5):450.
7. Andler R, Guignard R, Spilka S, Le Nézet O, Pasquereau A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France. Rev Mal Respir. 1 juin 2018;35(6):673-85.
8. Lebagry F, Becquart L-A, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC - Médecine. 1 avr 2005;2(2):171-90.
9. Faure S, Babin M, Velé H, Dubé G, Samson M, Goujeau B, et al. La prise en charge de la dépendance au tabac. Actual Pharm. 1 avr 2014;53(535):27-30.
10. Eaves ER, Howerter A, Nichter M, Floden L, Gordon JS, Ritenbaugh C, et al. Implementation of tobacco cessation brief intervention in complementary and alternative medicine practice: qualitative

evaluation. BMC Complement Altern Med [Internet]. déc 2017 [cité 5 oct 2018];17(1). Disponible à : <http://bmccomplementalternmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-017-1836-7>

11. LAVAUX A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. [Thèse de médecine]. [REIMS]: Médecine de REIMS; 2012.
12. Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. BMC Complement Altern Med. 29 avr 2008;8:16.
13. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med. juin 2012;125(6):576-84.
14. Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie SJ. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: a population based study. Complement Ther Clin Pract. nov 2014;20(4):339-46.
15. Sirois FM, Gick ML. An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. Soc Sci Med 1982. sept 2002;55(6):1025-37.
16. Blok DJ, de Vlas SJ, van Empelen P, van Lenthe FJ. The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: A longitudinal study. Prev Med. juin 2017;99:105-10.
17. Memon A, Barber J, Rumsby E, Parker S, Mohebati L, de Visser RO, et al. What factors are important in smoking cessation and relapse in women from deprived communities? A qualitative study in Southeast England. Public Health. mai 2016;134:39-45.
18. Rossignol M, Bégaud B, Avouac B, Lert F, Rouillon F, Bénichou J, et al. Who seeks primary care for musculoskeletal disorders (MSDs) with physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3-LASER survey in France. BMC Musculoskelet Disord. 19 janv 2011;12:21.
19. Ait M'hammed M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives, en médecine générale, dans le département de l'Oise [Thèse de médecine].
20. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot J-L, Lobstein A, Rubionstein I, et al. Medecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. 1 janv 2007;

21. Martins ES, Tavares TMCL, Lessa PRA, Aquino P de S, Castro RCMB, Pinheiro AKB. Tratamento com acupuntura: avaliação multidimensional da dor lombar em gestantes. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 11 juin 2018 [cité 17 nov 2019];52(0). Disponible à: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100418&lng=pt&tlng=pt
22. McCubbin T. Complementary and Alternative Medicine in an Integrated Health Care Delivery System: Users of Chiropractic, Acupuncture, and Massage Services. Perm J [Internet]. 2017 [cité 12 oct 2019]; Disponible à: <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2017/6475-integrated-health-care-delivery-system.html>
23. Eardley S, Bishop F., Prescott P. CAM use in Europe–The patients’ perspective. Part I: a systematic literature review of CAM prevalence in the EU.
24. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update: CAM use by general population. Int J Clin Pract. oct 2012;66(10):924-39.
25. Guillaud A, Darbois N, Allenet B, Pinsault N. Predictive factors of complementary and alternative medicine use in the general population in Europe: A systematic review. Complement Ther Med. 1 févr 2019;42:347-54.
26. Münstedt K, Funk D, Riepen T, Berkes E, Hübner J. Perceptions of German patients consulting a general practitioner or a gynaecologist on conventional medicine, naturopathy and holistic/alternative medicine. Eur J Integr Med. 1 avr 2019;27:45-51.
27. Rhee TG, Harris IM. Gender Differences in the Use of Complementary and Alternative Medicine and Their Association With Moderate Mental Distress in U.S. Adults With Migraines/Severe Headaches. Headache J Head Face Pain. janv 2017;57(1):97-108.
28. Vaidya V, Partha G, Karmakar M. Gender Differences in Utilization of Preventive Care Services in the United States. J Womens Health. févr 2012;21(2):140-5.
29. Manteuffel M, Williams S, Chen W, Verbrugge RR, Pittman DG, Steinkellner A. Influence of Patient Sex and Gender on Medication Use, Adherence, and Prescribing Alignment with Guidelines. J

Womens Health. févr 2014;23(2):112-9.

30. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. J Adv Nurs. mars 2005;49(6):616-23.

31. Smith JA, Braunack-Mayer A, Wittert G. What do we know about men's help-seeking and health service use? Med J Aust. 16 janv 2006;184(2):81-3.

32. Goodman A. Addiction: definition and implications. Addiction. nov 1990;85(11):1403-8.

33. Aubin H-J, LUQUIENS A, BORGNE A, BONNET N. De la tabacologie à l'addiction. La revue du praticien; 2012.

34. Allen AM, Oncken C, Hatsukami D. Women and Smoking: The Effect of Gender on the Epidemiology, Health Effects, and Cessation of Smoking. Curr Addict Rep. mars 2014;1(1):53-60.

35. Mayer-Levi C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris : place de l'acupuncture. Claude Bernard Lyon; 2010.

36. Geensen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes : [Thèse de médecine]. Lyon;

37. THIRIAT F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain [Travail de thèse]. [Nancy]: Lorraine; 2012.

38. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. Addiction. août 2004;99(8):1042-8.

39. Leroy M. Facteurs prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique [Thèse de médecine]. [Faculté de Médecine de Nantes]; 2019.

40. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole SG, Weeks GR, et al. Quitting experiences and preferences for a future quit attempt: a study among inpatient smokers. BMJ Open. 17 avr 2015;5(4):e006959-e006959.

41. Marques-Vidal P, Melich-Cerveira J, Paccaud F, Waeber G, Vollenweider P, Cornuz J. High

expectation in non-evidence-based smoking cessation interventions among smokers—The Colaus study. *Prev Med* [Internet]. 17 févr 2011 [cité 7 nov 2019]; Disponible à: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743511000648>

42. Träger-Maury S, Tournigaud C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, de Gramont A, Garcia-Lanicot M-L, et al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. *John Libbey Eurotext*. 11 nov 2017;1017-25.

43. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med*. févr 2005;11(1):42-9.

44. Busse JW, Heaton G, Wu P, Wilson KR, Mills EJ. Disclosure of natural product use to primary care physicians: a cross-sectional survey of naturopathic clinic attendees. *Mayo Clin Proc*. mai 2005;80(5):616-23.

45. Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF, on behalf of the Rios Net Clinicians. « They Don't Ask Me So I Don't Tell Them': Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *Ann Fam Med*. 1 mars 2009;7(2):139-47.

46. Burstein HJ. Discussing Complementary Therapies With Cancer Patients: What Should We Be Talking About? *J Clin Oncol*. juill 2000;18(13):2501-4.

47. Inglin S, Amsler S, Burton-Jeangros C, Arigoni F, Pargoux-Vallade C, Sappino A-P. Evaluation du recours aux médecines complémentaires chez les patients en suivi oncologique. *RevMedSui*. 2008;

48. Sicard S. Les médecines non conventionnelles : enquête sur leur définition et appropriation par 25 professionnels de santé de la presqu'île guérandaise en 2009 [Texte]. [Nantes]: Nantes; 2012.

49. Jacot Sadowski I, Ruffieux C, Cornuz J. Self-reported smoking cessation activities among Swiss primary care physicians. *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2009 [cité 17 nov 2019];10(1). Disponible à: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-22>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Age de la population étudiée	8
Figure 2 : Symptômes déclarés par les 60 patients qui ont présenté des signes de sevrage	9
Figure 3 : Thérapeute consulté par les patients ayant eu recours aux MCA	11
Figure 4 : Principale raison de recours aux MCA de la population étudiée	12
Figure 5 : Raison pour laquelle la population étudiée consulte un médecin pratiquant une MCA	13
Figure 6 : Satisfaction de la population étudiée concernant la prise en charge en MCA	13

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MÉTHODES.....	4
1. Type d'étude.....	4
2. Population étudiée.....	4
3. Randomisation des cabinets et envoi des questionnaires	4
4. Critères d'inclusion et de sélection des patients	5
5. Questionnaire	6
6. Protection des données	6
7. Traitement des données et analyses statistiques	7
RÉSULTATS	8
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	8
2. Sevrage tabagique	9
2.1. Symptômes présentés par la population étudiée au cours de leur sevrage.....	9
2.2. Méthode d'aide au sevrage tabagique utilisée par la population générale dans les 12 derniers mois	10
3. Recours aux MCA	11
3.1. Quelles MCA les patients choisissent-ils?	11
3.2. Par qui ont-ils été orientés ?.....	11
3.3. Quelle est la principale raison de leur recours aux MCA ?	12
3.4. Choisisent-ils un médecin ou un thérapeute non médecin ?	12
3.5. Satisfaction vis à vis de la prise en charge en MCA	13
3.6. Relation médecin-patient	14
DISCUSSION.....	15
1. Limites de l'étude	15
2. Caractéristiques de la population étudiée.....	17
3. Effets indésirables liés au sevrage tabagique	18
4. Le recours aux MCA dans le cadre du sevrage tabagique.....	20
5. Motivations et raisons de recours aux MCA.....	22
6. Relation médecin-patient.....	23
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
LISTE DES FIGURES	32
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES	I

ANNEXES :

Questionnaire relatif à l'utilisation des médecines complémentaires dans le cadre du sevrage tabagique

Le but de ce questionnaire est d'identifier les raisons pour lesquelles les personnes en cours de sevrage tabagique se tournent vers les médecines complémentaires afin d'adapter la prise en charge des médecins généralistes.

Nous invitons toute personne en cours de sevrage tabagique ou déjà sevrée à bien vouloir participer à cette étude. La participation est facultative.

En répondant à ce questionnaire, vous acceptez que vos données puissent être utilisées dans le cadre d'un travail de recherche pouvant donner lieu à une publication.

Les résultats de cette étude serviront de support à notre travail de thèse ; l'ensemble des données qui y seront mentionnées resteront anonymes et ne seront utilisées que dans le but de répondre à nos interrogations.

Les informations personnelles qui seront utilisées concernent l'âge, le sexe et la couverture sociale.

Les données peuvent être conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche.

Les personnes accédant à vos données sont soumises au secret professionnel.

Pour toute question relative au traitement de vos données ainsi qu'à l'exercice de vos droits, vous trouverez nos coordonnées ci-dessous :

alexandra.noyer@etud.univ-angers.fr

jean-marc.humbert@etud.univ-angers.fr

Merci de votre coopération.

Jean-Marc HUMBERT et Alexandra NOYER

Questions vous concernant

Q1. Age ?

- ☐ 16-25 ☐ 26-40 ☐ 41-65 ☐ 65 et plus

Q2. Sexe?

- ☐ Homme ☐ Femme

Q3. Votre couverture sociale ?

Avez vous une mutuelle?

- ☐ Oui
☐ Non

Etes vous bénéficiaire de la CMU, de l'ACS ou de l'AME ?

- ☐ oui
☐ non

Questions relatives aux médecines complémentaires

Q1. Durant votre sevrage tabagique, avez-vous présenté un ou plusieurs de ces symptômes? (cochez une ou plusieurs réponses) ?

- ☐ Constipation
☐ Envie de manger
☐ Prise de poids
☐ Agressivité
☐ Fatigue
☐ Difficulté de concentration
☐ Trouble du sommeil
☐ Tremblement
☐ Difficulté à gérer le stress

Q2. Avez-vous eu recours à une aide au sevrage tabagique durant ces 12 derniers mois ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- ☐ Non
- ☐ Oui avec une méthode médicamenteuse (nicotine sous toutes ses formes ; Zyban ; Champix ...)
- ☐ Oui avec la cigarette électronique
- ☐ Oui avec recours aux médecines complémentaires
- ☐ Oui avec recours aux méthodes conventionnelles et aux médecines complémentaires

Q3. Avez vous consulté un de ces thérapeutes durant les 12 derniers mois dans le cadre du sevrage tabagique ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- ☐ Hypnothérapeute
- ☐ Phytothérapeute
- ☐ Acupuncteur
- ☐ Méditation / Yoga
- ☐ Homéopathie
- ☐ Énergéticien (Magnétiseur, Reiki...)
- ☐ Mésothérapie
- ☐ Autre (Précisez) : _____

Q4. Par qui avez-vous été orienté vers ce type de thérapeute ?

- ☐ Votre médecin
- ☐ Entourage (familial, amical, professionnel)
- ☐ Recherches personnelles (lectures, internet...)

Q5. Quelle était la principale raison qui vous a amené à consulter ce type de praticien? (une seule réponse)

- ☐ Je souhaite me sevrer par d'autres méthodes que des médicaments
- ☐ Les médecines complémentaires m'aident davantage à lutter contre les effets secondaires du sevrage (anxiété, prise de poids, fatigue)
- ☐ Je pense que les médecines complémentaires sont plus efficaces dans le cadre du sevrage tabagique
- ☐ Je me sens davantage pris en compte dans ma globalité avec les médecines complémentaires
- ☐ Les médicaments utilisés en médecine conventionnelle peuvent avoir des effets secondaires
- ☐ J'ai des difficultés à parler de mon addiction au tabac et de ma volonté d'arrêter à mon médecin
- ☐ J'utilise les médecines complémentaires en plus de la médecine conventionnelle
- ☐ Les médecines complémentaires permettent d'être pleinement acteur de ma prise en charge du sevrage tabagique
- ☐ Les mérites des médecines complémentaires m'ont été vantés
- ☐ Autre (Précisez) : _____

Q6. Le praticien consulté était-il médecin ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q6a. Si oui, vous avez consulté un médecin pratiquant des médecines complémentaires car :

- ☐ Vous avez plus confiance en un médecin qu'en un thérapeute
☐ C'est pris en charge par la sécurité sociale et/ou mutuelle
☐ C'est votre médecin qui fait en plus ce type de pratique
☐ Autre

Q6b. Si non, vous avez consulté un thérapeute car :

- ☐ C'est une de vos relations qui vous en a vanté les mérites dans le cadre du sevrage tabagique
☐ Vous n'avez trouvé aucun médecin exerçant ce type de pratique
☐ C'est votre médecin qui vous l'a recommandé
☐ Autre (Précisez) : _____

Q7. Etes-vous satisfait des soins dispensés en médecine complémentaire :

- ☐ Très satisfait
☐ Satisfait
☐ Moyennement satisfait
☐ Pas du tout satisfait

Q8. Votre médecin est-il au courant que vous consultez des praticiens en médecine complémentaire ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q9. Si non, souhaiteriez-vous en parler avec lui ?

- ☐ Oui ☐ Non

Déterminants principaux du recours aux médecines complémentaires et/ou alternatives dans le cadre du sevrage tabagique en médecine générale en Maine-et-Loire

RÉSUMÉ

Introduction : Le recours aux médecines complémentaires et/ou alternatives (MCA) connaît un essor croissant depuis le début des années 2000. Aussi, dans le cadre du sevrage tabagique, de nombreux patients ont recours à ce type de médecine. Or, si nous savons, grâce à de nombreuses études, que les patients suivis en oncologie ont recours aux MCA pour pallier aux effets secondaires des chimiothérapies (douleur principalement), aucune étude n'a été réalisée afin de connaître les motivations des patients en cours de sevrage tabagique à se tourner vers ce type de médecine. Nous supposons que les patients ont recours aux MCA pour faire face aux effets secondaires du sevrage tabagique.

Méthodes : Etude descriptive transversale analytique réalisée sous forme d'un questionnaire anonyme rempli par les patients, mis en libre accès en salle d'attente de cabinet de médecine générale entre février 2019 à juillet 2019.

Conclusion : Bien que notre étude ne soit pas statistiquement représentative, il en ressort que 39 patients sur les 67 ayant répondu à notre étude se tournent vers les MCA pour le sevrage tabagique avec une préférence pour l'acupuncture. Les patients de notre étude ont recours aux MCA car ils souhaitent se sevrer sans avoir recours aux médicaments. Nos résultats semblent être en accord avec ceux de la littérature.

Mots-clés : Sevrage tabagique – Médecines complémentaires et/ou alternatives – MCA

Main determinants of the use of complementary and / or alternative medicine in the context of smoking cessation in general practice in Maine-and-Loire

ABSTRACT

Introduction: The use of complementary and/or alternative medicine (CAM) has been growing since the early 2000s. Also, in the context of smoking cessation, many patients use this type of medicine. However, while we know from numerous studies that patients undergoing oncology care use CAM to overcome the side effects of chemotherapy (mainly pain), no studies have been conducted to determine the motivations of patients undergoing smoking cessation to turn to this type of medicine. We assume that patients use CAM to cope with the side effects of smoking cessation.

Methods: Analytical and descriptive cross-sectional study carried out in the form of an anonymous questionnaire completed by patients, placed in free access in the waiting room of general practitioner's office between February 2019 and July 2019.

Conclusion: Although our study is not statistically representative, it shows that 39 of the 67 patients who responded to our study turn to CAM for smoking cessation, with a preference for acupuncture. Patients in our study use CAM because they want to wean themselves off without using medication. Our results seem to be in agreement with those of literature.

Keywords : Smoking cessation – Complementary and/or alternative medicine – CAM