



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE
MENTION : Psychiatrie et Santé Mentale

L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT FUMEUR
ETUDE OBSERVATIONNELLE D'UN PROGRAMME D'AIDE AU SEVRAGE
TABAGIQUE DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS MEDICAUX ET DE
READAPTATION

Présenté et soutenu publiquement le 05 juillet 2023 à Lille
Pôle Formation Henri Warembourg
Par Benjamin MARESCAUX

MEMBRES DU JURY :

Président du jury :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignante infirmière :

Madame Séverine BOUKLATA

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur Sylvain BALOIS

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

REMERCIEMENTS :

- Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Sylvain BALOIS, pour son accompagnement, ses conseils avisés et sa disponibilité.
- Je remercie le jury pour l'intérêt porté à ce travail et pour leur présence à la soutenance de ce mémoire.
- Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique pour son investissement, qui a permis le développement de cette formation et qui encourage l'émergence de la pratique avancée.
- Je tiens à remercier plus particulièrement :

Monsieur le Professeur PUISIEUX, pour son dévouement.

Madame GODEFFROY, pour sa disponibilité et son soutien.

Les enseignantes infirmières, Madame BOUKLATA, Madame KOZLOWSKI, Madame BARGIBANT, pour leur écoute et leur bienveillance.

- Je remercie les personnes qui sont intervenues dans les enseignements délivrés au cours de ces deux années et qui ont contribué à l'enrichissement de mes connaissances.
- Je remercie la direction de La Clinique La Mitterie qui m'a permis d'accéder à cette formation professionnelle.
- Je remercie Madame le Docteur JASSERAND de m'avoir soutenu tout au long de cette aventure.
- Je remercie ma femme, Alexandra, pour son soutien et sa patience ; mes enfants, Maëlle et Sacha, qui remplissent mon quotidien de rires et de joie.
- Je remercie mes parents et mon frère Kevin, pour leur présence et leur soutien inconditionnel.
- Je remercie mes collègues de promotion : nos échanges m'ont permis de m'enrichir sur le plan personnel et professionnel.
- Je remercie mes collègues et amis de la Clinique La Mitterie pour leur soutien et leurs encouragements.
- Enfin, je tiens à remercier le Docteur DJEDIR et le Professeur ZERBIB pour leur accompagnement.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....

SOMMAIRE.....

GLOSSAIRE.....

INTRODUCTION GENERALE.....

I – INTRODUCTION.....

 A - CADRE THEORIQUE.....

 B – CONTEXTE.....

 C – CONSTAT.....

II – METHODE.....

III – RESULTATS.....

IV – ANALYSE ET DISCUSSION.....

CONCLUSION.....

BIBLIOGRAPHIE.....

TABLES DES MATIERES.....

LISTE DES FIGURES.....

ANNEXE.....

GLOSSAIRE

APA : Activité Physique Adaptée

AST : Aide au Sevrage du Tabac

BPCO : Bronchopneumopathie obstructive

CM : Conseil Minimal

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CO : Monoxyde de Carbone

CV : Cardio-vasculaire

DSI : Directrice des Soins Infirmiers

EM : Entretien Motivationnel

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hospitalisation De Jour

IPA : Infirmier(ère) en Pratique Avancée

LSST : Lieu de Santé Sans Tabac

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

RESPPAD : Réseau de prévention des addictions

RHST : Réseau Hôpital Sans Tabac

SMR : Soins Médicaux et de réadaptation

TSN : Traitements de Substitution Nicotinique

INTRODUCTION GENERALE

Au sein du service d'addictologie dans lequel je travaille, il existe un programme d'Aide au Sevrage du Tabac animé par des médecins, des psychologues et des infirmières formés et expérimentés.

Les patients accueillis présentent très souvent une co-addiction au tabac. Il a d'ailleurs été prouvé qu'il existe une forte corrélation positive entre consommation d'alcool et consommation de tabac. En effet, chez les personnes alcoolodépendantes, les études montrent une prévalence du tabagisme entre 83 et 100 % (Friedman G.D. et al., 1991) (Marmet S. et al., 2014).

Dans notre service, des patients présentant un tabagisme en plus d'une autre conduite addictive sollicitent, en début ou au décours de leur hospitalisation, l'aide d'un professionnel de santé afin d'être accompagnés dans leur arrêt du tabac.

Malgré une restructuration du parcours de soins d'Aide au Sevrage du Tabac (AST), permettant d'articuler une prise en charge individuelle avec un travail de groupe, j'ai remarqué que certains de ces patients n'accèdent pas à une consultation avec un tabacologue.

Cette situation récurrente est à l'origine de mon questionnement :

Serait-il possible que le programme d'Aide au Sevrage du Tabac existant dans mon établissement de santé montre des défaillances ? et si oui, lesquelles ? Et comment y remédier ?

Je développerai ce travail de la façon suivante :

- Je présenterai en introduction un aperçu des connaissances actuelles sur le tabagisme en France, le contexte puis le constat à l'origine de cette l'étude.
- J'expliquerai la méthode choisie.
- J'exposerai les résultats.
- Et enfin, j'analyserai et je vous soumettrai la discussion des résultats obtenus.

I - INTRODUCTION

A - CADRE THEORIQUE.

1. Le tabagisme et ses conséquences en France.

a. Épidémiologie de l'usage du tabac :

Le tabac reste la première substance psychoactive, mais également la drogue licite la plus consommée en France selon L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives). En effet, sur les 51 millions de jeunes et adultes (entre 11 et 75 ans), 37 millions de personnes déclarent avoir déjà expérimenté le tabac. On dénombre 15 millions de fumeurs dans l'année, dont 12 millions sont des consommateurs quotidiens, soit 26% des 18-75 ans (29% des hommes et 22% des femmes) (Douchet, 2022).

La consommation moyenne d'un fumeur est de 13 cigarettes par jour. Les cigarettes représentent près de 79% des ventes de tabac contre moins de 17% pour le tabac à rouler et moins de 6% pour les ventes regroupant les autres formes de tabac.

L'OFDT note une diminution de l'usage du tabac depuis les années 1990, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cependant le tabagisme quotidien reste fréquent en France, cette pratique est même plus élevée en comparaison à d'autres pays de même niveau économique (Douchet, 2021).

Entre 1992 et 2020, la part des hommes fumeurs quotidiens est passée de 40,3% à 29,1%, soit une diminution de 11,2 points. Alors que dans la même période on constate chez les femmes une diminution de 5,4 points : de 27,4% à 22%. Santé Publique France note cependant un recul de la diminution de la prévalence du tabagisme en 2020-2021. La crise sanitaire et sociale liée au Covid-19 pourrait expliquer ce phénomène (Pasquereau et al, 2021).

La France reste un des pays d'Europe occidentale les plus touchés par le tabagisme actif au cours de la grossesse avec 20 à 25% de consommation quotidienne chez les femmes enceintes. Et nous connaissons désormais les conséquences délétères du tabagisme sur le développement fœtal.

S'agissant du tabagisme chez les jeunes, il s'avère que cette tendance à la diminution se confirme : ainsi, 1 adolescent de 17 ans sur 4 (25%) fume tous les jours, contre 4 sur 10 (41%) en l'an 2000. L'OFDT précise tout de même qu'il convient de rester vigilant sur ces chiffres,

qui ne considèrent pas l'usage de la chicha ou d'autres modes de consommation de la nicotine telle que la vapoteuse.

Nous retiendrons également que la prévalence du tabagisme est doublée selon le niveau de formation : 17,3% parmi les personnes détenant un diplôme supérieur au baccalauréat, 35,8% chez les personnes qui n'ont pas de diplôme. Elle est également nettement plus forte parmi les personnes au chômage (43,9% en 2020) que parmi les étudiants et inactifs (24,3%) et les actifs occupés (27,1%). Par ailleurs, à 17 ans, les jeunes en apprentissage et les jeunes sortis du système scolaire sont respectivement 47,3% et 57% à fumer tous les jours, contre 22% parmi les élèves ou étudiants. Ces chiffres nous renvoient aux inégalités sociales de santé qui semblent continuer de se creuser dans le domaine des conduites addictives (Pasquereau et al, 2021).

b. Conséquences sanitaires du tabac :

Le tabac est un facteur de risque majeur mais également la première cause de mortalité évitable non transmissible selon la Haute Autorité de Santé (HAS), avec plus de 75 000 décès par an en France (cancers, maladies cardio-vasculaires, respiratoires, etc.). Cette « arme de destruction massive » est au cœur de nombreuses discussions et le fer de lance de bon nombre de professionnels de la santé. Ce fléau fait régulièrement l'objet de campagnes de prévention et est l'une des cibles prioritaires de la promotion de la santé nationale.

Le Baromètre de Santé publique France estime qu'en 2015 (derniers chiffres en date, publiés en 2019), 75 320 décès sont attribuables au tabagisme sur les 580 000 décès enregistrés dans la métropole, soit l'équivalent de 13% de la mortalité annuelle. 55420 décès chez les hommes (19,3% des décès dans l'année) et 19 900 décès chez les femmes (6,9% des décès dans l'année) (Bonaldi et al, 2019).

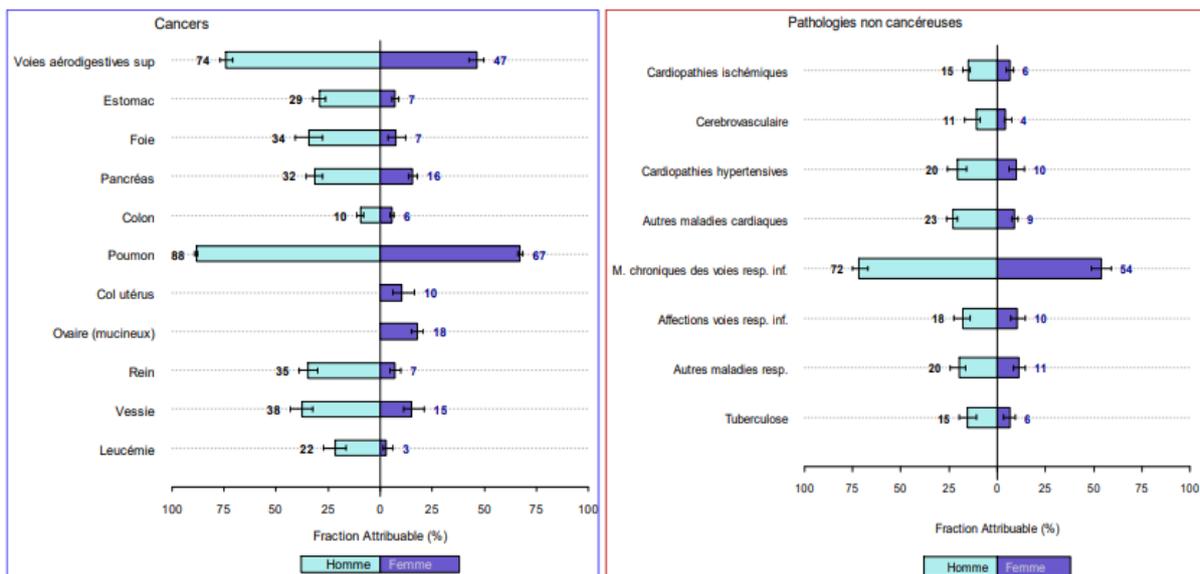
A titre de comparaison, Santé publique France établit que le Covid-19, qui semble avoir marqué nos esprits et modifié nos représentations sociétales face à notre vulnérabilité, a causé la mort de 69 000 Français en 2020 (10,4% des décès enregistrés). Ainsi, le tabac semble plus mortel qu'une pandémie similaire au Covid-19 chaque année !

Les cancers, dont majoritairement le cancer du poumon, sont en tête du classement des causes de décès attribuables au tabac (Hill et al, 2010) (Bonaldi, 2019).

Tableau 1 : Nombre de décès attribuables au tabac par cause en 2015 selon Santé publique France (Bonaldi, 2019) :

| CAUSES | HOMME | FEMME | TOTAL |
|-----------------------------|--------|-------|--------|
| CANCERS | 36 577 | 9 868 | 46 445 |
| MALADIES CARDIO-VASCULAIRES | 11 135 | 5 526 | 16 661 |
| MALADIES RESPIRATOIRES | 7 675 | 4 492 | 12 167 |

RÉSULTATS FRACTIONS DES DÉCÈS ATTRIBUABLES AU TABAGISME, FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2015



Bonaldi C et coll. BEH 2019 (15):278-284. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html

32

Graphique 1 : Fraction des décès attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015 selon Bonaldi et Coll., 2019.

Le bilan des décès attribuables au tabac en 2015 est de :

- 1 décès sur 8
- 1 décès masculin sur 5
- 1 décès féminin sur 14

Le tabac est une cause majeure de mortalité prématurée (entre 35 et 64 ans) :

- 1 décès masculin sur 3
- 1 décès féminin sur 5

Entre 2000 et 2015, la proportion des décès liée au tabac chez les hommes a diminué (baisse de 10% environ). Au contraire, chez les femmes, les décès liés au tabac ont plus que doublé. Les changements de comportement à partir des années 60 semblent à l'origine de ces évolutions avec notamment une diminution du tabagisme chez les hommes et une hausse chez les femmes (Bonaldi et al, 2021).

Tableau 2 : Nombre de décès attribuables au tabac par cause en 1999 selon l'Inserm (Peto R. et al., 2000)

| 1999 | HOMME | | FEMME | |
|-----------------------------|-----------------|--|-----------------|--|
| | Nombre de décès | Nombre de décès attribuables au tabac (Fraction Attribuable) | Nombre de décès | Nombre de décès attribuables au tabac (Fraction Attribuable) |
| Cancers | 86 903 | 32 000 (36%) | 56 946 | 2 500 (4%) |
| Poumon | 20 867 | 19 000 (91%) | 4 329 | 1 900 (44%) |
| ORL, œsophage | 9 621 | 5 900 (61%) | 1 588 | 300 (18%) |
| Autre | 56 415 | 6 700 (12%) | 51 029 | 300 (1%) |
| Maladies cardio-vasculaires | 76 075 | 10 500 (14%) | 88 844 | 1 400 (2%) |
| Maladies respiratoires | 22 425 | 8 300 (37%) | 21 416 | 2 200 (10%) |
| Autre | 89 361 | 8 300 (9%) | 95 489 | 1 300 (1%) |
| Toutes causes | 274 764 | 59 000 (21%) | 262 695 | 7 400 (3%) |

L'OFDT rappelle qu'il existe de fortes disparités régionales dans la mortalité liée au tabagisme. Notre région semble particulièrement touchée. En effet, la part attribuable des décès dans les Hauts de France est de 14,5% (3^{ème} région de France la plus touchée), avec le triste record de 23,2% de décès liés au tabac chez les hommes.

Je retiendrai également ces informations (Doll et al, 2004) :

- Les fumeurs meurent en moyenne 10 ans plus tôt que les non-fumeurs (le tabac représente donc un quart des décès qui surviendront avant l'âge de 70 ans).
- La moitié au moins des fumeurs chroniques vont mourir d'une maladie liée au tabac.

c. Impacts économiques du tabac :

Le tabac est également au centre d'enjeux économiques importants, il est une manne de revenus pour les grandes firmes productrices de tabac. L'industrie du tabac a reversé environ 16 milliards d'euros à l'Etat Français en 2020 (enquête de l'ACT (Alliance Contre le Tabac) réalisée en novembre 2020).

Le tabac rapporte au gouvernement !

Cette idée reçue semble persister, mais les conséquences du tabagisme représentent un coût indéniable pour la société : les soins liés au tabagisme s'élèveraient à plus de 26 milliards d'euros par an. En 2015, Pierre-Alexandre Kopp, professeur d'économie à l'université Panthéon-Sorbonne, estime à 120 milliards d'euros le coût social du tabac (dépenses liées au prélèvement des taxes, dépenses de prévention, de soins, mais également moyens humains ou encore moyens déployés pour compenser la perte de la qualité de vie des malades). Cela ne représente pas moins de 1800 euros par an et par français (Kopp P.A.,2015).

« Le tabac creuse les inégalités sociales et de santé »

Comme nous l'avons vu précédemment, le tabagisme touche davantage les personnes avec un niveau d'étude et/ou des revenus plus faibles.

« Plus le revenu est faible, plus la prévalence du tabagisme quotidien est élevée »
déclare l'ACT en 2022.

L'ACT a constaté, dans le cadre de son étude, que chaque fumeur dépense en moyenne 207 euros par mois pour subvenir à sa consommation, soit près de 2 500 euros par an. Le budget consacré au tabac peut représenter jusqu'à 30% des dépenses d'un ménage vivant sous le seuil de pauvreté. 1 français sur 5 affirme avoir déjà renoncé à certains achats (parfois de première nécessité) ou activités pour se permettre d'acheter des cigarettes. Le tabagisme affecte la santé et accroît les difficultés financières des personnes les plus modestes. Certaines personnes,

dépendantes toute leur vie, auront dépensé entre 100 000 et 200 000 euros au cours de leur existence.

Le tabac tue ! Le tabac coûte cher ! Désormais, Tout le monde le sait !

Mais alors, pourquoi certaines personnes qui le désirent, n'arrivent-elles pas à se débarrasser du tabac ?

Nous répondrons à cette question simple par une réponse évidente :

Il est difficile d'arrêter de fumer !

2. L'addiction au tabac ¹.

a. Notion de conduites addictives :

Les conduites addictives sont caractérisées, entre autres, par :

- La perte de contrôle des consommations de substances psychotropes : elles deviennent ritualisées, automatiques voire compulsives. La substance est prise en quantité et/ou en durée supérieures à celles escomptées initialement.
- La persistance du comportement malgré la conscience des conséquences néfastes sur la santé ou l'environnement social.
- L'apparition de symptômes dits « pharmacologiques » tels que le phénomène de tolérance (augmentation progressive des consommations, qui deviennent plus importantes et/ou plus fréquentes, afin d'obtenir les mêmes effets) ou de sevrage (apparitions de signes physiques ou psychiques, lors de l'arrêt des prises de substances).

Le tabac peut engendrer une forte dépendance physique et psycho-comportementale, il peut donc être difficile d'arrêter de fumer. Afin d'accompagner les personnes qui le désirent, à diminuer ou cesser leur consommation de tabac, il me semble nécessaire de connaître les mécanismes neurophysiologiques, mais également les liens profonds qu'entretiennent les fumeurs avec leurs habitudes de consommation de tabac.

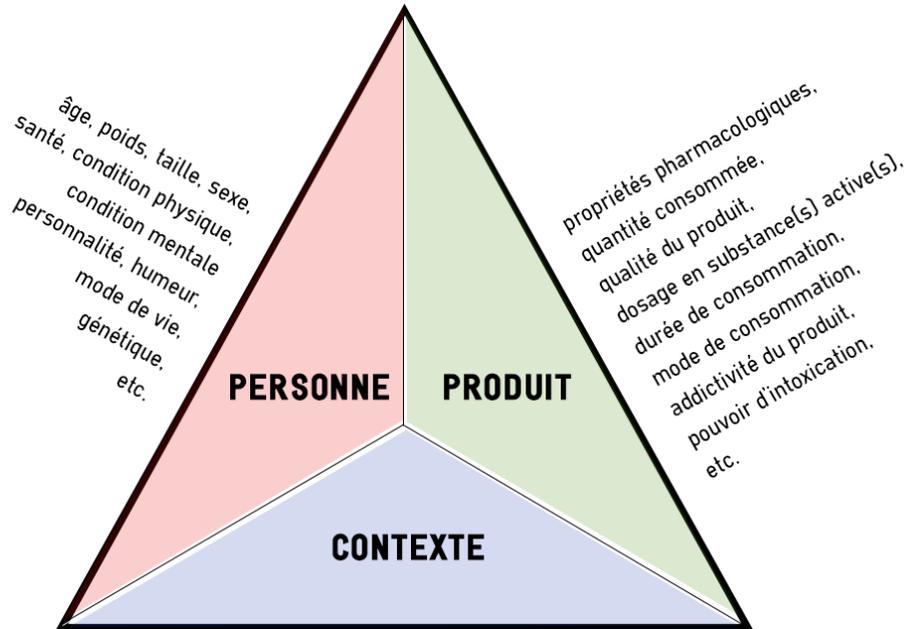
¹ - DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd) (2015)

- Collège national des universitaires en psychiatrie. *Référentiel de psychiatrie et addictologie* (2016)

IMPORTANT

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour comprendre

- les effets de la consommation
- le consommateur



A/ contexte social :

milieu de vie, conditions de vie, situation sociale, équilibre relationnel, schéma familial, culture, religion, lois/règlements, publicité, etc.

B/ contexte de la consommation,

environnement physique lors de la prise, accessibilité au produit, influence de groupe, etc.

Triangle multifactoriel de Claude Olievenstein



Schéma 1 : Triangle Multifactoriel des addictions de Claude Olievenstein (1987)

b. Le produit : composition d'une cigarette :

Anatomie d'une tueuse en série.

Plus de 2500 composés chimiques sont contenus dans le tabac non brûlé. Lorsque l'on allume une cigarette, c'est environ 4000 substances que l'on inhale, dont beaucoup sont irritantes, toxiques ou cancérogènes (Santé publique France, s.d.).

On y trouve la nicotine, les goudrons, les agents de saveurs et de nombreux autres composants, comme l'ammoniac, l'acide cyanhydrique, les gaz toxiques comme le monoxyde de carbone (CO) et des métaux lourds (le plomb, le mercure, le chrome, etc.).

Nous allons évidemment nous intéresser à la nicotine. Dès lors que celle-ci est absorbée par l'organisme, plusieurs réactions se produisent :

- La fréquence cardiaque s'accélère
- La pression artérielle augmente
- Les vaisseaux sanguins se rétrécissent
- Les muscles se relâchent
- Le fonctionnement du cerveau se modifie

c. Action neurophysiologique de la nicotine :

La nicotine n'est pas nocive pour notre organisme dans les doses présentes dans le tabac. Cependant, c'est la seule substance qui entraîne la dépendance, elle peut apparaître dès les premières semaines d'exposition, même dans le cadre d'une consommation faible. La nicotine a un fort pouvoir addictogène, elle entraîne une dépendance physique. (Tabac info service, s.d.).

Faure P. & Seutin V. (2020) rapportent que la nicotine se fixe sur les récepteurs nicotiniques présents dans le cerveau en remplacement de l'acétylcholine. Comme d'autres substances psychoactives, notamment celles que l'on nomme drogues d'abus, elle génère une hyperactivation du circuit de la récompense. Ce circuit est une voie neuronale responsable de la motivation et de la recherche de récompenses. Il est composé de plusieurs régions cérébrales, comme le noyau accumbens, l'aire tegmentale ventrale, le cortex préfrontal et le système limbique.

Ainsi, la nicotine provoque une libération importante de dopamine dans le noyau accumbens. La dopamine est un neurotransmetteur jouant un rôle important dans la régulation des humeurs, la motivation et la sensation de plaisir. La libération de dopamine augmente la probabilité que la personne répète le comportement.

L'utilisateur ressent donc du plaisir et cela renforce d'autant plus le système de récompense. La nicotine agit rapidement : entre 7 et 10 secondes après inhalation d'une bouffée de cigarette. Ce « pic » de nicotine et la libération quasi-immédiate de dopamine au niveau cérébral est en partie responsable du pouvoir addictogène de la nicotine.

Je cite l'ouvrage « *le tabac en questions* » :

Il est intéressant de signaler ici que la nicotine est la drogue la plus addictive qui soit, en tous cas si l'on fait le rapport entre le pourcentage de personnes dépendantes d'un produit et le pourcentage de personnes qui en ont consommé au moins une fois. D'après une étude qui fait autorité, ce rapport est de 32% pour la nicotine, alors qu'il est de 23% pour l'héroïne et de 15% pour l'alcool.

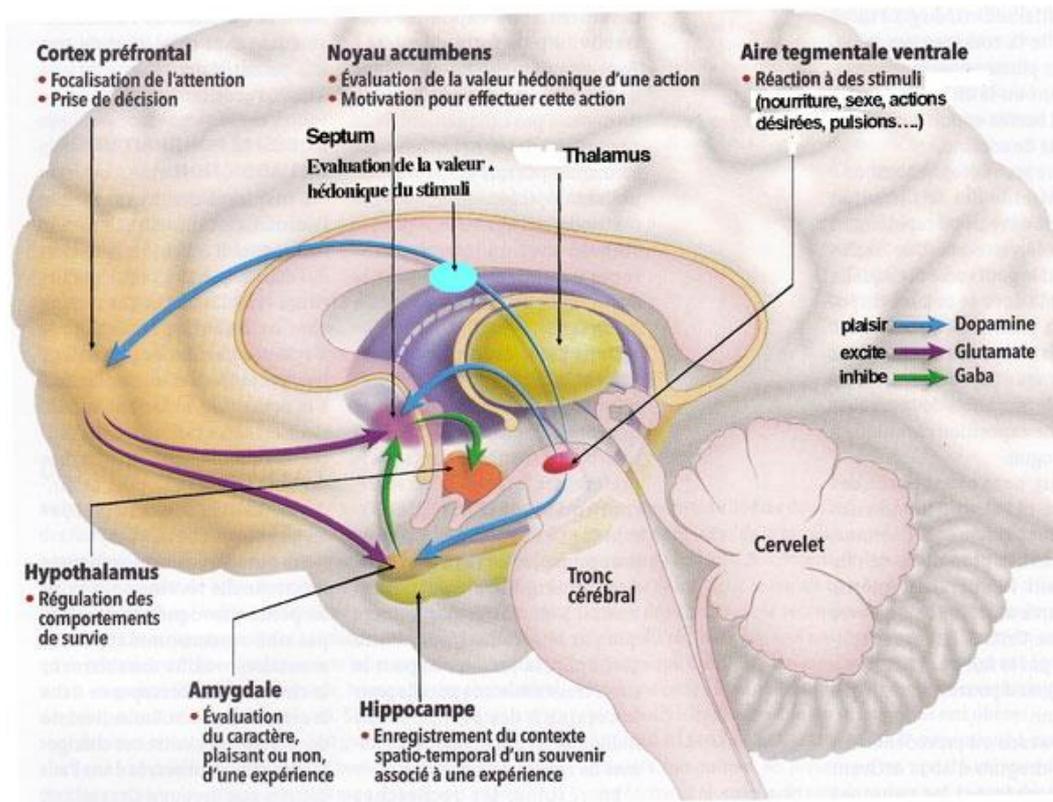


Schéma 2 : Le rôle du circuit de la récompense dans la dépendance au tabac (Tassin JP, 2002)

L'exposition régulière à la nicotine entraîne rapidement la désensibilisation des récepteurs nicotiques et la multiplication de ceux-ci (phénomène d'*up-regulation* : augmentation du nombre de récepteurs à la surface des neurones). De plus, les effets de la nicotine sont relativement courts, avec une demi-vie de 2 heures environ. Ce qui pousse le fumeur à réitérer le comportement. Ainsi, si la nicotine n'est pas fréquemment absorbée, l'utilisateur ressent des signes de manque :

- Envies de fumer (craving)
- Anxiété
- Irritabilité

- Manque de concentration
- Etourdissements
- Maux de tête
- Tremblements
- Difficultés à dormir
- Augmentation de l'appétit
- Syndrome dépressif

Comme nous l'explique également Philippe Faure et Vincent Seutin (également dans l'ouvrage : le tabac en questions, 2020), l'installation de la dépendance implique une succession de modifications neuronales complexes (principalement synaptiques) dans divers circuits cérébraux. Interviennent alors des phénomènes de renforcement positifs (plaisir), de renforcement négatifs (soulager le malaise lié au manque) et la dépendance psychologique (difficultés à se projeter sans consommer).

d. La personne et le contexte de consommation :

L'installation de la dépendance à la nicotine est également modulée par des facteurs génétiques, psychiques et environnementaux.

Le tabac peut engendrer une dépendance physique, mais également une dépendance psychologique et comportementale. Ces dernières peuvent même perdurer plusieurs années après l'arrêt du tabagisme.

Dépendance psychologique :

La cigarette est perçue par le fumeur comme un moyen de se procurer du plaisir, de gérer son stress, de faire face à l'anxiété ou la tristesse, de se concentrer, ou améliorer ses capacités, etc. Cela est lié aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure la sensation de plaisir, une stimulation intellectuelle et une action anxiolytique (en réalité, cette anxiolyse ressentie semble souvent être due à l'apaisement du syndrome de manque résultant de l'apport de nicotine au niveau cérébral).

Dépendance comportementale :

Les fumeurs associent la consommation de cigarettes à un contexte, des circonstances, des moments de la journée, à des personnes ou encore à des lieux (soirées entre amis fumeurs,

pauses professionnelles, fumer après le repas, lors de la conduite automobile, etc.). De nombreux éléments peuvent susciter l'envie mécanique, automatique de fumer.

3. Traitement du tabagisme.

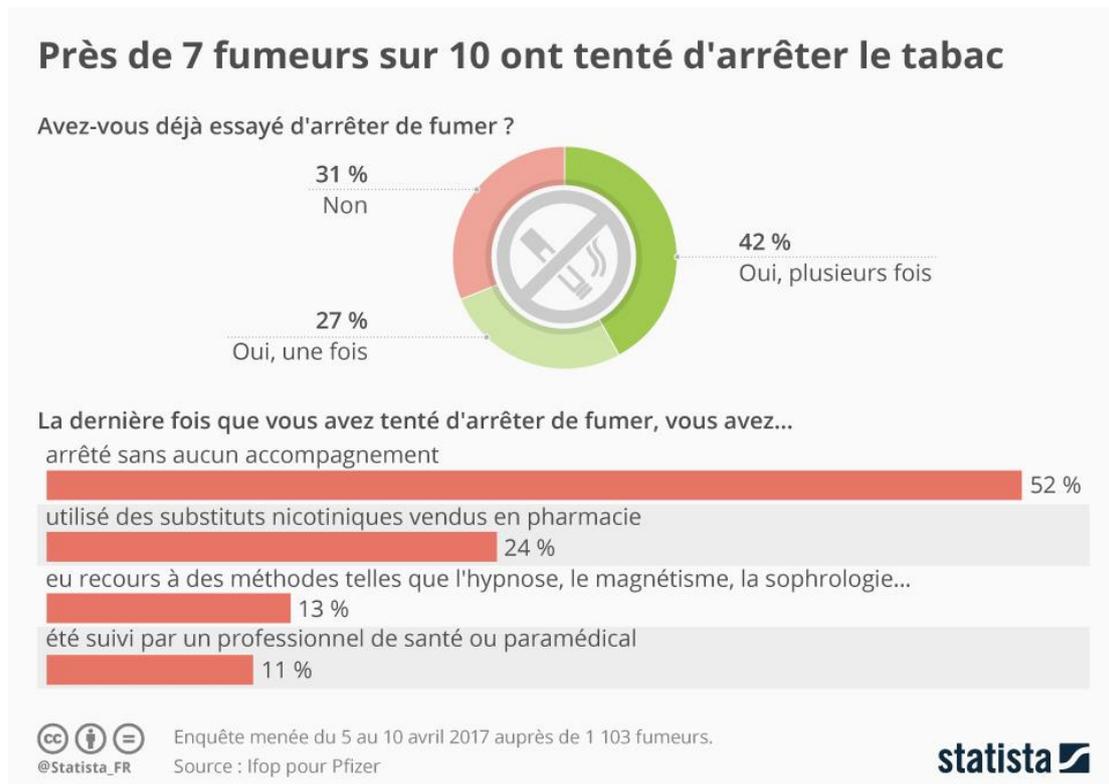
a. Les fumeurs veulent-ils changer ?

La diffusion des recherches sur la nocivité du tabagisme, qu'il soit actif ou passif, les nombreuses campagnes et actions de prévention entreprises depuis les années 90, mais également les mesures légales entreprises sur la taxation du tabac et les interdictions de fumer dans les lieux publics ont sans doute permis de changer les mentalités et semblent avoir profondément modifié le tabagisme des Français (Bartsch, 2014). Le « paysage tabagique français » a subi un réel changement de paradigme depuis les années 1980.

Désormais 6 fumeurs sur 10 déclarent souhaiter arrêter de fumer (Pasquereau A. et al, 2018). La HAS considère que 97 % d'entre eux n'y arrivent pas sans aide (cependant, « aide » ne signifie pas forcément avoir recours à un accompagnement médical) (HAS, 2014).

Santé Publique France note que près de 30% des fumeurs ont tenté un arrêt au cours des 12 derniers mois en 2020 (plus de 33% en 2019) (Pasquereau A., 2021).

Enfin, un sondage réalisé par l'Ifop (Institut français d'opinion publique) révèle que 69% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer. 42% des fumeurs interrogés déclarent même avoir essayé plusieurs fois. Je soulignerai que d'après ce sondage, seule une minorité de personnes rapporte avoir été suivi par un professionnel de santé, médical ou paramédical lors de leur dernière tentative d'arrêt.



Graphique 2 : Résultats d'un sondage Ifop réalisé en 2017.

Pourquoi les fumeurs veulent-ils arrêter de fumer ?

- Pour diminuer le risque de maladie
- Pour protéger les autres
- Pour faire des économies (surtout)
- Pour ne plus être marginalisés ou stigmatisés
- Etc.

Comme m'a enseigné un tabacologue : « *il peut être difficile d'arrêter de fumer. Le plus important est d'avoir envie d'arrêter. Si l'on en ressent le besoin, il ne faut surtout pas hésiter à se faire accompagner et les substituts nicotiques peuvent être d'une grande aide* ».

b. Accompagner le patient fumeur :

Selon la HAS, un fumeur a plus de chance d'arrêter le tabac s'il est suivi par un professionnel (médecins, infirmières, psychologues, etc.). L'accompagnement au long cours et le soutien psychologique sont la base de la prise en charge (2019).

La HAS préconise aux soignants d'inciter chaque fumeur à arrêter :

« Le repérage systématique des fumeurs est donc capital. Tous les patients devraient être interrogés sur leur éventuelle consommation de tabac afin de pouvoir bénéficier d'une aide au sevrage »

L'accompagnement du patient fumeur comprend :

- Le conseil d'arrêt.
- La sensibilisation des risques du tabagisme et surtout les bénéfices à l'arrêt.
- L'évaluation de la motivation, par exemple l'explication au patient du modèle de Prochaska et Diclemente.
- L'évaluation du niveau de dépendance grâce à des outils standardisés tels que le test de Fagerström ou le test de Horn.
- L'évaluation et le suivi du taux de Monoxyde de Carbone (CO) dans l'air expiré, reflétant le degré d'intoxication tabagique.
- Des consultations spécifiques dédiées à la prise en charge de l'arrêt du tabac.
- Le recours à des traitement de substitution nicotinique si le patient est dépendant physiquement.
- Le recours à des outils ayant une efficacité démontrée tels que les entretiens motivationnels, les thérapies cognitivo-comportementales, le soutien téléphonique et les outils d'autosupport.
- La prévention du risque de rechute.

c. Rôle des professionnels tabacologues :

Les professionnels formés en tabacologie peuvent encourager et accompagner les patients à arrêter de fumer tout au long de leur démarche. Ils informent le patient des différentes possibilités d'aide comme les traitements de substitution nicotinique (TSN), les ressources disponibles ou les programmes d'aide au sevrage du tabac. Ils fixent des objectifs en accord avec le patient et peuvent élaborer un plan d'action, comme par exemple, fixer une date d'arrêt. Les tabacologues sont exercés aux techniques de l'entretien motivationnel.

d. Les traitements médicamenteux :

Ces traitements ont pour but de soulager les symptômes de sevrage liés au manque de nicotine. Les traitements de substitution nicotinique sont les traitements de première intention. Les tabacologues connaissent leurs indications, leurs durées d'action et savent adapter le dosage et la posologie afin de renforcer leur efficacité. Le recours combiné à différentes formes galéniques de substituts est possible voire recommandé, en fonction des besoins du patient. La connaissance du patient et de ses habitudes de consommation sont importants dans la mise en place et l'ajustement de ces traitements.

Les professionnels adaptent régulièrement les substituts en accord avec le patient afin de favoriser l'observance des traitements proposés.

Les traitements de substitution nicotinique préconisés sont :

- Les patchs nicotiniques transdermiques.
- Les gommes à mâcher.
- Les comprimés ou pastilles.
- Les inhalateurs.
- Les sprays buccaux.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvre les droits de prescriptions des substituts nicotiniques à des catégories de professionnels tels que les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ². De plus, depuis le 1^{er} janvier 2019 les TSN sont remboursés sur prescription à hauteur de 65 % par l'assurance maladie.

D'autres traitements existent, comme la varénicline et le bupropion. Ces traitements de deuxième intention sont uniquement délivrés sur prescription médicale.

Les modes de consommation de la nicotine tels que la vapoteuse, très en vogue, ne sont pas reconnues comme des produits de santé et ne doivent pas être proposés en première intention. Leur efficacité en tant que moyen de sevrage n'a pas été prouvée et des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'évaluer les risques et/ou les avantages. Cependant, le professionnel de santé ne doit pas diaboliser leur usage, au risque que les vapoteurs reviennent vers le tabac et s'exposent à ses nombreuses substances toxiques et cancérigènes. Le professionnel doit plutôt proposer des moyens reconnus et dont l'efficacité a été démontrée ou

² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal officiel du 27 janvier 2017

encourager le vapoteur à se diriger vers une diminution progressive, puis un arrêt de l'utilisation de ces dispositifs.

e. L'entretien motivationnel :

Méthode de communication, à la fois directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller & Rollnick, 1991).

Cette méthode reconnue consiste à suivre le patient dans la réalisation de ses objectifs face à ses consommations de tabac en évitant de faire émerger des résistances au changement de comportement. L'entretien a pour but de renforcer la motivation du patient tout en levant les freins à l'arrêt du tabac, il permet également de rassurer la personne en désamorçant ses appréhensions. Lors de ces rendez-vous, le professionnel établit une alliance thérapeutique dans un contexte d'empathie et d'écoute bienveillante. Il tient compte des représentations, du ressenti, du vécu de personne, mais également des avantages que le fumeur tire de son tabagisme. Il évalue les connaissances du patient (afin de lui transmettre les informations nécessaires), mais peut également le confronter à son ambivalence (qui peut faire partie intégrante des conduites addictives et du processus de changement).

Les attitudes et les actions du soignant dépendent du stade de changement du patient. En effet, le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente suppose que le fumeur passe par une succession d'étapes avant d'arrêter de fumer. La HAS a d'ailleurs établi des recommandations sur les attitudes à adopter selon le stade de changement comportemental du patient (recommandations adaptées de Girardot et coll., 2012).

Changement transthéorique de Prochaska et DiClemente



PROCHASKA & NORCROSS, 2010.
O'DONNELL - GOLDING, 2014

PhD2050, 2018

Schéma 3 : Théorie du changement comportemental selon Prochaska et DiClemente

En règle générale, les fumeurs sont conscients des risques, et il semble préférable d'informer sur les bénéfices de l'arrêt du tabac afin d'augmenter les chances d'impulser le désir d'entreprendre un sevrage tabagique. Il serait d'ailleurs illusoire d'imaginer que les personnes qui pensent à l'arrêt du tabac soient toutes prêtes à le faire. Cela serait trop facile (paroles de tabacologues).

« La peur des conséquences négatives engendre peu ou pas de changement. (Inutile de rappeler à un fumeur que le tabac est mauvais pour la santé ou qu'il peut en mourir !) Les perspectives positives sont le meilleur levier de motivation ». (Rollnick S., 2002)

4. Transmettre « le plaisir d'arrêter de fumer ».

a. Arrêter de fumer, c'est un gain en qualité de vie :

Cela permet :

- D'améliorer le bien-être, les performances physiques, l'estime de soi, le goût, l'odorat, l'haleine, l'odeur corporelle. Mais également la peau et la qualité du sommeil.
- De réduire certains symptômes comme la toux, la dysphonie, la faible tolérance à l'effort (essoufflement), la dyspepsie, la stérilité, la dysfonction érectile.
- De se libérer de la dépendance.
- De respecter la santé d'autrui : ses enfants, son conjoint, ses collègues.
- De favoriser la croissance du fœtus mais aussi du nouveau-né.
- De faire des économies.
- D'éprouver la satisfaction personnelle d'avoir relevé ce défi.

Quelques semaines après l'arrêt, on ressent les effets de l'arrêt du tabac sur le plan psychique :

- Réduction de l'anxiété.
- Réduction du stress.
- Réduction de la dépression.
- Amélioration de l'humeur.

b. Arrêter de fumer, c'est aussi un gain d'années de vie de qualité :

Et d'ailleurs bien plus rapidement que ce que pourraient penser la majorité des fumeurs.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac selon l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) sont :

20 minutes après la dernière cigarette :

La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.

8 heures :

La quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié.

L'oxygénation des cellules redevient normale.

24 heures :

Le risque d'infarctus du myocarde diminue déjà.

Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée.

Le corps ne contient plus de nicotine.

48 heures :

Le goût et l'odorat s'améliorent.

Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.

72 heures :

Respirer redevient plus facile.

Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique.

2 semaines à 3 mois :

La toux et la fatigue diminuent.

On récupère du souffle.

On marche plus facilement.

1 à 9 mois :

Les cils bronchiques repoussent.

On est de moins en moins essoufflé.

1 an :

Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié.

Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui d'un non-fumeur.

5 ans :

Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié.

10 à 15 ans :

L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

L'arrêt du tabac a de nombreux avantages, dont l'augmentation de l'espérance de vie, en moyenne 10 ans comme nous l'avons vu précédemment. Plus l'arrêt est précoce, plus les bénéfices sur l'espérance de vie sont importants.

Il me semble d'ailleurs important de transmettre que le « petit tabagisme » comporte également des risques. En effet, les conséquences cardio-vasculaires du tabac ne sont pas proportionnelles au nombre de cigarettes fumées quotidiennement (Law M.R., Wald N.J., 2003). La durée d'exposition est nettement plus délétère que le niveau de consommation du tabac.

Cependant, il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Les effets bénéfiques peuvent d'ailleurs intervenir rapidement, notamment en cas de pathologies liées au tabagisme.

A titre d'exemple :

Au niveau pulmonaire :

- L'arrêt du tabac chez un patient présentant une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) permet de limiter la progression de la maladie, d'améliorer l'efficacité des bronchodilatateurs et des corticoïdes, mais également, de réduire les infections et les épisodes d'exacerbation de la maladie (Jiménez-Ruiz C., 2015).

Après un accident Cardio vasculaire ³ :

- L'arrêt du tabac diminue par 32 le risque de récurrence après un infarctus.
- On constate une baisse de 43% des décès chez des abstinents 6 mois après leur infarctus.
- En prévention secondaire, les traitements standards diminuent le risque de décès cardiovasculaires de 15 à 35% selon la classe pharmaceutique (aspirine : 15%, IEC : 23%, bêta-bloquants : 23%, statines : 29 à 35%), l'arrêt du tabac diminue le risque de décès de 36%.

Pour ces raisons, l'arrêt du tabac doit être considéré comme un traitement au même titre que certains médicaments.

c. Informer sur les conséquences de l'arrêt :

Le sevrage du tabac peut engendrer une prise de poids. Ce désagrément est souvent craint par les fumeurs qui souhaitent arrêter. Il est en lien avec des phénomènes de switch, notamment sur le plan alimentaire. C'est un des critères à surveiller lors des suivis et de l'évaluation de la bonne prescription et bonne observance des TSN. Il est nécessaire de rassurer les patients sur ce point et notifier qu'il est possible de limiter cette conséquence négative grâce à un suivi diététique ou à la pratique d'une activité physique.

L'anxiété liée au sevrage peut quant à elle, être limitée par des méthodes telles que la relaxation ou la sophrologie.

Une prise en soin pluridisciplinaire et un accompagnement global favorisent la réussite d'un arrêt du tabac et le maintien de l'abstinence au long cours.

³ Anthonisen, 2006, Ann Intern Med; McQuay & Moore, 2006, Bandolier; Gates 2001, Am Fam Phys; Cochrane Reviews by Stead, Bergeson, et al., 2008; Stead, Perera, et al. 2012; Stead & Lancaster, 2012; Cahill et al., 2010; and USPSTF, 2009

B – CONTEXTE.

1. L'établissement de soins médicaux de réadaptation, Clinique La Mitterie.

La Clinique la Mitterie est un établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) située à Lomme. L'établissement a une capacité de 230 lits et places et emploie 250 personnes toutes professions confondues. Elle a été fondée en 1970 et ses prises en charge sont axées vers la rééducation.

La Clinique la Mitterie regroupe différentes spécialités d'hospitalisation complète :

- L'addictologie
- La gériatrie
- Les soins de suite et de réadaptation polyvalents
- La rééducation cardio-vasculaire
- La rééducation pneumologique

Elle comprend également des services d'hospitalisation de jour en addictologie, ainsi qu'en rééducation cardio-vasculaire (dont artéritique) et pneumologique.

Dans une structure regroupant ces spécialités, tous les services sont donc concernés par la prise en charge du tabagisme. De manière congruente, la Clinique la Mitterie se veut être un établissement de santé au sein duquel patients et professionnels fumeurs sont sensibilisés et accompagnés à l'arrêt du tabac.

La Clinique est devenue Lieu de Santé Sans Tabac (LSST) en novembre 2021, en collaboration avec le RESPADD (Réseau de prévention des addictions), à qui a été confié la coordination nationale du déploiement de ce programme de prévention et de réduction du tabagisme en France. La démarche LSST s'inscrit dans le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 à travers l'une de ses actions (N°10) qui consiste à faire des établissements sanitaires et médico-sociaux, des lieux exemplaires de lutte contre le tabagisme.

Le RESPADD est une association à but non lucratif qui regroupe plusieurs centaines d'établissements de santé, membres du réseau, qui se sont engagés à signer la charte « Hôpital Sans Tabac » (850 structures selon les derniers chiffres en date).

Initialement nommé Réseau Hôpital Sans Tabac (RHST) en 1996, l'association a progressivement élargi ses missions et ses champs d'intervention. C'est en 2009 qu'elle est rebaptisée RESPADD.

Je citerai la page internet de l'association, Les missions du RESPADD sont :

- Informer et sensibiliser les établissements pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications.
- Accompagner ces structures dans l'organisation de la prise en charge des personnes concernées.
- Promouvoir une dynamique de réseau dans le champ de l'addictologie.

Arborer le label LSST implique de respecter certaines recommandations et de mettre en place différentes stratégies au sein de l'établissement de santé en question :

- Etablir une politique stricte d'interdiction de fumer qui s'applique à tous : patients, visiteurs et professionnels.
- Mettre en place des espaces extérieurs fumeurs spécifiques qui respectent la réglementation, ils doivent être clairement indiqués. Dans ces endroits dédiés, La Clinique a également mis en place des Cy-Clopeurs (nom désignant un cendrier de la marque Cy-Clope ®, qui est un prestataire proposant le recyclage des mégots de cigarettes).
- Eduquer et informer le personnel et les patients des dangers du tabagisme et des bénéfices à l'arrêt. Cela comprend l'affichage et la diffusion de supports de sensibilisation mais également des séances de formation (ex : conseil minimal pour l'ensemble de notre personnel, ateliers thérapeutiques pour les patients, etc.)
- Accompagner les patients et les salariés, dans l'aide au sevrage tabagique grâce à différentes interventions de l'équipe de tabacologie : possibilité de prendre des rendez-vous pour toute personne souhaitant être accompagnée (dans l'arrêt ou la diminution).
- Favoriser des activités et des événements axés sur le bien-être, la qualité de vie et promouvoir un mode de vie sain (alimentation, activités physiques, etc.)
- Maintenir un environnement sans tabac en proposant un soutien continu aux personnes qui désirent être accompagnées dans leur tabagisme et organiser des rappels réguliers sur la stratégie anti-tabac.

Par la mise en œuvre de toutes ces mesures, la Clinique La Mitterie a obtenu le « niveau argent » le 10 janvier 2023 lors de l’Audit LSST (questionnaire standardisé reposant sur 8 normes et utilisé à l’échelle internationale). Ce qui en fait le premier établissement de soins à obtenir ce niveau de certification dans la région des Hauts de France.

2. Présentation du parcours de soins du patient dans l’arrêt ou la diminution du tabagisme.

La Clinique la Mitterie propose ainsi un programme d’Aide au Sevrage du Tabac. Le déroulement de ce programme, semble a priori relativement simple. Il consiste de prime abord à effectuer le conseil minimal lors de l’admission ou la première rencontre avec chaque patient. Si le patient sollicite l’accompagnement d’un professionnel formé en tabacologie, il pourra ainsi accéder à une consultation dédiée.

1. Le conseil minimal :

Le conseil minimal (CM) est une approche brève pour accompagner les fumeurs à envisager l’arrêt du tabac. Il est composé de 2 questions :

- Fumez-vous ?
- Voulez-vous de l’aide ?

Ce conseil minimal peut être effectué par n’importe quel membre du personnel, a fortiori par les soignants (médecins ; infirmières ; aides-soignantes ; psychologues ; neuropsychologues, ergothérapeutes) ou les rééducateurs (professeur d’activités physiques adaptées (APA) ; diététiciennes ; kinésithérapeutes. Il peut également être réalisé par les agents des services administratifs au contact direct des patients, notamment les personnes qui exercent au sein du service d’addictologie, et qui ont la charge, entre autres, de planifier les rendez-vous de tabacologie pour tous les patients de la clinique et demandeurs extérieurs qui le désirent. Les personnes qui réalisent le conseil minimal auprès d’un patient, doivent ensuite saisir ces informations dans un formulaire numérique spécifique, présent dans le dossier médical informatisé du patient :

Patient : Nom

Prénom 1

Numéro permanent

CONSEIL MINIMAL :

Date : / /

Fumez vous ? NON --> Avez-vous déjà fumé? OUI NON Si oui, date du dernier arrêt :

OUI --> Remise de la plaquette AST et Bienfaits de l'arrêt du Tabac

Envisagez-vous l'arrêt dans les six mois? OUI NON Si non, envisagez-vous la diminution dans les six mois ? OUI NON

Voulez-vous de l'aide ? OUI (arrêt, maintien de l'arrêt, diminution) --> Prendre rendez-vous cs AST (tél : 7200) NON

Schéma 4 : Formulaire informatisé du conseil minimal de la structure.

Pourquoi effectuer ce conseil minimal ?

- Simple, rapide et efficace, cette méthode consiste à encourager les tentatives d'arrêt et soutenir le patient dans sa démarche.
- Les recommandations établissent que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière (HAS, 2014)
- Le conseil minimal a un impact individuel faible, mais la généralisation de son application laisse espérer une multiplication des sevrages réussis (ANAES, 1998).
- S'il était réalisé de façon systématique par les médecins de ville, on observerait un gain de 2% d'arrêt, se traduisant par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs arrêtant le tabac par an, en France. Cela dépasserait largement le nombre de consultations d'aide au sevrage tabagique. Le gain peut aller de 1 à 3% (Stead LF et al, 2013).
- Toutes les interventions ont un impact dans l'amélioration de la prise en charge d'un patient fumeur (Stead LF et al, 2008) :
 - Conseil minimal versus pas de conseil : augmentation du taux de réussite de 66%
 - Conseil intense versus pas de conseil : 84%
 - Conseil intense versus conseil minimal : 37%

C'est pourquoi la clinique La Mitterie s'efforce de former l'intégralité de son personnel au conseil minimal : « *Si le professionnel est formé, cela augmente les chances de réussite du patient* » (Carson KV et al, 2012).

Si le patient répond être fumeur à la première question ; alors le professionnel doit lui remettre un support papier expliquant le programme d'Aide au Sevrage du Tabac et exposant les bénéfices de l'arrêt.

Si le patient désire de l'aide à l'issue du conseil minimal (réponse « oui » à la question « Voulez-vous de l'aide ? »), la procédure interne stipule que le professionnel doit donc contacter l'accueil du service d'addictologie afin de prendre un rendez-vous avec un membre du personnel formé en tabacologie. L'équipe de tabacologie est composée de 4 médecins, 5 infirmières, 4 psychologues, 3 professeurs d'activités physiques adaptées, 1 diététicienne.

2. Consultation de tabacologie :

Le patient pourra alors accéder à une première consultation de tabacologie. Le soignant effectue l'anamnèse et l'historique de la consommation tabagique. Il évalue le niveau de dépendance et prend la mesure du CO (monoxyde de carbone). Selon le stade motivationnel, le professionnel formé établit les objectifs avec le patient et planifie le sevrage si le patient est prêt. Il évalue l'indication et la prescription d'un traitement de substitution adapté, en accord avec le patient. Il définit si besoin l'orientation vers les ateliers thérapeutiques de groupe correspondants le plus aux besoins de la personne. Enfin, il fixe la date d'une prochaine rencontre qui permettra d'évaluer le maintien des objectifs (ou réajuster si ce n'est pas le cas), le suivi et l'adaptation du traitement nicotinique si nécessaire, mais aura également pour but de prévenir le risque de rechute au cas où l'objectif du patient est l'abstinence de la consommation de tabac.

3. Ateliers thérapeutiques :

Les ateliers thérapeutiques proposés se font dans le cadre d'une journée d'HDJ (hospitalisation de jour)) organisée 2 à 3 fois par mois et animée par l'équipe de tabacologie. Il tourne autour de différents thèmes : addiction, émotions, motivation, séances d'activités physiques adaptées, diététique, relaxation, sophrologie, etc.

En pratique :

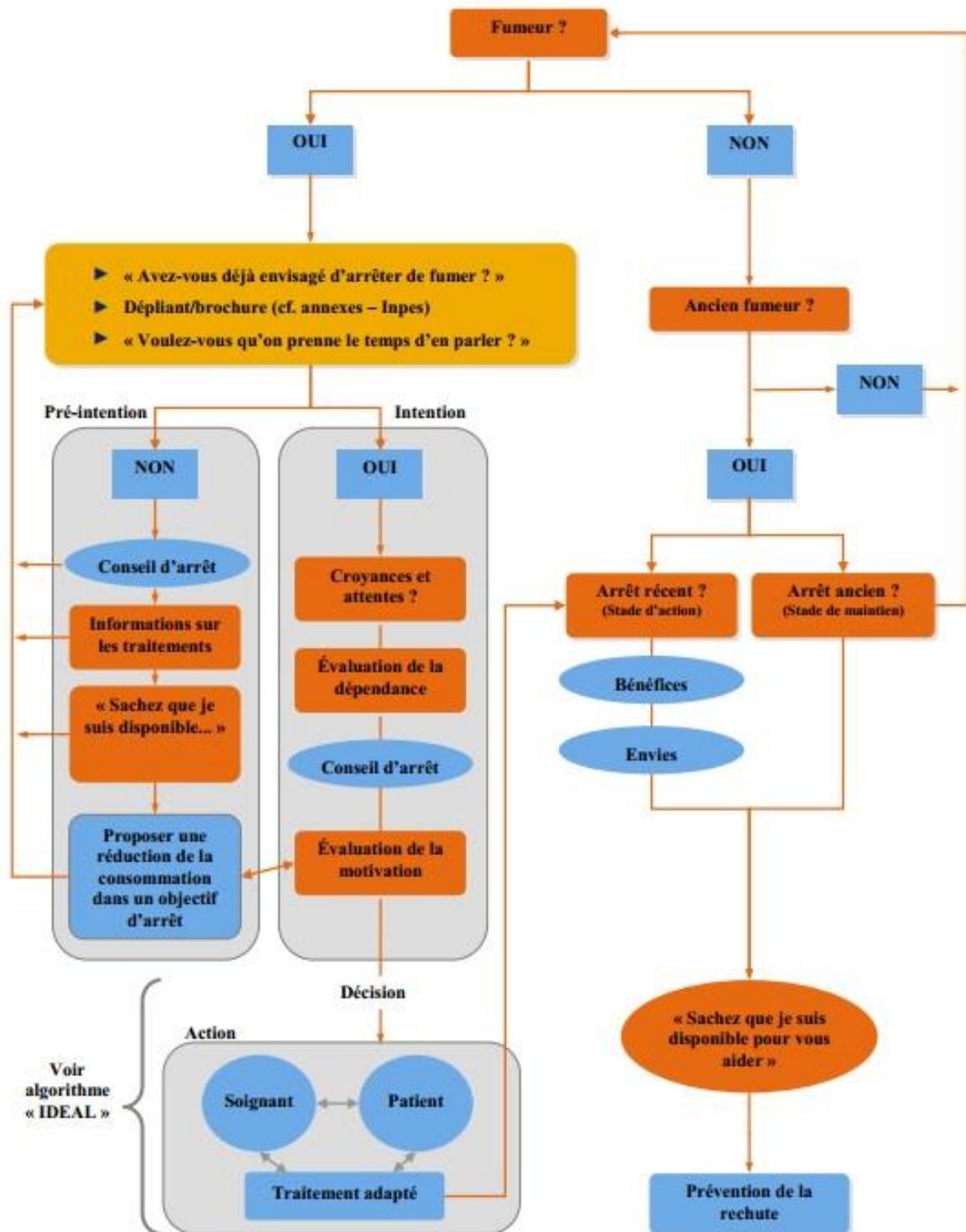


Schéma 5 : Algorithme de l’HAS sur les recommandations pour la prise en charge d’un patient tabagique, 2014.

C – CONSTAT.

Mon expérience au sein du service d'addictologie de la Clinique la Mitterrie m'a amené à côtoyer beaucoup de patients fumeurs. Désormais sensibilisé aux risques et à la considération du tabagisme des patients que j'accompagne, j'ai remarqué, de façon empirique, qu'une certaine partie de la population accueillie n'avait pu accéder au programme d'Aide au Sevrage Tabagique proposé dans l'établissement. En effet, lors de nombreux échanges avec différents patients ou même avec les membres du personnel, j'ai perçu que certains patients éprouvaient des difficultés ou n'avaient pu obtenir une consultation de tabacologie au cours de leur séjour, et ce, malgré leur souhait d'être accompagné par un professionnel formé. Cela semblait ne pas se dérouler uniquement dans le service d'addictologie mais pouvait concerner plusieurs services de la structure. Cette situation récurrente est à l'origine de ce travail.

Afin d'établir si ce ressenti correspondait à une réalité, je me suis intéressé au parcours du patient tabagique et à sa prise en charge. L'intérêt de la direction de la Clinique La Mitterrie à obtenir la certification LSST a permis l'acquisition d'un grand nombre de statistiques faisant foi dans l'élaboration de la démarche certifiante et lors de l'audit du RESPADD. Le docteur Sylvain Balois, médecin tabacologue, chef de projet du comité de pilotage LSST et responsable de l'équipe de tabacologie de la Clinique La Mitterrie (et directeur de ce mémoire) m'a permis l'accès à ces informations. Cela a facilité ma démarche d'investigation.

Je me suis naturellement tourné vers la première étape du programme d'AST (aide au sevrage du tabac), qui je le rappelle, est la réalisation du conseil minimal auprès du patient par un membre du personnel.

Grâce aux informations issues du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) de la Clinique et l'enregistrement de ces données sous Tableur Excel réalisé par la direction des soins, j'ai pu constater qu'au décours de l'année 2021, près de 80 % des patients admis au sein de la Clinique, tous services confondus, avaient bénéficié du conseil minimal.

Ce taux grimpe à plus de 90 % lors de l'année 2022. Ces résultats semblent encourageants et peuvent démontrer une certaine efficacité de la politique de formation du personnel soignant au conseil minimal et l'intérêt porté par les professionnels à effectuer cette démarche auprès de leurs patients.

Dans un deuxième temps, je me suis également intéressé à l'accès aux consultations de tabacologie. La direction des soins a pu également regrouper les statistiques d'accès à la première consultation tabac par les patients, grâce au logiciel Evolucare ®. Celui-ci a permis l'extraction et le croisement des données du PMSI.

La récupération et l'utilisation de ce type d'informations est conforme à la méthodologie de référence MR-005 qui encadre l'accès des établissements de santé et des fédérations hospitalières aux données du PMSI ⁴. La Clinique La Mitterrie a désigné un délégué à la protection des données (DPO) qui assure le respect des recommandations émises par le CNIL (Commission Nationale de l'Information et des Libertés). Lors de leurs admissions, les patients signent un consentement autorisant l'établissement à utiliser certaines données à des fins d'étude.

Ainsi, j'ai pu constater que, de janvier à octobre (inclus) 2021, 356 patients hospitalisés dans les services d'hospitalisation complète (tous services) avaient été enregistré comme étant fumeurs. 322 souhaitaient arrêter, et 311 ont sollicité de l'aide pour arrêter (réponse « oui » à la seconde question du conseil minimal). En outre, seuls 81 consultations de tabacologie (première consultation uniquement) avaient été enregistrées. En somme, 26% des patients le désirant ont bénéficié de l'accompagnement d'un membre de l'équipe de tabacologie.

Pour l'année 2022, de janvier à octobre inclus, dans les mêmes services, 351 patients étaient fumeurs, 223 voulaient l'arrêt lors de l'admission. 229 personnes ont sollicité de l'aide au cours de leur séjour. 93 premières consultations de tabacologie ont été enregistrées, soit 40% des patients le souhaitant ont eu accès à un rendez-vous.

⁴ CNIL, Délibération n° 2018-256 du 7 juin 2018 portant homologation d'une méthodologie de référence relative aux traitements de données nécessitant l'accès par des établissements de santé et des fédérations aux données du PMSI et des résumés de passage aux urgences (RPU) centralisées et mises à disposition sur la plateforme sécurisée de l'ATIH (MR 005)

Question de recherche :

Ces résultats m'ont interpellé, je me suis posé cette question :

Pourquoi une part élevée de personnes désirant l'arrêt du tabac (et sollicitant l'aide d'un professionnel formé en tabacologie) n'accède pas à une première consultation lors de leur hospitalisation au sein de la Clinique La Mitterie ?

Hypothèse :

Ce programme de sevrage tabagique standardisé présente des défaillances qui pourraient entraver le parcours de soin du patient.

Objectif primaire de l'étude : Repérer les causes qui pourraient restreindre l'accès du patient à une première consultation de tabacologie.

Objectifs secondaires de l'étude :

- Faire un état des lieux global de la prise en charge tabagique à la Clinique La Mitterie.
- Améliorer le programme d'Aide au Sevrage du Tabac proposé au sein de la structure en favorisant l'accès du patient qui le souhaite, à une consultation de tabacologie.

II - METHODE

« *La phase conceptuelle* » de ce projet de recherche étant définie, je vais désormais vous exposer « *la phase méthodologique* » de cette étude :

Afin d'évaluer si ce programme d'aide au sevrage du tabac pouvait montrer des défauts et ainsi repérer les causes de rupture dans le parcours de soin du patient, j'ai souhaité effectuer une étude auprès du personnel de mon établissement. En effet, il m'a semblé intéressant de recueillir l'avis des professionnels de terrain sur le programme d'AST et sur les difficultés qu'ils pouvaient éventuellement rencontrer dans l'accompagnement de leur patient au sein de ce parcours.

A – CHOIX DE LA METHODE.

Je me suis porté vers une étude observationnelle, descriptive, quantitative, monocentrique et prospective. Ce type d'étude permet de recueillir des informations sur les répondants, mettre en exergue leur opinion sur un phénomène, mesurer et quantifier les attitudes des répondants au sein d'un processus spécifique. L'intérêt de ce type de méthode est d'optimiser le nombre de répondants afin de récolter un taux de réponse conséquent (un taux de réponse élevé limite les biais) puis de retranscrire les informations obtenues sous forme de données chiffrées et/ou de statistiques.

B – OUTIL D'EVALUATION.

Je me suis rapidement rendu compte que mon hypothèse de départ était peu précise et j'ai donc échangé avec de nombreuses personnes pour obtenir des pistes afin de réaliser un support d'évaluation du programme pouvant permettre de répondre à mon questionnement.

Cette démarche préalable m'a permis de faire émerger et lister certaines variables d'intérêts susceptibles d'entraver l'accès d'un patient à une première consultation de tabacologie (je reviendrai évidemment sur ce point).

Un des membres de l'équipe de tabacologie (Marion C., infirmière dans le service d'addictologie) et le docteur Sylvain Balois ont ensuite participé activement à la finalisation de cet outil. Nous avons donc rédigé un questionnaire établi sous forme de support papier à

destination du personnel de la Clinique La Mitterie. Nous avons établi ce questionnaire selon certaines recommandations :

- La conception du questionnaire devait permettre un recueil efficace des informations obtenues et minimiser le risque d'erreur de la part du répondant.
- Le nombre de question était réduit et la saisie des réponses se voulait simple, afin de permettre un gain de temps au répondant.
- Le questionnaire répondait à certains critères visuels et tenait sur une feuille de papier recto-verso.

Ce questionnaire anonyme comprend 10 questions (fermées, préformées avec parfois possibilité d'ouverture et certaines questions sont ouvertes), le temps nécessaire à la complétion de celui-ci a été estimé à 5 minutes. Il comprend différentes parties :

- Une première partie (1) permet d'établir le profil du répondant : profession, service d'exercice, fumeur ou non-fumeur. Mais aussi, si le répondant se sentait concerné par le tabagisme des patients, sur l'évaluation subjective de ses connaissances en tabacologie et s'il était impliqué dans le programme d'AST (questions 1 à 3). L'âge, le genre et l'expérience professionnelle ont volontairement été omis.
- La seconde partie (2) permet de connaître le niveau de formation du répondant en tabacologie : formation professionnelle en tabacologie ; formation au conseil minimal, pratique et fréquence de cette démarche auprès du patient, et enfin, si le répondant a suivi la formation interne sur le conseil minimal, ce qui pourrait impliquer la connaissance du protocole d'AST de la clinique (questions 4 à 6).
- La troisième partie (3) permet d'apprécier l'attitude du répondant envers le patient fumeur à l'issue du conseil minimal selon son souhait ou non de recourir à l'aide d'un professionnel formé en tabacologie (question 7).
- La quatrième partie (4) comprend le recueil d'informations pouvant apporter des éléments de réponse à la problématique de cette étude. En effet, cette partie regroupe les variables d'intérêts susceptibles d'entraver l'accès du patient à une première consultation de tabacologie. L'opinion des répondants sur chaque variable est

évaluée selon une échelle de Likert (5 mesures possibles de « pas d'accord » à « tout à fait d'accord »).

Les difficultés relevées et évaluées, susceptibles d'entraver l'accès à une consultation de tabacologie (et ainsi, qui pourraient être une cause de rupture de parcours pour le patient au sein du programme d'AST) sont :

- Le processus d'orientation vers une consultation de tabacologie est complexe ou méconnu.
- Les délais de consultations avec un membre de l'équipe de tabacologie ne sont pas adaptés.
- Il manque des créneaux spécifiques à la tabacologie avec les professionnels qualifiés.
- Il manque de professionnels dédiés à la tabacologie
- Les patients manquent de motivation et ne se présentent pas aux consultations de tabacologie.
- Les patients ne se présentent pas aux consultations par manque d'information ou défaut d'orientation.

Le répondant peut également laisser un commentaire à la fin de cette question (8). Dans la mesure où plusieurs variables d'intérêts ont été ciblées, nous allons nous porter vers une analyse multivariée.

- La cinquième (5) et dernière partie, regroupant la question 9 et 10, permettent de savoir si le répondant connaît le rôle d'un IPA et s'il est favorable à son implication au sein du programme d'AST.

C – CRITERE DE JUGEMENT PRIMAIRE.

L'opinion des répondants aux items de la quatrième partie du questionnaire correspond donc au critère de jugement de l'objectif primaire de cette étude.

D – CHOIX DE LA POPULATION.

1. Critères d'inclusion :

Les professionnels exerçant en contrat à durée indéterminée au sein de la Clinique La Mitterie et étant en contact avec les patients accueillis en hospitalisation complète et de jour.

Les professions ciblées étant donc :

- Les médecins
- Les infirmières et cadres et/ou référentes infirmières
- Les aides-soignantes
- Les psychologues et neuropsychologues
- Les professeurs d'activité physique adaptée
- Les hôtesse d'accueil (agents des services administratifs au contact des patients)
- Les diététiciennes
- Les ergothérapeutes
- Les kinésithérapeutes

2. Critères d'exclusion.

Les professionnels intérimaires et les stagiaires présents lors de la période de recueil de trois semaines. Mais également, les personnes ayant contribué activement à la réalisation du questionnaire, ceci afin d'éviter d'éventuels biais.

3. Taille de la population choisie.

Cela représente 191 personnes physiques répondant à ces critères (d'après les informations délivrées par le secrétariat des ressources humaines de la Clinique La Mitterie et après déduction des personnes ayant contribué à la réalisation du questionnaire).

E – AUTORISATIONS.

J'ai sollicité et obtenu l'autorisation de diffusion par : la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice des soins infirmiers (DSI), le comité de la recherche clinique et enfin par le comité d'éthique de la structure.

« Phase empirique » :

F - DIFFUSION ET COLLECTE DES SUPPORTS D’EVALUATION.

Ce questionnaire a été distribué à l’ensemble des personnes présentant les critères souhaités et exerçant dans les services d’hospitalisation complète et d’hospitalisation de jour. Cette diffusion a été facilitée par la participation des référentes infirmières de chaque service, celles-ci avaient préalablement été informées des critères d’inclusion et d’exclusion afin de limiter les biais de sélection.

Les questionnaires ont été diffusés et récupérés dans une période de 3 semaines au cours du mois d’avril 2023. Les référentes infirmières ont également permis ce ramassage de données.

G - ORGANISATION DES DONNEES.

Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par thème. Toutes les données ont ensuite été codées et regroupées dans un Tableur Excel ® puis ont été analysées avec la collaboration de Monsieur Racodon Mickaël, coordinateur de la recherche clinique de l’établissement.

III - RESULTATS

« Phase analytique » :

78 questionnaires complétés ont été récupérés, ce qui représente un taux de réponse de 41 %.

A – CARACTERISTIQUES DES REpondANTS.

1. Profil des répondants (Partie 1 du questionnaire).

43 répondants travaillent dans un service d'hospitalisation complète (HC), 18 travaillent en hôpital de jour (HDJ) et enfin, 17 personnes travaillent dans différents services, de façon transversale entre HC et HDJ.

Tableau 3 : Description des professionnel interrogés :

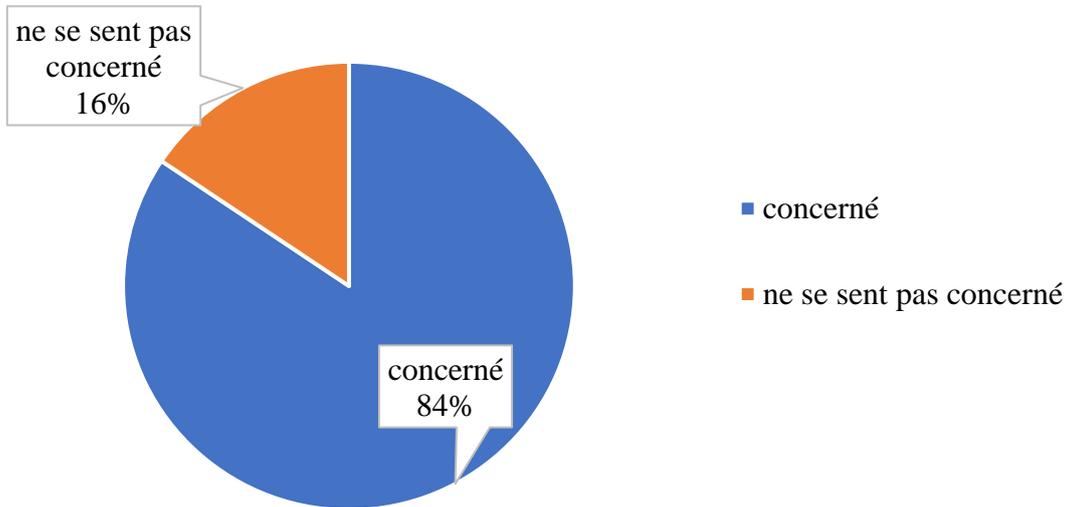
| | Nombre de répondants (n) | Part (%) |
|---|-----------------------------|-------------|
| Profession : | | |
| Médecin | 10 | 13 % |
| IDE, cadre et référente IDE | 33 | 42 % |
| Aide-soignant | 16 | 21 % |
| Psychologue | 7 | 9 % |
| Professeur d'APA | 7 | 9 % |
| Agent/Cadre administratif | 2 | 3 % |
| Diététicienne | 2 | 3 % |
| Ergothérapeute | 0 | 0 % |
| Kinésithérapeute | 1 | 1 % |
| Service d'exercice : | | |
| Addictologie (HC ou HDJ) | 25 | 32 % |
| Cardiologie (HC ou HDJ) | 12 | 15 % |
| Pneumologie (HC ou HDJ) | 8 | 10 % |
| Polyvalent et gériatrie (HC uniquement) | 16 | 21 % |
| Transversal (exercent dans différents services ; HC et HDJ) | 17 | 22 % |
| Tabagisme : | | |
| Fumeur | 11 | 14 % |
| Non-fumeur | 51 | 65 % |
| Ancien fumeur | 16 | 21 % |

2. Implication dans le programme d'aide à l'arrêt du tabac.

15 personnes sont impliquées dans le programme : accueil administratif des patients et planification des rendez-vous, réalisation des consultations de tabacologie ou animation d'ateliers thérapeutiques.

3. Considération du tabagisme des patients.

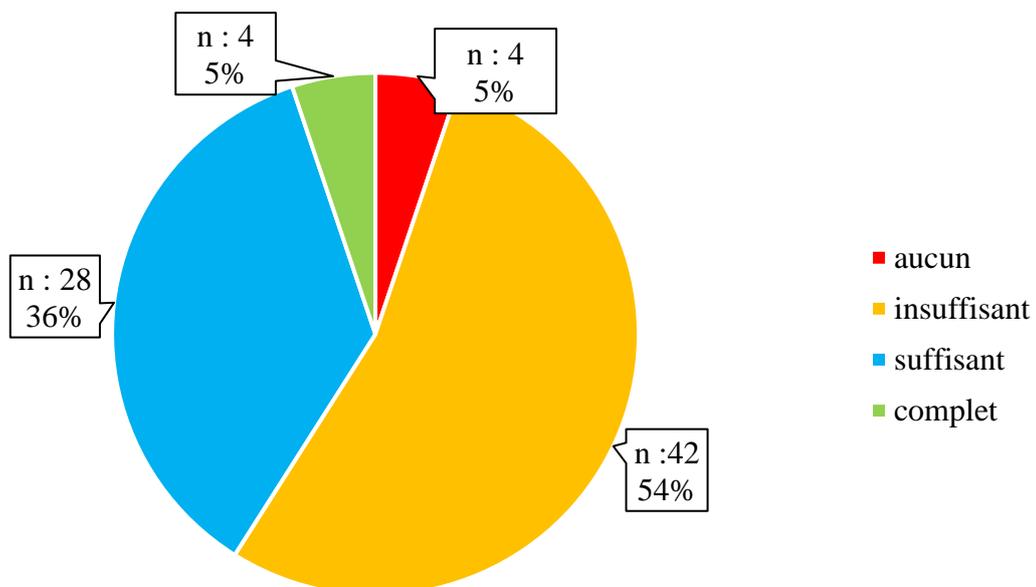
65 personnes se sentent concernées par le tabagisme de leur patient, 12 ne le sont pas, 1 personne n'a pas répondu.



Graphique 3 : Répartition du personnel selon la considération du tabagisme des patients.

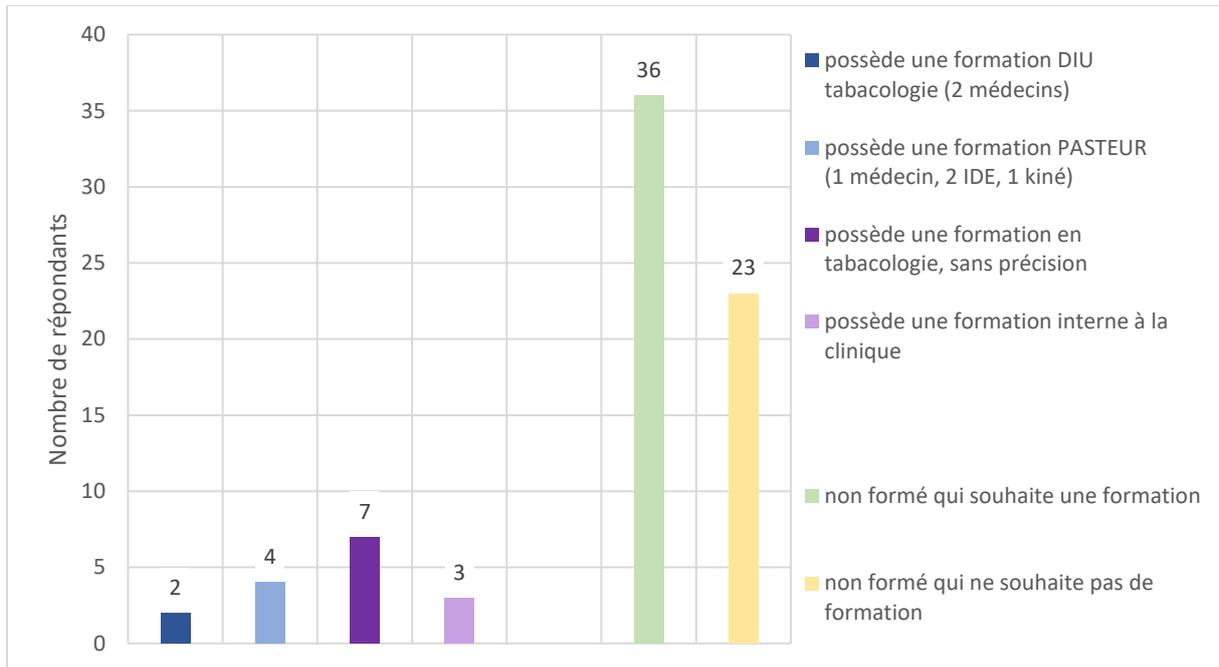
4. Estimation du niveau de connaissances en tabacologie selon les répondants.

Plus de la moitié des répondants estime avoir un niveau de connaissance insuffisant en tabacologie :



Graphique 4 : Répartition des répondants selon leur niveau de connaissance en tabacologie.

5. Formation en tabacologie des répondants (Partie 2 du questionnaire).

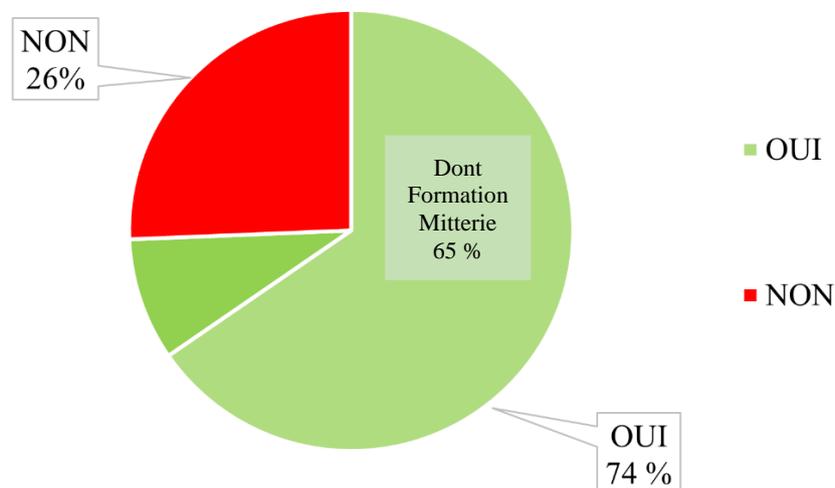


Graphique 5 : Part des répondants formés ou non en tabacologie.

- 16 personnes qui ont répondu ont une formation en tabacologie (soit 20 %).
- 36 personnes n'ayant pas de formation en tabacologie expriment en souhaiter une (soit 61 % des répondants non formés).
- 3 personnes ne se sont pas exprimées.

6. Formation de sensibilisation au conseil minimal (CM).

58 personnes sont formées au conseil minimal, dont 51 ont reçu cette initiation au sein de la clinique :

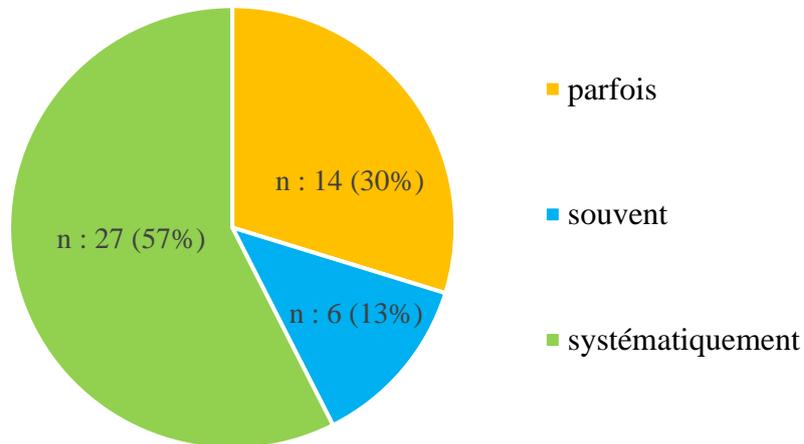


Graphique 6 : Répartition des répondants selon leur formation au conseil minimal.

B - ANALYSE DESCRIPTIVE DES REPONSES OBTENUES.

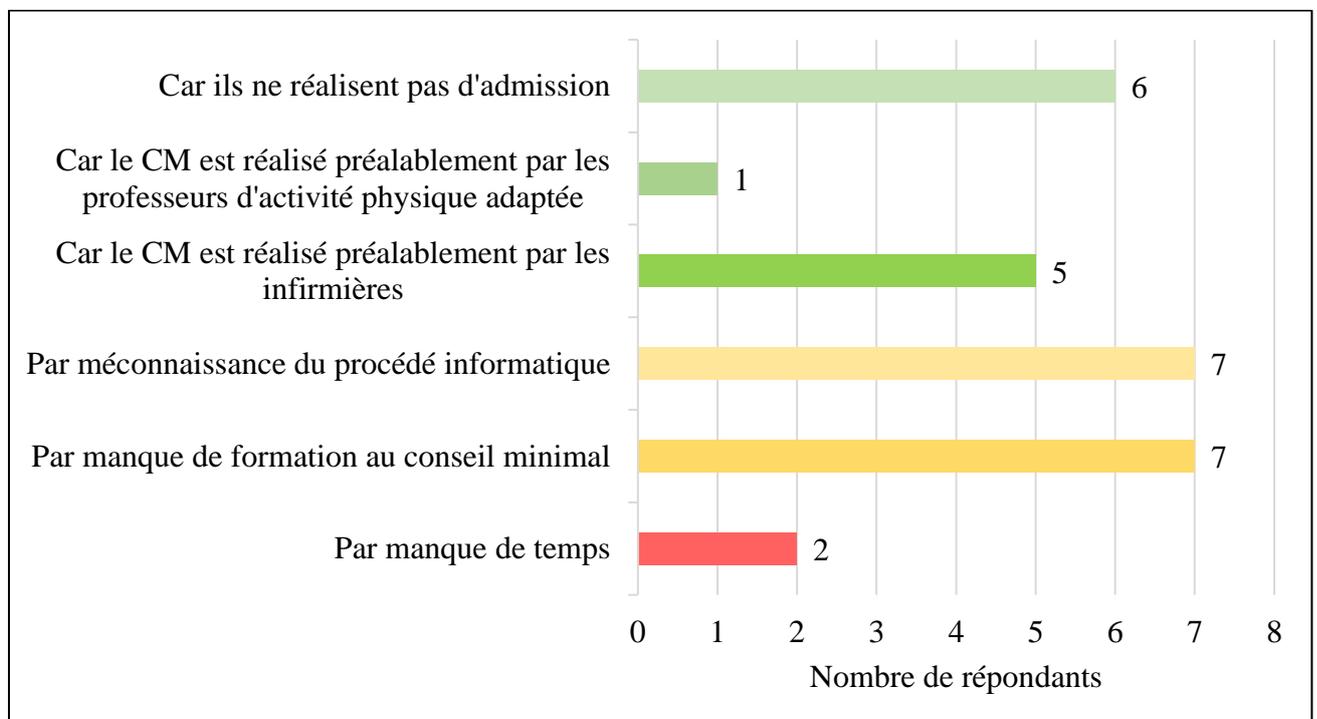
1. Pratique du conseil minimal (CM).

48 personnes pratiquent le conseil minimal auprès de leurs patients :
Dont 47 personnes en ont précisé la fréquence :



Graphique 7 : Fréquence de pratique du conseil minimal auprès des patients.

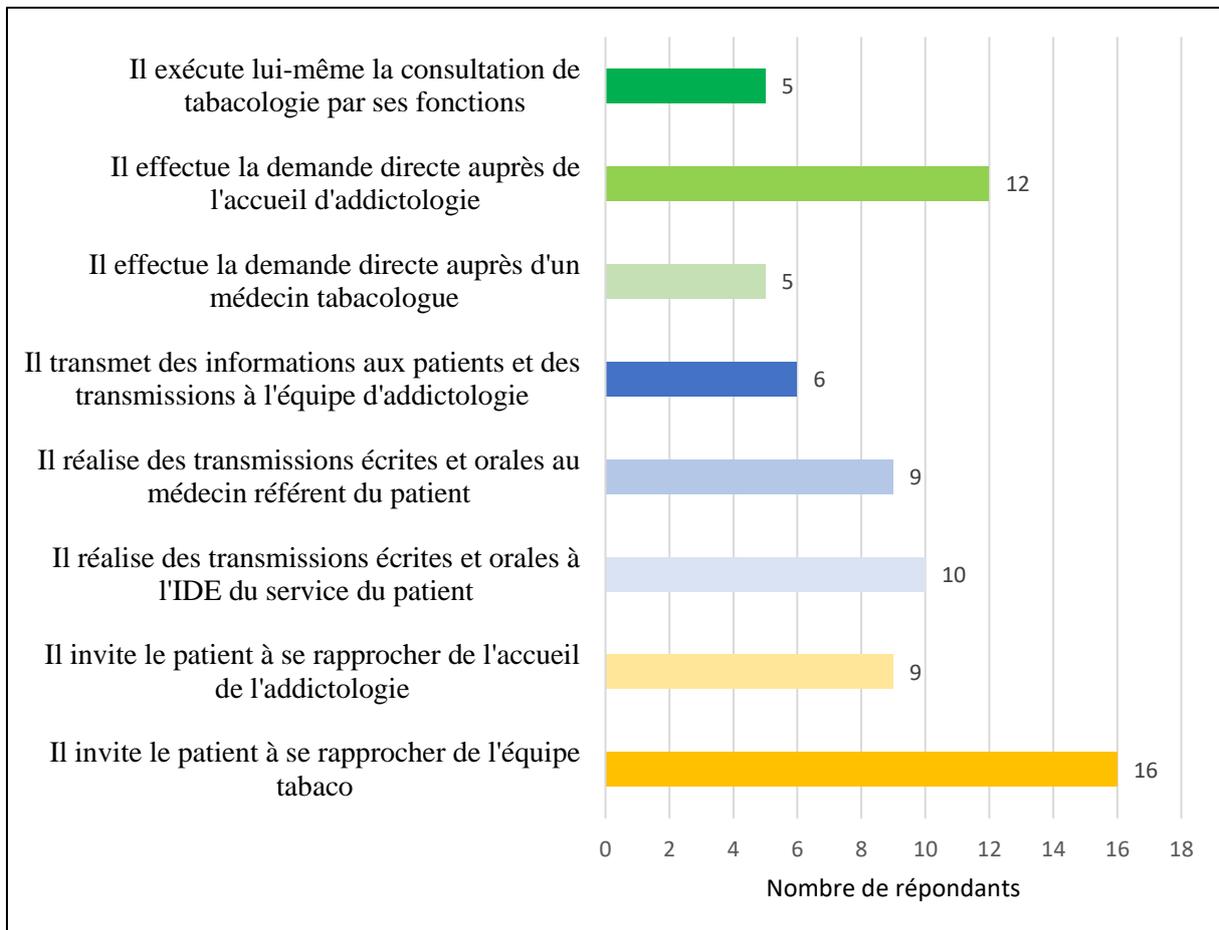
Sur les 30 personnes n'effectuant pas cette démarche, 28 en ont exprimé la cause :



Graphique 8 : Répartition des causes qui entravent la pratique du conseil minimal.

2. Attitude des répondants envers les patients à l'issue du conseil minimal (CM) (partie 3 du questionnaire).

a. Attitude des répondants à l'issue du CM au cas où le patient sollicite l'Aide au Sevrage du Tabac :

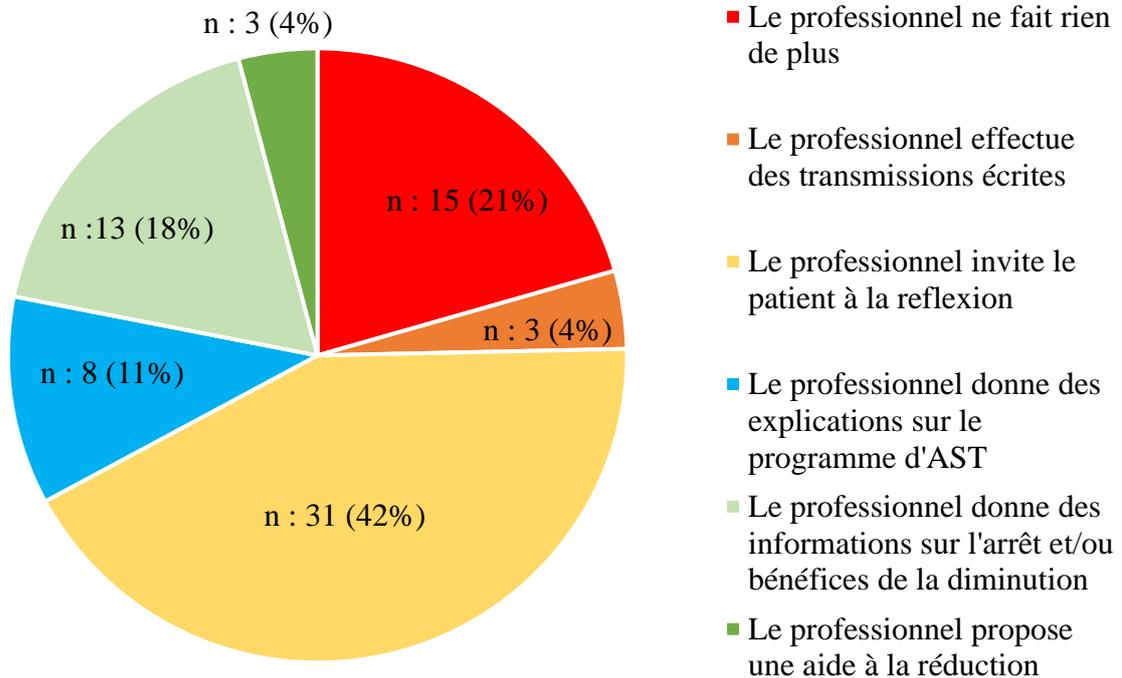


Graphique 9 : Répartition des attitudes des répondants si le patient sollicite un accompagnement.

Cette question est une question ouverte, les réponses obtenues ont été regroupé par thème.

6 personnes ne se sont pas exprimées

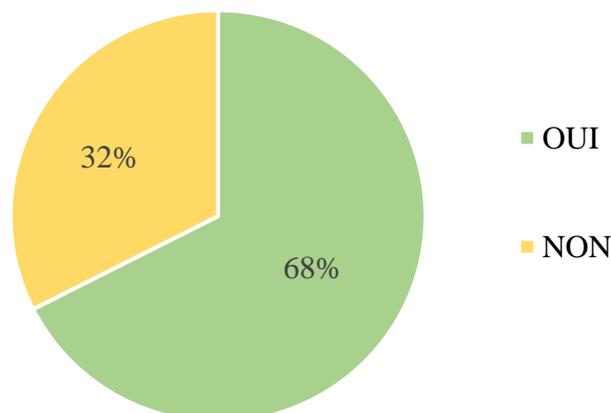
b. Attitude des répondants au cas où le patient ne sollicite pas d'accompagnement à l'issue du CM :



Graphique 10 : Répartition des attitudes des répondants si le patient ne sollicite pas d'accompagnement.

Cette question est aussi une question ouverte, les réponses obtenues ont également été regroupées par thème. 5 personnes ne se sont pas exprimées.

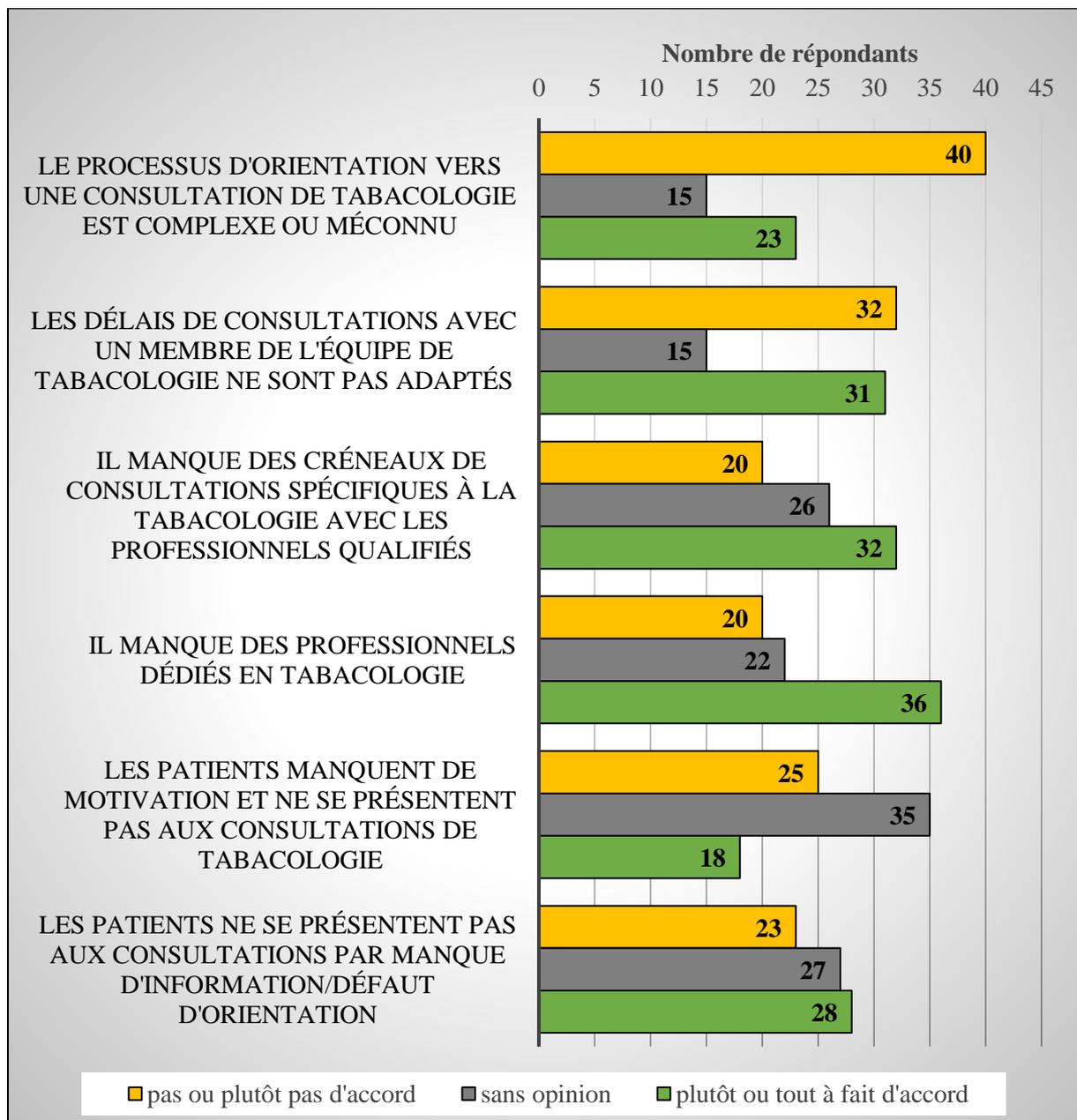
c. Si le patient n'a pas sollicité d'aide au sevrage du tabac le jour de l'admission, le professionnel lui propose-t-il de nouveau un accompagnement au cours du séjour ?



Graphique 11 : Part des répondants qui repropose le conseil minimal au cours du séjour.

3. Opinion des répondants sur les difficultés qui seraient susceptibles d'entraver l'accès à une première consultation de tabacologie (partie 4 du questionnaire).

Cette partie comprend les variables d'intérêt de l'étude qui pourraient permettre de valider l'hypothèse, et ainsi contribuer à répondre à la question initiale de ce travail. Afin de mettre en exergue les causes susceptibles d'entraver l'accès du patient à une consultation de tabacologie (objectif primaire), nous avons procédé à un regroupement des informations recueillies par les professionnels concernant leur opinion sur le programme d'AST :

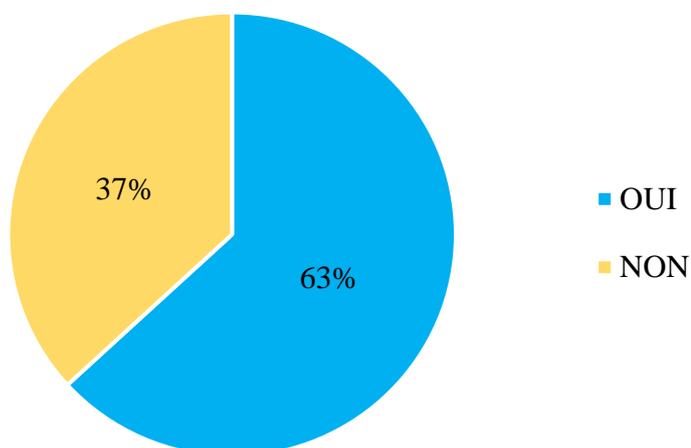


Graphique 12 : Répartition de l'opinion des répondants sur les difficultés d'accès à une consultation de tabacologie au sein du programme d'AST.

4. Suggestion de l'intervention d'un IPA dans ce programme (partie 5 du questionnaire).

A la question : « connaissez-vous le rôle d'un(e) infirmier(e) en pratique avancée (IPA) ? »

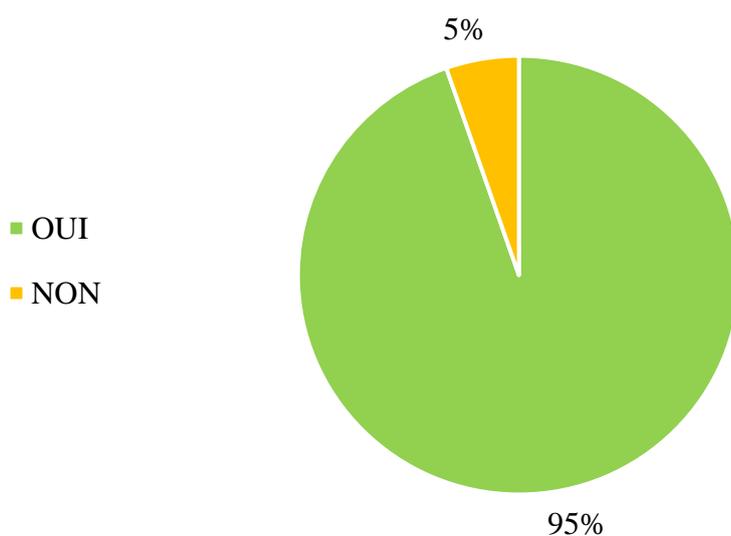
48 personnes sur 76 qui se sont exprimées ont répondu « OUI »



Graphique 13 : Répartition des répondants selon leur connaissance sur le rôle d'IPA.

A la question : « Etes-vous favorable à l'implication d'un(e) infirmier(e) en pratique avancée dans le programme actuel d'aide au sevrage du tabac existant au sein de notre structure ? ».

71 personnes sur 75 réponses obtenues ont répondu « OUI ».



Graphique 14 : Répartition de l'avis des répondants sur l'implication d'un IPA dans le parcours d'AST.

IV – ANALYSE ET DISCUSSION

1. Synthèse de l'étude.

a. Analyse du critère primaire de cette étude :

L'analyse multivariée des résultats a permis de repérer 2 tendances notables :

- D'une part, deux tiers des répondants mettent en avant un manque de professionnels formés en tabacologie. Pour les professions dont le nombre de répondants est significatif (c'est-à-dire supérieur à 5 répondants) l'analyse croisée des résultats a permis de constater que 60% des médecins possèdent une formation en tabacologie contre 15% des infirmières, 6 % des aides-soignantes, 14% des psychologues et des professeurs d'APA. Ces résultats semblent corroborer l'opinion des répondants et démontrent un manque de personnel formé en tabacologie, notamment pour les professionnels paramédicaux. Je soulignerai que, parallèlement à ces données, dans la population des professionnels non formés, la moitié des aides-soignantes et des psychologues souhaitent une formation et deux tiers des infirmières et des professeur d'APA sont en demande d'acquérir une formation en tabacologie.
- D'autre part, les résultats montrent que le personnel ressent un manque de disponibilité de la part des professionnels tabacologues et donc, un manque de créneaux de consultations dédiées à la tabacologie. En effet, les professionnels formés en tabacologie effectuent les consultations « tabac » en plus de leur charge de travail habituelle. Il en va de même pour les autres actions nécessaires à la mise en place du programme d'AST : animations des ateliers thérapeutiques, accueil administratif des patients et planification des rendez-vous. Ainsi, les soignants impliqués dans le parcours de soin dédié à la tabacologie, doivent libérer « *comme ils le peuvent* » du temps afin de répondre aux demandes et aux besoins des patients fumeurs.

b. Réponse à la question de cette étude :

Mon questionnement initial était : pourquoi une part élevée de personnes désirant l'arrêt du tabac (et sollicitant l'aide d'un professionnel formé en tabacologie) n'accède pas à une première consultation lors de leur hospitalisation au sein de la Clinique La Mitterie ?

L'objectif primaire est atteint : en effet, les informations obtenues lors de cette étude m'amènent à penser qu'un manque de personnel formé en tabacologie et un manque de disponibilité de ces professionnels peuvent être mis en cause dans la rupture du parcours de soins du patient au sein de ce programme d'aide au sevrage du tabac. L'hypothèse est validée, le programme présente des défauts.

2. Nécessité de former les soignants en tabacologie.

a. Les soignants en demande de formation :

Cette étude montre que la majorité du personnel soignant de la structure se sent concerné par le tabagisme de leurs patients (84%). Je peux supposer que cette considération remarquable du tabagisme a pu être favorisée par la politique anti-tabac entreprise par la clinique depuis plusieurs années, mais également par les mesures établies dans le cadre de la mise en place et de l'obtention du label Lieu de Santé Sans Tabac.

L'analyse de l'enquête nationale du RESPADD sur le tabagisme en établissement de santé (5 519 questionnaires destinés aux personnel hospitaliers auprès de 45 établissements) rapporte que pour 81% des répondants, leur formation sur le tabagisme et la prise en charge des patients fumeurs est jugée insuffisante et 64% aimeraient donc être mieux formés sur le sujet ⁵.

Au sein de la Clinique La Mitterie, plus de 60% des professionnels interrogés souhaitent accéder à une formation dans le domaine de la tabacologie. 63% des infirmières de la structure affirment vouloir accéder à une formation dans cette spécialité (Le temps d'enseignement consacré à la tabacologie au cours de la formation initiale de ce métier serait-il insuffisant ?).

⁵ www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Analyse-nationale-T2B_Quest.Personnel.pdf

b. La formation du personnel paramédical :

Lors d'une précédente étude réalisée auprès du personnel de la Mitterie (réponses au questionnaire du RESPADD), 91% des répondants se disaient favorables à ce que l'accompagnement au sevrage du tabac soit réalisé par l'ensemble du personnel soignant. Certains commentaires récoltés via la présente étude rappellent d'ailleurs cette volonté des professionnels de santé.

Cependant, 54% des répondants à notre étude estiment avoir un niveau de connaissance insuffisant en tabacologie, cette tendance se retrouve chez les infirmières avec un pourcentage similaire (55%).

De surcroît, 19% des professionnels exerçant à la Mitterie sont impliqués dans le programme d'AST (notamment 50 % sont des médecins, 15% sont des infirmières).

La formation, mais aussi l'implication d'un plus grand nombre de professionnels paramédicaux pourraient être des alliés de poids dans la lutte contre le tabagisme et dans l'accompagnement du patient fumeur. En effet, la proportion du personnel paramédical est bien supérieure à celle des médecins exerçant dans la structure.

Favoriser la formation du personnel paramédical pourrait donc contribuer à élargir l'équipe de Tabacologie et améliorer la prise en charge du tabagisme. Cette opinion est également relayée par certains commentaires émis par les participants de cette l'étude.

Ces formations représentent évidemment des contraintes en termes de temps et de coût financier. Cependant, pour une structure attentive à l'accompagnement des fumeurs, cet investissement pourrait permettre d'augmenter le nombre de professionnels effectuant des consultations de tabacologie et ainsi, faciliter le parcours de soin du patient souhaitant l'arrêt du tabac. Les appuis financiers dont l'établissement a pu disposer par le biais des instances régionales de santé contribueront d'ailleurs au financement de ces formations.

Je me permettrai de rappeler que désormais, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes sont en droit de prescrire les traitements de substitution nicotinique et que ceux-ci peuvent être remboursés par l'assurance maladie. Ces mesures facilitent la prise en charge du tabagisme et favorisent l'implication de certaines catégories de professionnels de santé dans le domaine de la tabacologie. Cependant les modalités de prescription de ces traitements impliquent avoir suivi une formation appropriée, comme par exemple, le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) en tabacologie (qui peut cependant être perçu comme une formation intense, chronophage et onéreuse) ou la formation de 3 jours à l'Institut Pasteur.

3. Nécessité de consacrer du temps à la prise en soin du tabagisme.

Suivre au long cours les personnes sollicitant de l'aide nécessite du temps et un investissement de la part des soignants. La mise en place de temps dédié à la prise en soin et l'accompagnement du patient fumeur paraît être une mesure logique afin de favoriser un soutien adéquat et ainsi, optimiser l'efficacité de ce programme. Permettre aux professionnels de se détacher du temps spécifique à la tabacologie me semble être une optique congruente avec la politique menée par la structure.

4. Etat des lieux de l'accompagnement du fumeur dans la structure.

a. Repérage du patient fumeur :

Comme évoqué précédemment, la HAS préconise l'interrogation systématique des patients sur une éventuelle consommation de tabac. Cette recommandation semble appliquée au sein de la structure, car les données issues du PMSI rapportent qu'en 2022, plus de 90% des patients ont bénéficié du conseil minimal. La bonne pratique de cette mesure pourrait être expliquée par un taux significatif de personnel formé. En effet, le pourcentage de répondants formés au conseil minimal s'élève à 74%. 65% des participants ont d'ailleurs bénéficié de cette sensibilisation au sein de la Clinique La Mitterie.

En tenant compte d'un nombre de répondants par profession supérieur à 5, une analyse croisée des résultats de la présente étude montre que 100% des professeurs d'APA réalisent le CM, 80% des médecins, 64% des infirmières contre 43% des psychologues et 31% pour les aides-soignantes. En outre, il est intéressant de noter que dans la population qui effectue cette démarche, 80% des infirmières, 62% des médecins, 57% des professeurs d'APA et 20% des aides-soignantes rapportent l'effectuer de façon systématique.

Les principaux freins relevés chez les personnes qui n'effectuent pas la démarche du conseil minimal sont majoritairement un manque de formation et une méconnaissance du procédé pour informatiser les réponses du patient.

Poursuivre les actions de formation auprès du personnel sur le conseil minimal, voire inclure des formations de « rappel » pourrait appuyer la réalisation de cette approche favorable à l'amorçage du sevrage des patients fumeurs.

b. Orientation du patient vers une consultation de tabacologie :

- Une majorité du personnel répondant à cette étude rapporte que le processus d'orientation du patient fumeur à l'issue du CM (et qui souhaite de l'aide) vers une consultation de tabacologie ne leur semble pas complexe. Cependant, j'ai constaté après l'analyse des réponses, que beaucoup de professionnels ne respectaient pas la procédure qui consiste à contacter directement l'accueil du service d'addictologie afin de fixer un rendez-vous avec un tabacologue. Certes, les professionnels formés ont la possibilité d'effectuer ces consultations après repérage du patient qui sollicite un accompagnement. Cependant, les autres réponses obtenues dans la partie du questionnaire « Attitude des répondants à l'issue du CM au cas où le patient sollicite l'aide au sevrage du tabac » m'ont amené à me poser certaines questions :

- D'une part, 35% des répondants affirment effectuer des transmissions écrites et/ou orales auprès des IDE ou médecins du service d'origine du patient. Ces informations sont-elles systématiquement relayées à l'accueil de l'addictologie ?
- D'autre part, 35% des répondants invitent le patient à se rapprocher de l'équipe de tabacologie ou de l'accueil de l'addictologie. Les patients effectuent-ils cette démarche ? Reçoivent-ils les informations nécessaires ?

Sur ce dernier point, j'ai compris par la suite que « deux écoles semblent se confronter » : une partie des soignants pense qu'il est nécessaire d'autonomiser le patient fumeur et qu'il doit prendre lui-même le rendez-vous s'il le souhaite ; autrement dit, c'est une manière d'affirmer sa motivation. Parallèlement d'autres soignants effectuent cette démarche auprès de l'accueil de l'addictologie afin de favoriser l'accès de leurs patients à une consultation de tabacologie.

Il serait peut-être intéressant d'insister sur la procédure auprès du personnel ou éventuellement, revoir ce protocole, afin d'uniformiser les pratiques soignantes au sein de l'établissement.

- J'ai pu remarquer, grâce à cette étude que les soignants évoquent que certains patients ne se présentent pas aux rendez-vous de tabacologie pourtant fixés. Cette tendance sensible est relayée par l'opinion des soignants sur le programme d'AST mais également par plusieurs commentaires émis par les membres du personnel dans cette étude. Il semblerait que les informations concernant les rendez-vous ne soient pas toujours transmises entre les services ou ne soient pas relayées aux patients afin qu'ils puissent se diriger et assurer leur présence à la

consultation de tabacologie prévue. Ce manque de relai des informations semble également être à l'origine de rendez-vous non assurés par les tabacologues par défaut d'organisation et de coordination entre les services.

5. Nécessité de multiplier les interventions auprès des fumeurs.

Je me permets de faire référence à l'attitude des répondants au cas où le patient fumeur ne sollicite pas d'accompagnement à l'issue du CM, cette étude montre que 33% des professionnels délivrent des informations aux patients que ce soit, sur le programme d'AST, sur les bénéfices à l'arrêt du tabac ou encore la proposition d'aide à la réduction de consommation.

La HAS insiste sur l'importance du rôle du professionnel de santé dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac et dans la maturation de la motivation du patient. Sa place privilégiée auprès des patients, la connaissance des dangers du tabagisme, son rôle dans l'éducation et la prévention sont des atouts de taille.

La revue de littérature « L'effet des interventions contre la consommation de tabac » (Grignon M., & Reddock J., 2012) appuie cette recommandation. Elle stipule notamment qu'une étude montre que toute intervention, quel que soit le type de professionnel, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à six mois ou plus, de 75% (Hutton et al., 2011).

Il me paraît approprié d'encourager les professionnels de santé à délivrer les informations sur les risques liés au tabagisme et promouvoir les bénéfices de l'arrêt auprès de leurs patients même si ces derniers ne souhaitent pas l'accompagnement d'un professionnel de santé. Il me semble que cette démarche pourrait, encore une fois, être favorisée par la formation des soignants.

Donner la possibilité aux soignants d'explorer leurs propres représentations et les inciter à réfléchir sur l'impact des pratiques professionnelles envers les fumeurs, pourraient permettre de modifier d'éventuelles croyances et contribuer à sensibiliser ces professionnels sur l'importance de la prise en compte du tabagisme des patients qu'ils accompagnent.

6. Forces et limites de l'étude.

a. Limites de l'étude :

- La qualité du questionnaire aurait pu être améliorée, je me suis rendu compte que certaines questions pouvaient porter à confusion et engendrer des erreurs de la part du répondant. J'ai omis volontairement des demandes d'informations sur le profil des répondants, qui finalement, aurait pu avoir un intérêt dans l'analyse des réponses.
- Le critère de jugement principal de cette étude pourrait-être considéré comme subjectif (il correspond à l'opinion des répondants).
- J'ai voulu récolter un maximum de réponses de la part des professionnels. Je me suis donc porté vers un questionnaire. Cependant, une analyse qualitative rigoureuse préalable aurait peut-être permis de cerner plus précisément les variables d'intérêts de la présente étude.
- Le fait que cette étude soit monocentrique, la population interrogée pourrait ne pas être représentative de l'ensemble des soignants (cependant, certaines données corroborent les résultats de l'enquête nationale réalisée par le RESPADD). Un biais lié à la politique anti-tabac menée par la structure depuis plusieurs années, peut être à considérer.
- L'évaluation du programme d'aide au sevrage du tabac n'est retranscrite dans cette étude que par les soignants.

b. Forces de l'étude :

- Cette étude observationnelle et descriptive a permis d'identifier certaines causes de rupture de parcours de soins pour un patient fumeur au sein d'un programme standardisé d'aide au sevrage du tabac. Elle aura également permis de faire un état des lieux de l'accompagnement des patients fumeurs au sein de cet établissement de santé et d'apprécier l'attitude des soignants dans la prise en compte du tabagisme.
- Elle pourrait contribuer à mettre en place des axes d'amélioration afin d'optimiser l'efficacité du programme et permettre à un plus grand nombre de patients de bénéficier de consultations spécifiques à la tabacologie.

- Cette étude a suscité l'intérêt de l'équipe de tabacologie qui m'a proposé d'animer des ateliers de groupe lors des journées d'HDJ dédiées à la tabacologie. J'ai pu ainsi mettre à profit certains enseignements que j'ai développés dans l'introduction de ce travail auprès des patients.
- Elle semble également avoir suscité la curiosité du comité de recherche clinique de la structure, qui m'a proposé d'en exposer les résultats au cours d'une réunion.
- Enfin, ce travail, malgré ses défauts, m'a permis de m'initier au processus rigoureux de la recherche clinique. Il m'a également permis de contribuer à l'analyse et (je l'espère à terme) à l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de mon établissement.

7. Perspectives.

- Des axes d'amélioration du programme pourraient-être discutés en équipe (favoriser la formation du personnel paramédical ou dégager du temps spécifique à la tabacologie). L'élaboration et la mise en place d'actions concrètes ne pourront s'effectuer que par l'implication des différents acteurs : l'équipe pluridisciplinaire de tabacologie et la direction de l'établissement. L'efficacité de ces actions devra néanmoins être évaluée à distance.
- Il serait intéressant de comparer ce programme d'aide au sevrage du tabac avec ceux existants dans d'autres structures de soins.
- Il serait également judicieux d'effectuer une étude sur l'appréciation de ce programme d'accompagnement auprès des patients eux-mêmes.

Proposer à court terme, l'intervention d'un patient partenaire dans ce parcours de soin pourrait être une optique envisageable. En effet, un patient expert est déjà impliqué dans le programme d'éducation thérapeutique au sein du service d'addictologie (qui de plus, a l'expérience du sevrage tabagique) ; il serait intéressant de lui demander s'il souhaite partager son expérience en tant qu'utilisateur expérimenté.

8. Intervention de l'infirmier en pratique avancée.

a. Avis des répondants :

63% des répondants à cette étude connaissent le rôle d'un IPA, ce qui me laisse envisager qu'il ne tient qu'à moi de continuer à promouvoir ce nouveau métier auprès du personnel de mon établissement. En outre, 95% des répondants sont favorables à l'implication d'un IPA au sein de ce programme d'AST, ces résultats ne sont pas truqués mais je ne peux m'empêcher de penser qu'il pourrait s'agir simplement d'une marque de « sympathie ». En effet, dans cette « petite » structure, beaucoup de membres du personnel me connaissent. Cependant ces résultats optimistes semblent contredire la polémique actuelle qui entoure la formation d'infirmier en pratique avancée et qui semble provoquer des craintes vis à vis de cette nouvelle profession.

b. Perspectives du rôle de l'IPA dans ce parcours d'accompagnement à l'arrêt du tabac :

Selon le modèle d'Hamric (2013), les compétences de l'infirmier en pratique avancé s'articulent autour de plusieurs dimensions, elles comprennent :

- La pratique clinique et la réalisation de consultations.
- L'expression du leadership clinique au sein des équipes soignantes ; le leadership comprend l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles. Il nécessite également des qualités de communication et d'échanges entre le patient, son entourage, l'équipe soignante et aussi l'institution hiérarchique.
- L'implication dans des activités de recherche, mais aussi dans la transmission des résultats et des données probantes auprès des équipes, afin qu'elles puissent s'approprier ces informations dans l'optique d'améliorer les pratiques de soin.
- La contribution à la formation des soignants.
- La mise en place d'actions de prévention et d'éducation afin de :
 - o Promouvoir la qualité de vie et les conditions favorables à la santé.
 - o Améliorer la santé des patients.
 - o Permettre la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.
- La collaboration avec les différentes équipes agissant en transversalité auprès du patient. L'IPA contribue à la coordination des acteurs entourant le patient dans le respect de ses besoins, ses capacités, son environnement et de ses objectifs.

- La prise de décision éthique dans la conception et l'organisation d'un projet de soins individualisé, centré sur la personne, respectueux des choix du patient et conforme à l'état des connaissances médicales et scientifiques.

Mon rôle d'IPA sera conforté par l'expérience professionnelle, mais il me semble qu'il sera approprié dans ce programme d'aide au sevrage du tabac. Il pourra comprendre :

- La mise en place d'actions de prévention sur les risques liés au tabagisme auprès des patients hospitalisés au sein de la structure (en lien avec la compétence 3 du référentiel d'activités des infirmiers en pratique avancée ⁶). Ces actions comprennent l'animation des ateliers de groupe.
- La participation à l'organisation du parcours de soin du patient qui sollicite l'accompagnement d'un tabacologue et à la coordination entre les professionnels et entre les différents services de l'établissement (en lien avec la compétence 4).
- La contribution à la sensibilisation de mes collègues au tabagisme des patients accueillis (en lien avec la compétence 5).
- La poursuite de mon implication dans l'analyse du programme d'AST, dans l'expectative de son amélioration (en lien avec les compétences 5 et 6).

c. Réflexion personnelle :

L'accès à la formation en Pratique Avancée m'a permis, entre autres, de remettre en question mes pratiques professionnelles. En effet, le fait d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences m'a fait entrevoir de nouvelles perspectives (notamment dans le domaine de la prise en soin globale du patient, mais aussi, dans l'importance de considérer les facteurs de risques auxquels il est exposé). C'est ainsi que j'ai constaté, certes bien tardivement, que je négligeais la co-dépendance tabagique des patients malgré plus de 16 ans d'exercice professionnel dans le domaine de l'addictologie.

Cette remise en question est le point de départ de la démarche réflexive qui a débouché sur cette étude. Ce travail permettra essentiellement d'améliorer mes pratiques futures, et de développer mes compétences dans l'accompagnement des patients fumeurs.

⁶ Décret n°2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

CONCLUSION

L'objectif primaire de cette étude était de repérer les causes pouvant entraver l'accès du patient qui le souhaite à une première consultation de tabacologie. L'analyse a pu mettre en évidence un manque de personnel formé en tabacologie au sein de cette structure. En outre, les professionnels formés disposent de peu de temps disponible à la prise en charge du tabagisme des patients, le temps spécifiquement lié à la tabacologie est beaucoup trop réduit.

Cette étude met en exergue la nécessité de former les professionnels, notamment paramédicaux, afin de favoriser l'accompagnement des patients fumeurs.

Cette analyse a également permis de faire un état des lieux de la prise en soin des fumeurs. Nous avons pu constater qu'il semble nécessaire de multiplier les interventions auprès des fumeurs afin de maximiser les tentatives d'arrêt du tabac. Cette optique semble également possible sous couvert de sensibiliser les soignants à l'importance de leurs actions auprès des patients.

Par ses compétences, l'infirmier en pratique avancé pourrait mettre en place des actions de prévention et d'éducation auprès des patients, contribuer à la sensibilisation du personnel, mais aussi faciliter la coordination entre les professionnels de santé afin de renforcer l'efficacité du programme d'aide au sevrage du tabac mis en place dans cet établissement de soins. Il pourrait également intervenir au sein d'une équipe mobile transversale aux services de la structure, afin d'aller à la rencontre des patients tabagiques. La perspective d'une évolution favorable de ce programme repose évidemment sur la mise en place d'actions concrètes, discutées et établies au sein de l'équipe de tabacologie et soutenues par la direction. Cependant un IPA pourrait être le vecteur de l'amélioration de ce programme. L'implication de ce nouveau métier pourrait être une ressource supplémentaire dans la prévention et la lutte contre le tabac.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ANAES (2022) L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus 1998
- Alliance contre le tabac (2022) Campagne Pouvoir de vivre.
- Association des infirmières en tabacologie et addictologie. (s.d.). Consulté à l'adresse <http://www.association-infirmiere-tabacologie.fr/>
- Assurance maladie AMELI.FR (2022) *Sevrage tabagique : Les règles de prescription et formalités* Consulté à l'adresse : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
- Bartsch, P. (2020). Chapitre 30. Les campagnes de prévention actuelles sont-elles utiles ? Dans : Vincent Seutin éd., *Le tabac en questions : 30 réponses pour démêler le vrai du faux* (pp. 215-220).
- Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. (2019) Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 15, p. 278-284.
- Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, Smith BJ. (2012) Cochrane Database Syst Rev., Training health professionals in smoking cessation
- Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie (Éds.). (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (2e éd). Presses universitaires François-Rabelais.
- Commission nationale de l'informatique et des libertés, Délibération n° 2018-256 du 7 juin 2018 portant homologation d'une méthodologie de référence relative aux traitements de données nécessitant l'accès par des établissements de santé et des fédérations aux données du PMSI et des résumés de passage aux urgences (RPU) centralisées et mises à disposition sur la plateforme sécurisée de l'ATIH (MR 005) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187535>
- Conseil National de l'ordre des infirmiers (s d) *Position sur la pratique avancée infirmière*. Consulté à l'adresse <https://www.ordre-infirmiers.fr/publications/les-grands-dossiers/position-sur-la-pratique-avanc%C3%A9e-infirmi%C3%A8re.html>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

- Dervaux A. in Laqueille X., et al (2017). *Pratiques cliniques en addictologie*. Lavoisier
- Douchet M.-A., Le Nézet O. (2021) Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme (1991-2021). *Tendances, OFDT*, n° 145, 8 p.
- Douchet M.A. (Avril 2022) Tabagisme et arrêt du tabac en 2021, OFDT.
- Faure P. & Seutin, V. (2020). Chapitre 4. Comment la nicotine agit-elle sur le cerveau ? Pourquoi entraîne-t-elle la dépendance ? Dans : Vincent Seutin éd., *Le tabac en questions : 30 réponses pour démêler le vrai du faux* (pp. 49-64).
- Friedman GD, Tekawa I, Klatsky AL, Sidney S, Armstrong MA. *Alcohol drinking and cigarette smoking: an exploration of the association in middle-aged men and women*. *Drug Alcohol Depend*. 1991 May;27(3):283-90.
- Grignon, M., & Reddock, J. (2012) L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. *Questions d'économie de la santé*, (182), 1-8.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013) *Advanced practice nursing : An integrative approach*. Elsevier Health Sciences.
- Haute Autorité de Santé (2014) Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS.
- Haute Autorité de Santé (2014) Arrêter de fumer et ne pas rechuter - Dossier d'information patient
- Haute Autorité de Santé (2019) *Sevrage tabagique : Des outils pour repérer et accompagner les patients*. Consulté à l'adresse : https://www.hassante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients
- Hill C., Jouglu E., Beck F. (2010) Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 19-20, p. 210-214.
- Kopp, P. (2015). Le coût social des drogues en France. *Saint-Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, 10.
- Lieu de santé sans Tabac – RESPADD. (s. d.). <https://www.respadd.org/le-respadd/lieu-de-sante-sans-tabac/>
- Marmet, S., Rehm, J., Gmel, G., Frick, H., & Gmel, G. (2014). Alcohol-attributable mortality in Switzerland in 2011 – Age-specific causes of death and impact of heavy versus non-heavy drinking. *Swiss Medical Weekly*, 144, w13947. DOI 10.4414/smw.2014.13947
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*.

- Ministère des solidarités et de la santé ; Ministère de l'action et des comptes publics (2017), Plan National de Lutte contre le Tabac 2018- 2022. Consulté à l'adresse : [PNLT \(sante.gouv.fr\)](https://pnltsante.gouv.fr)
- Ministère des solidarités et de la santé (2019), Décret n°2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
- Neugnot, C., Ohayon, R., Wautot, V., Fonteille, V., Leclerc, L., Peyrat, M., ... & Couraud, S. (2023). Référent Infirmier TABac (RITA) : impact de la formation initiale sur les connaissances en tabacologie des infirmier (e) s formé (e) s. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 15(1), 158.
- Ordre national des infirmiers (2012) *Infirmier expert en tabacologie*. Consulté à l'adresse <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-tabacologue.html>
- Olievenstein C. (1987) *La Clinique du toxicomane* - Éditions universitaires Begebis – Paris
- Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Soullier N., Gautier A., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. (2021) Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 8, p. 132- 139.
- Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V. (2018) *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 14-15, p. 265 - 273.
- Peto R, Lopez AD et al (2000) CépiDc-Inserm
- Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*
- Seutin, V. (2020). *Le tabac en questions : 30 réponses pour démêler le vrai du faux*.
- Site Stop Tabac (2023) <https://www.stop-tabac.ch/sante/risques-pour-la-sante/alcool-et-tabagisme/> (dernière modification le 9 janvier 2023).
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. (2013) Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. (2008) *Cochrane Database Syst Rev*.pub3.Physician advice for smoking cessation
- Tassin JP. (2002) La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. *Bull. Acad. Natle. Méd.*

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION GENERALE..... | 1 |
| I – INTRODUCTION..... | 2 |
| A - CADRE THEORIQUE..... | 2 |
| 1. Le tabagisme et ses conséquences en France..... | 2 |
| a. Épidémiologie de l’usage du tabac :..... | 2 |
| b. Conséquences sanitaires du tabac :..... | 3 |
| c. Impacts économiques du tabac :..... | 6 |
| 2. L’addiction au tabac..... | 7 |
| a. Notion de conduites addictives :..... | 7 |
| b. Le produit : composition d’une cigarette :..... | 8 |
| c. Action neurophysiologique de la nicotine :..... | 9 |
| d. La personne et le contexte de consommation :..... | 11 |
| 3. Traitement du tabagisme..... | 12 |
| a. Les fumeurs veulent-ils changer ?..... | 12 |
| b. Accompagner le patient fumeur :..... | 13 |
| c. Rôle des professionnels tabacologues :..... | 14 |
| d. Les traitements médicamenteux :..... | 15 |
| e. L’entretien motivationnel :..... | 16 |
| 4. Transmettre « le plaisir d’arrêter de fumer »..... | 18 |
| a. Arrêter de fumer, c’est un gain en qualité de vie :..... | 18 |
| b. Arrêter de fumer, c’est aussi un gain d’années de vie de qualité :..... | 18 |
| c. Informer sur les conséquences de l’arrêt :..... | 20 |
| B – CONTEXTE..... | 21 |
| 1. L’établissement de soins médicaux de réadaptation, Clinique La Mitterie..... | 21 |
| 2. Présentation du parcours de soins du patient..... | 23 |
| a. Le conseil minimal :..... | 23 |
| b. Consultation de tabacologie :..... | 25 |
| c. Ateliers thérapeutiques :..... | 25 |
| C – CONSTAT..... | 27 |
| Question de recherche :..... | 29 |
| Hypothèse :..... | 29 |
| Objectifs de l’étude :..... | 29 |

| | |
|---|----|
| II – METHODE..... | 30 |
| A – CHOIX DE LA METHODE..... | 30 |
| B – OUTIL D’EVALUATION..... | 30 |
| C – CRITERE DE JUGEMENT PRIMAIRE..... | 32 |
| D – CHOIX DE LA POPULATION..... | 33 |
| 1. Critères d’inclusion : | 33 |
| 2. Critères d’exclusion..... | 33 |
| 3. Taille de la population choisie..... | 33 |
| E – AUTORISATIONS..... | 33 |
| F - DIFFUSION ET COLLECTE DES SUPPORTS D’EVALUATION..... | 34 |
| G - ORGANISATION DES DONNEES..... | 34 |
| III – RESULTATS..... | 35 |
| A – CARACTERISTIQUES DES REpondANTS..... | 35 |
| 1. Profil des répondants..... | 35 |
| 2. Implication dans le programme d’aide à l’arrêt du tabac..... | 35 |
| 3. Considération du tabagisme des patients..... | 36 |
| 4. Estimation du niveau de connaissances en tabacologie selon les répondants..... | 36 |
| 5. Formation en tabacologie des répondants..... | 37 |
| 6. Formation de sensibilisation au conseil minimal..... | 37 |
| B - ANALYSE DESCRIPTIVE DES REPONSES OBTENUES..... | 38 |
| 1. Pratique du conseil minimal (CM)..... | 38 |
| 2. Attitude des répondants envers les patients à l’issue du conseil minimal | 39 |
| a. Attitude des répondants à l’issue du CM au cas où le patient sollicite l’aide au sevrage du tabac : | 39 |
| b. Attitude des répondants au cas où le patient ne sollicite pas d’accompagnement à l’issue du CM : | 40 |
| c. Si le patient n’a pas sollicité d’aide au sevrage du tabac le jour de l’admission, le professionnel lui propose-t-il de nouveau un accompagnement au cours du séjour ? | 40 |
| 3. Opinion des répondants sur les difficultés qui seraient susceptibles d’entraver l’accès à une première consultation de tabacologie..... | 41 |
| 4. Suggestion de l’intervention d’un IPA dans ce programme..... | 42 |
| IV – ANALYSE ET DISCUSSION..... | 43 |
| 1. Synthèse de l’étude..... | 43 |
| a. Analyse du critère primaire de cette étude : | 43 |
| b. Réponse à la question de cette étude : | 44 |

| | |
|---|----|
| 2. Nécessité de former les soignants en tabacologie..... | 44 |
| a. Les soignants en demande de formation :..... | 44 |
| b. La formation du personnel paramédical :..... | 45 |
| 3. Nécessité de consacrer du temps à la prise en soin du tabagisme..... | 46 |
| 4. Etat des lieux de l'accompagnement du fumeur dans la structure..... | 46 |
| a. Repérage du patient fumeur :..... | 46 |
| b. Orientation du patient vers une consultation de tabacologie :..... | 47 |
| 5. Nécessité de multiplier les interventions auprès des fumeurs..... | 48 |
| 6. Forces et limites de l'étude..... | 49 |
| a. Limites de l'étude :..... | 49 |
| b. Forces de l'étude :..... | 49 |
| 7. Perspectives..... | 50 |
| 8. Intervention de l'infirmier en pratique avancée..... | 51 |
| a. Avis des répondants :..... | 51 |
| b. Perspectives du rôle de l'IPA dans ce parcours d'accompagnement à l'arrêt du tabac :..... | 51 |
| c. Réflexion personnelle :..... | 52 |
| CONCLUSION..... | 53 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Nombre de décès attribuables au tabac par cause en 2015 selon Santé publique France (Bonaldi, 2019) | 4 |
| Tableau 2 : Nombre de décès attribuables au tabac par cause en 1999 selon l’Inserm (Peto R. et al., 2000)..... | 5 |
| Tableau 3 : Description des professionnel interrogés :..... | 35 |
| | |
| Schéma 1 : Triangle Multifactoriel des addictions de Claude Olievenstein (1987)..... | 8 |
| Schéma 2 : Le rôle du circuit de la récompense dans la dépendance au tabac (Tassin JP, 2002)..... | 10 |
| Schéma 3 : Théorie du changement comportemental selon Prochaska et Diclemente (1992)..... | 17 |
| Schéma 4 : Formulaire informatisé du conseil minimal de la structure..... | 24 |
| Schéma 5 : Algorithme de l’HAS sur les recommandations pour la prise en charge d’un patient tabagique 2014)..... | 26 |
| | |
| Graphique 1 : Fraction des décès attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015 (Bonaldi et Coll., 2019). | 4 |
| Graphique 2 : Résultats d’un sondage Ifop réalisé en 2017..... | 13 |
| Graphique 3 : Répartition du personnel selon la considération du tabagisme des patients..... | 36 |
| Graphique 4 : Répartition des répondants selon leur niveau de connaissance en tabacologie..... | 36 |
| Graphique 5 : Part des répondants formés ou non en tabacologie..... | 37 |
| Graphique 6 : Répartition des répondants selon leur formation au conseil minimal..... | 37 |
| Graphique 7 : Fréquence de pratique du conseil minimal auprès des patients..... | 38 |
| Graphique 8 : Répartition des causes qui entravent la pratique du conseil minimal..... | 38 |
| Graphique 9 : Répartition des attitudes des répondants si le patient sollicite un accompagnement..... | 39 |
| Graphique 10 : Répartition des attitudes des répondants si le patient ne sollicite pas d’accompagnement..... | 40 |
| Graphique 11 : Part des répondants qui repropose le conseil minimal au cours du séjour..... | 40 |
| Graphique 12 : Répartition de l’opinion des répondants sur les difficultés d’accès à une consultation de tabacologie au sein du programme d’AST..... | 41 |
| Graphique 13 : Répartition des répondants selon leur connaissance sur le rôle d’IPA..... | 42 |
| Graphique 14 : Répartition de l’avis des répondants sur l’implication d’un IPA dans le parcours d’AST..... | 42 |

ANNEXE

Questionnaire d'appréciation de l'accompagnement au sevrage du tabac

Afin de réaliser mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état d'Infirmier(e) en Pratique Avancée (IPA), je sollicite votre aide pour effectuer la mesure de la mise en œuvre du programme d'Accompagnement au Sevrage du Tabac (AST) proposé au sein de la Clinique La Mitterrie.

Votre Profession :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Diététicien(ne) |
| <input type="checkbox"/> IDE – Cadre/Référente IDE | <input type="checkbox"/> Professeur d'APA | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) | <input type="checkbox"/> Agent / Cadre Administratif | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |

Votre service :

Hospitalisation Complète :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addictologie | <input type="checkbox"/> SMR Polyvalent | <input type="checkbox"/> SMR Gériatrie |
| <input type="checkbox"/> SMR Cardiologie | <input type="checkbox"/> SMR Pneumologie | |

Hospitalisation de Jour :

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addictologie | <input type="checkbox"/> SMR Cardiologie | <input type="checkbox"/> SMR Pneumologie |
|---------------------------------------|--|--|

Etes- vous fumeur ?

- OUI NON Ancien fumeur

Question N°1 : Vous sentez-vous concerné par le tabagisme des patients ?

- OUI NON

Question N°2 : Etes-vous impliqué dans le programme d'aide au sevrage du tabac ? (Par vos fonctions : ex : consultations, ateliers d'HDJ de Tabacologie)

- OUI NON

Question N°3 : Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes en tabacologie ?

- Pas du tout insuffisamment oui, suffisamment Complètement

Question N°4 : Avez-vous une formation en tabacologie ?

- OUI DIU Tabacologie Formation Pasteur Autre :

- NON En souhaiteriez-vous une dans ce cas ? OUI NON

Question N°5 : Etes-vous formé au conseil minimal concernant la consommation de tabac ?

- OUI NON

Si oui, avez-vous suivi la formation interne de la Clinique La Mitterrie ?

- OUI NON

Question N°6 : Pratiquez-vous le conseil minimal lors de l'admission des patients au sein de votre service ?

- OUI fréquence ? Parfois Souvent Systématiquement

- NON Pourquoi ? Manque de temps Pas de Formation

- Méconnaissance du procédé informatique Autre :

Question N°7 : Que faites-vous dans le cas où le patient sollicite l'accompagnement d'un professionnel de santé lors du conseil minimal ?

.....
.....

Que faites-vous dans le cas où le patient ne souhaite pas l'aide à l'arrêt du tabac ?

.....
.....

Dans la situation où le patient n'a pas sollicité d'aide le jour de l'admission, lui proposez-vous de nouveau un accompagnement au cours du suivi ?

OUI NON

Question N°8 : Selon vous, dans la situation où le patient souhaite un accompagnement tabacologique lors du conseil minimal, quelles difficultés pourraient entraver l'accès à une consultation avec un professionnel qualifié ?

- *Le processus d'orientation vers une consultation de tabacologie est complexe ou méconnu :*

Pas d'accord plutôt pas d'accord sans opinion plutôt d'accord tout à fait d'accord

- *Les délais de consultations avec un membre de l'équipe de tabacologie ne sont pas adaptés :*

Pas d'accord plutôt pas d'accord sans opinion plutôt d'accord tout à fait d'accord

- *Il manque des créneaux de consultations spécifiques à la tabacologie avec les professionnels qualifiés :*

Pas d'accord plutôt pas d'accord sans opinion plutôt d'accord tout à fait d'accord

- *Il manque de professionnels dédiés à la tabacologie :*

Pas d'accord plutôt pas d'accord sans opinion plutôt d'accord tout à fait d'accord

- *Les patients manquent de motivation et ne se présentent pas aux consultations de tabacologie :*

Pas d'accord plutôt pas d'accord sans opinion plutôt d'accord tout à fait d'accord

- *Les patients ne se présentent pas aux consultations par manque d'information / défaut d'orientation :*

Pas d'accord plutôt pas d'accord sans opinion plutôt d'accord tout à fait d'accord

COMMENTAIRES :.....
.....
.....
.....

Question N°9 : Connaissez-vous les fonctions d'un(e) IPA (infirmier(e) en pratique avancée) ?

OUI NON

Question N°10 : Etes-vous favorable à l'implication d'un(e) IPA dans le processus actuel d'accompagnement au sevrage du tabac existant au sein de notre structure ?

OUI NON

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

AUTEUR : Nom : MARESCAUX

Prénom : Benjamin

Date de soutenance : 5 juillet 2023

Titre du mémoire : L'accompagnement du patient fumeur. Etude observationnelle d'un programme d'aide au sevrage tabagique dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation.

Mots-clés : Tabac - Addiction - Accompagnement au sevrage - Formation des professionnels de santé.

Résumé :

Introduction : Le tabagisme est un des fléaux de notre société et une préoccupation majeure de la santé publique en France. Le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France et dans le monde. Il est un facteur de risque prédominant et peut engendrer une forte dépendance physique et psycho-comportementale. Il est recommandé aux personnes qui souhaitent le sevrage d'être suivies par un professionnel de santé, afin de favoriser la réussite de l'arrêt et le maintien à l'abstinence. Encouragés par le Programme National de Lutte contre le Tabac, les établissements de soins proposent l'accompagnement et la prise en soin des patients fumeurs. Ce travail vise à cibler les causes éventuelles de rupture de parcours de soin au sein d'un programme d'aide au sevrage tabagique standardisé.

Méthodologie : Afin de repérer les freins susceptibles d'entraver l'accès du patient qui le souhaite à une consultation de tabacologie, j'ai procédé à une étude observationnelle, descriptive auprès des professionnels de santé d'un établissement de soins médicaux et de réadaptation.

Analyse et Discussion : J'ai pu constater qu'une cause principale pouvant altérer le parcours de soin du patient est un manque de personnel formé en tabacologie. D'autres freins ont pu être repérés, outre le fait d'être peu nombreux, les tabacologues disposent de peu de temps dédié à la prise en soin du tabagisme des patients. Un défaut de coordination entre les professionnels et les services de la structure a pu être également relevé. La formation en tabacologie du personnel paramédical pourrait être une solution au renforcement de l'accompagnement des fumeurs. De plus, l'intervention d'un IPA, par ses compétences, pourrait permettre de coordonner le parcours du patient et d'optimiser la prise en soin des fumeurs.

Abstract :

Introduction : Smoking is one of the scourges of our society and a major public health concern in France. Tobacco remains the leading cause of preventable death in France and worldwide. It is a predominant risk factor and can lead to strong physical and psycho-behavioural dependence. It is recommended that people who wish to quit be followed by a health professional to promote the success of the cessation and the maintenance of abstinence. Encouraged by the National Program for the Fight against Tobacco, healthcare establishments offer support and care for patients who smoke. This work aims to target the possible causes of disruption of the care pathway within a standardized smoking cessation program.

Methodology : To identify the obstacles likely to hinder the access of the patient who wishes it to a tobacco consultation, I carried out an observational, descriptive study with health professionals from a medical care and rehabilitation establishment. .

Analysis and Discussion : I have seen that a main cause that can alter the patient's care pathway is a lack of staff trained in smoking cessation. Other obstacles have been identified, in addition to the fact that they are few, tobacco specialists have little time dedicated to taking care of patients' smoking. A lack of coordination between the professionals and the services of the structure could also be noted. Training in smoking cessation for paramedical staff could be a solution to strengthening support for smokers. In addition, the intervention of an APN, through his skills, could make it possible to coordinate the patient's journey and optimize the care of smokers.

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Sylvain BALOIS