



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*Etat des lieux de la prise en charge du tabagisme des patients suivis en services  
d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais*

**Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2012**

**Par Julie MACHIN**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Madame le Docteur Laure SPINOSI**

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur Laure SPINOSI**

<b>I. GLOSSAIRE.....</b>	<b>17</b>
<b>II. EXPERIENCE PERSONNELLE.....</b>	<b>18</b>
<b>III. INTRODUCTION.....</b>	<b>21</b>
PREAMBULE.....	21
ANNONCE DU PLAN.....	22
QUELQUES DEFINITIONS.....	24
<i>Substance psychoactive.....</i>	<i>24</i>
<i>Dépendance.....</i>	<i>24</i>
<i>Addiction.....</i>	<i>26</i>
<i>Poly-consommation.....</i>	<i>27</i>
<i>Mortalité induite.....</i>	<i>28</i>
<i>Conseil médical minimal systématique à l'arrêt.....</i>	<i>29</i>
QU'EST-CE QUE LA PRISE EN CHARGE ?.....	29
ADDICTOLOGIE ET MEDECINE GENERALE.....	31
<i>Des médecins généralistes peu sollicités pour les addictions.....</i>	<i>31</i>
<i>Des progrès à faire, un dialogue à établir entre praticien et patient.....</i>	<i>33</i>
<i>Le tabagisme : Un moindre tabou que d'autres addictions.....</i>	<i>35</i>
<i>Action préventive ou curative du médecin généraliste ?.....</i>	<i>37</i>
<i>En synthèse.....</i>	<i>38</i>
EPIDEMIOLOGIE ET PREVALENCE DU TABAC.....	39
<i>Dans le monde.....</i>	<i>39</i>
<i>En France : Un problème qui reste majeur.....</i>	<i>40</i>
<i>Dans la région Nord-Pas-de-Calais.....</i>	<i>45</i>
<i>Synthèse de l'épidémiologie.....</i>	<i>51</i>
POLITIQUES NATIONALES, EVOLUTIONS LEGALES ET GRANDES ETAPES DANS LA LUTTE ANTI-TABAC.....	52
<i>Les textes de loi.....</i>	<i>52</i>
<i>Les directives médico-sociales et sanitaires.....</i>	<i>55</i>
<i>La politique hausse des prix.....</i>	<i>56</i>

<i>Synthèse des politiques mises en œuvre</i> .....	57
ADDICTOLOGIE ET POLY-ADDICTION .....	58
<i>Epidémiologie de la poly-addiction</i> .....	58
<i>Cannabis et Tabac : des addictions à part ?</i> .....	62
<i>Association de tabac et drogues illicites</i> .....	64
<i>Alcool et tabac : Un couple de longue date ?</i> .....	65
<i>En synthèse</i> .....	69
LE TABAC DANS LES LIEUX DE SANTE .....	70
<i>Sevrage des patients fumeurs hospitalisés : le protocole</i> .....	70
<i>Les Unités de Coordination de Tabacologie (UTC)</i> .....	71
<i>Les consultations de tabacologie</i> .....	72
<i>La formation du personnel médical</i> .....	72
<i>Diplôme Universitaire de tabacologie</i> .....	73
<i>Manque de propositions de sevrage &amp; personnel médical fumeur</i> .....	73
<i>L'accompagnement des patients non-fumeurs / tabagisme passif</i> .....	74
<i>Le point de vue des ex-fumeurs à l'issue de leur parcours</i> .....	75
<i>Le Tabac, la moins suivie des addictions</i> .....	75
<i>En synthèse</i> .....	76
LES OUTILS EXISTANTS .....	78
<i>Les substituts nicotiniques</i> .....	78
<i>Outils utilisés par les généralistes</i> .....	78
<i>Recommandations de bonnes pratiques</i> .....	79
<i>Conseil minimal systématique</i> .....	79
<i>L'entretien motivationnel</i> .....	81
<i>Soutien de groupe</i> .....	81
<i>Conseil téléphonique</i> .....	81
<i>Traitements nicotiniques substitutifs en centres spécialisés</i> .....	82
<i>Thérapies cognitivo-comportementales</i> .....	82
<i>Autres thérapies</i> .....	83

<i>Cadrage des outils et méthodes</i> .....	83
<i>Test de Fagerström</i> .....	83
<i>Diagramme de PROCHASKA</i> .....	86
<i>Détecteur de CO</i> .....	87
<i>Remise de documents, brochures</i> .....	87
<i>Niveau d'utilisation des outils</i> .....	87
<i>Combinaison d'outils</i> .....	88
<i>En synthèse</i> .....	88
<b>IV. PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>90</b>
OBJECTIF PRIMAIRE : .....	90
OBJECTIFS SECONDAIRES : .....	90
<b>V. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>91</b>
CONTEXTE DE L'ÉTUDE .....	91
POPULATION DE L'ÉTUDE .....	91
RECUEIL DE DONNEES .....	92
TRAITEMENT DES DONNEES RECUEILLIES.....	93
<b>VI. LES RESULTATS DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>94</b>
QUESTION 1A.....	94
QUESTION 1B.....	95
QUESTION 1C.....	96
QUESTION 1D.....	97
QUESTION 2 .....	97
QUESTION 3 .....	99
QUESTION 4 .....	99
QUESTION 5A.....	101
QUESTION 5B.....	102
QUESTION 5C.....	103

QUESTION 6 .....	104
QUESTION 7 .....	105
QUESTION 8A.....	106
QUESTION 8B.....	107
QUESTION 8C.....	108
QUESTION 9 .....	109
QUESTION 10 .....	110
REPONSES LIBRES / RETOURS COMPLEMENTAIRES SUR LA SITUATION .....	111
<i>Solutions d'organisation de la consommation - Règlements internes.....</i>	111
<i>Solutions en cas de non-respect des consignes de consommation.....</i>	112
<i>Besoins de formation et d'information du personnel .....</i>	113
<i>A propos des questionnaires et des outils de pré-admission.....</i>	113
<i>A propos de la communication.....</i>	114
<i>Difficultés de mise en application des règlements .....</i>	114
<i>A propos de l'impact sur le groupe de patients.....</i>	116
<i>A propos du suivi après le séjour .....</i>	116
<b>VII. DISCUSSION .....</b>	<b>117</b>
ELEMENTS SOULEVES PAR L'ETUDE.....	117
<i>Un sujet qui n'est pas tabou dans la plupart des cas .....</i>	117
<i>Une démarche à perfectionner lors de l'admission, des outils à mieux exploiter.....</i>	117
<i>Une consommation réglementée, mais problématique .....</i>	119
<i>Mieux considérer les poly-addictions impliquant le tabac .....</i>	121
<i>Coordination de l'action .....</i>	122
<i>Communication avec les patients.....</i>	123
<i>Au-delà de l'hospitalisation, le suivi du patient.....</i>	123
<i>Vie en communauté / exemplarité et interdépendance des patients .....</i>	124
<i>Des besoins complémentaires en formation .....</i>	125
LES ELEMENTS DE L'ETUDE CONFRONTES A L'ETAT DES CONNAISSANCES .....	126

<i>Communication avec les patients</i> .....	126
<i>Coordination de l'action</i> .....	126
<i>De l'usage des outils</i> .....	127
<i>De la poly-addiction</i> .....	127
AXES POSSIBLES D'AMELIORATION DE L'ENQUETE ; BIAIS REPERES .....	127
AXES POSSIBLES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE .....	128
<b>VIII. CONCLUSION</b> .....	<b>132</b>
<b>IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>134</b>
<b>X. ANNEXES</b> .....	<b>146</b>
ANNEXE 1 : « LE CONSEIL MEDICAL AUX FUMEURS A L'INTERNATIONAL ».....	147
ANNEXE 2 : « STRATEGIE D'AIDE A L'ARRET DU TABAC D'APRES LA METHODE DES 5 A [93] » .....	148
ANNEXE 3 : INCIDENCE DU CANCER DU POUMON DANS LES REGIONS .....	150
ANNEXE 4 : MORTALITE PAR CANCER DU POUMON DANS LES REGIONS ET DEPARTEMENTS.....	151
ANNEXE 5 : « CONSOMMATION DE TABAC PAR TRANCHE D'AGE ET PAR SEXE DANS LA REGION NORD-PAS-DE-CALAIS » .....	152
ANNEXE 6 : « LES ADOLESCENTS FACE A LA CONSOMMATION (REGULIERE OU OCCASIONNELLE) DE TABAC ».....	154
ANNEXE 7 : « EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE STANDARD » .....	155
ANNEXE 8 : « EXTRAIT DES TABLEAUX D'ANALYSE CHIFFRES UTILISES ».....	161

# I. Glossaire

AFSSAPS : « Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé »

ANAES : « Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé »

CCLAT : « Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac »

DSM IV : « Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, quatrième édition »

HAS : « Haute Autorité de Santé »

HPST : « Hôpital, Patient, Santé et Territoires »

INSERM : « Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale »

INCa : « Institut National du Cancer »

INPES : « Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé »

MILDT : « Mission Interministérielle »

OFDT : « Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies »

OMS : « Organisation Mondiale de la Santé »

## II. Expérience personnelle

*J'ai choisi d'écrire ces quelques lignes de manière à retracer le cheminement qui m'a conduit à envisager de traiter cette question, au travers de mon parcours d'interne en médecine générale.*

C'est au cours de mon internat en médecine générale que j'ai découvert l'addictologie.

D'abord durant mon stage de médecine ambulatoire, puisque deux des médecins qui m'encadraient appartenaient à un réseau de prise en charge des patients toxicomanes. La plupart des patients que j'ai rencontrés dans ce contexte étaient suivis pour un traitement substitutif, en général bien équilibré, souvent anéantis par un certain nombre d'années de pratique.

J'ai compris que ces patients avaient besoin de la confiance du médecin, sans pour autant que celui-ci devienne crédule, mais que pour ces patients, aucune reconstruction n'est possible sans confiance. En effet, la dépendance leur a fait perdre amis, famille, conjoint, travail, logement, relations sociales et parfois leurs économies, leur permis, et même leur liberté. Tous ont ce point commun d'avoir perdu quelque chose de fondamental.

J'ai compris qu'il est vain de vouloir aider quelqu'un qui n'est pas décidé. Par contre quand la motivation est présente, ils ont besoin d'être soutenus dans leurs efforts.

J'ai appris que c'est souvent l'arrivée au pied du mur qui provoque réaction, changement et prise de conscience.



En analysant chaque situation, j'ai observé des constantes :

- La rupture sociale,
- Le refuge dans l'alcool,
- Une forte dépendance tabagique et médicamenteuse.

Suite à cette étape de mon cursus, j'ai choisi d'effectuer un stage en service d'addictologie. Il s'agissait là d'un service centré sur le sevrage en alcool. Les patients y étaient hospitalisés pour une durée de 3 semaines maximum.

Cette expérience enrichissante m'a permis de mieux comprendre et d'apprendre à mieux appréhender le patient alcoolique. D'envisager le patient dans sa globalité, aussi bien sur le plan physique et médical pur, que sur les plans psychologique et comportemental, socio-environnemental, culturel et parfois sanitaire.

Le milieu hospitalier a cet avantage d'apporter une dimension pluridisciplinaire encore peu développée dans le cadre de la médecine générale, permettant de mieux coordonner les actions et envisager le patient dans sa globalité.

Sur le plan pratique, ce stage m'a permis de mieux connaître et d'utiliser les tests d'évaluation de dépendance et d'en comprendre les limites.

Ce fut également une expérience formatrice dans le sens où j'ai partagé avec l'équipe soignante certaines difficultés dans la gestion de l'humain, j'y ai vécu les problèmes de discipline et la complexité des modalités d'application des règles.

Et cette fois encore, même constat : le tabac est omniprésent dans les consommations des patients. Il en est devenu un sujet de discussion quotidien entre les soignants : retard des patients fumeurs aux ateliers thérapeutiques, entraves au règlement, non-respect de la loi, sanctions disciplinaires.

Ce parcours explique mon intérêt pour ce sujet passionnant et c'est pourquoi ce fut pour moi un honneur et un plaisir de pouvoir exploiter les données recueillies par l'association ECLAT-GRAA.

### III. Introduction

#### Préambule

---

En 2010, on estimait à 14 millions le nombre de fumeurs de tabac en France.

La consommation de tabac occasionne chaque année 60 000 décès en France. Le tabac se place ainsi tristement en première place dans la liste des décès prématurés, notamment par les cancers engendrés. C'est pourquoi La lutte contre le tabagisme est une priorité à la fois nationale et internationale. Un sujet omniprésent tant sur un plan médical que sociétal, sanitaire et social.

Avec 45 000 décès annuels, l'abus d'alcool, quant à lui se place au deuxième rang en matière de cause évitable de mortalité, cet abus est souvent accompagné de tabagisme.

Si les études concernant l'addiction et le sevrage des différentes substances psychoactives sont nombreuses, comme nous le verrons, il existe peu de travaux concernant les spécificités des addictions à plusieurs substances psychoactives - dont le tabac fait partie - et la manière de les traiter simultanément.

On peut légitimement se demander dans cet exemple comment des soins et des approches combinées sont mises en place et quels résultats sont obtenus.

La poly-consommation (voir définitions) concerne 15 % des adultes français dans la tranche d'âges de 18 à 44 ans. Parmi les associations les plus couramment retrouvées, on trouve (source : « OFDT l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies » [1]) :

- Association tabac et alcool (9,6 % des cas),
- Association tabac et cannabis (3,4 % des cas),
- Association tabac, alcool et cannabis (1,7 % des cas),
- Association alcool et cannabis (0,4 % des cas).

L'association à d'autres substances illicites, comme nous le verrons, est nettement plus rare, bien que les personnes consommant ces substances soient pour la majeure partie d'entre elles, fumeuses.

En dépit de tous les efforts pour réduire les usages et les conséquences de ces consommations, ce problème de santé publique reste au sommet des priorités politiques, sanitaires et médico-sociales.

Afin d'améliorer la qualité des prises en charge, la formation et l'information des personnels de santé demeure l'un des points clefs. Cependant, on peut s'interroger sur l'application, le fonctionnement et l'efficacité des outils en place pour que le tabac ne soit pas banalisé, considéré comme secondaire ou non prioritaire face au traitement des autres addictions. C'est l'objet de l'étude qui sera présentée dans cette thèse.

## **Annonce du plan**

---

L'introduction présentera le résultat d'un travail de recherche sur l'état des connaissances disponibles, des travaux réalisés, et de la littérature sur les thèmes de la poly-addiction et des éléments connexes (contexte légal, dispositifs existants, chiffres clefs, épidémiologie...)

Nous entrerons ensuite dans le vif du sujet et aborderons la question qui nous rassemble aujourd'hui, à savoir :

**« Comment améliorer la prise en charge de la consommation de tabac, chez les patients hospitalisés en addictologie pour le sevrage d'une ou plusieurs substances psychoactives ? ».**

Nous focaliserons cette étude sur la région Nord-Pas-de-Calais, dont nous verrons plus loin quelles sont les spécificités.

Pour ce faire, une enquête a été réalisée auprès du personnel soignant exerçant dans différents types de structures médico-sociales du Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit de mieux connaître les pratiques, outils employés et réactions des soignants face au patient fumeur, afin de pouvoir en améliorer le sevrage, simultanément ou secondairement au sevrage d'autres substances.

J'expliquerai en particulier le contexte de cette étude, les objectifs visés, la méthode, les résultats obtenus et axes de travail possibles en confrontant ces résultats avec l'état des connaissances, pour en tirer des conclusions et axes d'amélioration possibles.

## Quelques définitions

---

### Substance psychoactive

Une substance psychoactive est une substance d'origine naturelle ou de synthèse, ayant un tropisme pour le système nerveux central. Elle agit en y modifiant le fonctionnement des neurotransmetteurs. Elle peut engendrer des perturbations au niveau des perceptions, de l'humeur, de la conscience ou du comportement. Cette action sur le cerveau est à l'origine du phénomène de dépendance.

### Dépendance

L'OMS : « Organisation Mondiale de la Santé » définit [2] la dépendance comme : *« un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. »*

*« La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente ».*

Cette définition souligne la notion de perte de contrôle de la consommation, la compulsion étant une impériosité à accomplir un acte que la conscience ne peut réprimer sans générer d'angoisse.

Selon la Classification statistique Internationale des Maladies CIM-10 [3], il existe 6 critères intervenant dans la définition de la dépendance : *« Si un patient répond à au*

*moins trois de ces critères, il peut être considéré comme dépendant. » Les critères diagnostics sont les suivants :*

- 1) *« Désir impératif ou sensation de compulsion pour la prise de substance »*
- 2) *« Difficulté à contrôler le comportement de prise de substance en termes de début, fin ou de quantité utilisée »*
- 3) *« Présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la prise, mis en évidence par les signes [...] » qui sont : « syndrome de sevrage caractéristique de la substance, Prise de cette substance - ou d'une substance étroitement apparentée - dans le but de soulager ou d'éviter les syndromes de sevrage ».*
- 4) *« Signes de tolérance, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance psychoactive pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles »*
- 5) *« Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités en raison de l'usage de substance psychoactive, temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets »*
- 6) *« Poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives, telles que lésions hépatiques dues à l'abus d'alcool, état dépressif résultant d'une utilisation massive ou atteinte des fonctions cognitives associée à la substance. » et l'on précise : « On essaiera de déterminer si l'utilisateur était réellement ou pouvait être conscient de la nature et de l'étendue des dommages ».*

Les critères de dépendance nicotinique selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders en anglais) (DSM IV) [4] sont les suivants :

- 1) « *Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication, un effet désiré ou une diminution des effets à dose consommée constante.* »
- 2) « *Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence.* »
- 3) « *Fumer plus, ou plus longtemps que prévu.* »
- 4) « *Désir persistant de fumer et des efforts infructueux de diminution, ou de contrôle de la consommation.* »
- 5) « *Beaucoup de temps passé à fumer ou à se préoccuper du tabac.* »
- 6) « *Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause du tabac.* »
- 7) « *Continuer à fumer malgré la connaissance des conséquences avérées pour la santé.* »

Si trois parmi ces 7 critères sont réunis, le patient peut être considéré comme dépendant.

## **Addiction**

L'INSERM : « Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale » définit l'addiction comme : « *un comportement de consommations de substances psychoactives provoquant une souffrance psychologique et des troubles physiologiques* » [5].

Cette définition restreint le champ aux addictions avec substance et ne tient pas compte des addictions sans produit, telles que l'addiction au jeu, à l'écran, au sexe...



Le Ministère en charge de la santé [6] élargit le terme aux addictions sans produit, et souligne que :

*« L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives ».*

### **Poly-consommation**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa définition de 1994 [7], la poly-consommation représente :

*« La consommation de plus d'une substance psychoactive par un individu, de façon simultanée ou séquentielle ».*

L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) complète cette définition en 2000 par l'introduction de la notion d'acte conscient et de : *« potentialisation des effets »* sous la forme :

*« Toute modalité d'usage combiné de deux ou plusieurs substances psychoactives, consciemment pratiquée par un consommateur dans le but de modifier les effets d'une ou plusieurs substances déjà consommées ou à consommer ».*

Dans un rapport intitulé *« drogues et dépendances : Indicateurs et tendances »*, l'OFDT classe en 2002 la poly-consommation d'après les fréquences de consommation : *« pour le tabac, au moins une cigarette quotidienne, pour l'alcool, trois usages au cours de la semaine écoulée et pour le cannabis, dix consommations au moins au cours de l'année passée [8]. »*

Le DSM IV [4] combine durée et fréquence et limite la définition aux consommateurs de plus de 2 substances psychoactives, tabac exclu :

*«Le diagnostic est réservé au comportement d'une personne qui pendant une période continue de 12 mois a utilisé de manière répétitive au moins 3 groupes de substances (en ne comptant ni la caféine ni la nicotine), sans que prédomine l'une des substances. De plus, pendant cette période, les critères de dépendance sont remplis pour les substances considérées en général mais pour aucune substance en particulier ».*

Cette définition est très importante dans son impact, car en classant le tabac hors du champ des poly-addictions, elle sous-entend une importance moindre à attribuer à son sevrage.

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose, pour terminer, une définition différente :

*« Par poly-consommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis, il faut entendre l'usage régulier d'au moins deux de ces produits au cours des trente derniers jours, soit au moins dix usages d'alcool ou de cannabis au cours des trente derniers jours, soit une consommation quotidienne de tabac au cours des trente derniers jours ».*

La poly-consommation régulière se définit comme la consommation régulière de 2 ou plus, des trois produits les plus couramment consommés (alcool, tabac et cannabis).

### **Mortalité induite**

Par mortalité induite par le tabac, il faut entendre les cancers (poumons, voies aérodigestives supérieures, mais aussi les cancers de l'œsophage, de la vessie et du col utérin), les bronchites chroniques obstructives et les maladies cardio-vasculaires.

## Conseil médical minimal systématique à l'arrêt

Il est défini comme « toute instruction verbale donnée par un médecin comportant un message incitant à l'arrêt de la consommation tabagique. Il s'agit d'une intervention minimale d'une durée inférieure à 3 minutes ».

## Qu'est-ce que la prise en charge ?

---

Avant d'aborder la question de la prise en charge du tabac dans les services d'Addictologie - évoquée dans cette thèse - et alors qu'en tant que praticiens, nous ne passons pas une journée sans en utiliser le terme, je me suis intéressée à la notion fondamentale de « prise en charge ».

Que signifie l'expression « prise en charge » ? Que regroupe-t-on derrière cela ? Existe-t-il une définition ? Peut-on l'évaluer de manière scientifique ?

Blouin et Bergeron [9] ont défini la prise en charge comme :

*« L'Intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités ».*

Appliquée à la médecine, il s'agit de prodiguer des soins à une personne présentant les symptômes liés à une maladie ou un accident.

La définition de Blouin et Bergeron parle d'incapacités au sens d'incapacités motrices mais d'autres axes sont à prendre en compte :

- Incapacité à prendre des décisions
- Incapacités physiques ou mentales

En France, la prise en charge fait également référence au financement des soins par l'assurance maladie.

La prise en charge peut sous-entendre un transfert de responsabilités.

La prise en charge peut avoir des formes multiples et sous-entend de multiples questionnements afin de définir un cadre complet et clair d'exercice de cette prise en charge.

**La période de prise en charge** : quand commence et s'arrête la responsabilité du personnel médical ? Quelles obligations de suivi du corps médical après la fin de la période d'hospitalisation ? Quel suivi proposer ?

**Le rapport médecin - soignant** sous-entend l'observance du patient, la volonté médicale de respecter les protocoles.

**La responsabilité du personnel soignant** dans la prise de décision, individuelle ou en équipe, les limites de cette responsabilité face au libre arbitre des patients.

**Les champs de la prise en charge** avec dans notre cas, la dimension médicale, psychologique, sociale, sociétale et relationnelle.

**Les moyens et les ressources de cette prise en charge** : face à de telles responsabilités, de quels moyens dispose-t-on ? Infrastructures, capacité d'accueil, outils, protocoles, formation, temps, finances permettant d'assurer une prise en charge ?

**La qualité de cette prise en charge** peut être améliorée par la mise en place de groupes de travail, l'élaboration et l'application de protocoles et leur évaluation.

**Le suivi et la maîtrise des protagonistes de cette prise en charge** : patient, médecins, psychologues, assistante sociale, environnement familial, autres patients ayant les mêmes dépendances ou non.

**L'évaluation de la prise en charge** via la mesure de paramètres à déterminer.

Au final, on observe qu'établir une prise en charge efficace nécessite de s'interroger sur l'ensemble de ces points pour apporter des solutions et améliorer son efficacité. **Ce sont ces points qui ont été évoqués avec le personnel soignant au cours de l'enquête menée dans le cadre de la présente thèse.**

## **Addictologie et Médecine générale**

---

En tant qu'étudiante en médecine générale, il me semble intéressant d'établir le lien entre l'addictologie et le rôle du médecin généraliste confronté dans son quotidien aux conséquences et aux contraintes de ces drogues.

### **Des médecins généralistes peu sollicités pour les addictions**

Les médecins généralistes, par leur proximité, leur écoute, et leur rôle d'accompagnant dans la durée, ont un rôle et une place stratégique dans la détection, la prise en charge et le suivi des problèmes d'addiction. Fiore, Bailey et Cohen ont montré en 2000 que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle fondamental, sous réserve de recevoir une formation adéquate et d'être impliqués dans une démarche complète de soins [10].

Selon une autre étude menée en 1999 par Baudier [11], 30,7 % des patients (pourcentage comparable à la prévalence dans la population générale à la même époque) consultants en médecine générale sont fumeurs. Cet aspect sera particulièrement important lorsque l'on évoquera les interactions patients – soignants et le rôle d'exemplarité, de soutien, de recherche de modèle attendu par le patient et de recherche d'identification aux soignants.

En France, la prévalence de la consommation quotidienne dans la population générale âgée de 12 à 75 ans, est de l'ordre de 25.6 % pour le tabac, celle de l'alcool d'environ 14 % et celle du cannabis estimée à 1,2 %, selon les chiffres du baromètre Santé 2005, INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [12]. Or, face à ces chiffres, il convient de les confronter aux motifs courants de consultation des généralistes [11,13].

Motif	Pourcentage des actes
<b>Tabac</b>	1.95 %
<b>Alcool</b>	1.6 %
<b>Autres Drogues</b>	0.45 %

Tableau n° 1 : « répartition des motifs de consultation en fonction des produits en pourcentage des actes »

Ces chiffres mettent en évidence l'écart existant entre l'occurrence des consultations peu fréquentes et la prévalence très élevée.

Ceci peut sous-entendre que :

- soit les patients ne sont pas préoccupés par le sevrage, que leur(s) consommation(s) ne leur pose(nt) pas de problème,
- soit qu'ils font peu appel à leur médecin généraliste pour obtenir de l'aide pour y parvenir.

Dans les deux cas, une amélioration de cet échange est envisageable et souhaitable. La non-reconnaissance du médecin généraliste comme le bon interlocuteur, induit des comportements compréhensibles et regrettables :

- Absence d'enthousiasme des médecins généralistes pour la formation, l'apprentissage et l'utilisation d'outils,
- Pas ou peu d'intérêt pour développer une offre de soins spécifiques pour les addictions.

### Des progrès à faire, un dialogue à établir entre praticien et patient

Alors que l'on constate un manque apparent de sollicitation du praticien de la part des patients sur le thème des drogues, on pourrait se demander si le problème ne vient pas de la difficulté du patient ou de sa volonté à l'évoquer avec le médecin généraliste. Une enquête menée auprès des patients par Philippe Michaud en 2003 [14] tend à montrer que les patients sont largement dans l'attente d'être interrogés et ne le sont pas nécessairement par le médecin ; les patients ont un mode de communication passif sur ces sujets parfois sensibles.

Les patients	Trouvent légitime les questions du médecin	Ont été interrogés par le médecin
Alcool	90 %	9 %
Tabac	88 %	25 %
Drogues illicites	85 %	4%

Tableau n°2 : « Comparaison entre la légitimité des médecins selon les patients et l'abord par le médecin, en fonction des produits (Michaud 2003) » [14].

En effet, alors que près de 90 % des patients trouvent normal que le médecin recherche une consommation d'alcool, de tabac ou de produits illicites, ils sont moins de 10 % à avoir concrètement été interrogés sur les sujets de l'alcool et des drogues. Pour le tabac, ils sont 25 % à avoir été interrogés par leur médecin. Ceci montre que les médecins abordent plus facilement la question du tabac que la consommation des autres produits, mais des efforts importants restent néanmoins à fournir. Ces résultats tendent surtout à montrer que c'est aux médecins généralistes de faire la démarche vers les patients.

Dans le baromètre santé 2009 [15], 67 % des généralistes déclarent :

*« Aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, et avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept jours précédant l'enquête ».*

Ce qui, en comparaison avec les 25 % perçus par le patient montre bien que si le sujet est abordé, il ne l'est peut-être pas encore suffisamment ou pas sous la bonne forme.

Des progrès sont visibles pour l'évocation du tabac, toujours selon le même baromètre santé 2009 [15], le pourcentage d'évocation du tabac « a augmenté de manière significative depuis 1998, passant de 60,1 % en 1998 à 67,1 % en 2003 (avec un intervalle de confiance  $p < 0,001$ ) [16].

Par ailleurs, 17,4 % des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête déclarent :

*« avoir vu trois patients ou plus dans le cadre d'un sevrage tabagique » [15].*



## Le tabagisme : Un moindre tabou que d'autres addictions

Concernant l'alcool et le cannabis, 70 % des médecins interrogés déclarent ne l'aborder qu'avec les patients jugés « à risque ». Ils sont 52 % à déclarer avoir : *« vu au moins un patient pour sevrage thérapeutique en alcool au cours de la semaine précédant l'enquête. »*

Ceci témoigne du fait que la prise en considération du tabac en médecine générale commence à entrer dans les pratiques, mais que pour les autres dépendances comme l'alcool ou les substances illicites, il existe encore des freins importants. Cela montre aussi que le sevrage en tabac est abordé beaucoup plus naturellement et est moins porteur de jugement et de tabous que les autres substances.

Il a été par ailleurs prouvé qu'il existe un lien direct entre niveau de formation, maîtrise des outils et directives d'une part, et facilité à aborder le sujet de ces consommations d'autre part [15].

En ce qui concerne le cannabis, l'initiative de la communication prise par le médecin est encore plus fondamentale. Il est donc très important qu'il développe cette compétence. L'appartenance à un réseau spécialisé peut améliorer cette maîtrise, ce qui est déjà le cas pour certains d'entre eux : *« 5 % des médecins généralistes appartiennent à un réseau d'addictologie concernant aussi bien le tabac, l'alcool, que les drogues illicites – Baromètre santé 2009 »* [15].

Deux parutions anglo-saxonnes [17, 18] ont permis de mettre en évidence l'importance du rôle de conseil des médecins et l'efficacité d'un conseil bref au cours d'une consultation pour aider leurs patients à arrêter de fumer.

Une enquête internationale menée en 2009 sur la consommation de tabac dans 19 pays du monde [19], montre que la France occupe l'avant dernière place, juste avant les Pays-Bas, dans l'approche systématique du patient fumeur consultant un médecin pour un autre motif. En effet, c'est en France est aux Pays-Bas que l'on pratique le moins le conseil systématique auprès du patient fumeur (voir annexe 1).

Une seconde enquête menée auprès de patients fumeurs en 2011 démontre que, sur une période de 6 mois, moins de 33 % d'entre eux ont échangé sur le thème et reçu des conseils et proposition d'aide de la part du médecin généraliste.

Pourtant, parmi les patients ayant reçu ces conseils, les trois quarts d'entre eux reconnaissent que cela leur a fait envisager le sevrage tabagique. Ceci suggère que ce rapide conseil a eu une certaine influence sur la majorité des fumeurs qui l'ont reçu.

Ceci laisse envisager des perspectives d'amélioration simples à mettre en place et rapides, en renforçant le rôle des médecins généralistes vis-à-vis de l'arrêt du tabac chez leurs patients, en leur proposant une formation en conseil sur l'arrêt du tabac.

Mais cette étude révèle une inadéquation entre la faible implication des médecins généralistes français vis-à-vis du sevrage tabagique, et les méfaits reconnus du tabac sur la santé. Cela est-il le signe d'un désinvestissement des médecins, découragés par l'ampleur de la tâche que représente l'accompagnement vers le sevrage de leurs patients ? Ou s'agit-il plutôt d'un manque d'expérience dans la manière d'aborder la question avec leurs patients qu'ils connaissent souvent de longue date ? D'un manque de formation ? Ou tout simplement d'un manque de temps ?

Une enquête menée en 2003 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) [16], réalisée sur 2057 médecins généralistes libéraux représentant un médecin généraliste sur trente, montre que 97,8 % d'entre eux prennent eux-mêmes en

charge leurs patients désirant arrêter de fumer, que ce soit seuls (dans 86,5 % des cas) ou en liaison avec une structure (11,3 % des cas). Seulement 2,2 % ne s'en chargent pas et les confient automatiquement à une structure adaptée.

Une étude réalisée par Baudier en 1999 [11] observe que :

*« Les patients en mésusage d'alcool consultent en moyenne 9 fois par an leur médecin généraliste, pour 5,8 fois par an pour les patients ayant un usage normal ou nul ».*

Ces chiffres montrent une réelle attente d'accompagnement qui ne leur est pas nécessairement proposé ou adapté.

Enfin, les médecins généralistes constituent la plaque tournante dans la dynamique du sevrage tabagique (7 % des accompagnements en sevrage) par rapport aux spécialistes (0,3 %) [11].

### **Action préventive ou curative du médecin généraliste ?**

Pouchain met en évidence en 1998 [20] que :

*« Le taux des patients dépistés au niveau de leurs consommations augmente très largement en présence d'une comorbidité. »*

En effet, quand les conséquences sur la santé apparaissent, il y a une prise de conscience du problème de la part du patient mais aussi du médecin. Ce dernier peut se sentir coupable de ne pas être parvenu ou du moins avoir essayé de mener le patient vers le sevrage, reportant souvent à plus tard cette tâche ingrate. La survenue de comorbidités est souvent un élément déclenchant dans la prise de conscience de l'aspect nocif du tabac.

De plus, la survenue de comorbidités a pour conséquences d'augmenter la fréquence des consultations avec le médecin, augmentant ainsi le temps médical pour proposer le sevrage, établir un suivi en fixant des objectifs. La prise en charge du tabac est un des rôles théoriques du médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge des règles hygiéno-diététiques, bien qu'en pratique, cet encadrement soit restreint par le manque de temps.

En médecine générale les outils à la disposition des praticiens sont :

- le « conseil minimal »,
- la distribution de brochures,
- l'aide et le soutien à l'arrêt du tabac par « le test des cinq A » (voir [annexe 2](#)).

Il peut aussi s'appuyer sur une mesure du monoxyde de carbone expiré, mais le matériel est coûteux et demande au médecin un investissement supplémentaire aussi bien financier qu'en temps de consultation.

### En synthèse

Il est donc frappant de voir que même si la question des addictions est un problème majeur de santé publique, elle ne représente qu'une part restreinte de la demande de soins en médecine générale et des consultations. Les patients ne sont pas fermés au dialogue ; mais ils attendent de leur médecin qu'il amorce la démarche, tandis que les médecins ont le sentiment d'aborder largement la question. Par ailleurs toutes les addictions ne sont pas évoquées avec la même facilité. Si les médecins se sentent peu impliqués dans la démarche ils représentent néanmoins la première source d'accompagnement dans le sevrage. Cet accompagnement est d'autant plus fort que

les enjeux pour le patient sont importants. On peut dans le cadre de notre enquête supposer que si ces acteurs clef rencontrent des difficultés, le traitement du tabac, perçu de manière secondaire dans des services spécialisés (entre autre du fait de la banalisation du tabagisme dans la population) peut lui aussi être optimisé.

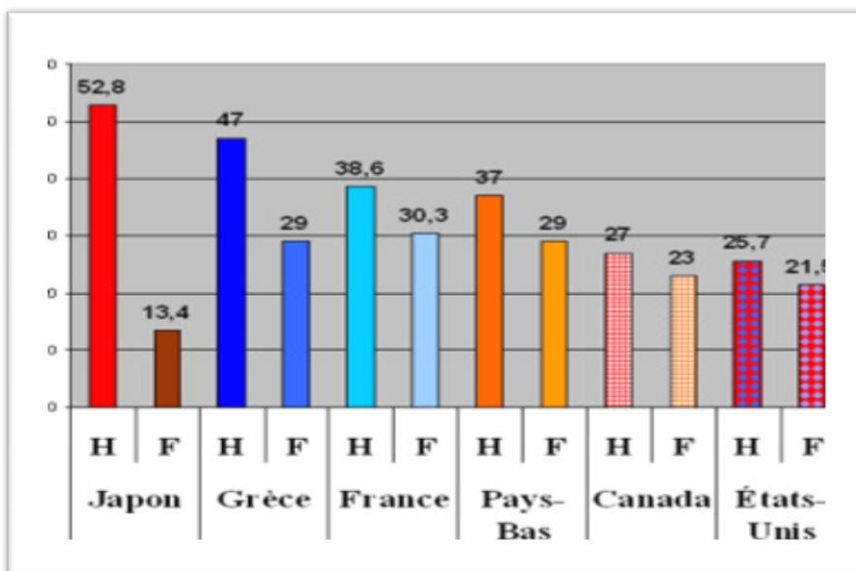
## Epidémiologie et prévalence du tabac

---

### Dans le monde

#### Pour le tabac

Au niveau mondial, il est estimé que 5 millions de décès par an sont imputables au tabagisme, et ce chiffre atteindra 8 millions de décès par an en 2030 si la tendance actuelle se poursuit [21, 22].



Graphique n°1 : « Pourcentage de fumeurs adultes par pays selon le sexe en 2002. »

Source : « OMS 2002 ».

Comme le montre le graphique ci-dessus, il existe un écart important de consommation de tabac entre les sexes en Grèce et au Japon alors que cette différence est moindre dans les autres pays. De plus, la consommation masculine de tabac est plus élevée au Japon que dans les autres pays (essentiellement pour des raisons historiques et culturelles). Au contraire c'est au Japon que la prévalence tabagique des femmes est la plus faible. Dans ce graphique, la France apparaît néanmoins au second rang des pays occidentaux après la Grèce pour le tabagisme masculin et au premier rang des pays occidentaux pour le tabagisme féminin.

### **Epidémiologie mondiale de la consommation d'alcool**

A l'échelle mondiale, la consommation abusive d'alcool est à l'origine d'environ 2,5 millions de décès par an. Elle est située au troisième rang des causes de décès dans le monde.

### **En France : Un problème qui reste majeur**

#### **Epidémiologie**

Avec près de 15 millions de fumeurs, et avec un tiers de la population consommant du tabac dans la tranche d'âge de 12 à 75 ans, de manière occasionnelle ou régulière [23], La France est un pays où le tabac reste un problème majeur de santé publique.

#### **De nombreux décès prématurés imputables au tabac**

La mesure des décès imputable étant délicate il convient de se référer aux définitions données de la mortalité induite par le tabac et des affections corrélées (voir définitions).

Une étude menée en 2003 estime à 66 000 le nombre de décès par an imputables au tabac [24]. Le tabagisme passif quant à lui occasionne 5 000 décès par an [25], ce qui rappelle par ailleurs l'impact du tabagisme sur l'ensemble de la population générale.

Selon les chiffres recueillis par l'INPES [26] :

*« On estime à 37 000 le nombre de décès par cancer attribuables au tabac, dont 61,2 % par cancer du poumon. »*

Présenté sous une forme plus alarmante mais directe :

- « Un fumeur régulier sur deux meurt prématurément ».
- « La moitié de ces décès se situe entre 35 et 69 ans ».

### **Une inégalité des décès entre hommes et femmes**

Depuis 1995, les évolutions sont différentes selon le sexe [27], d'une part avec une baisse régulière de la mortalité masculine (surtout chez les 35-44 ans), et d'autre part avec une hausse régulière chez les femmes sur la même période.

Les chiffres et évolutions de la mortalité sont en corrélation évidente avec les évolutions de la consommation [28], en effet, les fumeurs masculins ont régressé de près de 10 % depuis 1960 (35 % versus 45%) alors que sur une période similaire, le tabagisme féminin a doublé (22 % versus 10 %) [29]. Ces chiffres sont directement corrélés aux habitudes de consommations, avec une recrudescence du tabagisme féminin, soulignant l'importance de la réalisation de campagnes de prévention et de sensibilisation dans la population féminine.

Les hommes paient un lourd tribut au tabac en France ; en effet, dans sa thèse de doctorat en pharmacie [30] intitulée *« Quantification de la mortalité par cancer*

*attribuable au tabac en France* », Le Bot conclut en 2003 que sur dix décès par cancer induit par le tabac, neuf sont des hommes. La classe d'âge la plus touchée se situe entre 35 et 69 ans, où ils représentent 32 % de la mortalité. Pour les femmes, le bilan semble moins lourd, mais avec 2 % seulement de mortalité liée au tabac, elle est probablement sous-estimée. En effet, toujours selon les chiffres de l'INPES de 2006 [26], la mortalité féminine par cancer induits par le tabac, serait plutôt de l'ordre de 20 %.

Ceci est néanmoins en faveur d'une inversion de la tendance : la situation masculine s'améliore alors que celle des femmes se détériore, reflet de la modification des consommations de tabac dans les années 70, avec la diminution du tabagisme masculin et la recrudescence de la cigarette dans la population féminine.

Le tabac est le facteur de risque principal de cancer du poumon. Il est responsable de 81 % des cancers du poumon en France [31].

### **Des inégalités régionales**

L'annexe 3 est une cartographie représentant l'incidence du cancer du poumon dans les régions françaises en 2005 selon le sexe (taux standardisé monde).

Pour la population masculine, le taux d'incidence standardisé, selon les régions, de 40,5 à 70,6 pour 100 000 hommes. Les régions les plus touchées sont le Nord-Pas-de-Calais (voir plus loin les spécificités de la région Nord-Pas-de-Calais), la Lorraine, la Champagne-Ardenne, la Haute-Normandie et la Picardie avec des taux nettement plus élevés que le taux standardisé monde de 42,3 pour 100 000.

Concernant la situation des femmes, le « taux standardisé monde » est de 12,6 pour 100 000 femmes en 2005. A l'échelle des régions françaises, les taux varient de 9,6 à



17,2 pour 100 000, les régions les plus touchées étant la Lorraine, l'île de France et la Corse. Les taux les plus faibles étant observés en Basse-Normandie, dans les Pays de la Loire et le Nord-Pas-de-Calais.

Cette étude par région permet de mettre en évidence que l'incidence du cancer du poumon n'est pas superposable entre les sexes, et touche davantage les hommes (surmortalité) que les femmes (sous-mortalité) par rapport aux moyennes nationales [32].

L'annexe 4 est une cartographie représentant la mortalité par cancer du poumon dans les régions et départements en France durant la période 2004-2008 en fonction du sexe (taux standardisés monde).

Globalement, cette carte met en évidence la superposition des taux de mortalité régionaux avec le taux d'incidence du cancer du poumon. Il en est de même pour la répartition géographique par région pour la mortalité par cancer du poumon, elle est globalement superposable à celle de l'incidence régionale de ce cancer. La région Nord-Pas-de-Calais étant l'une des plus faiblement touchée, bien en deçà de la moyenne nationale [32].

### **Habitudes de consommation**

Selon les chiffres de l'INPES [29], c'est dans la tranche d'âge des 20-25 ans que la prévalence tabagique est la plus élevée, elle atteint 48 %.

Adultes ayant déjà fumé dans leur vie	Pourcentage
Hommes	80 %
Femmes	67 %

Tableau 3

Fréquence de consommation 15 - 85 ans	Pourcentage
Fumeurs quotidiens	26,9 %
Fumeurs occasionnels	4,7 %

#### Tableau 4

Il existe une différence significative entre les taux de fumeurs masculins et féminins ; les hommes français fumant d'avantage que les femmes (35,5 % versus 29,9 %). A partir de 30 ans, la proportion d'usagers de tabac diminue fortement, et ce phénomène se renforce après 50 ans. De plus, la consommation quotidienne s'amenuise également nettement avec l'âge ; il en est de même pour le nombre de fumeurs occasionnels [33].

En 2005, dans la population française adulte âgée de 18 à 74 ans, l'usage quotidien de tabac touche environ 30 % de la population masculine et 23 % de la population féminine [19].

Entre 1999 et 2004, on constate une baisse de 10 % du nombre de fumeurs dans la tranche d'âge 12-75 ans en France [34]. Néanmoins, entre 2005 et 2010, et sur la tranche 15-75 ans, elle augmente à nouveau de 2 % (passant de 32 à 34 %) (Source : « Beck et al. » [35]).

La part de consommateurs quotidiens dans cette même tranche de population est elle aussi en hausse en 2010 par rapport à 2005 [36], passant de 28 % à 30 %. Cette augmentation est plus marquée chez les femmes.

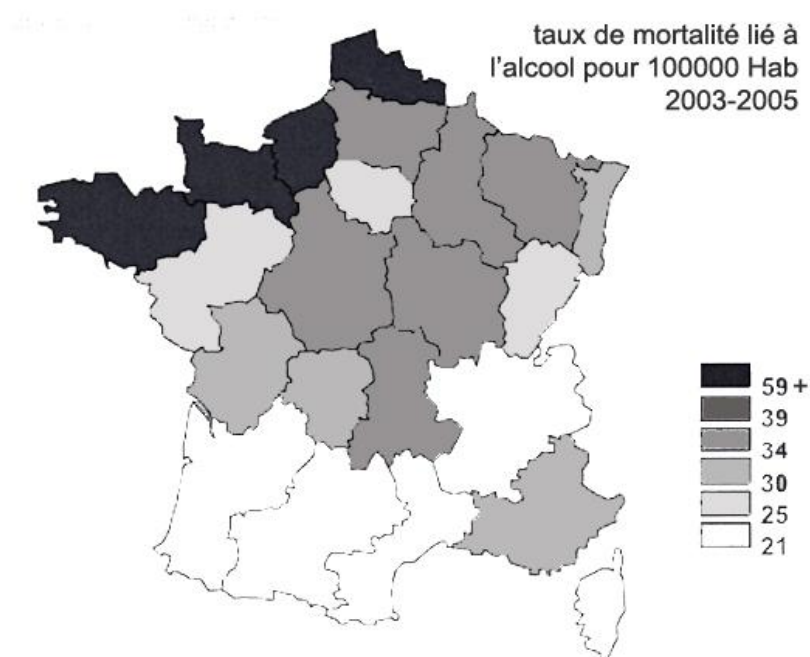
On assiste à une évolution des consommations, avec plus de fumeurs mais fumant de plus petites quantités de tabac. (HAS : « étude réalisée en France entre 1992 et 2010 sur plus de 30 500 personnes âgées de 15 à 85 ans en 2010 » [37]).

A partir de 2000 et durant 8 années, les fumeurs quotidiens âgés de 17 ans ont tout d'abord baissé. Cependant, la tendance s'est inversée, avec une augmentation de 10 % entre 2008 et 2011 [36]. Actuellement, la prévalence à cet âge est de 32,7 % des garçons pour 30,2 % chez les filles [36].

La consommation quotidienne moyenne de cigarettes n'a pas changé entre la première (13,5) et la deuxième vague (13,6) de l'enquête ITC France (International Tobacco Control) [31]. Par rapport aux autres pays européens participant à ITC, les fumeurs français enregistrent le plus bas niveau de consommation quotidienne moyenne de cigarettes. Parmi les 19 pays enquêtés, ce niveau se situe dans le tiers le moins élevé. La consommation quotidienne moyenne est la plus élevée dans la tranche d'âge de 40 à 54 ans, les hommes et les femmes consommant en moyenne respectivement 16,5 et 13,7 cigarettes par jour.

### Dans la région Nord-Pas-de-Calais

#### Pour l'alcool



Graphique n°2 : Cartographie représentant les taux de décès liés à l'alcool selon les régions françaises en 2003-2005. Source : « Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool, 2009, Association Nationale de Prévention en alcoologie et Addictologie et Société Française d'Alcoologie ».

Cette cartographie régionale illustre les inégalités régionales concernant la consommation d'alcool avec un surcroît de décès liés à l'alcool dans les régions du nord-ouest. Les régions de Sud-Ouest et la Corse sont les moins touchées. Cette cartographie sous-entend des disparités à la fois sociales et comportementales vis-à-vis de l'alcool que l'on pourrait corrélérer avec différents phénomènes culturels et sociaux.

### **Pour le tabac**

Les études régionales [38] ne révèlent pas de différence significative en ce qui concerne la prévalence du tabac entre la région Nord-Pas-de-Calais et le reste du territoire français. La répartition entre fumeurs occasionnels et fumeurs réguliers est elle aussi comparable à la moyenne nationale (voir tableau précédent).

Répartition des fumeurs réguliers	
<b>Hommes</b>	32,8 %
<b>Femmes</b>	20 %

### Tableau 5

L'annexe 5 reprend sous forme d'un tableau la répartition de la consommation de tabac par tranche d'âge et par sexe dans la région Nord-Pas-de-Calais.

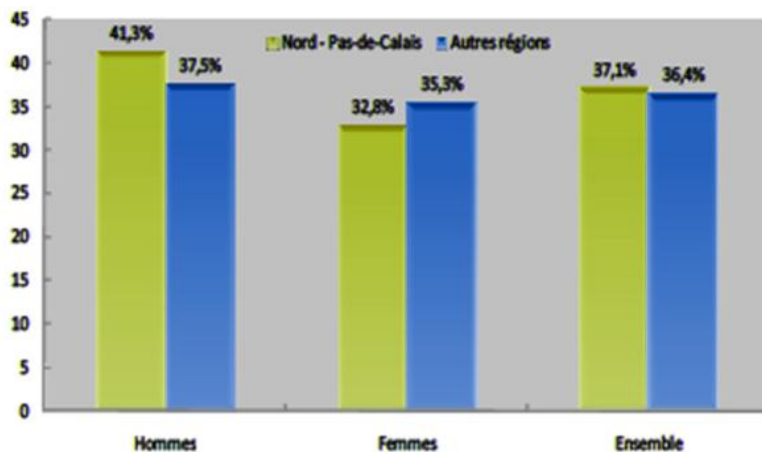
Une des particularités régionales est la quantité quotidienne fumée légèrement supérieure comparée à la moyenne nationale. En effet, elle est de 15,0 cigarettes quotidiennes par fumeur adulte en France, alors qu'elle s'élève à 15,5 dans le Nord-

Pas-de-Calais. Cette surconsommation modérée se retrouve également chez les jeunes fumeurs (10,0 cigarettes par jour versus 9,7 en France).

Si le nombre de jeunes fumeurs est sensiblement identique en France et dans le Nord-Pas-de-Calais, il est à noter que la consommation régulière débute plus tôt dans le Nord-Pas-de-Calais. On trouvera en annexe 6 un graphique illustrant la répartition des jeunes fumeurs par sexe et par âge.

On observe par ailleurs dans la région une accentuation des écarts entre la consommation masculine (plus importante) et féminine (+2 cigarettes par jour contre +1,6 en France).

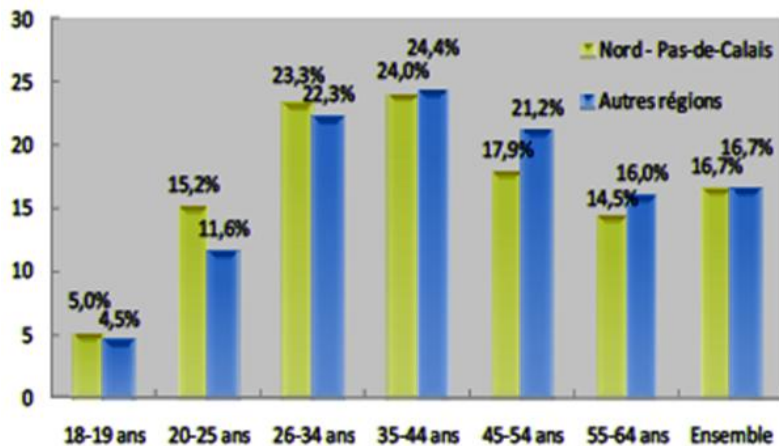
L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) estimait en 2003 à 700 000 le nombre d'habitants du Nord-Pas-de-Calais ayant une conduite à risques dans le domaine alcoolo-tabagique. Cette situation a pour conséquence une surmortalité régionale notamment par cancer [39].



Graphique n°3 : « Représentation graphique de l'usage quotidien du tabac selon le sexe dans le Nord-Pas-de-Calais et dans les autres régions dans la tranche d'âge de 18 à 64 ans en 2005 ». Source : Baromètre Santé 2005.

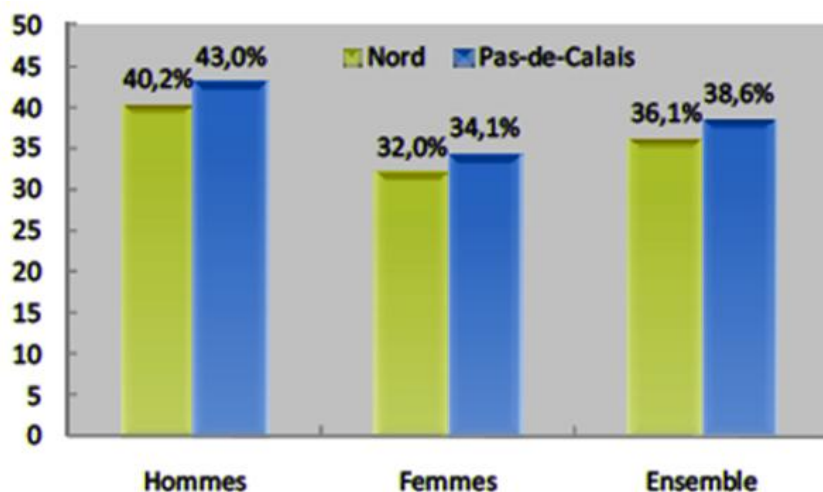
Entre 18 et 64 ans, une consommation régionale proche de celle des autres régions :

Le niveau d'usage quotidien de tabac est équivalent en région et en France [39] (environ 37 %) ; les comportements diffèrent cependant selon le sexe : les hommes du Nord-Pas-de-Calais fument plus fréquemment qu'en moyenne nationale, alors que les femmes le font moins qu'ailleurs en France.



Graphique n°4 : « Représentation graphique de l'usage quotidien du tabac selon l'âge entre 18 et 64 ans dans le Nord-Pas-de-Calais et dans les autres régions selon l'âge en 2005 ». Source : Baromètre santé 2005.

Plus de 15 % des 20-25 ans du Nord-Pas-de-Calais (soit une personne sur six environ), déclarent un usage quotidien du tabac contre moins de 12 % dans les autres régions. A l'inverse, parmi les individus de 45 à 54 ans, l'usage quotidien moyen s'avère plus faible que la moyenne nationale [39].



Graphique n°5 : « Représentation graphique de l'usage quotidien du tabac selon le sexe dans le Nord et le Pas-de-Calais dans la population de 12 à 75 ans en 2005 ».

Source : Baromètre santé 2005.

Le Pas-de-Calais a un niveau d'usage quotidien légèrement supérieur à celui du Nord :

Les usages quotidiens de tabac entre les deux départements se situent à des niveaux presque comparables, cependant, les taux du Pas-de-Calais sont supérieurs de deux à trois points tant pour les femmes que pour les hommes. Le taux moyen du Nord pour l'ensemble des deux sexes est comparable au niveau national alors que celui du Pas-de-Calais est plus de deux points au-dessus [39].

### Une surmortalité masculine marquée en région Nord - Pas-de-Calais

	France	Nord pas de Calais	Nord	Pas Calais	de
Femmes (2005)	7,8	5,9	5,9	5,9	
Hommes (2005)	33	46	44,7	48,3	
Hommes (1979-1981)			57		

Tableau n°6 : « Décès en 2005 suite à une tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches ou des poumons sur 100 000 habitants de moins de 65 ans [39]».

On y observe un écart encore plus marqué qu'à l'échelle nationale entre les décès d'hommes et de femmes par ce type de cancers.

Ces chiffres se confirment sur une autre étude [39] au niveau régional, départemental et sub-départemental sur la période 2004-2007.

Indices de mortalité comparable liés au tabac période 2004-2007	Nord pas de Calais	Nord	Pas de Calais
Population	<b>Env 131</b>	<b>132</b>	<b>136</b>
Hommes	<b>141</b>	<b>Env 135</b>	<b>➤ 145</b>
Femmes	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>122</b>

### Tableau n°7

Au niveau sub-départemental les chiffres restent relativement homogènes à l'exception de certaines zones particulièrement touchées.

Il existe en effet des pics de surmortalité locale différents selon le sexe ; pour les hommes, ils se répartissent de la manière suivante :

- Lens Liévin : ICM 162
- Sambre-Avesnois : ICM 153
- Valenciennois : ICM 153

Pour les femmes, les disparités de surmortalité se présentent comme suit :

- Douaisis : ICM 133
- Calaisis : ICM 133
- Boulonnais : ICM 136



## Synthèse de l'épidémiologie

Nous venons donc de voir que les décès liés au tabagisme progressent dans le monde et vont croître d'environ 60 % dans les 20 années à venir si les tendances actuelles se maintiennent. La France paie un lourd tribut en ce qui concerne les décès liés au tabac. Ainsi après une période de contrôle, le nombre de fumeurs s'est à nouveau accru (+ 2 points entre 2005 et 2010), suivant les tendances mondiales depuis 2005. A noter que les modes de consommation évoluent vers une diminution des quantités fumées et un équilibre progressif homme – femme lié aux évolutions culturelles. Il existe une disparité régionale pour le tabac. Ainsi le Nord-Pas-de-Calais – région sur laquelle porte notre étude – n'est pas épargné par la croissance des consommations, mais les conséquences y sont plus importantes car accentuées par plusieurs facteurs :

- Les fumeurs consomment davantage de cigarettes quotidiennement,
- Les fumeurs commencent plus jeunes, (accentué dans le Pas-de-Calais),
- Une différence de mortalité hommes – femmes plus marquée car les hommes sont plus touchés par certains types de cancers,
- Une proportion importante de comportements à haut risque alcool + tabac.

Ces particularités régionales sont encore plus accentuées dans le Pas-de-Calais que dans le Nord et sont aggravées par d'autres aspects qui étendent le niveau de risque dans ce département.

Ces informations épidémiologiques globales confirment l'intérêt d'une étude plus approfondie de la prise en charge régionale du tabac.

## Politiques nationales, évolutions légales et grandes étapes dans la lutte anti-tabac

---

Face aux constats et à l'ampleur des conséquences, les différents gouvernements qui se sont succédés n'ont eu de cesse, depuis plus de trente-cinq ans, de lutter activement contre le tabagisme, comme en témoignent les textes de loi dont on peut refaire un bref historique. Ces textes sont à l'origine de changements culturels qui ont influencé les habitudes de consommation sans pour autant les endiguer.

### Les textes de loi

#### La loi « Veil » [41], adoptée le 9 juillet 1976

Elle est la première loi française contre le tabagisme. Elle introduit différents aspects fondamentaux :

- « Limitation de la publicité »,
- « Interdiction du parrainage des manifestations sportives »,
- « Interdiction de fumer dans les lieux publics à usage collectif »,
- « Interdiction de la distribution gratuite et promotionnelle de cigarettes ».

L'information du public sur les dangers du tabac devient par ailleurs une priorité d'action.

## **La « Loi Evin » [42], voté le 10 janvier 1991**

Elle est restée célèbre notamment pour son interdiction généralisée à l'ensemble des lieux publics. Elle apporte des compléments et vient renforcer la loi Veil de 1976.

- Instauration de la « journée sans tabac »,
- Restriction complémentaire du champ publicitaire du tabac,
- Ajout de la mention « nuit gravement à la santé » figurant sur chaque unité de conditionnement (paquet / cartouches ...),
- « Interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif »,
- « Création d'emplacements réservés aux fumeurs de plus de 16 ans à l'intérieur des lieux publics »,
- « Nouvel avertissement sanitaire sur les conditionnements : Nuit gravement à la santé »,
- « Ajout sur les paquets d'un deuxième message sanitaire fixé par arrêté ministériel »,
- « Inscription sur tous les conditionnements de la composition et éléments à risque (goudrons, nicotine, monoxyde de carbone) ».

Cette loi a eu un impact très fort sur le public en particulier dans la relation fumeurs / non-fumeurs et en débutant la marginalisation du comportement fumeur au profit du comportement non-fumeur.

## **Loi du 18 janvier 1994 [43]**

Il impose à l'ensemble des produits issus du tabac sans exception, le même niveau d'informations inscrites sur les conditionnements.

**1999** : Tous les médicaments substitutifs tels que patch transdermiques et gommes à mâcher, sont mis à disposition sans ordonnance.

**La directive européenne de 2003 [44]**, est à l'origine de nouvelles réglementations sur les avertissements sanitaires :

- Positionnement à l'avant **et** à l'arrière des conditionnements,
- Interdiction des mentions light et légères (jugées équivoques pour le public).

### **Loi du 31 juillet 2003 [45]**

- Réglementation du conditionnement (pour éviter les petits conditionnements à prix accessibles même aux plus jeunes),
- Interdiction de la vente de paquets de moins de 19 cigarettes,
- Interdiction de vente aux mineurs âgés de moins de 16 ans.

**Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT) de l'OMS en 2004**, dont la France est le premier signataire.

### **15 novembre 2006 Le décret Bertrand [46]**

- « Fixation des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs »,
- « Mise en place progressive de l'interdiction (en 2 phases) ».

### **1er février 2007 : première phase de déploiement de la loi concernant les lieux publics**

- « Interdiction de fumer dans les lieux publics, les lieux de travail, les hôpitaux et les écoles ».

## **01 janvier 2008 : seconde phase de déploiement de la loi concernant les lieux publics**

- « Interdiction de fumer dans les bars, restaurants, cafés, discothèques, et casinos ».
- « Renforcement des ressources de contrôle et de répression ».

Parallèlement à la mise en place progressive d'une réglementation du tabagisme de plus en plus restrictive, une vaste politique de santé a été menée.

### **Les directives médico-sociales et sanitaires**

#### **Plan cancer 2003-2007 [47]**

Il prévoit :

- « L'introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac dans la consultation de prévention »,
- « Le développement de la formation via la création d'un module prévention et éducation à la santé »,
- « Un volet tabac, dans le tronc commun de première année des études médicales ».

#### **2004-2008 : « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool »**

Ce plan vise particulièrement la réduction de la consommation tout en s'attaquant à la réduction de l'offre sous toutes ses formes.

## **21 juillet 2009 : loi HPST : Hôpital / patients / santé / territoires [48]**

L'interdiction de vente de tabac anciennement fixée à 16 ans passe à 18 ans.

### **Plan cancer 2009-2013 [49]**

Il contient de nouvelles mesures visant à réduire la prévalence tabac de 10 % en l'espace de 4 ans.

Il s'attaque particulièrement à l'incitation au tabac afin de limiter la demande. Il vise également à réduire les inégalités régionales :

- Mise en place d'avertissements visuels sanitaires sur les conditionnements,
- Interdiction de la publicité sur les lieux de vente (restée jusque-là possible),
- Interdiction de diffusion de logos, marques ou sous toute autre forme lors des retransmissions sportives,
- Développement de l'accès aux substituts nicotiques,
- Action renforcée pour les substituts nicotique à destination des femmes enceintes et bénéficiaires CMUC (couverture mutuelle universelle complémentaire),
- Interdiction de la vente sur Internet,
- Campagnes publicitaires d'information,
- Contrôles renforcés sur le respect des conditions de vente aux mineurs.

### **La politique hausse des prix**

L'influence des prix sur la consommation du tabac a toujours été perçue comme un élément clef de dissuasion progressive de la population.

Comme le montre le rapport ITC France, réalisé en collaboration avec l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire) et l'INCa (Institut National contre le Cancer) [50], la France a augmenté successivement le prix des cigarettes manufacturées :

- 8 % en janvier 2003.
- 18 % en octobre 2003.
- 9 % en janvier 2004.
- 6 % en août 2007 (8 % pour le tabac à rouler).
- 6 % en octobre 2007.
- + 0,60 euro sur le tabac à rouler en janvier 2009.
- + 0,30 euro sur les cigarettes en novembre 2009.
- + 0,30 euro en novembre 2010.

### Synthèse des politiques mises en œuvre

On constate donc que la France a utilisé principalement 3 armes : textes de loi, plan d'action sanitaires et politique de hausse des prix. L'objectif de ces actions croisées est d'une part, la lutte contre l'offre et d'autre part, une action pour réduire la demande. Alors que certaines lois (notamment Veil, et surtout Evin) ont changé considérablement l'image du fumeur vis-à-vis de la population, notamment en renforçant les droits des non-fumeurs et en tentant de marginaliser l'usage du tabac, on peut légitimement se demander quels sont les impacts réels de telles actions sur la diminution du tabac et de manière générale croiser l'impact entre épidémiologie constatée et plans d'actions.

Par ailleurs, on remarquera que la loi Evin et ses évolutions ultérieures ont planté le décor, notamment dans l'Hôpital public, du cadre d'usage du tabac et des relations

entre patients fumeurs et non-fumeurs, ce que nous développerons dans l'étude de cette thèse.

## **Addictologie et poly-addiction**

---

L'objectif de ces recherches est ici de souligner l'importance de la combinaison de substances dans l'addiction et de souligner les interdépendances, les liens de causalité et l'importance, si ce n'est la nécessité de considérer les addictions d'un patient dans leur ensemble.

### **Epidémiologie de la poly-addiction**

#### **Profils, usages et populations**

Lors d'une audition publique à l'initiative de la HAS en 2007 [51], Paille remarque que parmi les adultes français âgés de 18 à 44 ans interrogés en 2000, « près d'un sur cinq déclarait avoir un usage concomitant de plusieurs substances psychoactives ». Ceci souligne le fait que 20 % de la population de cette tranche d'âge nécessite une prise en charge intégrant l'ensemble des produits consommés.

Si l'on considère maintenant les résultats du baromètre santé 2005 [14] qui chiffre à 8 % le taux d'adultes français consommant plusieurs produits, tous âges confondus, il semblerait que cette consommation multiple, diminue avec l'âge.

#### **Association de substances utilisées**

Parmi l'ensemble des substances ayant un effet psychotrope, les plus consommés sont le tabac, l'alcool et le cannabis [52].



En ce qui concerne les poly-consommations, les associations les plus utilisées sont des combinaisons d'au moins deux de ces produits :

Association	Usage déclaré dans la population adulte
<b>alcool-tabac</b>	9,6 %
<b>tabac-cannabis</b>	3,4 %
<b>alcool-cannabis-tabac</b>	1,7 %
<b>alcool-cannabis</b>	0,4 %

Tableau n°8

### Une accentuation de la poly-consommation chez les jeunes

Ce phénomène est par ailleurs accentué chez les jeunes (ci-dessous pour une enquête dans une population âgée de 17 ans) [51]:

consommation	Usage déclaré garçons (2003)	Usage déclaré filles (2003)
Poly-consommation incluant alcool, tabac ou cannabis	20 %	9 %
Cannabis (seul ou en association)	10,6 %	

Tableau n°9

Parmi les consommateurs d'alcool, tabac ou cannabis âgés de 17 ans, nombreux sont ceux qui se déclarent poly-consommateurs :

Consommateurs de :	Consomment l'une des 2 autres substances :
<b>Cannabis</b>	89 %
<b>Alcool</b>	59 %
<b>Tabac</b>	37 %

Tableau n°10

Ceci met en évidence l'importance de sensibiliser les jeunes aux problèmes liés à l'abus de ces produits.

## Les poly-consommateurs et services d'addictologie

La plupart des patients pris en charge par les services d'addictologie est poly-consommatrice. En 2002, parmi les nouveaux consultants des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), 60 % sont fumeurs [52]. Pourtant, la prise en considération du tabagisme est secondaire dans la prise en charge, car on considère à tort qu'il est moins grave pour la santé de consommer du tabac que d'abuser de l'alcool. C'est tout l'objet de l'étude que je détaillerai plus loin dans cette thèse.

Ce chiffre clef est complété par une étude de 2003 qui analyse l'usage de drogues et produits illicites dans les structures socio-sanitaires [52] :

consommation	pourcentage
<b>2 produits illicites</b>	53 %
<b>3 produits</b>	27 %
<b>Plus de 3 produits</b>	20 %

Tableau n°11 : « l'usage de produits illicites dans les structures socio-sanitaires »

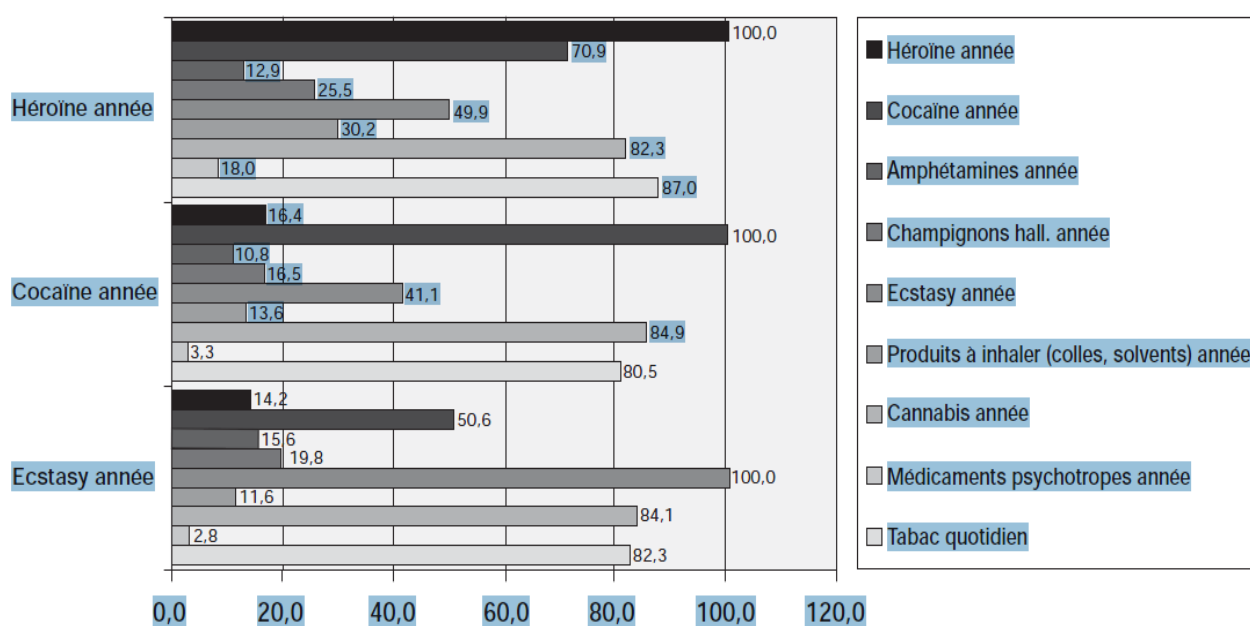
Toujours dans la même étude [52], d'autres chiffres concernent les structures de soin spécialisées :

Consommation le mois précédent la prise en charge, en plus de l'addiction principale à une drogue	
<b>Tabac</b>	92 %
<b>Alcool</b>	80 %
<b>Cannabis</b>	85 %

Tableau n°12

## L'interdépendance des addictions illicites

Une étude menée par Paille pour la HAS [51] montre les poly-addictions connexes aux drogues illicites. Si d'autres drogues illicites sont fréquemment associées (ex : 70 % des usagers d'héroïne consomment de la cocaïne), le tabagisme quotidien est associé dans près de 80 % des cas, ce qui confirme les tendances de l'étude de 2003 précédemment mentionnée [52].



Graphique n°6 : « Consommations dans l'année associées aux consommations d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy (en %) ». Source : Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT »

Ce graphique met en évidence que le tabac est de loin le produit le plus consommé parmi les sujets faisant usage d'au moins une substance illicite telle que : héroïne, cocaïne ou ecstasy. A noter que la consommation d'alcool n'est pas envisagée dans cette étude, compte tenu des chiffres de consommation nationaux, on peut légitimement penser que l'alcool serait placé en tête du tableau des consommations associées au tabac.

## Poly-consommation régulière d'alcool, tabac et cannabis

La poly-consommation régulière concerne 8 % de la population [53, 54].

Parmi ces poly-consommateurs, près d'un sur 10 associe tabac et alcool.

15-64 ans	2000	2005
<b>Alcool-Tabac</b>	10,1	5,9
<b>Tabac-Cannabis</b>	0,9	1,6
<b>Alcool-Cannabis</b>	0,1	0,1
<b>Alcool-Tabac-Cannabis</b>	0,6	0,7
<b>au moins 2</b>	11,7	8,3

Tableau n°13 : « Évolution des poly-consommations régulières en France entre 2000 et 2005 » Source : Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT

On constate par ailleurs un ralentissement des poly-consommations régulières déclarées entre 2000 et 2005 pour les trois produits les plus consommés. A noter que les autres substances ne sont pas citées. Cette étude révélerait une baisse de l'association alcool-tabac de l'ordre de 40 % en 5 ans. L'étude ne précise pas la notion de « régularité » en termes de fréquence de consommation, elle peut par ailleurs être difficile à comparer avec des études qui font seulement état de consommation ou non de telles substances.

### Cannabis et Tabac : des addictions à part ?

#### Y a-t-il des addictions plus graves que d'autres ?

Bien que l'une soit autorisée et l'autre de consommation illicite en France, le tabac et le cannabis ont cette particularité d'avoir le même usage par inhalation. A noter par

ailleurs qu'en France, leur usage combiné sous forme de joint rend le cannabis indissociable du tabac. L'usage du cannabis sans tabac est par ailleurs extrêmement rare.

Néanmoins, compte tenu de l'absence de risque d'accident de sevrage au tabac et au cannabis, la prise en charge du sevrage s'effectue dans la grande majorité des cas en consultation. Mais, face au nombre important d'échec ou de rechute précoce après le sevrage, il semble intéressant de se poser la question de la légitimité de mettre en place une prise en charge adaptée en ambulatoire, sous la forme d'hospitalisation de jour.

### **Interactions entre cannabis et tabac : des avis divergents**

Les résultats des différentes études sur la consommation de cannabis et de tabac sont contradictoires.

En effet, d'un côté plusieurs auteurs ont mis en évidence que les consommateurs de cannabis sont plus nombreux dans la population des fumeurs. Par ailleurs, plus la consommation de cannabis est fréquente [55] ou à fortiori qu'il existe une dépendance au cannabis [56], plus la fréquence du tabagisme augmente.

Simmons [57] précise que la quantité de joints consommés semble à priori indépendante du fait que la personne soit fumeuse ou non.

A l'inverse, selon Kelly [58], le cannabis tendrait à réduire la quantité de cigarettes fumées, et, de manière générale, le tabagisme.

Ces résultats divergents sont probablement liés au fait que la consommation de cannabis est intimement liée à celle du tabac, compte tenu du mode de préparation des joints.

## **Interactions entre le cannabis et tabac / sevrage de l'un des deux**

Peu de travaux examinent les relations entre usage de cannabis et sevrage tabagique d'une part et tabagisme et sevrage du cannabis d'autre part.

Une étude réalisée par Moore [59] sur un panel de 186 adultes apporte néanmoins un éclairage intéressant. Il y observe que le sevrage, la réinsertion, le comportement psychosocial sont beaucoup plus difficiles, et l'abus d'alcool plus fréquent chez le fumeur mixte tabac-cannabis que chez le simple fumeur.

L'usage le plus souvent combiné en France du cannabis avec le tabac (joints) ainsi que leur mode d'usage similaire semble rendre difficile le sevrage unique sur l'une des deux substances. Ainsi la plupart des patients ne souhaitant qu'un sevrage de l'un des deux produits se mettent dès le départ en situation de difficulté et sont amenés à revenir sur leur décision vers un sevrage combiné des deux produits [59]. Ceci plaide pour un traitement conjoint systématique mais qui est par ailleurs à l'opposé de l'implication volontaire du patient, pourtant nécessaire à la réussite du sevrage. A ce jour il n'y a pas d'étude comparative du sevrage successif face au sevrage conjoint mais les constats et exemples du terrain plaident au minimum pour une proposition plus systématique du sevrage des 2 substances.

## **Association de tabac et drogues illicites**

Comme vu précédemment, les usagers de drogues illicites (cocaïne, ecstasy, ou héroïne) sont également fumeurs dans plus de 80 % des cas [51].

## **Poly-consommation et escalade**

Le cannabis est le point d'entrée courant vers la consommation de drogues illicites. Ainsi le nombre de consommateurs de ces dernières est entre 5 et 8 fois supérieur chez les usagers de cannabis [51].

## **Combinaison de substances : des effets pressentis mais peu étudiés**

S'il est admis que la combinaison de substances psychoactives peut aboutir à des conséquences médicales complexes (potentialisation des effets), peu d'études portent directement sur les conséquences de consommations associées, contrairement aux addictions simples, plus largement suivies et étudiées [51]. On en déduit que l'aspect thérapeutique croisé n'en est donc qu'à ses débuts.

## **Alcool et tabac : Un couple de longue date ?**

### **Une interdépendance forte**

L'association alcool-tabac est de loin la plus fréquente des poly-consommations [60].

Suivant les études menées, de 71 à 97 % des personnes présentant une addiction à l'alcool sont des fumeurs [61, 62]. Chez ces derniers la prévalence à l'alcool est par ailleurs triple en comparaison des non-fumeurs.

On a observé par ailleurs [63]:

*« Un effet de corrélation aggravant de la consommation simultanée d'alcool et de tabac ».*

Inversement, Il a été observé [64] que :

*« A un horizon de 10 ans, l'abstinence d'alcool et celle du tabac sont très fortement liées ».*

### **Un dépistage double tabac – alcool systématique**

Il a été systématisé par l'AFSSAPS suite aux interactions évidentes constatées et aux effets combinés aggravants [31].

### **Un sevrage rendu plus complexe**

On a constaté que les fumeurs ayant une consommation abusive d'alcool ont des difficultés accrues pour arrêter. S'il a été observé que le tabac peut jouer un rôle de substitut (renforcement du tabagisme après sevrage de l'alcool) en revanche aucune étude n'a pu pour le moment démontrer que l'alcoolisme serait renforcé après un sevrage tabagique.

### **Le tabac : substitut ou béquille ?**

Une étude a été menée par Kohn [65] sur les patients suivis en ambulatoire pour différentes dépendances autres que le tabac (médicaments, alcool, autres), sans aide concernant le tabac. Elle montre qu'un an plus tard, 12 % des patients ont soit rechuté voire commencé à fumer. Une autre étude de Friend [66] confirme que dans des populations comparables suivies en ambulatoire, 15 % des non-fumeurs le sont devenus en moins de 3 mois (anciens fumeurs pour la plupart). Ces deux études montrent que pour des raisons de manque et de fragilité, le tabac devient une sorte de substitut refuge. Dans le cadre des établissements, cette vulnérabilité est accentuée par les autres patients fumeurs qui peuvent le cas échéant favoriser le début d'un tabagisme chez les non-fumeurs en quête de soulagement.



## Une surmortalité constatée

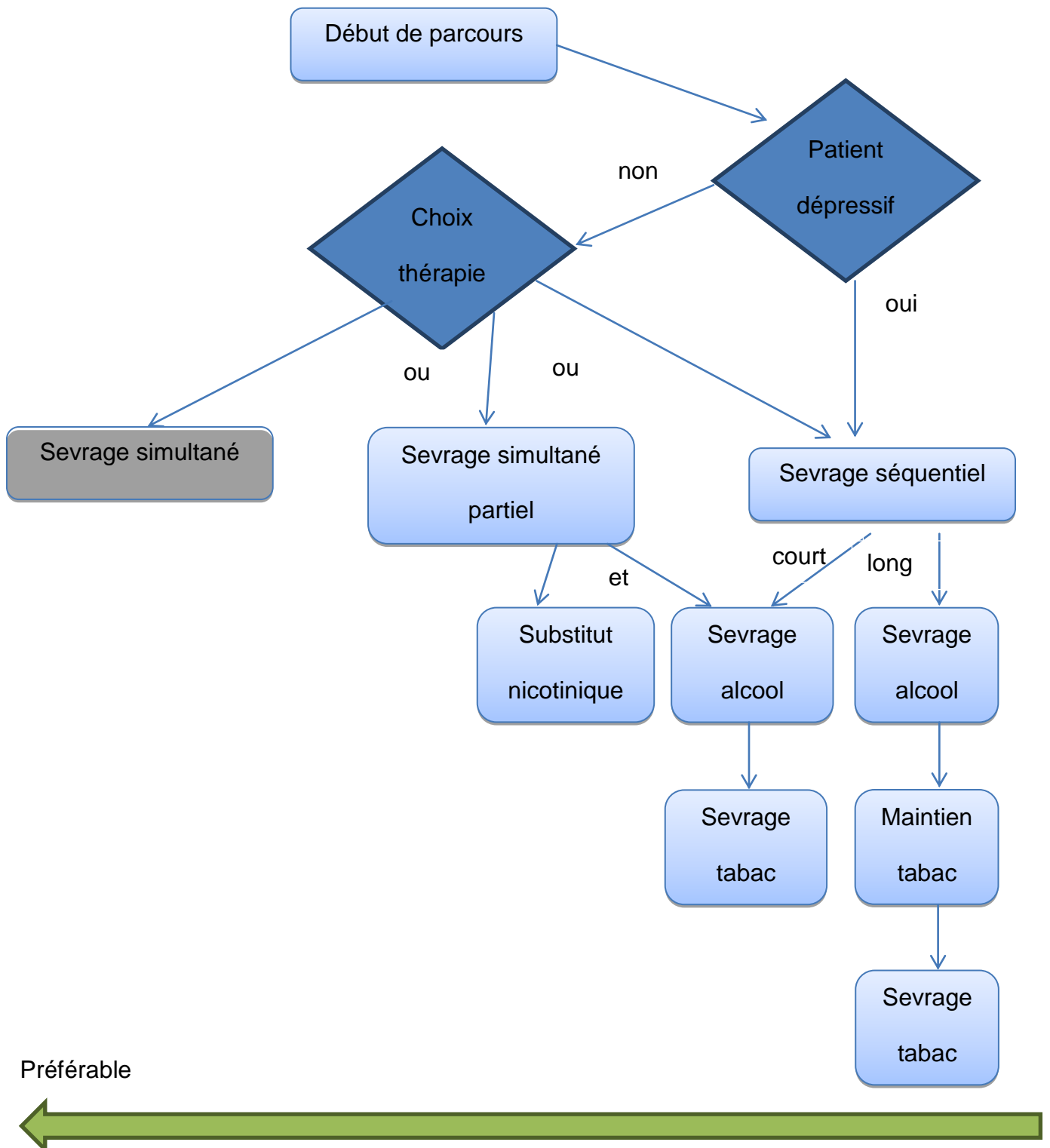
Parmi les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge de leur dépendance à l'alcool, Hurt a observé les causes de décès suivantes [67] :

Cause de mortalité d'anciens patients alcoolo-dépendants	
Conséquence du tabac	50,9 %
Conséquences de l'alcool	34 %

Tableau n°14

## Sevrage consécutif ou simultané ?

A ce jour il existe plusieurs options pour traiter à la fois la dépendance à l'alcool et au tabac.



### Schéma n°7 : « Les différents parcours de sevrage »

Ci-dessus, j'ai représenté les différents parcours proposés à ce jour. Bien entendu comme pour tout sevrage, la motivation du patient et son adhésion à la thérapie proposée sont fondamentales. Idéalement et dans son intérêt et pour optimiser ses chances le sevrage simultané est perçu actuellement comme la meilleure solution [68].

Pour que le patient adhère à ce double sevrage, la communication jouera un rôle important en particulier si l'on évoque avec lui les interactions réciproques, les principes et les risques de cette poly-addiction. Dans le cas où ce n'est pas possible, le sevrage séquentiel est généralement proposé avec un sevrage en alcool, suivi du sevrage tabagique. En effet, certaines études ont prouvé qu'un alcoolisme maintenu après un sevrage tabagique donnait généralement des résultats dans la durée beaucoup moins probants que l'inverse. Tout au mieux on étudie aujourd'hui la possibilité de maintien du tabac un temps pour compenser le manque d'alcool (sevrage séquentiel long) pour ensuite s'attaquer au tabac dans un second temps [63].

### **En synthèse**

Dans cette partie on aura pu observer l'importance des interdépendances entre les différents types d'addictions à des substances licites ou illicites. On a vu combien le tabac était intimement lié à toutes les consommations d'autres drogues dans plus de 80 % des cas et qu'il en devenait de fait, un problème à prendre en considération. Pratiquement indissociable du cannabis, il est également présent dans une majeure partie des cas de dépendance à l'alcool. Support de ces poly-addictions il n'en est pas moins à long terme un facteur important de décès prématuré. A priori moins offensif à court terme, il est souvent moins pris en considération, traité en second face à des

addictions aux manifestations plus violentes et urgentes. Catalyseur, il potentialise le mécanisme de dépendance même après le sevrage des autres substances offrant à la fois un substitut mais également un lien non coupé avec l'addiction en général. De plus en plus, on estime qu'il doit être traité en simultanéité avec les autres sevrages (notamment l'alcool) pour atteindre les meilleures chances de succès. Nous verrons dans l'étude menée que sa prise en charge au sein des établissements de santé n'est cependant pas sans difficultés et sans attentes fortes. La poly-addiction quant à elle n'est pas encore un sujet parfaitement étudié ni maîtrisé par les personnels soignants et les stratégies et protocoles sont encore à développer et à bâtir.

## **Le tabac dans les lieux de santé**

---

Depuis le 1er février 2007, date d'application du décret Bertrand, l'interdiction de fumer s'est généralisée dans les hôpitaux.

### **Sevrage des patients fumeurs hospitalisés : le protocole**

Aujourd'hui, le sevrage du tabac est défini comme un enjeu important partagé par l'ensemble des personnels de santé tous services et fonctions confondus. Le protocole précise que si la prise en charge de premier niveau n'est pas efficace, elle doit passer entre les mains de personnel expérimenté ou formé spécifiquement à ces missions (généralistes avec compétences complémentaires, autres spécialistes) le 3<sup>ème</sup> niveau (voir schéma ci-dessous) est ensuite l'orientation vers des structures spécialisées (centre de traitement dédié, centres d'addictologie) [69].

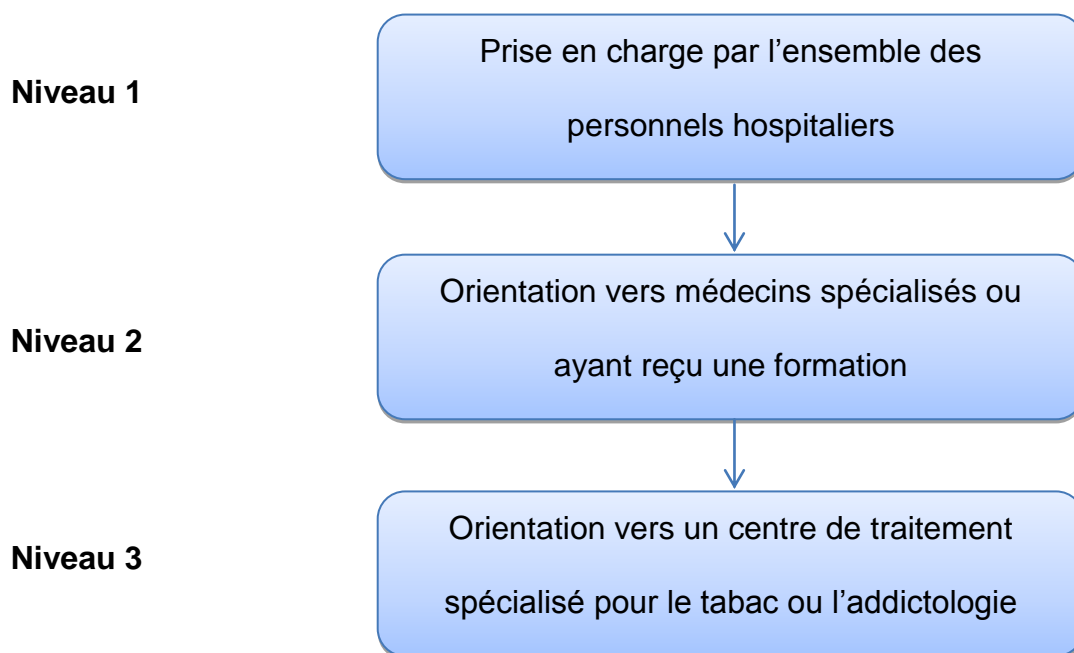


Schéma 8 : « Les niveaux d'escalade »

### Les Unités de Coordination de Tabacologie (UTC)

Ces unités spécialisées en tabacologie ont plusieurs objectifs parmi lesquels :

- Réalisation de consultations,
- Pour les fumeurs hospitalisés : suivi et soulagement de la dépendance,
- Accueil, entretiens d'accompagnement et d'écoute,
- Accompagnement du sevrage,
- Soins particuliers aux femmes enceintes,
- Formation des personnels médicaux,
- Enseignement de la tabacologie.

Par ailleurs, ces structures accréditées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation En Santé), signataires de la charte « hôpital sans tabac » [70] participent au « baromètre soignants sans tabac » [71].

## Les consultations de tabacologie

Leur fréquentation est en forte hausse (+ 14,6 nouveaux patients par mois en 2010). A noter que dans plus de la moitié des cas, ce sont des personnels de santé qui les ont adressés.

## La formation du personnel médical

Afin d'aider le dispositif « Spécialiste en Toxicomanie » à aborder le produit « TABAC », des formations adaptées seraient souhaitables avec comme thèmes : les méthodes d'approche, la notion d'entretien motivationnel. Elles pourraient être personnalisées en fonction des demandes et besoins des équipes, réalisables sur une durée de 3 à 4 jours. Des attestations de présence valideraient la formation : les équipes seraient ainsi sensibilisées mais ne disposeraient pas cependant des compétences nécessaires pour pratiquer des consultations tabacologiques (le DU en tabacologie, proposé par ailleurs étant indispensable).

Le plan cancer 2003-2007 [47] prévoit la création d'un module « prévention et éducation à la santé », comportant notamment un volet tabac, dans le tronc commun de première année des études médicales.

Les professionnels de santé formés sont plus efficaces que ceux qui n'ont pas suivi de formation adaptée. Ils accompagnent deux fois plus de patients dans la démarche de sevrage [72]. De plus, les patients qu'ils suivent ont entre 2 et 3 fois plus de chances de réussir leur sevrage à un an que les patients suivis par des professionnels non formés [72]. Les programmes de formation les plus efficaces utilisent l'influence des pairs et emploient une pédagogie interactive pour obtenir des changements de comportement

professionnel [72]. Ils permettent également d'aller au-delà de certaines barrières ou croyances qui freinent l'implication dans le soutien à l'arrêt du tabac.

### **Diplôme Universitaire de tabacologie**

Il offre une formation en ce qui concerne le diagnostic, les indications thérapeutiques, le suivi et la surveillance du traitement de la dépendance tabagique.

### **Manque de propositions de sevrage & personnel médical fumeur**

En dehors des personnels formés (voir au paragraphe précédent), l'aide à l'arrêt du tabac est trop peu fréquemment proposée par les soignants pour 2 motifs principaux :

- 1) Ne pas perturber d'autres sevrages ou traitements jugés plus prioritaires
- 2) La dépendance au tabac jugée moins préjudiciable socialement et à tort moins dangereuse

Cette attitude négative a été observée de manière plus importante chez le personnel lui-même fumeur, ce qui soulève la question de neutralité ou d'objectivité vis-à-vis de ces démarches [68].

Sous réserve de son implication dans des programmes et d'une formation de qualité le médecin généraliste fumeur obtient d'aussi bons résultats de sevrages que ses confrères non-fumeurs [73]. Néanmoins, dans beaucoup d'autres cas la consommation du médecin fumeur peut minimiser sa perception négative du tabac ou encore lui faire perdre son sentiment de légitimité à aborder le sujet en tant que mauvais exemple.

## L'accompagnement des patients non-fumeurs / tabagisme passif

Le tabagisme passif est désormais perçu comme une réalité avec des conséquences admises (voir dès 2001 le : « rapport au Directeur Général de la Santé sur le thème du tabagisme passif [74] »). Responsable de plus de 5000 décès par an en France (principalement des cancers coronariens et cancers des poumons) contre 2500 à 3000 décès en 1999 [75], le tabagisme passif développe et accentue également de nombreuses pathologies chez l'enfant (infections respiratoires, otites, crises d'asthme) mais aussi chez le bébé et le fœtus à leurs différents stades de développement (mort subite, retard de croissance, poids de naissance réduit) [76]. Le plan cancer 2004-2008 a de ce fait placé la protection des non-fumeurs comme une priorité.

Depuis le 1er février 2007, suite au vote du décret Bertrand :

*« Il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs (y compris les endroits ouverts tels les cours d'établissements scolaires). »*

Le décret évoque par ailleurs des éléments sur la consommation autorisée :

*« Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé. »*

Ainsi lorsque nous évoquerons dans l'étude de cette thèse les modalités de consommation du tabac dans les lieux de traitement on se trouvera d'emblée sur un terrain à la limite de la couverture légale et dans un contexte d'exception tolérée. La



MLTD : « Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie » est chargée par ailleurs de l'application des mesures d'interdiction et de protection des non-fumeurs.

### Le point de vue des ex-fumeurs à l'issue de leur parcours

Il est intéressant d'observer sur des patients ayant réussi un sevrage prolongé (ex-fumeurs) le parcours qu'ils ont accompli et l'accompagnement dont ils ont bénéficié.

L'ITC a obtenu les résultats suivants auprès d'un panel de 110 ex-fumeurs [77] :

Parcours des ex-fumeurs lors de leur sevrage	pourcentage
Consultation d'un professionnel de santé	68 %
Conseils soutien ou encouragement d'un professionnel de santé	47 %
Conseils et accompagnements jugés utiles	63 %
Ont eu une ordonnance pour des médicaments d'aide au sevrage	14 %
Ont reçu une brochure pour ne pas reprendre	13 %
Ont jugé les brochures utiles	39 %
Ont été aiguillés vers un service spécialisé	10 %
Ont jugé le service spécialisé utile	100 %

#### Tableau n°15

On observe la pertinence ressentie des conseils, des informations et des services spécialisés.

### Le Tabac, la moins suivie des addictions

Sans revenir sur ses conséquences, son interaction forte avec les autres addictions, les risques et les chiffres de mortalité induits par le tabac, la dépendance à celui-ci n'est toujours pas perçue comme prioritaire dans les centres spécialisés.

Ce phénomène n'est pas réduit qu'à la France. Ainsi dans une étude Canadienne [78], on découvre des écarts importants entre les aides au sevrage proposées dans les programmes « en principe » et les accompagnements concrètement mis en place :

	pourcentage
Programmes addictologiques proposant une aide au sevrage du tabac	54 %
Aide individuelle au sevrage tabagique ou en groupe formalisés	10 %
Proposition de substituts ou Bupropion	1 %

### Tableau n°16

Une autre étude [79] précise les raisons les plus souvent invoquées pour ne pas traiter le tabac systématiquement :

- Manque de motivation des patients
- Taux de réussite faible dans le sevrage
- Peur de compromettre la sobriété ou le sevrage vis-à-vis d'autres substances
- Le tabagisme du personnel médical lui-même

### **En synthèse**

Nous venons donc de voir que le système de santé et les dispositifs en place permettent d'obtenir des résultats concluants. Plusieurs parcours de formation adaptés existent pour le personnel de santé. Les patients qui ont été aidés dans leur parcours reconnaissent l'efficacité des aides et conseils obtenus. Le personnel médical formé est compétent, le système d'escalade (montée de niveaux de compétences dans la prise en charge) permet lui aussi de faire face aux différents cas et d'aiguiller les patients vers le parcours le plus adapté. Enfin les UTC proposent un large spectre d'outils

d'accompagnements et de programmes pour l'aide au sevrage et le support des autres services.

Néanmoins, en marge de ces aspects positifs, on constate que le chemin est encore long pour que la sensibilisation de l'ensemble des personnels – tous impliqués ou en contact à un moment ou à un autre avec les fumeurs – soit complète. De nombreux effectifs n'ont pas encore eu accès ou de manière insuffisante aux formations. On se rend compte que la création de réflexe de soin et de proposition de sevrage passe par une conviction profondément ancrée dans les esprits et implique donc une conduite de changement importante (en particulier pour le personnel fumeur). Les résultats ne seront optimaux que si le tabac devient une cause soutenue par tous et dont le niveau de gravité et d'urgence est perçu et véhiculé d'une manière forte et non équivoque.

## Les outils existants

---

### Les substituts nicotiques

En milieu hospitalier, toutes les substitutions sont disponibles dans les différents services depuis la signature de la convention Hôpital Sans Tabac (RESPADD : RESeau de Prévention des ADDictions).

En 2010, plus de 2 millions de fumeurs ont utilisé des médicaments pour tenter un sevrage [36].

<b>Usage de substituts à la nicotine (toutes formes)</b>	84 %
<b>Usage de la varénicline (Champix®).</b>	14 %

### Tableau n°17

Les timbres transdermiques font gonfler ces chiffres et remportent un grand succès auprès du public.

### Outils utilisés par les généralistes

Une enquête menée en 2003 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES) [16], réalisée sur 2057 médecins généralistes classe les méthodes de sevrage tabagiques. Comme on pourra le constater, le patch antitabac est de loin le type le plus souvent prescrit par les médecins :

Méthode d'arrêt préconisée / outils utilisés par les généralistes	
Patch	53 %
Bupropion	19,2 %
Arrêt volontaire par réduction progressive	10,6 %
Acupuncture	5,2 %
Total médecines douces (Acupuncture, auriculothérapie, homéopathie)	6,9 %
Utilisation de questionnaires, tests ou autres systèmes d'évaluation de la dépendance	6,3 %

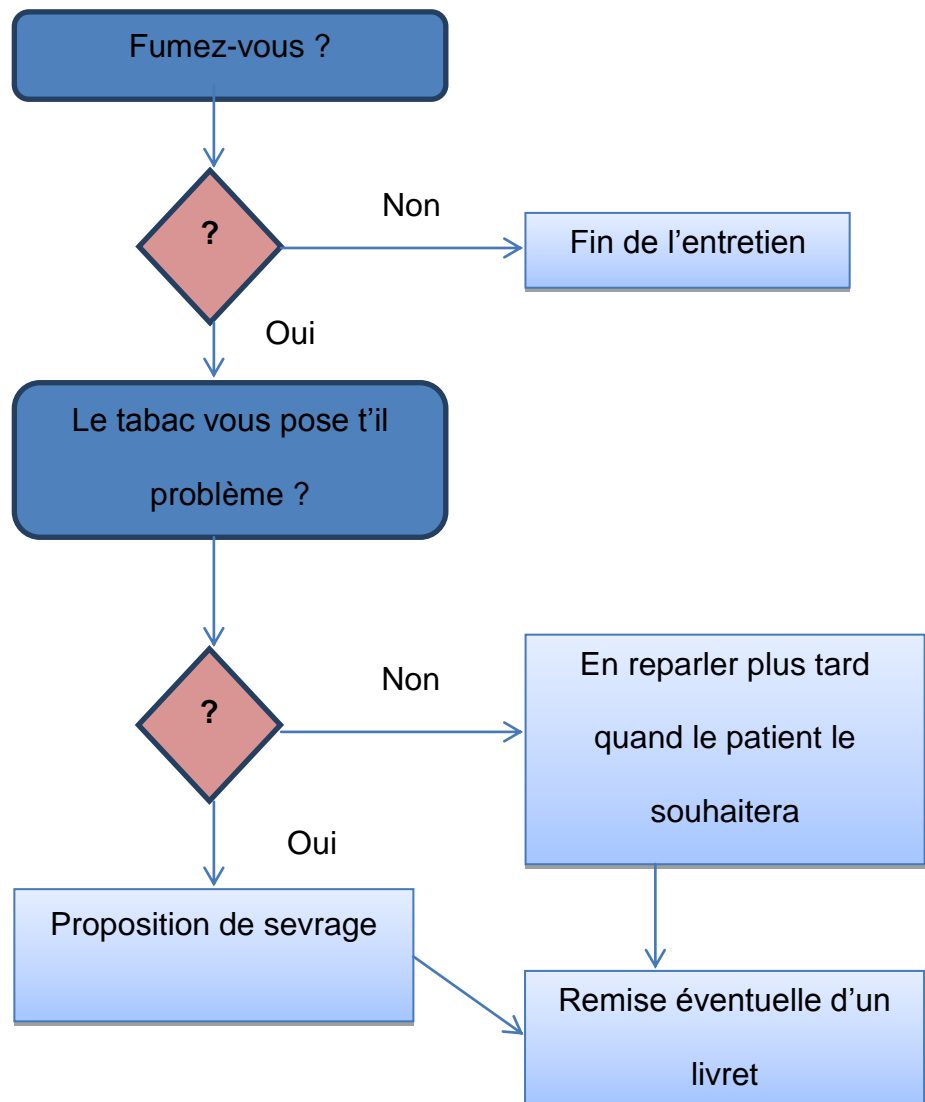
Tableau n°18

### Recommandations de bonnes pratiques

En 2000, l'AFSSAPS a publié des « **recommandations de bonnes pratiques** » pour l'utilisation des thérapies médicamenteuses dans le sevrage tabagique. Ces bonnes pratiques ont été diffusées à l'ensemble des professions de santé [80, 81].

### Conseil minimal systématique

Ce conseil rapide systématique d'arrêt du tabac est un entretien qui peut être donné par un généraliste sous la forme suivante :



Graphique n°9 : « Le conseil minimal systématique »

La réalisation d'entretiens courts (entretien de dix minutes environs) ont prouvé leur efficacité dans l'impact de l'échange [73, 82].

Ainsi le conseil minimal, même si son impact à titre individuel est faible peut néanmoins à l'échelle d'une population s'il est généralisé conduire à une hausse de 2 % du taux de sevrage à long terme [83]. Ces résultats confirment une étude américaine sur le même thème [84] : l'efficacité du « conseil médical à l'arrêt » a été démontrée avec un Odds Ratio estimé à 1,30 (IC95 % [1,10-1,60] ; n = 7).

Une utilisation systématique grâce à une sensibilisation accrue des personnels de santé pourrait aboutir à 200 000 fumeurs de moins, chaque année, en France [85, 86].

### **L'entretien motivationnel**

Il consiste en une approche empathique, visant à éclairer le patient sur les avantages et inconvénients attachés à la consommation du ou des produits.

Son objectif est d'évaluer le niveau de motivation du patient et de la renforcer en vue des sevrages.

### **Soutien de groupe**

Il s'agit à la fois des ateliers thérapeutiques proposés dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle en addictologie, mais aussi de groupes de parole organisés par des psychologues ou tabacologues, accessibles à tous les fumeurs souhaitant arrêter de fumer.

### **Conseil téléphonique**

Il s'agit de la ligne tabac info service permettant de recevoir des conseils, des réponses à certaines questions concernant le tabac. Un suivi est également possible.

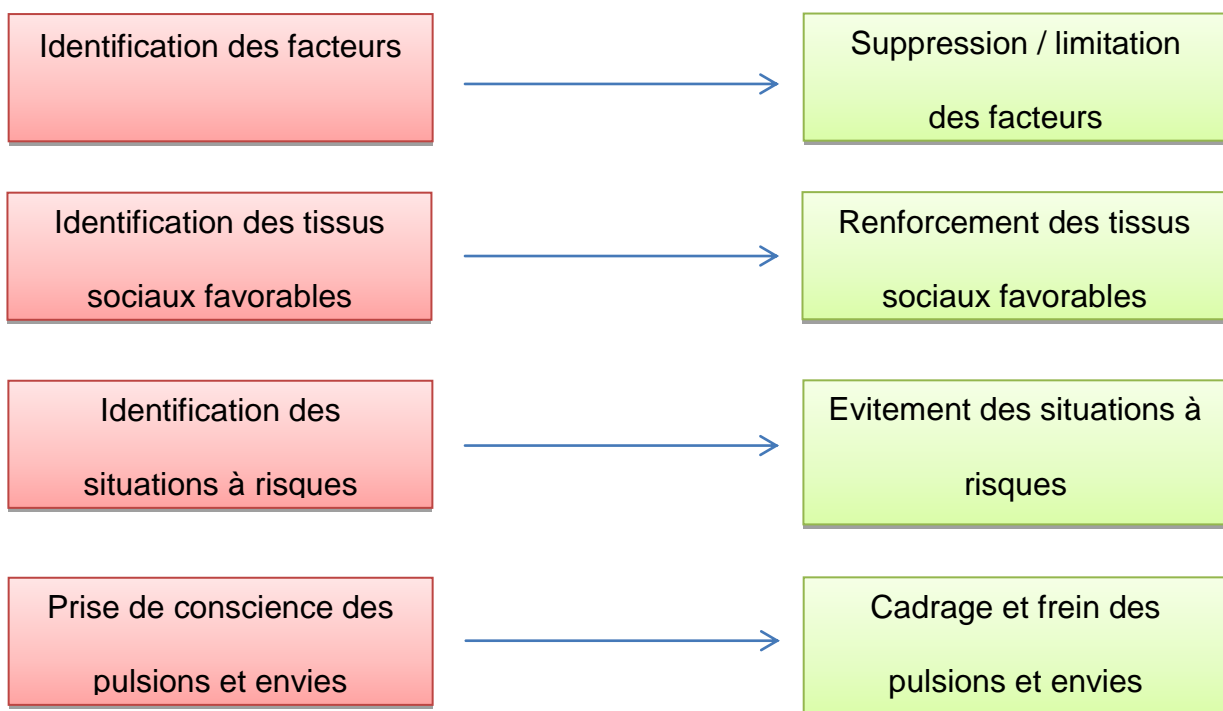
## Traitements nicotiniques substitutifs en centres spécialisés

Ces types de traitements (recommandés par la HAS [69]) jouent un rôle tout aussi important dans les centres spécialisés qu'en ambulatoire ou prescrits par les médecins libéraux.

## Thérapies cognitivo-comportementales

Elles sont efficaces et nécessitent une formation de base encore peu dispensée. Elles ne sont pas encore référencées dans les nomenclatures actuelles bien que recommandées par la HAS (Grade A) [69]

Elles sont basées sur un couplage des méthodes d'arrêt classique avec un travail sur les mécanismes de la consommation et le contexte environnemental du patient, comme représenté sur le schéma ci-dessous.



Graphique n°10



## Autres thérapies

**L'acupuncture, l'auriculothérapie** ou **l'hypnose ericksonienne** n'ont pas fait à ce jour leurs preuves dans le sevrage tabagique de manière incontestée. Néanmoins, d'autres médecines douces ou parallèles (relaxation, sophrologie ou encore homéopathie) peuvent dans certains cas précis apporter un soutien précieux au maintien du sevrage.

## Cadrement des outils et méthodes

En 1998 face à la multiplication des méthodes, médecines et outils visant à traiter le tabagisme, la Conférence de consensus sur l'arrêt du tabac de 1998 [88], s'est prononcée pour définir un cadre et a : « recommandé la pratique du conseil minimal, de l'utilisation des substituts nicotiques et des thérapies cognitives et comportementales. »

## Test de Fagerström

Ce test simple et rapide porte le nom de son créateur. Il a vu le jour en 1978 et a 2 objectifs principaux :

- Le repérage rapide du tabagisme
- La détermination du niveau de dépendance

Ce test existe en une version longue comprenant 6 questions, et une brève en 2 questions appelée « short test » chez les anglo-saxons. Les enquêtes en population

générale utilisent principalement cette version courte, en ne posant que les deux questions 1 et 4 :

**Question 1 : « Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ? »**

« Dans les 5 minutes : **3 points** »

« Entre 6 et 30 minutes plus tard - **2 points** »

« Entre 31 et 60 minutes plus tard - **1 point** »

« Plus de 60 minutes après le réveil - **0 points** »

**Question 2 : « Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (par ex. cinémas, bibliothèques) »**

« Oui – **1 point** »

« Non – **0 point** »

**Question 3 : « À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ? »**

« À la première de la journée – **1 point** »

« À une autre – **0 point** »

**Question 4 : « Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? »**

« 10 cigarettes ou moins – **0 point** »

« 11 à 20 cigarettes – **1 point** »

« 21 à 30 – **2 points** »

« 31 ou plus – **3 points** »

**Question 5 : « Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? »**

« Oui – **1 point** »

« Non – **0 point** »

**Question 6 : « Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? »**

« Oui – **1 point** »

« Non – **0 point** »

A partir de ces questions, en faisant la somme des points obtenus, Fagerström propose la grille de lecture suivante [89] :

Score obtenu	Niveau de dépendance
Score entre 0 et 3	Pas ou peu de dépendance
Score entre 4 et 6	Dépendance moyenne
Score entre 7 et 10	Dépendance forte

Tableau n°19

Sur la version simplifiée de ce test (quantité versus délais avant la première cigarette) et sur la base d'une population adulte [53, 90], des études ont obtenu les résultats suivants :

Catégorie de dépendance	pourcentage
présentant une dépendance moyenne	31 %
Présentant une dépendance forte	18 %

Tableau n°20

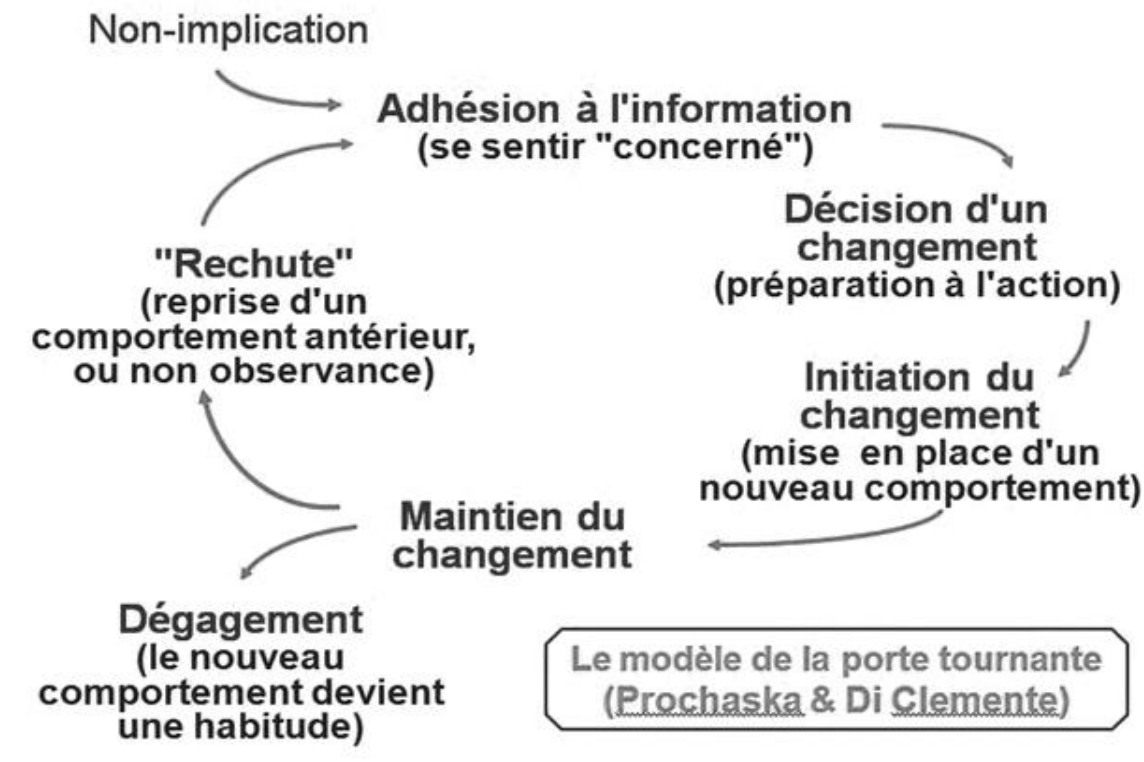
A noter que la dépendance est plus forte dans la population masculine.

## Diagramme de PROCHASKA

Prochaska a classifié 5 grands états / étapes dans la relation à la dépendance et le sevrage.

Etape	Intitulé	situation
1 :	« Non implication »	Le tabagisme n'est pas un problème
2 :	« Contemplation »	Envisage l'arrêt du tabac
3 :	« Préparation »	Prise de décision d'arrêter
4 :	« Action »	Début du sevrage
5 :	« Maintien »	Maintien plus ou moins long du sevrage
	Le maintien se transforme en rechute ou dégagement	Le dégagement correspond à la prise de nouvelles habitudes

Tableau n°21



Graphique n°11 : représentation visuelle du modèle dit : « De la porte tournante ».

Source : « Collège des enseignants de psychiatrie de l'université Paris Descartes »

Cet outil permet de positionner l'état d'un patient dans le processus global et de pouvoir à chaque étape proposer une communication, des comportements, des thérapies et des actions adaptées.

### **Détecteur de CO**

Le niveau de CO expiré évolue avec le niveau de consommation et de dépendance au tabac. Son évaluation permet une mesure quantitative objective de l'état de dépendance du patient et des progrès en cours de sevrage [51]. Il constitue à ce titre un élément important d'encouragement dans les progrès accomplis.

### **Remise de documents, brochures**

Comme pour le conseil minimal systématique, la remise de brochures sur le sevrage et d'informations sur le tabac n'a pas un impact individuel fort mais joue sur la masse. Cette communication permet sur le nombre et dans la durée d'augmenter de 2 à 5 % le nombre d'arrêts prolongés par année [91].

L'article 14 de la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS promeut la mise en œuvre, pour les fumeurs souhaitant arrêter, de programmes ayant pour orientation le diagnostic, le conseil, la prévention et le traitement de la dépendance [92].

### **Niveau d'utilisation des outils**

De plus en plus de personnel médical s'appuient sur ces outils [63], c'est par exemple le cas chez les généralistes :

Utilisation d'outils	1998	2003	2008
Questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac	N/A	6 %	34 %
Questionnaire standardisés sur la consommation d'alcool	1,4 %	2 %	13 %
Questionnaires de repérage de l'utilisation du cannabis	N/A	N/A	2 %

### Tableau n°22

A noter que l'utilisation de ces outils est plus importante chez des médecins affiliés aux réseaux d'addictologie.

### Combinaison d'outils

L'association de plusieurs formats différents a montré son efficacité. Ainsi, selon Fiore *et al*, l'Odds Ratio était compris entre 1,50 (IC95 % [1,20-1,80]) en cas d'utilisation d'un format et 2,50 (IC95 % [2,10-3,00]) si 3 ou 4 formats étaient associés [84].

### En synthèse

Il existe donc, comme on vient de le voir, de multiples outils à la disposition des personnels de santé. Ils offrent aux praticiens des méthodes parfois simples et des outils de mesure claire pour détecter, quantifier une addiction et surtout créer et renforcer dès que possible le dialogue patient-soignant. Certains de ces outils (notamment la documentation ou encore le conseil minimal) permettent d'obtenir des résultats probants à l'échelle d'une population. D'autres méthodes plus globales permettent quant à elles (par exemple la méthode cognitivo-comportementale) de prendre en compte l'ensemble des facteurs environnementaux des patients de manière

à optimiser les chances de modifications profondes et durables de leurs habitudes. De manière générale, sans avoir recours à des méthodes non validées, des outils qui ont fait leurs preuves existent et doivent être développés, véhiculés et surtout systématisés. Le problème que nous approfondirons au cours de ce travail est l'étude de leur niveau d'utilisation et de facilité d'application.

## IV. Problématique

### Objectif primaire :

---

L'objectif principal de ce travail est d'établir un état des lieux des modalités de prise en charge du patient fumeur dans les structures d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais.

### Objectifs secondaires :

---

Certaines problématiques seront également abordées, telles que :

Existe-t-il une demande de formation vis-à-vis de la question du tabac, de la part des professionnels de santé exerçant en services d'addictologie ?

Le non-respect des règles sur la consommation de tabac entrave-t-il la prise en charge addictologique ?

Existe-t-il des difficultés rencontrées dans le cadre de cette prise en charge ?

Quels pourraient être les axes d'un groupe de travail régional constitué autour du thème ?



## **V. Matériel et Méthode**

### **Contexte de l'étude**

---

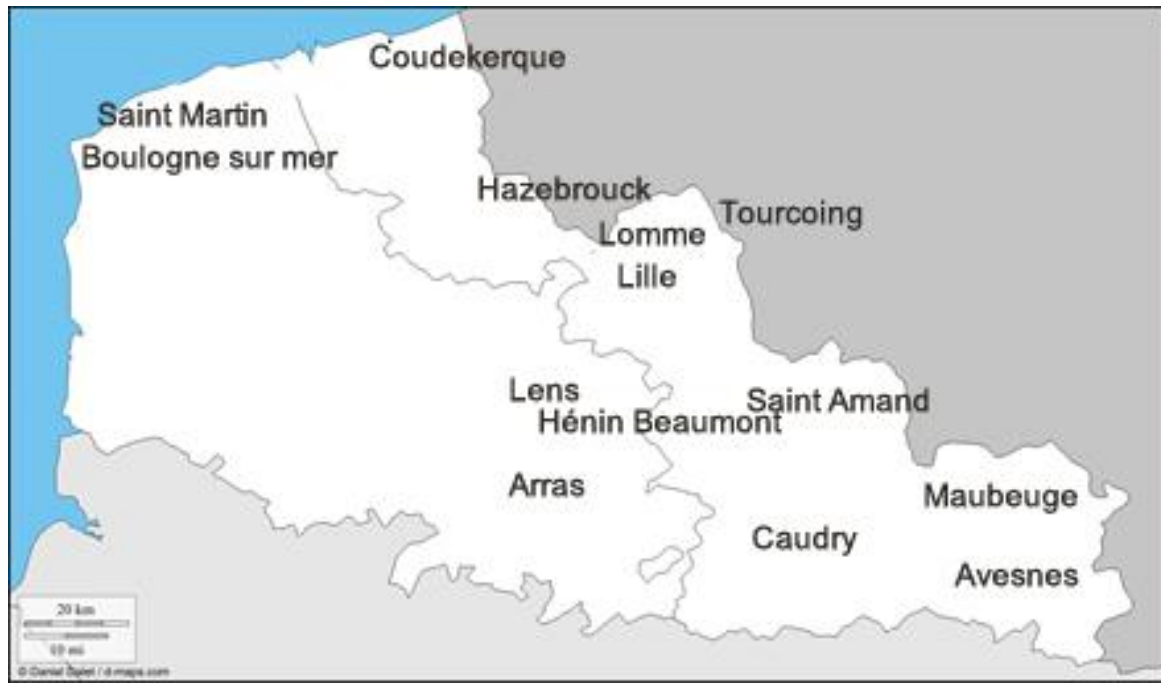
L'étude menée est une étude descriptive, multicentrique, réalisée du 5 au 13 avril 2011, auprès des professionnels de santé exerçant dans les établissements de soins spécialisés en addictologie dans le Nord-Pas-de-Calais, visant à renseigner sur les modalités de prise en considération du tabagisme des patients suivis en milieu spécialisé.

### **Population de l'étude**

---

Une enquête régionale a été réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit d'une étude réalisée auprès du personnel des établissements de soins spécialisés en addictologie du Nord-Pas-de-Calais, qu'ils soient publics ou privés.

132 personnes ont participé réparties dans 5 établissements du Pas-de-Calais et 9 établissements du Nord, représentant les différents corps de métier des personnels soignants, médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs.



Graphique n°12 : « Répartition géographique sur le territoire régional des différents établissements ayant participé à l'enquête ».

## Recueil de données

---

La forme choisie est celle d'un questionnaire au format papier, simple de trois pages, basé sur dix questions à choix multiples, dont huit permettent un commentaire libre.

Moins de cinq minutes sont nécessaires pour y répondre.

Ce questionnaire a été adressé aux chefs de services et cadres de santé des structures d'addictologie publics et privés du Nord-Pas-de-Calais, puis diffusés aux membres du personnel soignant prenant en charge les patients suivis en hospitalisation.

Le remplissage du questionnaire devait se faire de manière individuelle et anonyme.

Chaque participant était invité à renseigner sa profession ainsi que le type de structure dans lequel il exerçait.

Les questionnaires remplis étaient ensuite à retourner par voie postale à ECLAT-GRAA.

L'ensemble du questionnaire est consultable à l'annexe 7.

Au total, 132 personnes ont répondu au questionnaire, représentant les différents corps de métier des personnels soignants, médicaux, paramédicaux, sociaux et administratif.

Chaque questionnaire reçu a été pris en compte.

## **Traitement des données recueillies**

---

A la réception des formulaires remplis, les courriers ont été ouverts et les données saisies manuellement dans un fichier Excel, question par question et y ajoutant les données qualitatives telles que : fonction, localisation, service pour un traitement analytique plus complet.

Un extrait des tableaux utilisés est présenté en annexe 8.

Certaines questions ont été divisées en sous-questions.

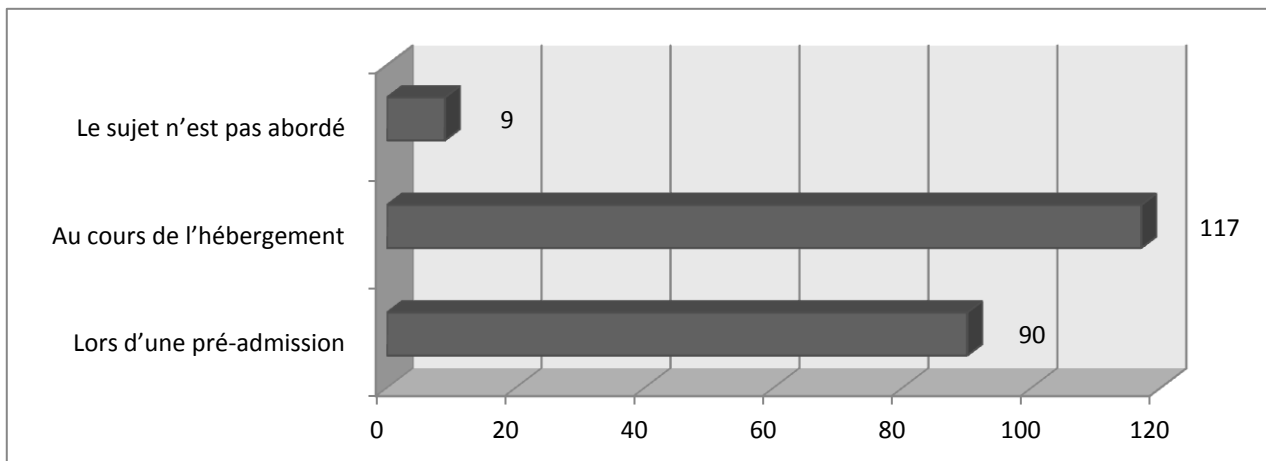
Chaque question a fait l'objet d'un calcul en pourcentage de réponses, et lorsque cela était pertinent, de la réalisation de tableaux croisés dynamiques pour analyser les chiffres des réponses de manière multidimensionnelle en les groupant par sous-population de résultats.

## VI. Les Résultats de l'étude

### Question 1a

---

**Rappel de la question posée :** « Quand la question du tabac est-elle abordée? »



#### **Commentaire :**

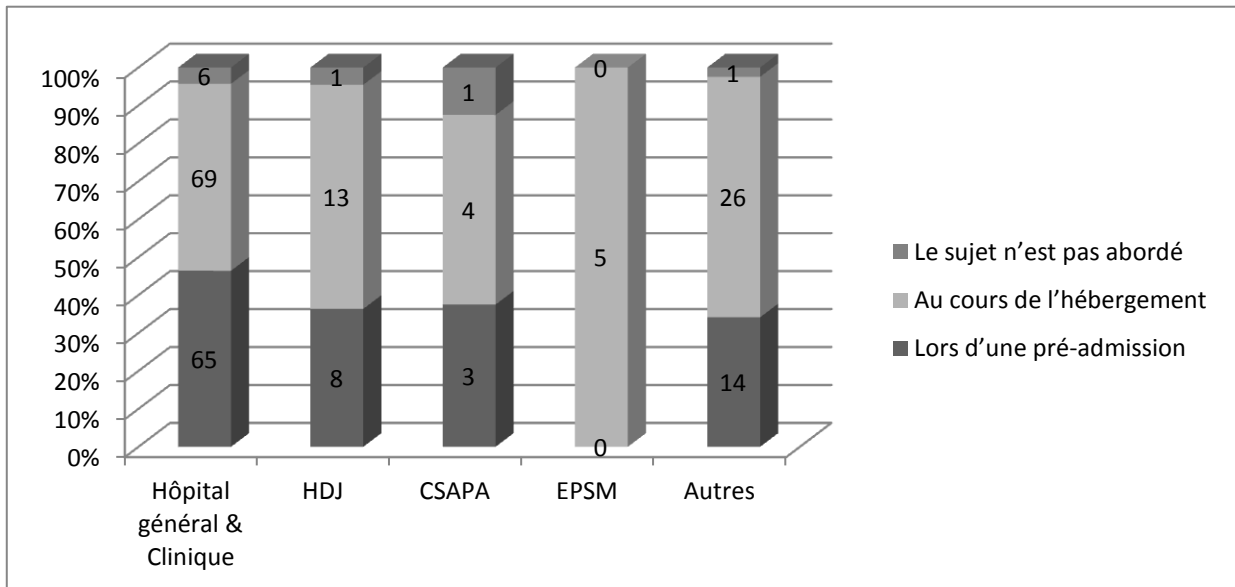
Si le sujet du tabac est pratiquement toujours abordé au cours de l'hébergement sous différentes formes (voir les questions suivantes), son évocation lors de la pré-admission n'est pas systématique (seulement 68 % des cas).

Les soignants n'évoquant pas le sujet sont quant à eux rares (6,8 %).

## Question 1b

Rappel de la question posée : « Quand la question du tabac est-elle abordée? »

Analyse par nature d'établissements



### Commentaire :

On observe bien qu'en fonction du type de structures, les pratiques de prise en compte du tabac diffèrent.

Alors que l'hôpital privilégie la phase de pré-admission, les soignants de l'EPSM déclarent travailler exclusivement à une évocation pendant le séjour du patient.

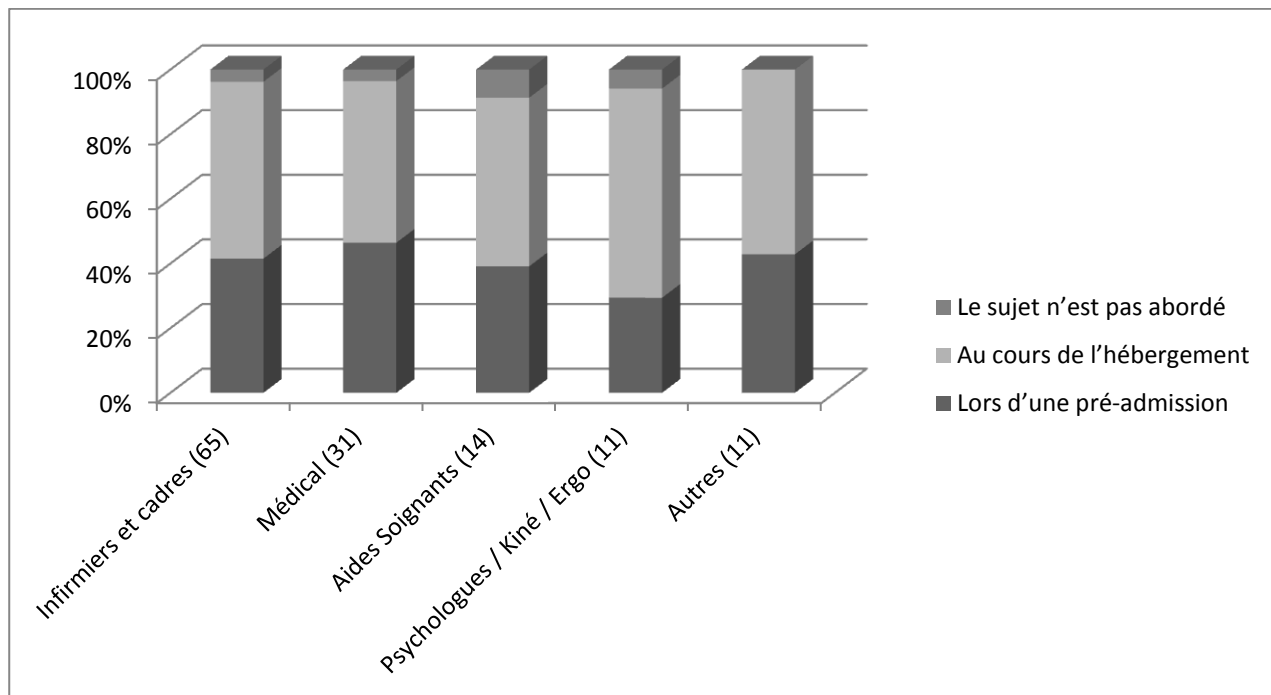
Pour les structures ayant un fonctionnement de jour (HDJ, CSAPA), les résultats sont sensiblement superposables, avec environ 30 % de prise en compte du tabagisme lors de la pré-admission.

Cependant, les effectifs dans les CSAPA et EPMS étant trop faibles, cette analyse ne permet pas de comparaison statistique.

## Question 1c

**Rappel de la question posée :** « Quand la question du tabac est-elle abordée? »

Analyse par fonction



### Commentaire :

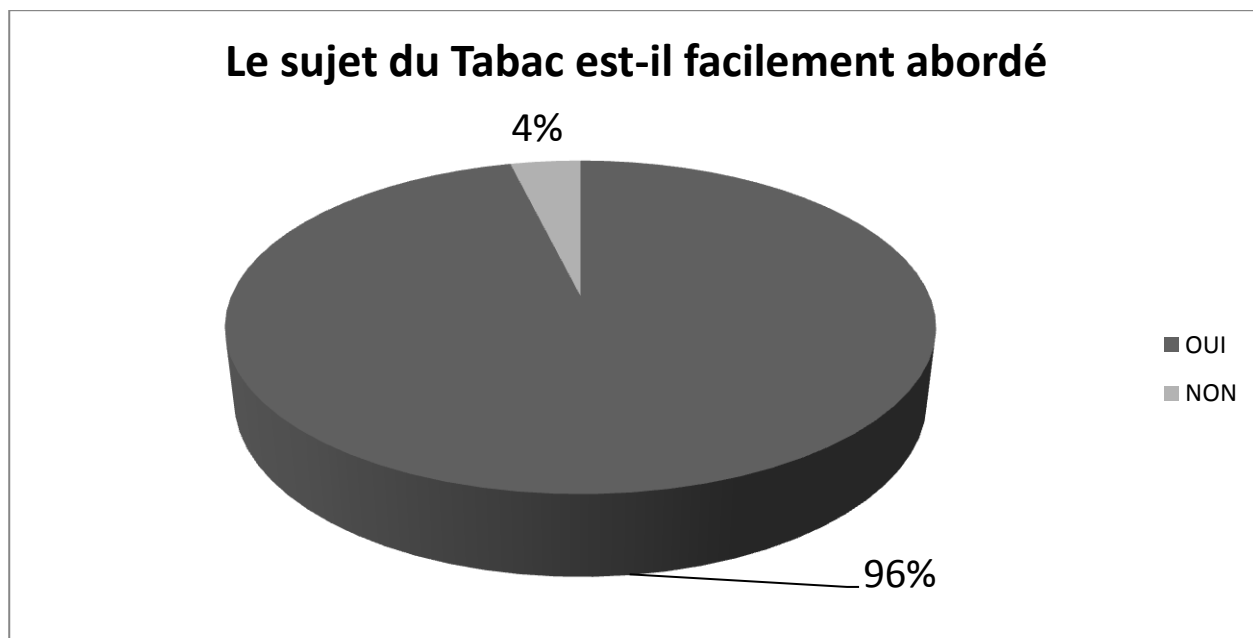
Comparativement aux autres professionnels, les psychologues, kinésithérapeutes et ergothérapeutes abordent moins souvent le sujet au cours de la pré-admission.

En ce qui concerne les autres corps de métier, l'abord de la question se fait de manière relativement homogène, avec une information dans 40 à 50 % des cas lors de la pré-admission et pour 50 % durant le séjour.

## Question 1d

---

**Rappel de la question posée :** « Le sujet du tabac est-il facilement abordé ? »



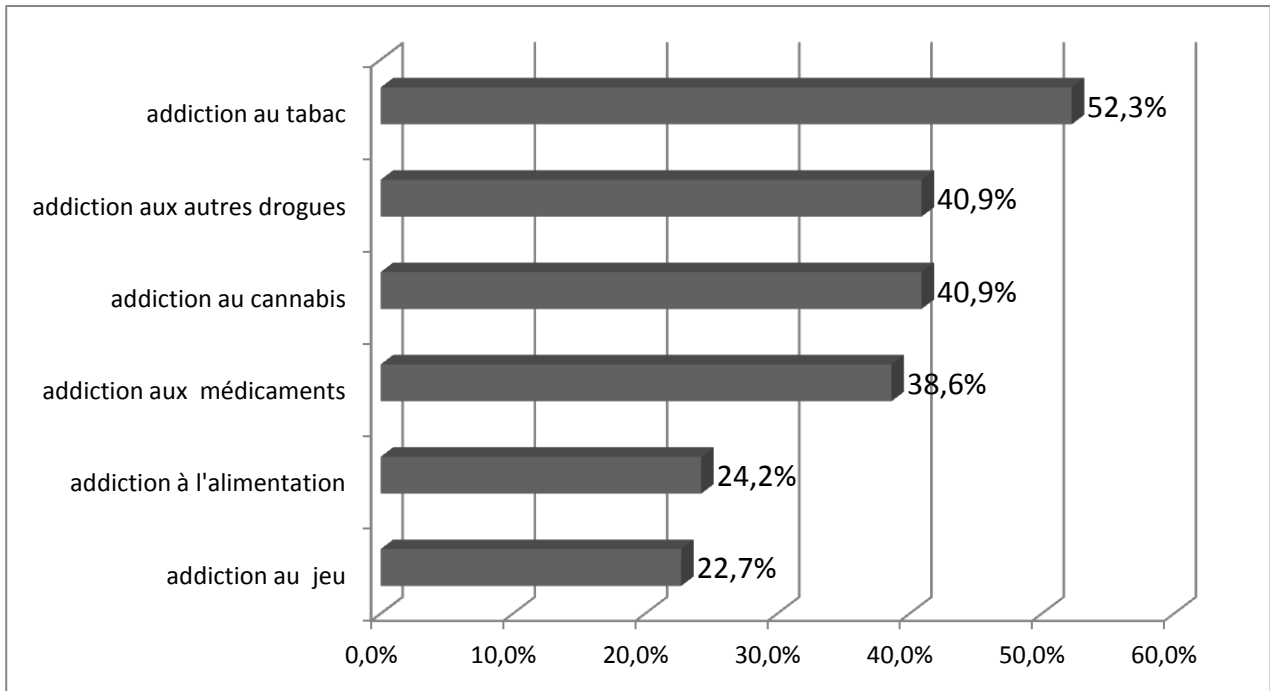
### **Commentaire :**

Dans 96 % des cas, les soignants n'ont pas de problème pour aborder la question du tabac avec les patients. Pour 4 % des soignants, il est difficile d'en parler.

## Question 2

---

**Rappel de la question posée :** « Existe-t-il un questionnaire de pré-admission sur les thèmes suivants ? »



**Commentaire :**

On constate que des outils matériels existent permettant d'améliorer le repérage et l'abord de la question des addictions multiples. On notera qu'en dehors de l'alcool (non cité ici), le questionnaire « tabac » est le support le plus utilisé dans les services pour dépister une dépendance. Pourtant, près d'un soignant sur deux (47,7 %) ne le connaît pas ou n'en fait pas usage au cours de la pré-admission. Parmi ces 47,7 %, environ 7 % n'abordent pas la question (cf. question 1a), il y a donc environ 40,7 % des soignants qui n'ont pas recours au support papier pour évaluer la dépendance tabagique avec les patients.

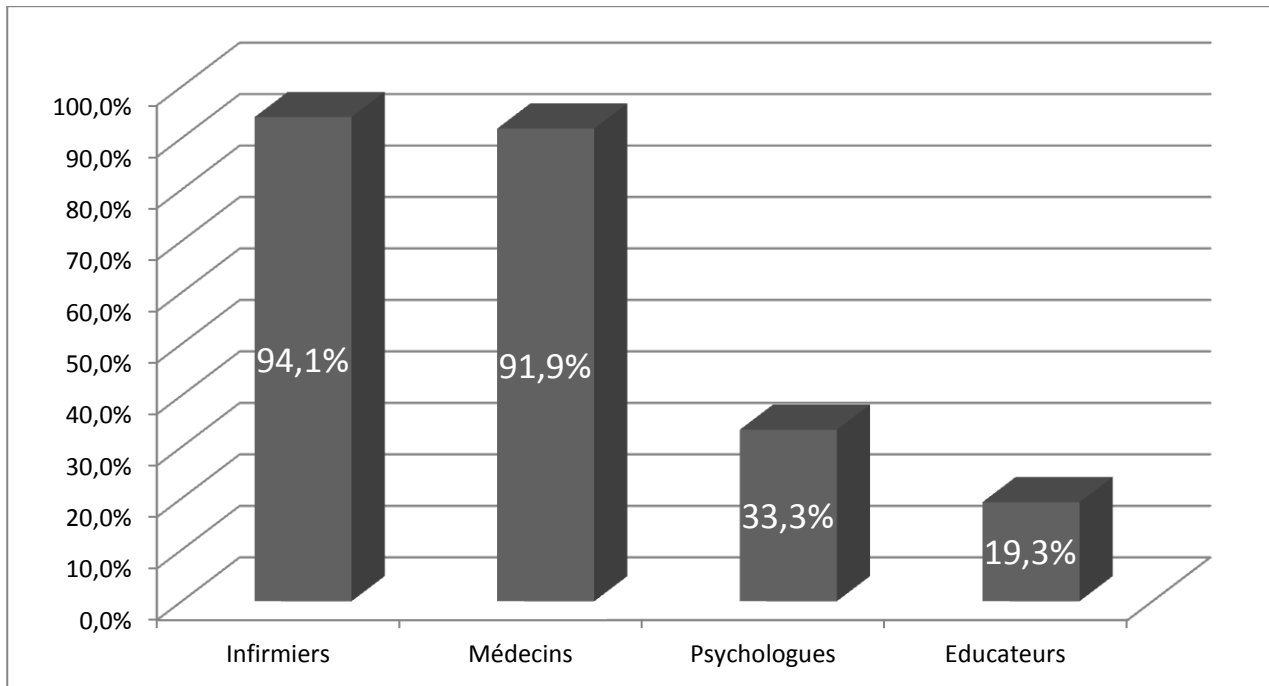
Ensuite deux catégories se dessinent, les addictions à un produit autre que le tabac sont dépistées par des questionnaires par environ 40 % des soignants ; les addictions sans produit sont quant à elles mises en évidence grâce à un questionnaire de pré-admission dans moins de 25 % des cas.



### Question 3

---

**Rappel de la question posée :** « Par qui est abordée la question du tabac ? »



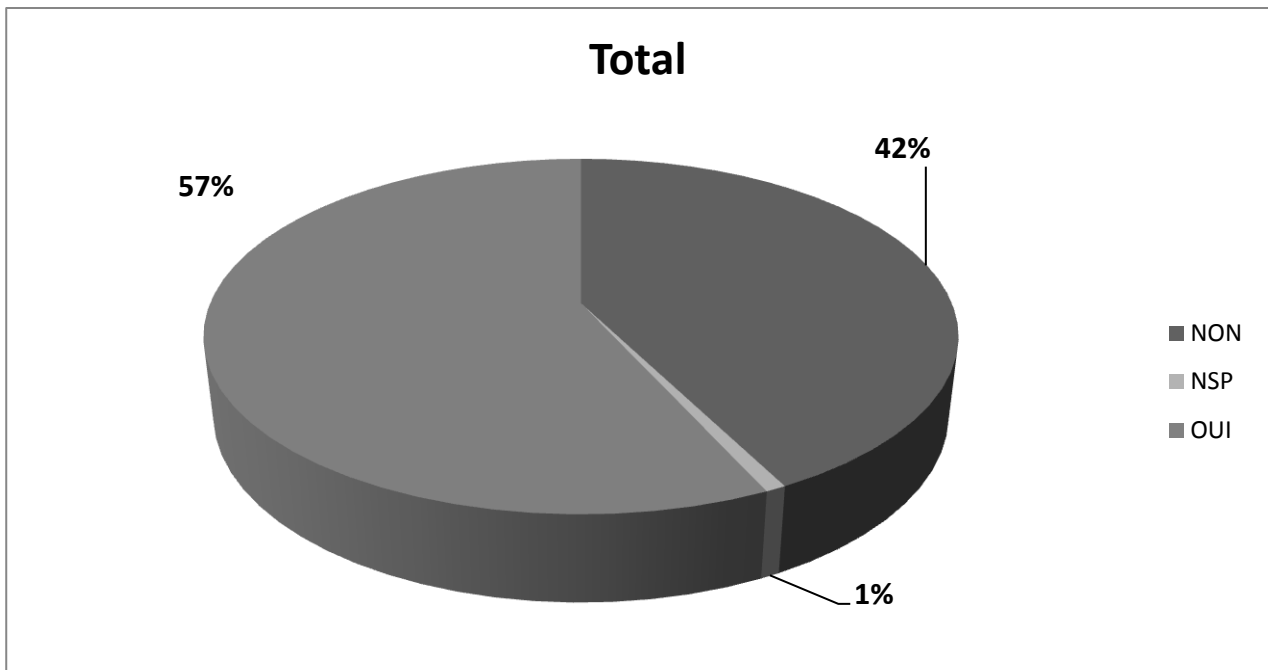
**Commentaire :**

Si le personnel médical soignant évoque largement le sujet du tabac dans son ensemble, les psychologues et éducateurs ne l'évoquent quant à eux qu'assez peu voire très rarement.

### Question 4

---

**Rappel de la question posée :** « Un test de dépendance tabagique (Fagerström, CO testeur...) est-il utilisé lors du bilan d'entrée ? »



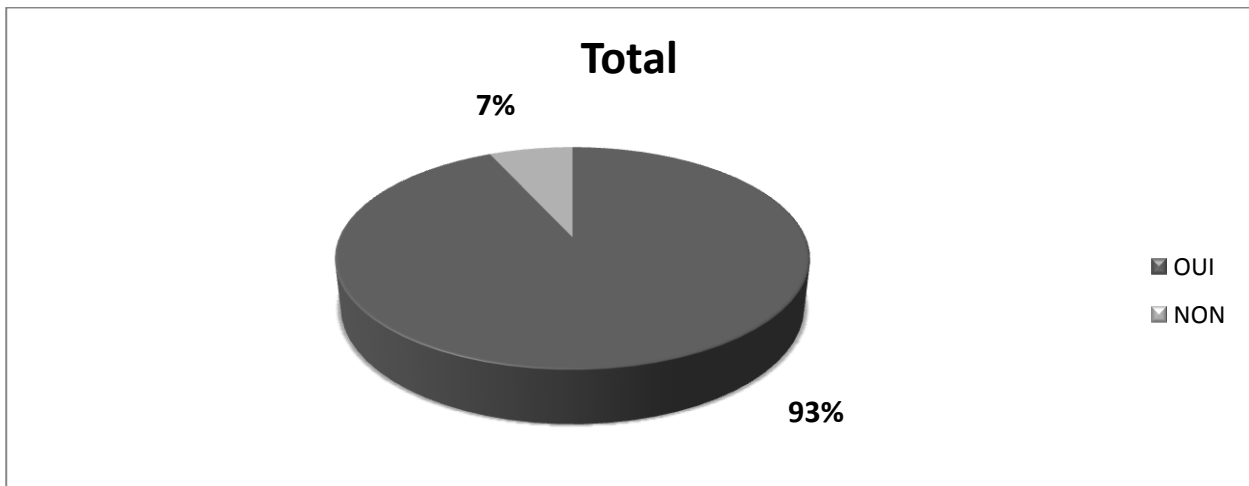
**Commentaire :**

On constate que les outils de mesure de dépendance à la nicotine sont utilisés par 57 % des soignants. Néanmoins, des efforts restent à fournir pour que leur utilisation devienne systématique.

## Question 5a

---

**Rappel de la question posée :** « Existe-t-il des modalités d'organisation de la consommation tabagique au sein de votre structure depuis la nouvelle réglementation ? »



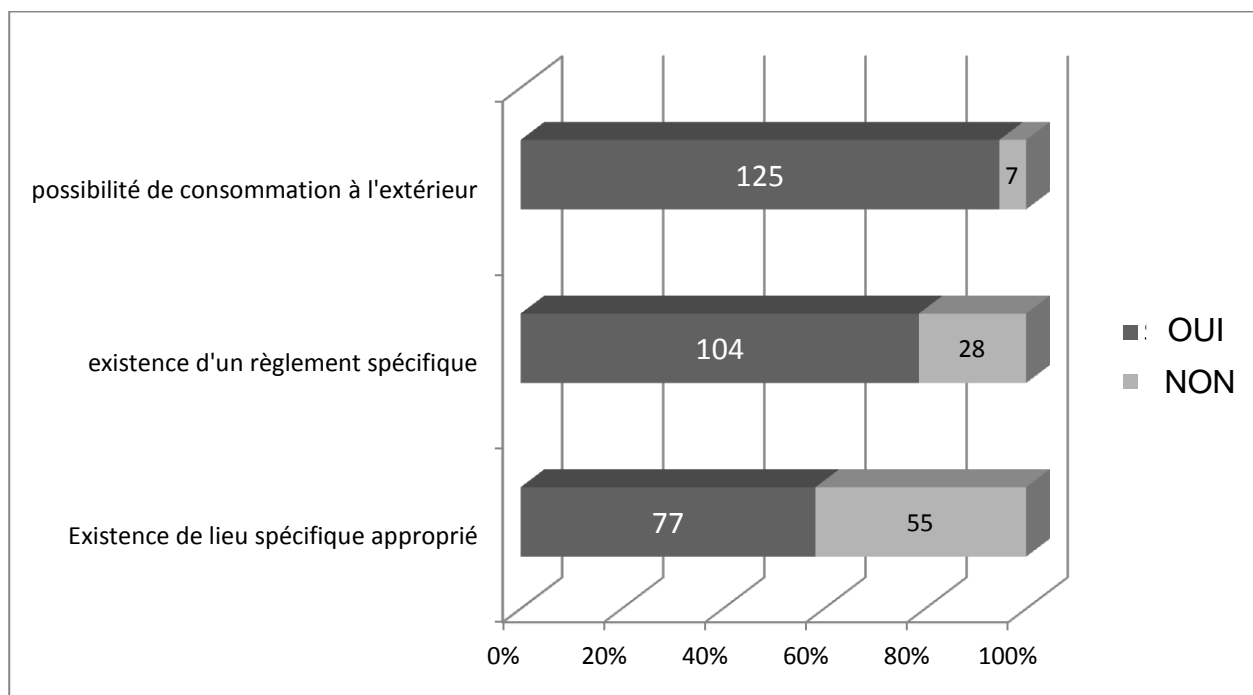
### Commentaire :

L'existence dans 93% des cas de modalités d'organisation pour la consommation du tabac dans les établissements montre que la nouvelle réglementation a été largement prise en compte.

Pour 7 % des soignants, la nouvelle réglementation interdisant de fumer dans les établissements de santé n'est pas ou pas correctement appliquée.

## Question 5b

**Rappel de la question posée :** « Existe-t-il des modalités d'organisation de la consommation tabagique au sein de votre structure depuis la nouvelle réglementation ? »

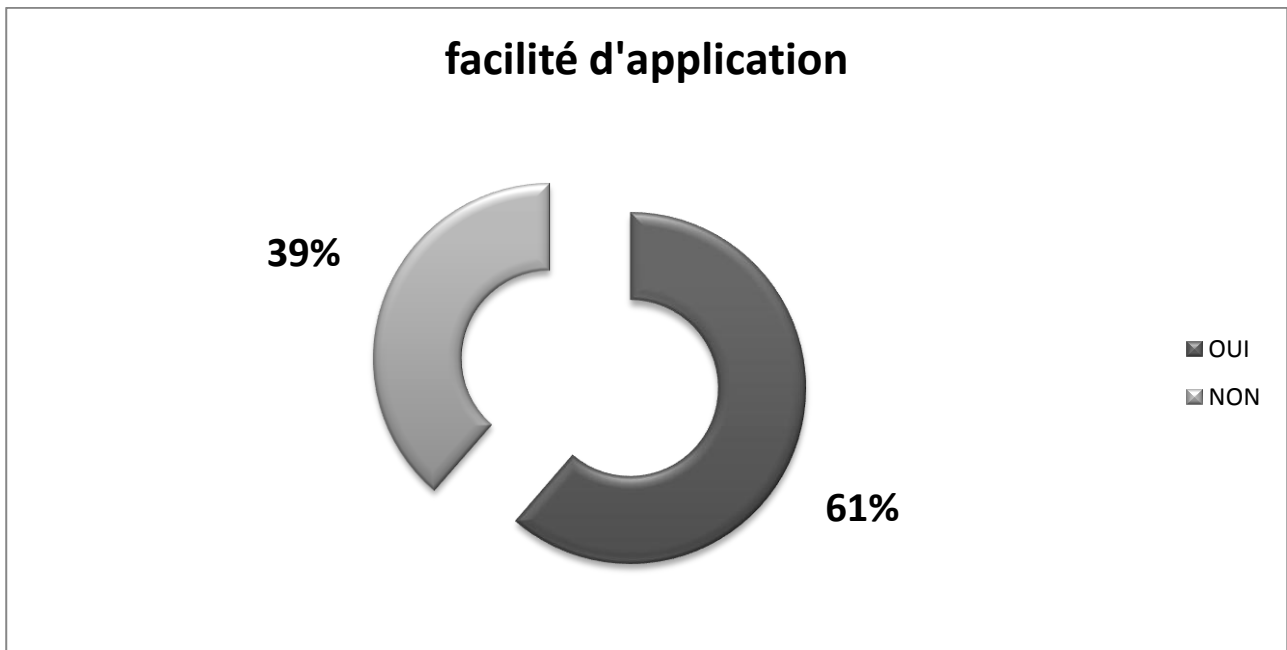


### Commentaire :

Quasiment tous les établissements enquêtés offrent la possibilité de fumer à l'extérieur du bâtiment. Un lieu dédié à la consommation de tabac est déclaré disponible dans près de 60 % des établissements. De plus, environ 70 % des cas les établissements disposent par ailleurs d'un règlement spécifique.

## Question 5c

Rappel de la question posée : « Facilité d'application des modalités de consommation »

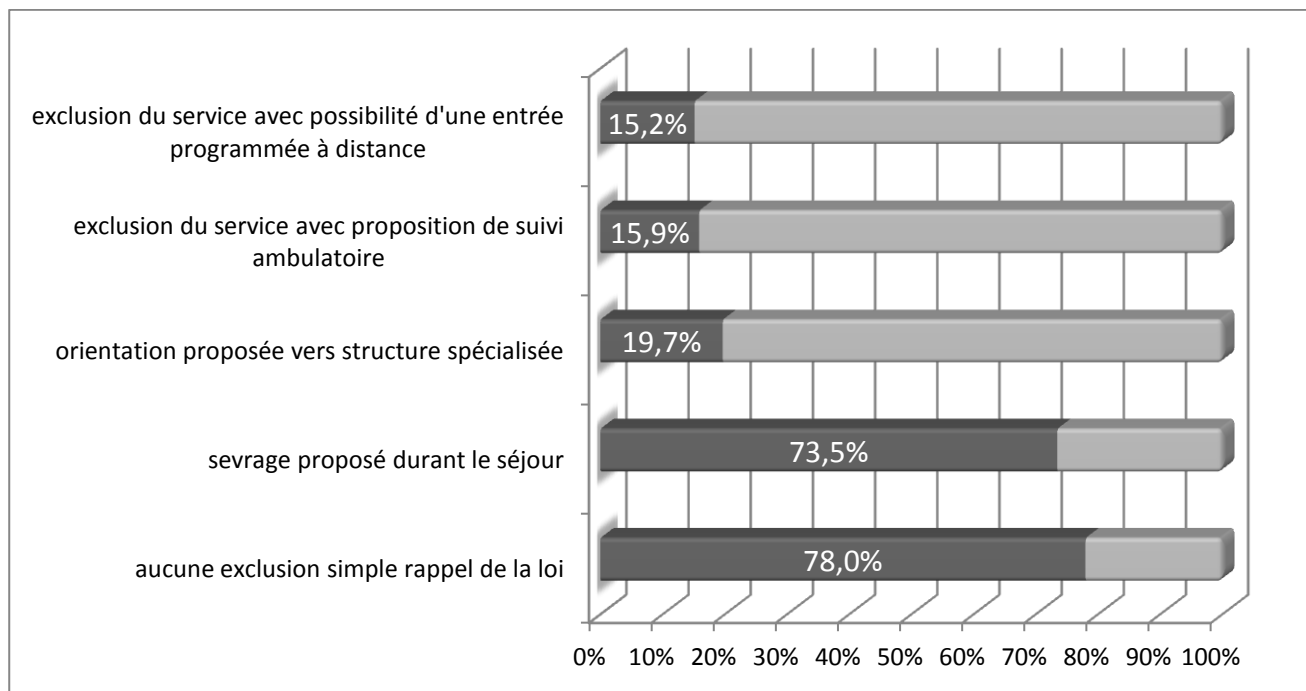


### Commentaire :

Bien que le tabac soit très généralement abordé, qu'il est facile de l'aborder, l'application des modalités de consommation pose, quant à elle, des difficultés à 39 % des soignants.

## Question 6

**Rappel de la question posée :** « Quelles dispositions en cas de **non-respect** des modalités de consommation de tabac ? »

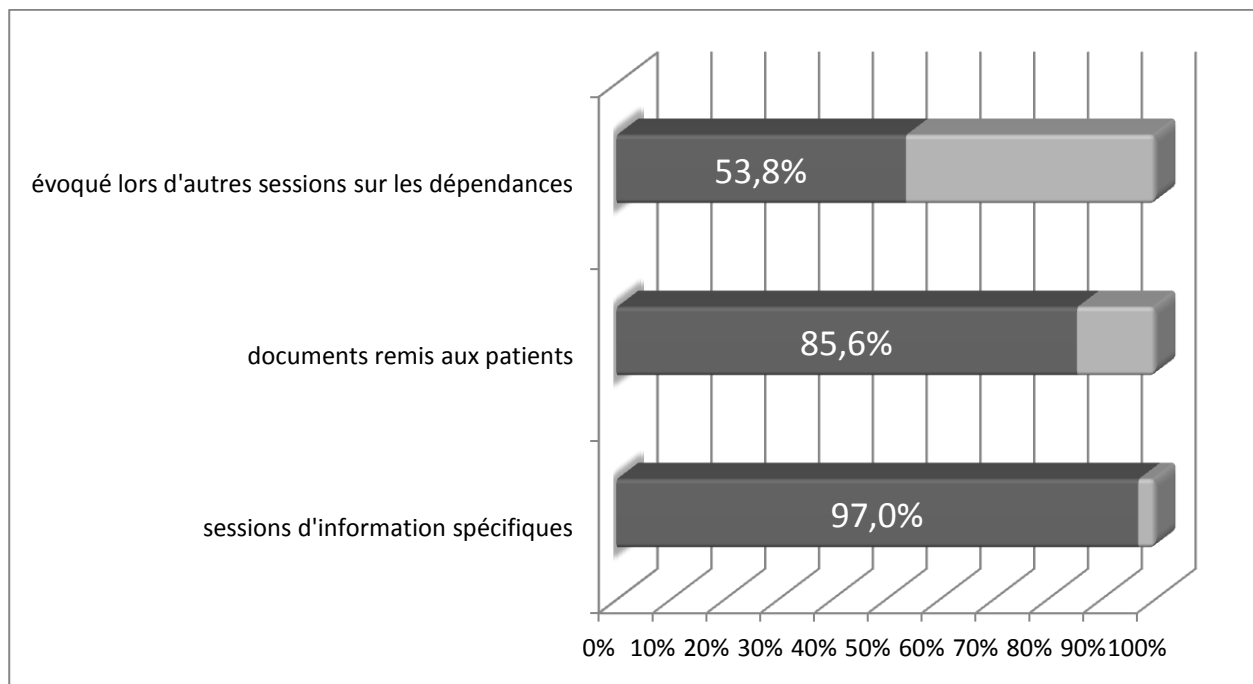


### Commentaire :

On observe que les outils en cas de non-respect des modalités de consommation, sont limités et centrés sur le sevrage durant le séjour et le rappel de la loi. L'exclusion du service pour ce motif est rarement utilisée.

## Question 7

**Rappel de la question posée :** « Des informations relatives au tabac sont-elles proposées aux patients ? »



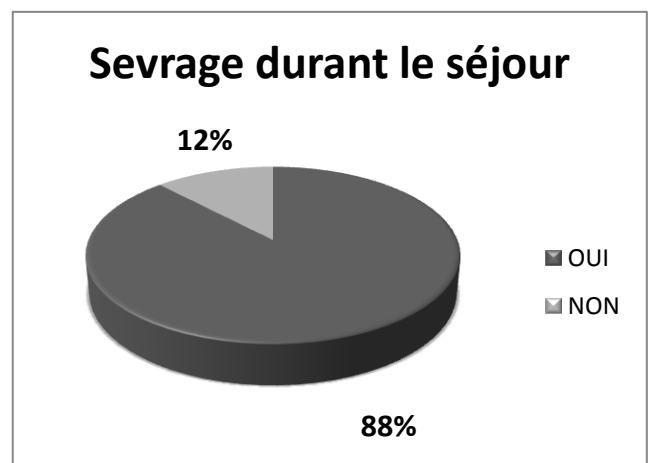
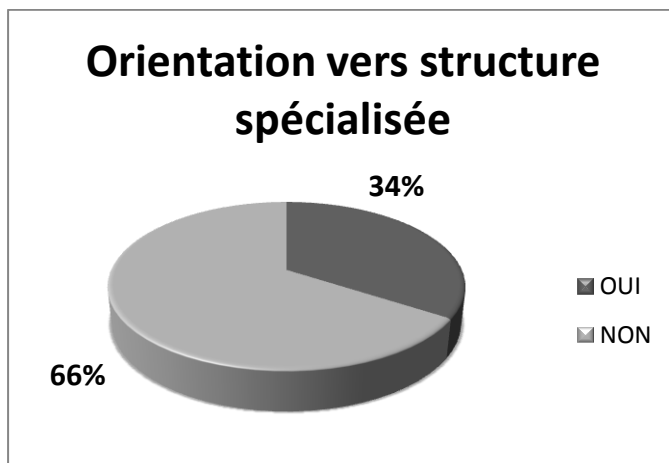
### Commentaire :

Cette question montre que si les patients bénéficient d'une information relative au tabac (documents + sessions spécifiques dans plus de 85% des cas), la relation avec les autres drogues n'est pas systématiquement faite (53,8% seulement).

## Question 8a

---

**Rappel de la question posée :** « Des propositions d'accompagnement sont-elles faites aux patients ? »



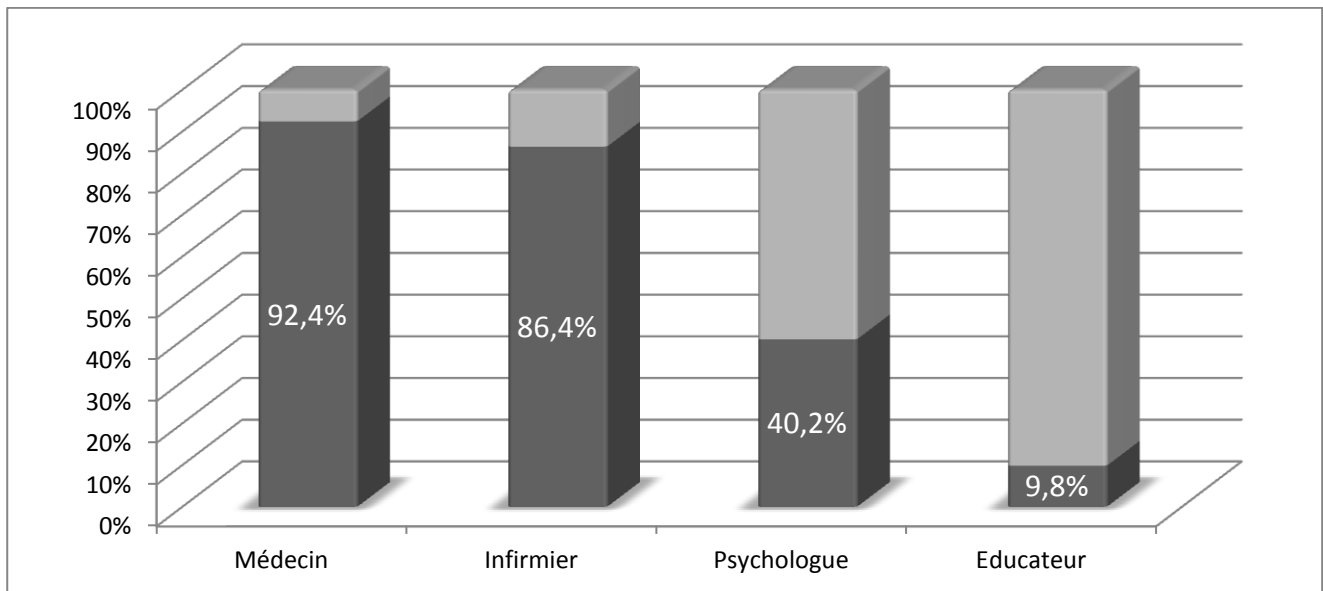
### Commentaire :

Si le sevrage durant le séjour est très souvent proposé, l'orientation vers des structures spécialisées l'est nettement moins (34 %).



## Question 8b

**Rappel de la question posée :** « Qui propose les entretiens durant le séjour sur le thème du tabac ? »



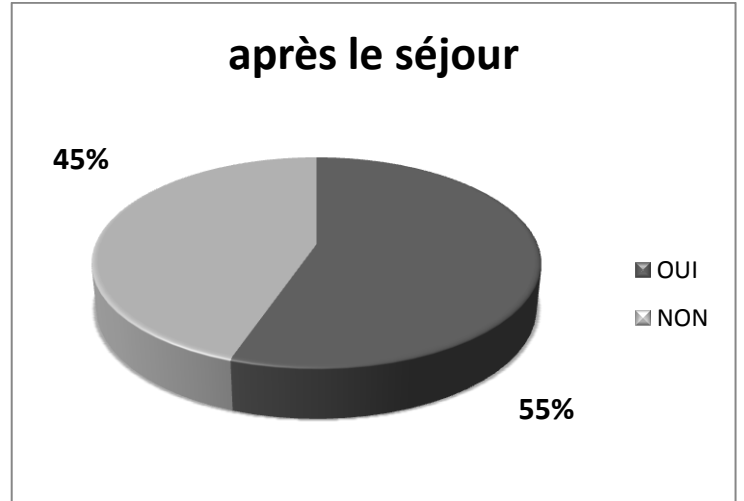
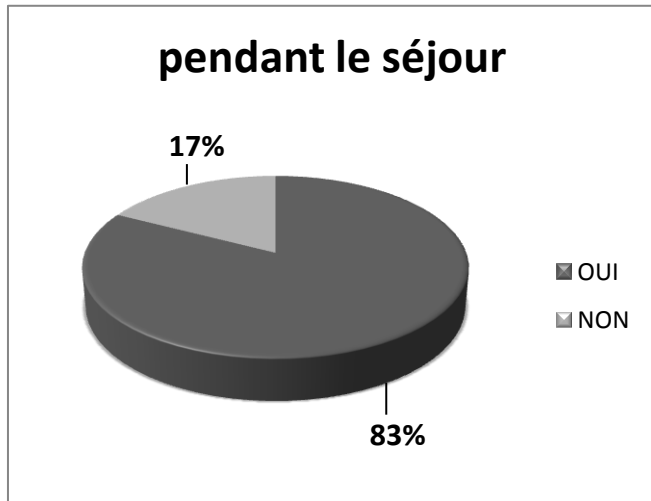
### Commentaire :

Cette question fait écho directement avec la question 3 dans les grandes lignes : ainsi si le tabac est abordé majoritairement par les médecins et les infirmiers (cf. question 3), ce sont eux qui proposent le plus souvent des entretiens sur ce thème avec les patients.

## Question 8c

---

Rappel de la question posée : « Y a-t-il une évaluation tabacologique proposée au patient ? »

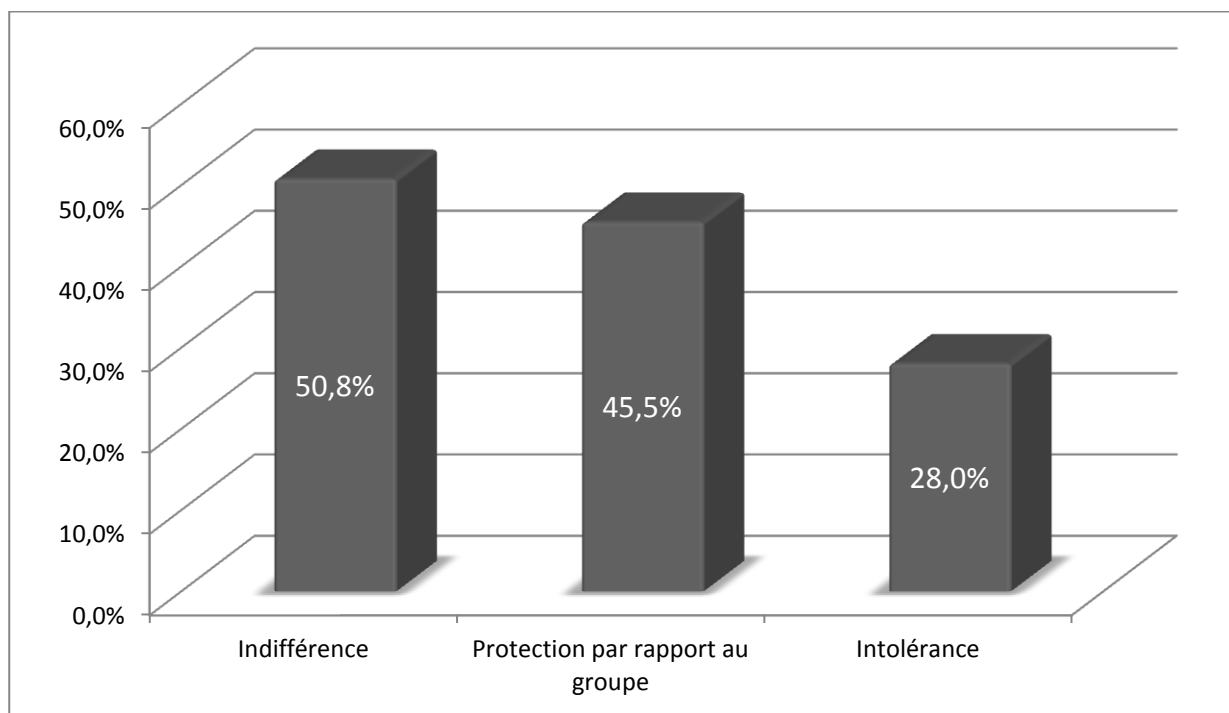


### Commentaire :

Le suivi post séjour est relativement faible (45 % des cas, alors que cette évaluation était de 83 % pendant le séjour).

## Question 9

**Rappel de la question posée :** « Quelles sont les réactions des autres personnes hospitalisées ou hébergées face au non-respect des consignes concernant la consommation de tabac ? »

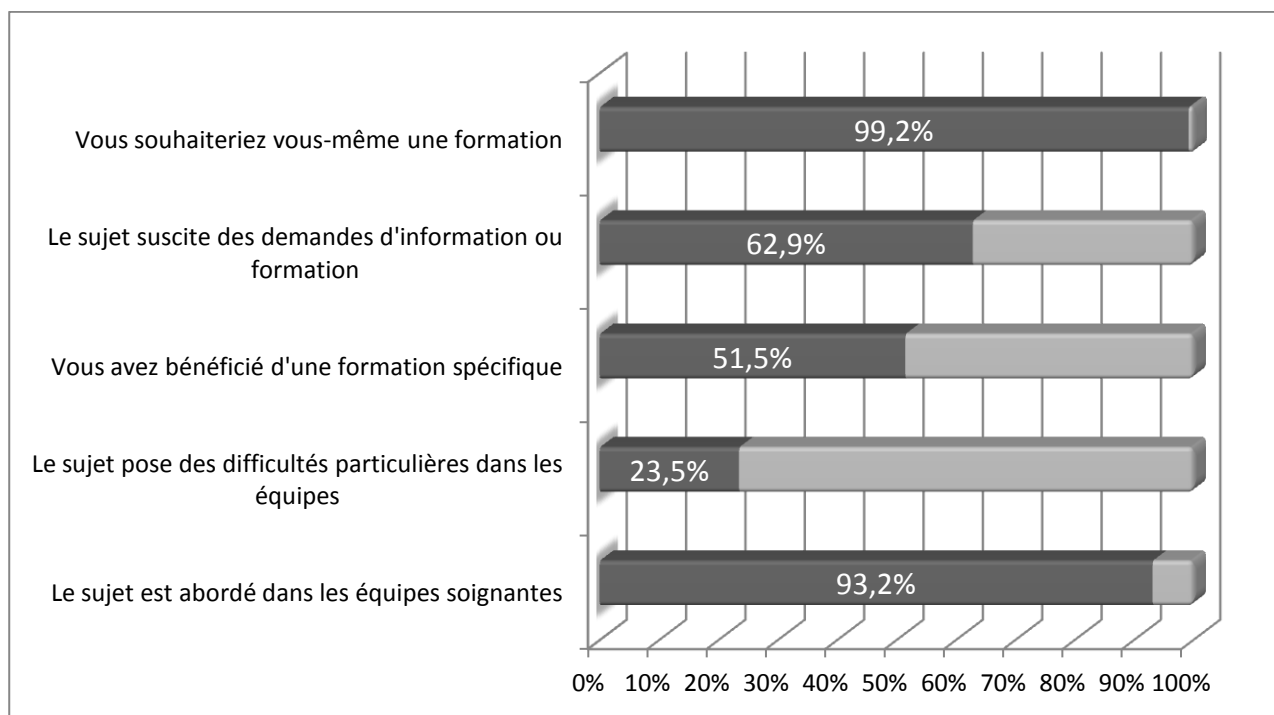


### Commentaire :

On constate que dans près d'un cas sur deux, le comportement non respectueux de certains face aux règles liées au tabac ne laisse pas indifférent. Qu'il s'agisse de non-fumeurs ou de fumeurs en cours ou non de sevrage tabagique, l'impact sur les autres patients du non-respect des règles est non négligeable. Dans 45,5 % des cas les patients se mettent en position de retrait par rapport aux autres patients quand certains d'entre eux entravent le règlement. Dans 28 % des cas seulement, ces situations génèrent de l'intolérance.

## Question 10

**Rappel de la question posée :** « Quel est le ressenti et les actions menées au niveau des équipes soignantes ? »



### Commentaire :

Cette question montre que plus d'un soignant sur deux exerçant dans une structure d'addictologie a déjà bénéficié d'une formation sur la prise en charge du tabac. Néanmoins, les informations apportées sont sans doute insuffisantes puisque, toutes professions confondues, 99,2 % des soignants sont en demande de formation concernant le patient fumeur. De plus, le sujet du tabagisme des patients est largement débattu au sein des équipes ; en effet, 93,2 % des soignants abordent ce sujet en équipe.

Plus de 23 % des soignants pensent que ce sujet pose des problèmes aux équipes ce que l'on a entrevu entre autres dans la question 5c. Pour 62,9 % des personnes

interrogés, après échange avec les autres membres du personnel, le besoin de formation est décrit comme un besoin partagé.

## Réponses libres / retours complémentaires sur la situation

---

Le questionnaire proposait sur certains sujets des espaces libres afin que les personnes interrogées puissent exprimer plus en détail leurs réponses et les problèmes rencontrés. A noter que plus d'un tiers des personnes interrogées ont complété ces espaces avec de nombreuses remarques, - ce qui prouve l'intérêt que portent les soignants à ce sujet et les interrogations qu'il suscite-. La plupart de leurs compléments se recourent. En voici les principaux thèmes (les propos relatés par les soignants sont entre guillemets et en italique).

### Solutions d'organisation de la consommation - Règlements internes

« *Prendre la pause cigarette à l'écart des patients hospitalisés.* »

« *Existence d'abris extérieurs avec horaires réglementés.* »

Dans certains établissements, les « *pauses fumeurs sont libres en dehors des séances sans règlement spécifique.* »

« *Création de niveaux de tolérance : le non-respect en chambre étant le niveau le plus grave.* »

« *Une tolérance est souvent appliquée avec une exclusion sur la base de la multiplication des écarts de conduite.* »

Afin de permettre de fumer, il existe dans certains établissements des « *horaires spéciaux d'ouverture des portes le soir.* »

« *Consommation en accord avec l'IDE avec un contrat patient / établissement déterminant les limites dans le temps et en fréquence.* »

« *Difficulté d'adapter les temps de pause.* »

« *Le cadrage est encore plus délicat lors des activités d'extérieur.* »

### **Solutions en cas de non-respect des consignes de consommation**

« *En cas de non-respect, il existe un protocole de sevrage tabagique + consultation tabacologique obligatoire ou encore rendez-vous chez un tabacologue ou encore négociation avec le patient d'une nouvelle proposition de substitution.* »

« *L'exclusion n'est prononcée dans certains cas qu'après le rappel de la loi.* »

« *En cas de transgression, des entretiens individuels sont effectués dans les chambres avec les protagonistes et les personnes perturbées par le comportement.* »

« *Recadrages collectifs + individuels.* »

Certains centres proposent « *un substitut pendant 4 jours pour une reprise progressive du sevrage en cas de transgression.* »

On fait également état d'une « *organisation locale fautive de directives globales.* »

## Besoins de formation et d'information du personnel

On souligne dans plusieurs questionnaires un « *manque de formation sur ce thème.* ».

En particulier certaines équipes attendent des « *formations sur la manière de gérer les autorisations de consommation.* »

Certains soignants rappellent qu'ils ont « *sollicité des formations (demandes en cours) sur le thème.* »

A de nombreuses reprises, on fait mention d'un « *manque d'information et de formation.* »

## A propos des questionnaires et des outils de pré-admission

« *Les questionnaires d'entrée portent plutôt sur les conduites addictives chimiques que comportementales.* »

Plusieurs fois, on m'a fait part de l'existence d'un questionnaire unique global de pré-admission (reprenant notamment tabac, cannabis, drogues, jeux et médicaments) mais qui n'intègre pas encore l'alimentation.

« *Il existe d'autres questionnaires : DETA pour l'alcool.* »

« *Il existe un questionnaire de pré-admission pour l'addiction au sexe.* »

En l'absence de questionnaire, « *les sujets sont néanmoins abordés à l'oral spontanément lors des pré-admissions.* »

« *ProGdis (PROgramme de Gestion des Données en Intervention Sociales)* », n'est pas disponible dans tous les centres.

## A propos de la communication

*« IDE et médecins sont les premiers acteurs à aborder le sujet. »*

On rappelle dans les réponses libres que *« le sujet du tabac est aussi abordé par les aides-soignants ainsi que les équipes de liaison des CSAPA ou encore les tabacologues et les cadres de santé. »*

Pour certains soignants, *« les entretiens d'accompagnement n'ont lieu que quand le désir du patient d'arrêter de fumer est manifesté et non de manière systématique. »*

## Difficultés de mise en application des règlements

Ce qui revient dans les réponses libres, c'est le *« sentiment d'impuissance des soignants devant le non-respect des règlements, faute de moyens d'action pour les faire appliquer »*, et *« la discordance dans les équipes soignantes dans la manière de gérer les situations difficiles »*. De plus, il semble que *« dans certains cas le tabagisme des soignants soit un frein à l'application du règlement. »*

*« Les difficultés sont fortes pour l'application des règlements. »*

*« L'absence de règles précises en cas de non-respect des règlements crée des difficultés car il n'existe pas de conduite à tenir claire. »*

*« Le non-respect du règlement est une source de conflits avec l'équipe pluridisciplinaire. »*

*« Il existe des difficultés pour obtenir le consensus des équipes afin d'élaborer d'un règlement spécifique. »*



*« Les dispositions et règlements n'empêcheront aucun fumeur de fumer quand il le souhaite s'il n'est pas disposé à arrêter. »*

*« C'est une difficulté car beaucoup de soignants sont fumeurs. »*

Certains soignants évoquent les *« frustrations et déceptions lors d'abandon de sevrages en dépit des traitements de substitution mis en place. »*

*« Le travail d'accompagnement et de suivi des patients est à la fois répétitif, avec peu de succès pour beaucoup de récurrences malgré de gros efforts. »*

Il faut noter également que les soignants sont confrontés aux *« réactions d'intolérance des équipes de sécurité - essentiellement la nuit - ne comprenant pas les particularités et difficultés rencontrées en addictologie (fiches d'évènements indésirables remplies). »*

Le personnel fait parfois face à *« des problèmes d'agressivité et de conflits importants avec les patients. »*

Le *« manque de temps et de motivation pour gérer correctement la dépendance au tabac »*, est évoqué par certains soignants.

Dans d'autres cas, *« le tabac n'est pas une difficulté car le sevrage tabagique n'est pas une priorité »* pour l'équipe soignante.

*« Le départ intempestif des patients du service est pesant et malheureusement courant. »*

Les questionnaires confirment que *« les problèmes sont plus importants quand le personnel fume aussi. »*

*« Les patients fumeurs profitent du manque de personnel pour fumer pendant le temps de traitement des autres patients. »*

### **A propos de l'impact sur le groupe de patients**

*« Lors de non-respect, les autres patients dénoncent assez souvent les comportements sans citer le nom des personnes incriminées ».*

### **A propos du suivi après le séjour**

*« Les centres spécialisés étant peu nombreux, le suivi post séjour est limité à un suivi téléphonique car les patients suivis viennent parfois de toute la région ».*

## VII. Discussion

### Éléments soulevés par l'étude

---

#### Un sujet qui n'est pas tabou dans la plupart des cas

Globalement si dans la plupart des cas, le tabac n'est pas un sujet problématique à évoquer (cf. question 1d), il serait intéressant de s'interroger sur l'origine des difficultés rencontrées par 4 % des personnes enquêtées : S'agit-il de soignants eux-mêmes fumeurs ou ex-fumeurs ? Y-a-t'il une crainte de décourager les patients et une volonté pour maintenir la motivation et les efforts des patients sur le sevrage du produit principal ? Mais ces résultats sont à nuancer, compte tenu du faible effectif.

#### Une démarche à perfectionner lors de l'admission, des outils à mieux exploiter

On observe que si la question du tabac est un sujet largement abordé dans les services, il reste cependant une marge de progression sur la systématisation de son approche lors de la pré-admission évoqué seulement par 68 % des soignants (cf. question 1a). Bien évidemment ceci ne concerne que les établissements procédant à des entretiens de pré-admission (cf. question 1b). En effet, le mode de recrutement des patients diffère selon le type de structure ; par exemple, on peut penser que certains services ne font pas d'entretien de pré-admission. Le cas échéant, cette évaluation peut-être réalisée lors de l'admission.

Parmi les questionnaires de pré-admission existants, celui sur le tabac est déclaré disponible par la moitié des soignants (cf. question 2) ; mais en ce qui concerne les 50 % de soignants qui n'y ont pas recours, on peut se demander si le questionnaire est connu, ou s'il n'est pas utilisé par manque de temps. Est-ce que l'outil est considéré comme insuffisamment performant par les soignants ? S'agit-il d'un défaut de formation ou de disponibilité du questionnaire lui-même dans l'établissement ? Ceci permet d'envisager un axe de formation à proposer au personnel soignant, à savoir, approfondir la connaissance et améliorer l'utilisation de ces outils, après avoir mis en évidence leur efficacité et les mettre à la disposition des soignants.

De plus, si le personnel médical soignant (médecins, infirmiers) évoque largement le sujet, les autres corps de métier y sont nettement moins sensibilisés (cf. question 3) : La question qui se pose est alors la suivante : Les psychologues doivent-ils tenir davantage compte de la consommation de tabac pour agir plus efficacement sur les mécanismes psychiques de l'addiction ? Ou évitent-ils volontairement d'aborder le côté cartésien des addictions pour aborder plus globalement le psychisme du patient ? Ou encore manquent-ils d'expérience en tabacologie ?

On constate que dans 42 % des cas, aucune mesure ou test ne sont effectués à l'entrée pour déterminer le niveau de dépendance (cf. question 4). S'agit-il d'un manque de temps, de moyens matériels ou de sensibilisation et de formation des équipes ? Ces tests permettent en effet de mieux évaluer et quantifier l'importance de l'intoxication tabagique ainsi que faire prendre conscience au patient de son niveau de dépendance au tabac. De plus, dans le cas du détecteur de CO, effectuer la mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré permet au patient de voir la mesure s'améliorer suite au sevrage. Ceci est un facteur motivant pour le patient qui voit rapidement les effets positifs du sevrage. Enfin, la réalisation du test est aussi une occasion pour les

soignants d'aborder la consommation de tabac avec les patients, de les encourager et les renforcer dans leur abstinence.

### **Une consommation réglementée, mais problématique**

On constate que 93 % des établissements ont développé des modalités spéciales de consommation du tabac suite aux nouvelles réglementations (*question 5a*), ce qui laisse sous-entendre, vu ce taux élevé, que cette réglementation a été facilement acceptée par les usagers. Les réponses aux questions ouvertes montrent également que le besoin de règles et de moyens de les faire appliquer est une des demandes des soignants peut-être aussi importante voire plus importante que la formation sur le sujet du tabac elle-même.

Concernant les modalités de consommation du tabac, et sans grande surprise, la possibilité de fumer à l'extérieur est autorisée dans la quasi-totalité des établissements (*question 5b*). Elle correspond à des usages antérieurs aux nouvelles réglementations et généralement admis dans l'ensemble des établissements hospitaliers. Un règlement spécifique au service est signalé en complément par plus de 78 % des soignants ayant participé à l'enquête ; il serait intéressant d'en connaître le contenu, afin de voir à quels types de situations il permet de faire face. Plus de 40 % des soignants ne disposent pas d'un lieu dédié aux fumeurs, pouvant correspondre à un manque de moyens financiers compte tenu du coût élevé que représente le respect des normes de ce type d'infrastructure. Il serait là encore intéressant d'étudier les plans d'action prévus et les limites rencontrées par ces établissements dans le déploiement de telles politiques.

Quant à la réponse à la question sur la facilité de mise en œuvre des modalités de consommation, elle montre que des difficultés sont rencontrées dans 39 % des cas (cf. question 5c), contrastant avec le fait que des dispositions sont prises pour permettre au

patient fumeur d'avoir accès à des espaces où le tabagisme est toléré. Il serait intéressant, dans un second temps, de s'interroger sur la nature des difficultés rencontrées : s'agit-il de difficultés d'ordre disciplinaires, dans l'application des consignes et règlements ? D'un manque de temps ou de personnels requis ? A qui revient la charge de faire appliquer le règlement ? Il semble que les problèmes sous-jacents ne soient pas liés uniquement au niveau de formation sur le sujet, en termes de connaissances techniques ou médicales, mais davantage à la mise en application des consignes et à l'élaboration d'un dialogue avec le patient. De plus, l'absence de motivation du patient à changer son comportement vis-à-vis du tabac peut s'expliquer par le fait que la prise en charge du tabac ne soit pas la cause principale de l'hospitalisation.

La question 6 aborde les mesures prises en cas de non-respect des modalités de consommation ; elle est directement en corrélation avec la question précédente. En effet, la question 5c montrait que l'application des modalités n'était pas sans difficultés et sous-entendait que le panel de dispositions en cas de non-respect des consignes avait une importance particulière pour fournir des outils d'action au personnel. En effet, le personnel soignant a besoin d'avoir une ligne de conduite fixe, identique pour chaque patient et applicable de la même façon par chaque membre des différentes équipes amenées à accompagner les patients dans leur(s) sevrage(s). L'un des rôles des soignants est de protéger les patients en phase d'action ou de maintien du sevrage, et de prévenir les rechutes. Le non-respect des règles peut mettre à mal les efforts de patients sevrés depuis peu. Mais le non-respect du règlement par les patients peut aussi être interprété comme un mécanisme de défense lié au stress provoqué par le sevrage et l'état de manque des patients.

Le personnel doit disposer d'un ensemble de consignes efficaces et adaptées aux différentes situations. Les résultats de la question 6 montrent que le panel de possibilités reste assez restreint et centré autour d'une proposition de sevrage durant le séjour (73 %) ou de rappel à la loi (78 % des cas). Néanmoins, des consignes telles que l'exclusion du service, sont appliquées pour 15 % des personnes enquêtées. Ceci peut avoir pour conséquence la marginalisation accrue de ces patients fragiles. De plus, ces résultats montrent une inadéquation entre les textes de lois et règlements intérieurs avec la réalité du terrain, car ces situations doivent être considérées comme non satisfaisantes. Il serait intéressant d'étudier les situations ayant conduit à l'exclusion de patients pour mieux comprendre les difficultés et envisager la mise en place d'autres dispositifs ou recours adaptés aux comportements déviants. L'exclusion renforce en outre l'effet moralisateur de la société au travers des personnels soignants. Afin d'apporter du sens à ce type de décision, beaucoup de services utilisent un contrat de soins permettant un engagement de la part du patient et des soignants, pouvant légitimer une exclusion en cas de transgression.

### **Mieux considérer les poly-addictions impliquant le tabac**

La question 7 montre que si les patients bénéficient d'une information relative au tabac (documents + sessions spécifiques dans plus de 85 % des cas), l'exploration des autres drogues n'est faite que dans 53,8 % des cas seulement. Ainsi la poly-addiction n'est dans près de la moitié des cas jamais évoquée. Ceci montre, dans le cadre de la prise en charge globale du patient, que les multiples formes de dépendance auxquelles celui-ci peut être confronté, ne suscitent pas toutes le même niveau d'attention. Une

information et des programmes plus adaptés à la poly-addiction pourraient permettre l'amélioration des programmes de sensibilisation et de soins.

### Coordination de l'action

Tous les corps de métier en contact avec les patients n'ont pas la même approche ni la même implication dans l'évocation des sujets (cf. question 1c) ce qui mériterait une clarification sur les rôles et possibilités d'action de chacun dans un processus d'ensemble cohérent.

La *question 8a* souligne, en dépit d'un sevrage proposé assez souvent durant le séjour, que seul une part faible des patients (34 %) font l'objet d'une orientation vers des structures spécialisées : On peut se demander s'il s'agit d'un manque de coordination entre les structures, ou du fait que le tabagisme est perçu comme une addiction ne nécessitant pas forcément de démarche dédiée dans une structure spécialisée, ou tout simplement si ce faible pourcentage ne résulte pas du fait que la question soit adressée à des soignants de services spécialisés.

Cependant, il n'existe pas de service d'hospitalisation conventionnelle prenant en charge le sevrage tabagique uniquement. Cette prise en charge se fait en consultation, mais il existe des équipes mobiles de tabacologie amenées à prendre en charge le patient fumeur hospitalisé, souhaitant une aide au sevrage, ou pour pallier à l'impossibilité temporaire de fumer. La notion de prise en charge ambulatoire en hospitalisation de jour est actuellement à l'étude dans la région.



## Communication avec les patients

Le tabac est abordé majoritairement par les médecins et les infirmiers (cf. question 3), qui proposent très fréquemment des entretiens sur ce thème (question 8b). Faut-il en déduire que ce sont les entretiens formalisés qui représentent le premier vecteur de communication sur le thème du tabac ? On peut évoquer la pertinence de tels entretiens thématiques et envisager d'accentuer leur organisation pour l'ensemble des personnels de santé en contact avec les patients. Il est à noter par ailleurs la faible utilisation des outils.

De plus, la question 7 met en avant que 97 % des soignants déclarent pratiquer des sessions d'information spécifiques sur le tabac. Ceci pourrait être le témoin des résultats du programme de sensibilisation des professionnels de santé aux risques du tabac, établi par le GRAA en 2002, dans la région Nord-Pas-de-Calais. En effet, ce groupe a mis en place des lignes directrices permettant d'organiser des ateliers thérapeutiques.

Enfin, les formations à dispenser auprès des soignants sur le thème de la communication à destination des patients devraient permettre :

- Une communication plus systématique,
- Porteuse d'un discours homogène entre les équipes,
- Efficace sur le patient qui verrait son encadrement renforcé.

## Au-delà de l'hospitalisation, le suivi du patient

La *question 8c* souligne l'importance du suivi tabacologique après le séjour du patient, notamment s'il a été soigné pour d'autres addictions. Ce suivi post séjour du taux de

CO dans l'air expiré est relativement faible (45 % des cas, alors que ce contrôle était de 83 % pendant le séjour). Qu'il soit débuté simultanément ou secondairement c'est-à-dire au cours du suivi effectué pour la substance principale, le sevrage tabagique devrait être davantage suivi, en se basant sur la mesure du taux de CO dans l'air expiré. D'une part pour encourager le patient à initier la démarche ou à poursuivre le sevrage, motivé par l'amélioration de la mesure, d'autre part comme moyen d'accroche pour amorcer le sujet du sevrage tabagique lors de cette consultation. La prise en charge de la multi-addiction devrait se faire dans un contexte de prise en charge globale du patient : en l'accompagnant vers le sevrage, en respectant son rythme, en évaluant sa motivation de manière à aborder le sevrage au moment où il est lui-même prêt à entrer dans la démarche. Même chez le patient fumeur, expliquer les étapes du sevrage peut permettre de réduire les craintes et appréhensions du patient : peur de la rechute, de ne pas gérer les envies, de prendre du poids, peur de l'échec...

### **Vie en communauté / exemplarité et interdépendance des patients**

La *question 9* dévoile un impact important du non-respect des consignes sur les autres patients. Cela souligne l'importance de l'exemplarité aussi bien dans le respect des règles par l'ensemble des patients que dans l'application des sanctions en cas de non-respect (*question 6*). Les comportements négatifs de certains patients ont une répercussion sur les autres avec souvent une attitude de protection par rapport au groupe, ce qui n'est pas propice à l'émulation. Les réactions d'intolérances sont quant à elles à l'origine de conflits entre les patients et perturbent le bon déroulement de la prise en charge.

D'autres questions surgissent par ailleurs toujours autour de la notion d'exemplarité : Qu'en est-il du personnel hospitalier fumeur ? Des visiteurs ? De toute personne en contact avec les patients en dehors des autres patients ? L'hôpital ne doit-il pas être un lieu protecteur ? Sa vocation initiale n'est-elle pas l'accueil, comme le suggère le terme d'origine « hospice » issu de la racine « hôte ». Ceci marque l'importance des réflexions à mener dans le développement, l'application, l'amélioration des règles de vie en communauté afin d'optimiser les interactions bénéfiques de la collectivité. Cette enquête souligne également le fait que les textes de lois n'envisagent pas l'ensemble de ces situations, d'où la nécessité d'établir un règlement intérieur spécifique au service (cf. questions 5 et 6 et les réponses libres).

### **Des besoins complémentaires en formation**

Si l'information reçue sur le thème du tabac est déjà très importante (51,5 %), les personnels soignants sont très demandeurs et en attente de formations complémentaires, spécifiques à la prise en charge du patient fumeur (99,2 %). Plus de 23 % pensent que ce sujet pose des problèmes aux équipes ce que l'on a entrevu entre autre dans la question 10. Une fois encore, il serait intéressant d'analyser les problèmes rencontrés afin d'apporter aux soignants des solutions adaptées et surtout d'évaluer l'impact de l'absence de réponse à ces problèmes. Si tous souhaitent davantage de formation, il ne s'agit pas que de velléités individuelles, car dans plus de 51 % des cas, le personnel déclare que c'est un besoin partagé. Il semble donc exister une attente commune et individuelle de formation particulièrement sur les thématiques permettant de faire face à ces situations difficiles.

## Les Eléments de l'étude confrontés à l'état des connaissances

---

### Communication avec les patients

Si l'étude tend à montrer que la communication avec les patients est surtout efficace lorsqu'elle est formalisée, cela rejoint notamment les constats de la relation avec les patients dans le cadre de la médecine générale : Ces sujets ne sont pas devenus des automatismes, et doivent être provoqués. Les outils et supports facilitent l'échange (temps forts, entretiens et moments dédiés) mais on constate qu'en leur absence, le dialogue, attendu à l'initiative du corps médical, n'est pas systématique.

### Coordination de l'action

Dans une époque où chaque discipline médicale se divise en sous-spécialité et où le médecin devient un sur-spécialiste dans son domaine, il semble intéressant de s'interroger sur la manière dont est considérée la question des poly-consommations.

Globalement, comme le montre les résultats de la question 8a, les patients fumeurs suivis en addictologie pour la prise en charge d'une addiction à un ou plusieurs autres produits, sont rarement orientés vers une structure ou une consultation spécialisée en tabacologie. Cela soulève plusieurs questions :

- S'agit-il d'une volonté de prendre en charge le patient dans sa globalité ?
- S'agit-il de la part des addictologues d'un désintéressement vis-à-vis de la question du tabac, considérant que son sevrage reste secondaire par rapport à la prise en charge du produit qui amène le patient ?

- Ou bien s'agit-il d'une méconnaissance des circuits spécifiques à la prise en charge du tabac ?

### **De l'usage des outils**

Nous avons vu dans l'introduction de cette thèse l'importance et la pertinence des outils. Force est de constater que, si ceux-ci sont connus et admis, des progrès sont effectivement possibles dans leur mise en application systématique. De manière générale, l'axe formation – en forte demande – est un point remarqué dans la présente étude à l'échelle régionale qui confirme un besoin fort pour une mise en pratique rigoureuse, systématique et qui place le tabac à sa juste priorité.

### **De la poly-addiction**

L'étude confirme que si chaque addiction dispose d'outils spécifiques, la prise en charge simultanée, et notamment la sensibilisation et l'information se font plutôt de manière dissociée. Si le tabac fait souvent l'objet de propositions de sevrage et de séances d'information spécifiques, sa prise en compte dans le cadre de la poly-addiction n'est pas encore systématique.

### **Axes possibles d'amélioration de l'enquête ; biais repérés**

---

Un des biais de l'étude à améliorer est l'absence de segmentation des réponses en fonction de l'existence ou non d'un système de pré-admission dans les établissements,

ou du mode de prise en charge des patients selon la profession du soignant. De plus, certains effectifs sont trop faibles pour permettre une analyse statistique fiable, comme c'est le cas pour la répartition des soignants par types de structure par exemple.

De même, la manière de renseigner la profession, le type d'établissement et son mode de fonctionnement, ainsi que la zone géographique, pourrait être affinée, par exemple par un système de réponses à choix multiples.

La précision de certaines questions devrait être retravaillée en fonction des quelques doutes laissés dans la formulation. Ainsi à une question telle que « cela pose-t-il des problèmes », il serait intéressant de préciser le type de problèmes ou de proposer des choix multiples de manière à mieux cadrer et éviter ainsi que beaucoup de problèmes soient répertoriés de manière qualitative dans les espaces libres et non analysables de manière statistique.

Si l'étude devait être renouvelée ou complétée, il serait intéressant de la focaliser davantage sur les difficultés rencontrées. Si la présente enquête nous permet un état des lieux, elle pourrait aller plus loin en préparant une réflexion collective sur les axes d'amélioration prioritaires.

## **Axes possibles d'amélioration de la prise en charge**

---

Cette étude préliminaire a permis d'établir un état des lieux en ce qui concerne les modalités de prise en charge du patient fumeur par les soignants exerçant en services d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais.

Cependant, certains axes restent à explorer et pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs notamment pour envisager la possibilité d'une prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation de jour, afin de réduire les échanges et interactions entre fumeurs et non-fumeurs.

De plus, on peut également s'interroger sur la place qu'occupe le médecin généraliste dans la prise en charge de ces sevrages difficiles et les interactions entre ces derniers et les structures spécialisées.

Compte tenu des méfaits qu'il induit en termes de mortalité et de morbidité – à fortiori dans un contexte de polyaddiction - comme on l'a vu dans le paragraphe d'introduction, le tabac mérite que le corps médical, paramédical et soignant en général, s'y intéresse davantage. En effet, on ne peut envisager d'accompagner les patients vers le sevrage d'un produit sans connaître le produit lui-même, ses effets, ses actions sur l'organisme et son impact psychologique et social, et sans tenir compte des autres addictions. A titre de comparaison, peut-on imaginer un cardiologue ignorant l'anatomie, la physiologie et la physiopathologie du cœur ?

La formation du personnel soignant est un point clé de cette étude. En effet, on ne s'attendait pas à ce que les soignants soient à ce point en demande, signant une réelle nécessité, cachant peut-être un malaise à gérer le patient fumeur hospitalisé (problème de la fermeture des portes la nuit...).

Ceci rejoint un autre point abordé au cours de cette enquête, à savoir la nécessité d'un règlement et la mise en place de dispositions pour le faire respecter : dans quelles circonstances ? Quelles sanctions ? Appliquées par qui ? Comment jouer efficacement un rôle d'autorité dans un univers qui n'est pas forcément adapté ?

Un autre axe de la prise en charge qui ressort de cet état des lieux est l'intérêt d'utiliser davantage les outils de mesure et d'évaluation de la dépendance. Pour ce faire, il faut envisager la formation du personnel et le convaincre de son efficacité, et équiper les services du matériel nécessaire (appareils de détection du monoxyde de carbone en particulier).

Une piste pour améliorer les pratiques serait de confronter les modes de fonctionnement des différents établissements pour repérer les points à améliorer, tant sur le plan matériel, qu'humain et relationnel. Cette analyse permettrait également d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques et de les partager, dans le cadre de groupes de travail dédiés.

De plus, la notion d'hospitalisation de jour pour le sevrage tabagique est un sujet d'actualité. Cette formule aurait l'avantage en comparaison des consultations, de faire participer les patients à des ateliers thérapeutiques organisés par les soignants de différents corps de métiers, de bénéficier d'un soutien par l'équipe soignante, sans pour autant souffrir de la désocialisation qu'impose une hospitalisation conventionnelle, souvent longue. L'inconvénient principal est de ne pouvoir être accessible aux travailleurs. Pourrait-on en ce sens proposer des horaires adaptés ?

La conception d'un plan d'accompagnement du patient, mis en place dès les premières consultations et avant le sevrage, pourrait permettre une prise en charge temporelle, avec la définition d'objectifs pour chaque patient et peut-être la possibilité d'élaborer un contrat de soins entre le patient et les soignants.

La formation, mise en évidence en tant que demande et besoin des soignants au cours de cette thèse, permettrait d'évoquer avec eux les mécanismes de la poly-addiction, de



manière à mieux comprendre ces patients et donc en avoir une meilleure approche et établir une relation de confiance.

De plus, le tabagisme des soignants a été révélé dans ce travail et occasionne des difficultés dans les services, et notamment dans la relation patient-soignant. Il convient donc de s'interroger sur les possibilités d'amélioration de ces situations.

Au-delà du sevrage, les soignants sont amenés à gérer des situations complexes, entre les patients fumeurs, les ex-fumeurs et les non-fumeurs. Face à ces conflits, les textes de lois sont peu contributifs, et seule la mise en place de règlements intérieurs spécifiques pourrait améliorer la situation, à condition de pouvoir faire appliquer ces mesures et les sanctions qui en découlent en cas d'infraction ; cette tâche ne devant pas être soumise au personnel soignant, pour cause de prise de parti.

Il pourrait par ailleurs s'avérer intéressant de réaliser une enquête auprès des patients suivis dans les services d'addictologie, pour identifier les blocages au travers de leurs différents points de vue, et connaître leurs représentations concernant les risques du tabac, et de son association à l'alcool ou au cannabis. On pourrait les interroger sur leurs attentes en termes de prise en considération de leur tabagisme, s'ils se sentent écoutés, compris et respectés dans leurs choix. Ont-ils été informés des modalités d'aide au sevrage tabagique ? Une comparaison avec des patients suivis dans différents services de soins pourraient être effectuée.

## VIII. Conclusion

Face au problème de santé publique que représente la consommation de tabac, et face aux risques de mortalité prématurée et de comorbidités qu'elle génère, potentialisée par la consommation d'autres produits, licites ou illicites, les pouvoirs publics redoublent leurs efforts pour réduire le tabagisme. Du point de vue de la prise en charge médicale, nous avons cherché à savoir comment était abordée la question du tabac dans les services spécialisés en addictologie du Nord-Pas-de-Calais. Cet état des lieux rend compte de la mise en place d'une démarche de soins vers le sevrage tabagique ; néanmoins, nous avons montré que des efforts restent à poursuivre, tant dans la généralisation de l'utilisation des outils d'évaluation et de quantification de la dépendance nicotinique, que dans l'abord relationnel du patient fumeur avec les soignants et les autres patients en cours de sevrage.

L'entretien motivationnel et une écoute attentive du patient permettraient d'envisager le sevrage au moment où le patient serait réceptif à l'entrée dans la démarche. Ainsi, les efforts seraient davantage ciblés, et les chances de résultats décuplées.

Le sevrage tabagique dans la population générale relève, dans la majorité des cas, du médecin généraliste. Néanmoins, celui-ci n'a pas, dans l'immense majorité des cas, reçu de formation sur ce thème au cours de sa formation. Or, il a été établi que le fait de recevoir une formation, augmentait les résultats en terme de nombre de patients sevrés, de même que l'appartenance aux réseaux d'addictologie et l'usage des outils associés.

En addictologie comme dans d'autres domaines médicaux, les habitudes sont difficiles à changer. Beaucoup de soignants montrent une certaine réticence à aborder la

question du sevrage tabagique avec les patients, par crainte de la mise en échec de la démarche de sevrage pour le produit à l'origine de la prise en charge, ou pour d'autres raisons plus délicates telles que leur propre tabagisme. A ce jour, il n'a pas été établi de recommandation dans le sens d'un sevrage tabagique reporté dans le temps et certaines équipes tentent de mettre en évidence l'intérêt du sevrage simultané.

Lutte contre les idées reçues, formation, nouvelles études, identification des problèmes, coordination : La prise en charge du tabac dans les lieux de santé fait encore à ce jour partie des thèmes où à la fois les recherches et surtout la conduite du changement doivent être renforcés, encadrés et accompagnés dans le temps.

## **IX. Références bibliographiques**

**[1]** OFDT, Drogues et dépendances : indicateurs et tendances, 2002. [En ligne]  
[Consulté le 21 juin 2012].

Consultable à l'URL : « [http : www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr) »

**[2]** OMS, 1969.

**[3]** CIM-10, 1992.

**[4]** DSM-IV, 1994.

**[5]** INSERM. [En ligne] [Consulté le 13/07/12].

Consultable à l'URL : « <http://www.inserm.fr> »

**[6]** Directeur Général de la Santé, et al. Circulaire n° 2007-203 du 16 mai 2007, relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

**[7]** OMS. 1994.

**[8]** Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. Critical issues in global health. Edited by CE Koop, CE Pearson, MR Schwarz. San Francisco: Jossey-Bass; 2000:154-61.

**[9]** Blouin M, Bergeron C. Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 1997, 164 pages, [page 60].

**[10]** Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. A Public Health Service report. Mai 2000.

Consultable à l'URL :

« [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf) »

**[11]** Baudier F, Joussant S. Prise en charge des problèmes d'addiction Tabac et Alcool. Baromètre Santé Médecins Généralistes 1998-1999. Vanves : CFES ; 95-107.

**[12]** INPES. Baromètre Santé 2005.

**[13]** Binder Ph. Le médecin généraliste peut-il intervenir de façon précoce et efficace ? In : Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions : peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris : Masson ; 2005. p.214-33.

**[14]** Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, premiers résultats. Saint Denis : INPES, 2006.

**[15]** INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [En ligne]. Mis à jour le 23 juin 2011. [Consulté le 30 octobre 2011].

Consultable à l'URL : « <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/prise-en-charge-addictions.asp> »

**[16]** Gautier A, Léon C, Wilquin JL, Guilbert P. Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre Santé médecins/pharmaciens. INPES 2003.

**[17]** WHO Framework Convention on Tobacco Control (2010). Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation).

Consultable à l'URL:

« [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf) »

**[18]** Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

**[19]** ITC. Projet d'évaluation des politiques publiques anti-tabacs ; 2011.

**[20]** Pouchain D, Huas D, Druais PL, Wolf B. Implication des médecins généralistes dans la prévention (European Network on Strategies to engage General Practitioners in Cancer and Addiction Prévention EURECA). La Revue du Praticien Médecine Générale 1998 ; 440(12) : 31-7.

**[21]** Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. Critical issues in global health Edited by CE Koop, CE Pearson, MR Schwarz. San Francisco: Jossey-Bass; 2000:154-61.

**[22]** Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH 2003 : 22-23:98-100.

**[23]** INPES. Baromètre Santé 2000. [En ligne]. [Consulté le 30 novembre 2011].

Consultable à l'URL: « <http://www.inpes.fr> »

**[24]** Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking. Lancet 2003; 362:847-52.

**[25]** Dautzenberg B. Tabagisme passif. Direction Générale de la Santé. La documentation Française ; 2001. 109.

**[26]** Drogues Info Service. Tabac : Mortalité 2000, 2006 [En ligne]. 2012 Mars [Consulté le 30 juin 2012].

Consultable à l'URL : « <http://www.drogues-info-service.fr/?Tabac,588> »

**[27]** Hill C, Jouglu E, Beck F. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. BEH. 2010 Mai n°19-20.

**[28]** OFDT. Tabac consommation, séries statistiques tabac. La consommation de tabac en France. [En ligne]. [Consulté le 15 mai 2012].

Consultable à l'URL : « <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabac/conso.html> »

**[29]** INPES. Le tabac en quelques chiffres. 2000.

**[30]** Le Bot V. Quantification de la mortalité par cancer attribuable au tabac en France Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie, Faculté de Pharmacie, Chatenay-Malabry, Paris XI, 2003, 58 p.

**[31]** IARC Working Group Report. Attributable causes of cancer in France in the year 2000. Lyon: CIRC 2007. 177p.

**[32]** INCa, 2011. [En ligne]. [Consulté le 13 juin 2012].

**[33]** Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL. Evolutions récentes du tabagisme en France, premiers résultats. INPES, Baromètre Santé 2010.

**[34]** Guilbert P, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JF, Léon C, Legleye S et al. Tabagisme: estimation de la prévalence déclarée, baromètre santé, France, 2004-2005. BEH. 2005 Mai n°21-22.

**[35]** Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », BEH, n°20-21, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011, 230-233.

**[36]** Drogues Info Service. Tabac : Consommations quotidiennes 2007, 2010, 2011 [En ligne]. 2012 Mars [Consulté le 30 juin 2012].

Consultable à l'URL : <http://www.drogues-info-service.fr/?Tabac,588>

**[37]** Centre d'information régional sur les drogues et dépendances. Epidémiologie en lien avec les addictions : quelles sources, quels indicateurs ? [en ligne]. [Consulté le 13/11/2011].

Consultable à l'URL : « <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/12-cancer-poumon/31-epidemiologie-du-cancer-du-poumon-en-france-metropolitaine-analyse-geographique/73-incidence-cancer-poumon-regions-france-2005-taux-standardise-monde.html> »

**[38]** INSEE, conseil régional, DRASS, ORS, CRESGE. Enquête Santé 2002-2003.

**[39]** Poirier G. Mortalité par cancer dans le Nord-Pas-de-Calais. ORS Nord-Pas-de-Calais. Février 2003.

**[40]** Groupement Régional pour la Promotion de la Santé. Données disponibles sur les addictions dans la région Nord-Pas-de-Calais. Novembre 2010.



**[41]** Loi Veil n° 766-616 du Code de Santé publique, 9 juillet 2012, relative à la lutte contre le tabagisme.

**[42]** Loi Evin n° 91-32 du Code de Santé publique, 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

**[43]** Article n° 30 du Code de Santé Publique, 18 janvier de 1994.

**[44]** Directive européenne 2001/37/EC.

**[45]** Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes.

**[46]** Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 du Code de Santé publique, fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

**[47]** Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, [44 pages].

**[48]** Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR: SASX0822640L).

**[49]** Institut National du Cancer (INCa). Le plan cancer 2009-2013. Plan cancer 2009-2013. 2 novembre 2009. [En ligne]. Consulté le 17 décembre 2011.

Consultable à l'URL : « <http://www.e-cancer.fr> »

**[50]** Journal officiel, Arrêté du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, 26 septembre 2007.

**[51]** Paille F. HAS. Abus, dépendances et poly-consommations : stratégies de soins, introduction ; 1<sup>er</sup> et 2 Février 2007 ; Paris. Audition publique. Paris ; 2007, pages 9-11.

**[52]** HAS. Abus, dépendances, poly consommations : stratégie de soins. [En ligne]. 2007 Février audition publique [Consulté le 18 mai 2012].

Consultable à l'URL : « <http://www.chldb.fr/wp-content/uploads/audition-publique-Abus-dependances-et-polyconsommations-strat%C3%A9gies-de-soins.pdf> »

**[53]** Beck F, et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psycho-actives en population adulte. Tendances, 2006 ; 48 pages. [Page 6].

**[54]** Beck F, Cytrynowicz J. Usages de drogues illicites, Baromètre Santé 2005. Premiers résultats, Edition Gautier A. 2006, INPES : Saint-Denis. p. 49-58.

**[55]** Patton GC, Coffey C, Carlin JB, et al. Reverse gateway? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction* 2005, 100, 1518-1525.

**[56]** Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. The relation between cannabis use and other substance use in the general population, *Drug and alcohol dependence* 2001; 64, 319-327.

**[57]** Simmons MS, Tashkin DP. The relationship of tobacco and marijuana smoking characteristics. *Life Sciences*, 1995, 56, 2185-2191.

**[58]** Kelly TH, Foltin RW, Rose AJ, et al. *J Pharmacol Exp Ther* 1990 ; 252, 934-944.

**[59]** Moore BA, Budney AJ, 2001. Tobacco smoking in marijuana-dependent outpatient, *Journal of substance abuse*. 13, 583-596.

**[60]** Gillet C. HAS. Abus, dépendance et poly-consommations : tabac, alcool, cannabis. Audition publique ; Paris ; 1 et 2 février 2007. Page 133.

**[61]** Burling TA, Ziff DC. Tobacco smoking: a comparison between alcohol and drug abuse inpatients. Addictive behaviors 1988 ; 13, 185-190.

**[62]** Di Franza JR, Guerrera MP. Alcoholism and smoking. Journal of studies on alcohol 1990 ; 51, 130-135.

**[63]** Borgne A, Aubin HJ, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. La revue du praticien. [En ligne]. 2004 [Consulté le 18 mai 2012] ; tome 54 : [11 pages].

Consultable à l'URL : « [http://www.sante-durable.fr/telechargement/rdp17\\_borgne.pdf](http://www.sante-durable.fr/telechargement/rdp17_borgne.pdf) »

**[64]** De Soto CB, O'Donnell WE, De Soto JL. Long-term recovery in alcoholics. Alcohol Clinical Experimental Research 1989 ; 13, 5, 693-697.

**[65]** Kohn CS, Tsoh JY, Weisner CM. Changes in smoking status among substance abusers: baseline characteristics and abstinence from alcohol and drugs at 12 month follow up, Drug and alcohol dependence 2003 ; 69, 61-71.

**[66]** Friends KB, Pagano ME. Smoking initiation among nonsmokers during and following treatment for alcohol use disorders, Journal of substance abuse treatment 2004 ; 26, 219-224.

**[67]** Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, Melton III J. Mortality following inpatient addictions treatment. JAMA 1996 ; 275, 1097-1108.

**[68]** ANAES. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant. Paris : ANAES, 1999.

**[69]** HAS. Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Service d'évaluation des pratiques. Aide au sevrage tabagique. 2004 Décembre. Page 3. [En ligne]. Consulté le 13 juin 2012.

Consultable à l'URL : « [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/aide\\_au\\_sevrage\\_tabagique\\_rapport\\_2004.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/aide_au_sevrage_tabagique_rapport_2004.pdf) »

**[70]** Brücker G, Borgne A, Sandrin Berthon B, Tessier S. Guide de l'hôpital sans tabac. Paris : Éditions CFES, 1999.

**[71]** Josseran L. Principaux résultats de l'enquête «Baromètre soignants sans tabac». [En ligne]. 2003 [Consulté le XX]. Consultable à l'URL : « <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan-cancer> »

**[72]** Stoebner-Delbarre A, Letourmy F. Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin : Rôles des professionnels de santé. J Gynecol Obstet Biol Reprod H série 2005.

**[73]** Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. Addiction (1999) 94(1), 125-32.

**[74]** Dautzenberg B. Le Tabagisme passif. Paris: La Documentation Française; 2001.

**[75]** Dautzenberg B. Tabagisme passif. Direction Générale de la Santé. La documentation Française ; 2001. 109.

**[76]** Nordmann R, Dubois G. La prévention du tabagisme passif en France. Communiqué de l'Académie de médecine adopté le 14 juin 2005.

**[77]** Guignard R, Arwidson P, Beck F, Wilquin JL, Fong GT, Thompson MA et al. Projet ITC (Octobre 2011). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), Paris, France.

**[78]** Currie SR, Nesbitt K, Wood C, Lawson A: Survey of smoking cessation services in Canadian addiction programs. Journal of substance abuse treatment 2003, 24 (1) : 59-65.

**[79]** Sussman S. Smoking cessation among persons in recovery. Substance use and misuse 2002 ; 37 : 1275-1298.

**[80]** U.S. Department of Health and Human Services, treating tobacco use and dependence, in clinical practice guideline, 2000.

**[81]** Recommandations de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Mai 2003.

**[82]** Wallace P, Haine A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. BR Med J 1988 ; 297 : 663-8.

**[83]** Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tobacco Control 1995; 4:162-9.

**[84]** Public Health Service. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000.

**[85]** ANAES. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo dépendant après un sevrage. Conférence de consensus, 7 et 8 Mars 2001.

**[86]** Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients. A randomised, controlled trial in France. Tobacco control 1995 ;4 162-9.

**[87]** Gillet C. HAS. Abus dépendance et poly-consommations; tabac, alcool, cannabis. Audition publique ; Paris ; 1 et 2 février 2007. Page 136.

**[88]** L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus, Paris 8 et 9 octobre 1998. Paris: EDK, 1998.

**[89]** OFDT. Tabac : Consommation. [En ligne]. [Consulté le 13 juillet 2012] ; [2 pages]. Consultable à l'URL : « [http :www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr) »

**[90]** Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JL, Léon C, et al. Tabagisme : Estimation de la prévalence déclarée. Baromètre Santé, France, 2004-2005. BEH, n°21-22, N° spécial Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2005, p. 97-98.

**[91]** Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: A randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995; 4 : 162-9.

**[92]** Guignard R, Fong GT, Arwidson P, Beck F, Wilquin JL, Deutsch A, et al. Promouvoir des stratégies fondées sur des preuves pour contrer l'épidémie mondiale de tabagisme. International Tobacco Control Policy evaluation project université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer, et Observatoire français des drogues

et des toxicomanies, Paris, France [En ligne]. 2009 février [consulté le 13 juin 2012] ; [34 pages].

Consultable à l'URL : « [http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC\\_synthese\\_FR.pdf](http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_synthese_FR.pdf) »

**[93]** Stoebner-Delbarre A, Letourmy F, Sancho-Garnier H. Rôles et actions des médecins généralistes dans le sevrage tabagique. BEH. 2005.

## **X. Annexes**

Annexe 1 : « Pourcentage de fumeurs ayant reçu des conseils pour arrêter de fumer parmi ceux qui ont consulté un médecin, en fonction des pays ».

Annexe 2 : Stratégie d'aide à l'arrêt du tabac d'après la méthode des 5 A [50].

Annexe 3 : Cartographie représentant l'incidence du cancer du poumon dans les régions françaises en 2005 selon le sexe (taux standardisé monde).

Annexe 4 : Cartographie représentant la mortalité par cancer du poumon dans les régions et départements en France durant la période 2004-2008 en fonction du sexe (taux standardisés monde).

Annexe 5 : « répartition de la consommation de tabac par tranche d'âge et par sexe dans la région Nord-Pas-de-Calais ».

Annexe 6 : Les adolescents face à la consommation (régulière ou occasionnelle) de tabac.

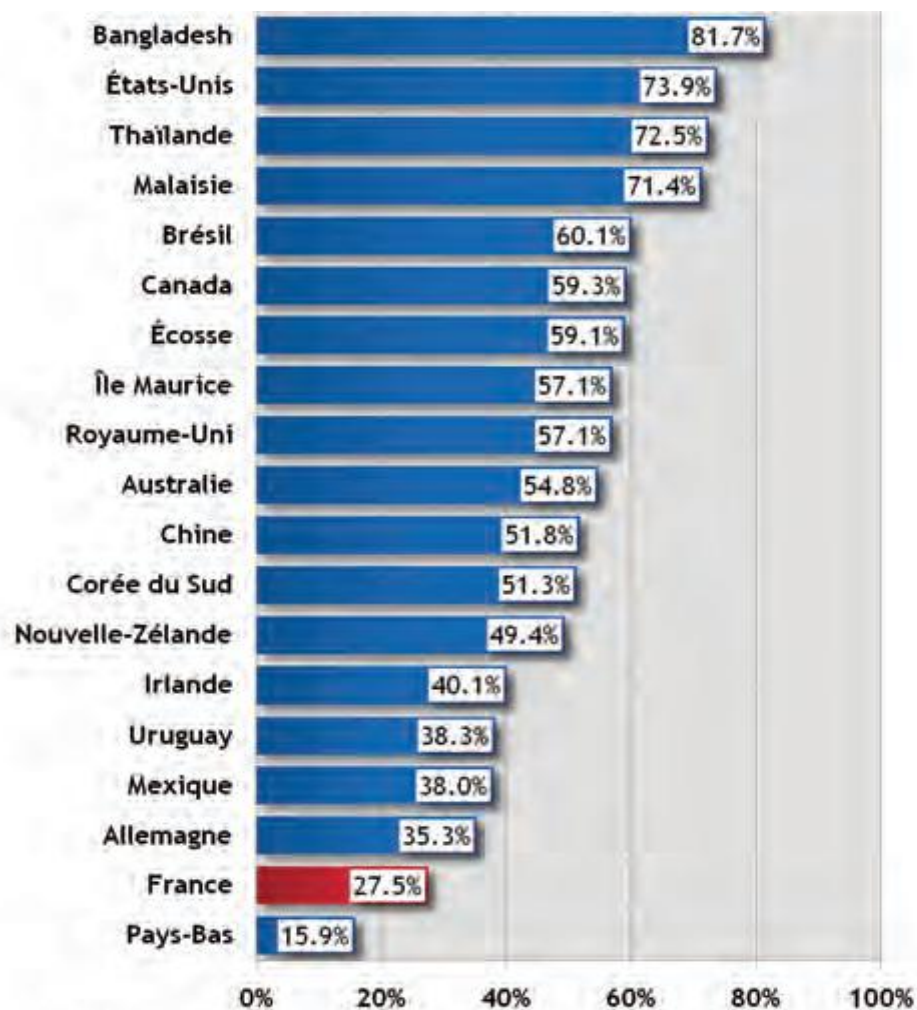
Annexe 7 : Exemple de questionnaire standard.

Annexe 8 : Extrait des tableaux d'analyse des chiffres utilisés.



## Annexe 1 : « Le conseil médical aux fumeurs à l'international »

---



Pourcentage de fumeurs ayant reçu des conseils pour arrêter de fumer parmi ceux qui ont consulté un médecin, en fonction des pays

Source : « Enquête ITC France 2<sup>ème</sup> vague »

## Annexe 2 : « Stratégie d'aide à l'arrêt du tabac d'après la méthode des 5 A [93] »

---

### Interroger sur la consommation de tabac : *Ask* < 1 minute

Fumez-vous oui / non |

Réponse non : félicitations. Conseils pour éviter l'exposition au tabagisme passif social et à la maison.

Réponse oui : mesurer le Monoxyde de carbone expiré puis passer à la 2<sup>ème</sup> étape.

### Conseiller l'arrêt : *Advise* < 1 minute

Conseil clair, ferme et personnalisé d'aide à l'arrêt ■

« En tant que médecin, je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé ».

Information sur les risques ■

Vérifier la motivation à l'arrêt du tabac : **Assess < 1 minute**

« Souhaitez-vous arrêter de fumer ? » ■

Si réponse oui : passer à l'étape suivante.

Si réponse non : renforcer les motivations à l'arrêt, donner une brochure d'aide à l'arrêt.

Aider au sevrage tabagique : **Assist > 3 minutes**

Mesurer le CO expiré ■

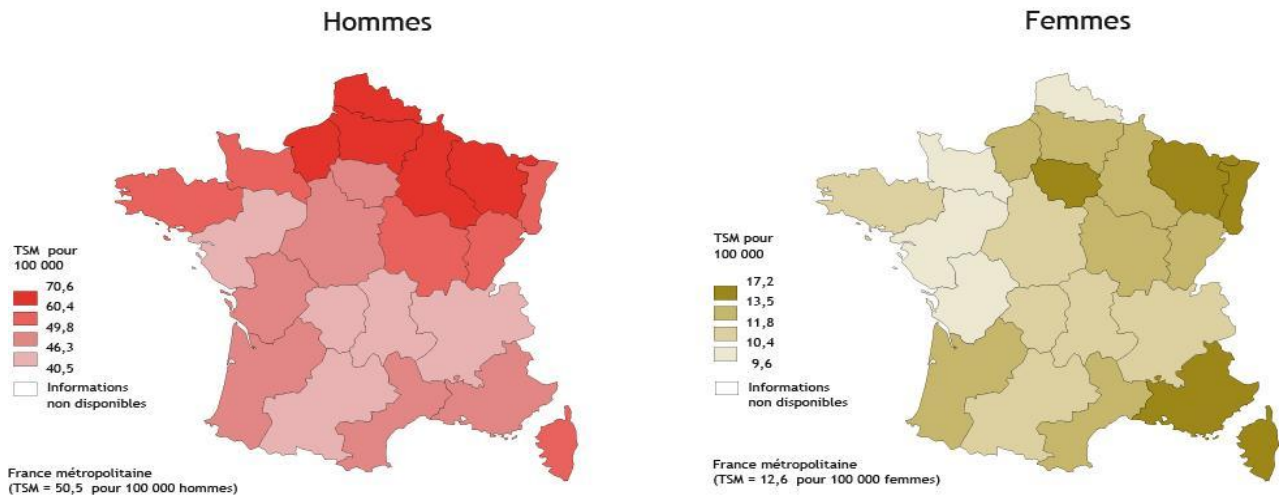
Proposer un traitement adapté à la dépendance.

Encourager le fumeur à avoir un soutien et à ne pas être exposé au tabagisme passif social et familial. Eventuellement l'adresser à une consultation de tabacologie.

Organiser le suivi : **Arrange follow up**

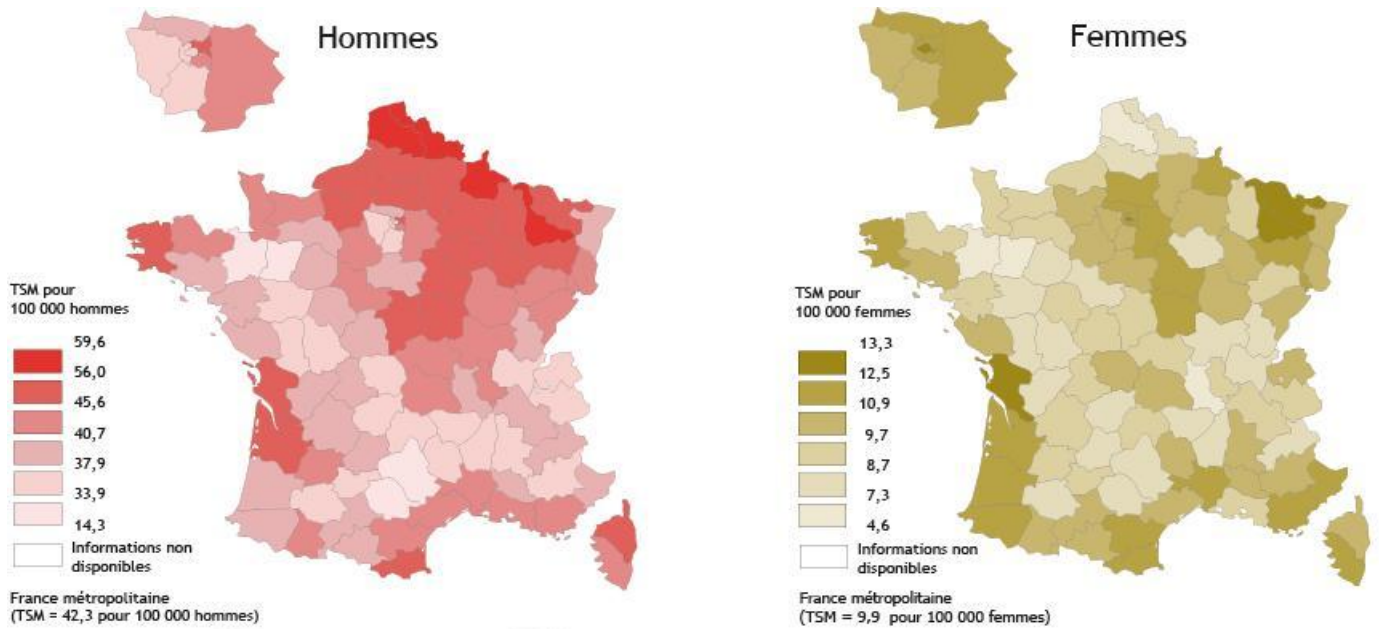
Mesurer le CO expiré, féliciter, valoriser les bénéfices en cas d'arrêt, assurer le suivi ■

## Annexe 3 : Incidence du cancer du poumon dans les régions



Cartographie représentant l'incidence du cancer du poumon dans les régions françaises en 2005 selon le sexe (taux standardisé monde).

## Annexe 4 : Mortalité par cancer du poumon dans les régions et départements



Cartographie représentant la mortalité par cancer du poumon dans les régions et départements en France durant la période 2004-2008 en fonction du sexe (taux standardisés monde).

## Annexe 5 : « Consommation de tabac par tranche d'âge et par sexe dans la région Nord-Pas-de-Calais »

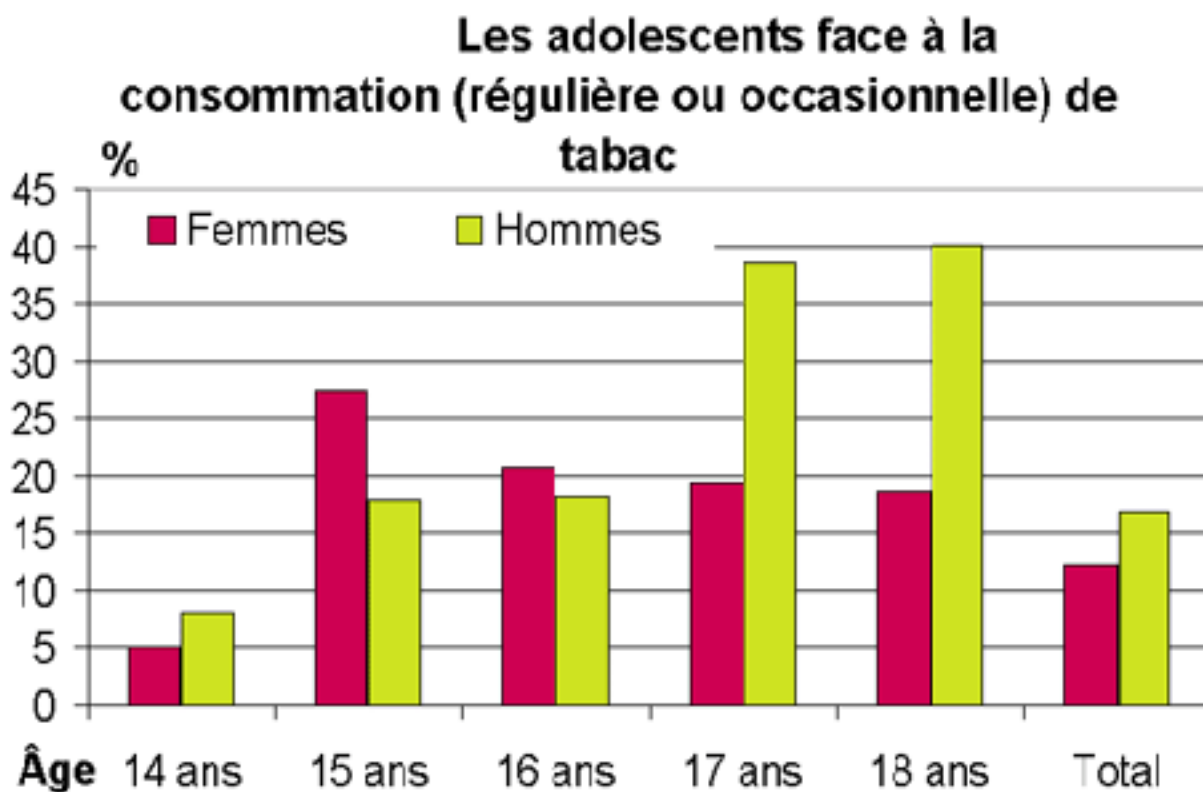
<i>Unité : %</i>				
Femmes	Fumeuses quotidiennes	Fumeuses occasionnelles	Non fumeuses	Ex-fumeuses
<i>Source : Insee, Conseil régional, Drass, ORS, Cresge - Enquête Santé 2002-2003</i>				
15-17 ans	13,7	8,3	75,6	2,4
18-24 ans	25,8	7,1	60,0	7,1
25-29 ans	20,8	5,7	58,5	15,0
30-39 ans	36	5,3	45,1	13,6
40-54 ans	21,5	3,9	68,2	6,4
55-75 ans	5,4	2,6	89,6	2,4
Total	19,9	4,7	68,3	7,2



Hommes	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels	Non-fumeurs	Ex-fumeurs
- : résultat rigoureusement nul.				
<i>Source : Insee, Conseil régional, Drass, ORS, Cresge - Enquête Santé 2002-2003</i>				
15-17 ans	21,3	4,5	74,3	-
18-24 ans	42,4	4,7	48,6	4,2
25-29 ans	39,9	5,3	45,9	9,0
30-39 ans	40,6	5,8	37,6	16,0
40-54 ans	33,8	5,7	33,3	27,2
55-75 ans	15	1,0	44,4	39,7
Total	31,8	4,4	42,7	21,1

Annexe 6 : « Les adolescents face à la consommation (régulière ou occasionnelle) de tabac »

---



Source : « Insee, Conseil régional, Drass, ORS. Enquête Santé 2002-2003 »



## Annexe 7 : « exemple de questionnaire standard »

---

ETUDE SUR LA CONSOMMATION DE TABAC PARMIS LES PERSONNES BENEFICIANT D'UNE PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE DANS UNE STRUCTURE EN ADDICTOLOGIE

OBJECTIFS DE L'ETUDE : CETTE ETUDE A POUR BUT D'EVALUER LA PRISE EN COMPTE DE L'USAGE DU TABAC CHEZ LES PERSONNES HOSPITALISEES OU HEBERGEES DANS DES DISPOSITIFS SANITAIRES OU MEDICO-SOCIAUX SPECIALISES EN ADDICTOLOGIE, AINSI QUE LES MODES D'APPROCHE PROPOSES PAR LES EQUIPES, CONCERNANT CETTE ADDICTION.

CONSIGNES DE PASSATION : IL EST SOUHAITE QUE CHAQUE MEMBRE DE L'EQUIPE REMPLISSE CE QUESTIONNAIRE DE FACON ANONYME.

L'ENSEMBLES DES QUESTIONNAIRES COMPLETES SERA A RENVOYER A ECLATGRAA DANS L'ENVELOPPE FOURNIE A CETTE INTENTION.

1 – FONCTION

2- TYPE DE STRUCTURE

### **QUESTION 1 :**

« Comment est abordée la question du tabac ? »

- |  |           |
|--|-----------|
| ▪ « Lors d'une pré-admission ? »       | OUI / NON |
| ▪ « Au cours de l'hébergement ? »      | OUI / NON |
| ▪ « Le sujet est facilement abordé ? » | OUI / NON |
| ▪ « Le sujet n'est pas abordé ? »      | OUI / NON |

Si non pourquoi ?.....

### **QUESTION 2 :**

« Existe-t-il un questionnaire de pré-admission portant sur l'addiction au niveau ? » :

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| ▪ « tabac »        | OUI / NON |
| ▪ « médicaments »  | OUI / NON |
| ▪ « cannabis »     | OUI / NON |
| ▪ « drogues »      | OUI / NON |
| ▪ « jeux »         | OUI / NON |
| ▪ « alimentation » | OUI / NON |

Autres, précisez.....

### QUESTION 3 :

« Par qui est abordée la question du tabac ? »

- « médecin » OUI / NON
- « psychologue » OUI / NON
- « infirmier » OUI / NON
- « éducateur » OUI / NON

Autres, précisez.....

### QUESTION 4 :

« Un test de dépendance tabagique (Fagerström, CO testeur...) est-il utilisé lors du bilan d'entrée ? » OUI / NON

### QUESTION 5 :

« Existe-t-il des modalités d'organisation de consommation tabagique au sein de votre structure depuis la nouvelle réglementation ? » OUI / NON

Si oui, lesquelles ?

- « Lieu spécifique approprié » OUI / NON
- « consommation à l'extérieur » OUI / NON
- « règlement spécifique » OUI / NON

Autres, précisez.....

« Ces modalités sont-elles faciles à appliquer ? » OUI / NON

**QUESTION 6 :**

« Dans le cas du non-respect des modalités, quelles sont les dispositions pouvant être prises ? »

- « un sevrage est proposé durant le séjour » OUI / NON
- « une orientation vers une structure spécialisée est proposée » OUI / NON
- « une exclusion du service avec une proposition de suivi ambulatoire »  
OUI / NON
  
- « une exclusion du service avec possibilité d'une entrée programmée à distance »  
  
OUI / NON
- « aucune exclusion, simple rappel de la loi » OUI / NON

Autres, précisez.....

**QUESTION 7 :**

« Des informations relatives au tabac sont-elles proposées aux patients ? »

- « documents mis à disposition » OUI / NON
- « info spécifiques sur le tabac » OUI / NON
- « info données au cours d'une info drogues » OUI / NON

**QUESTION 8 :**

« Des propositions spécifiques d'accompagnement sont-elles proposées aux patients ? »

- « un sevrage est proposé durant le temps du séjour » OUI / NON
- « une orientation vers une structure spécialisée est proposée » OUI / NON

« Un entretien est proposé avec : »

- « médecin ? » OUI / NON
- « psychologue ? » OUI / NON
- « infirmier ? » OUI / NON
- « éducateur ? » OUI / NON

Autres, Précisez.....

« Une évaluation durant le temps d'hébergement » OUI / NON

« Une évaluation après le séjour » OUI / NON

**QUESTION 9 :**

« Quelles sont les réactions des autres personnes hospitalisées ou hébergées face au non respect des consignes du service concernant la consommation de tabac ? »

- « indifférence ? » OUI / NON
- « réaction d'intolérance, de rejet ? » OUI / NON
- « Protection par rapport au groupe ? » OUI / NON

Autres, précisez.....

**QUESTION 10 :**

- « Quel est le ressenti et les actions menées au niveau des équipes soignantes ? »

- « Le sujet est abordé » OUI / NON

- « Cela génère-t-il des difficultés particulières au niveau de l'équipe ? »

OUI / NON

Si oui lesquelles ?

- « Avez-vous vous-même bénéficié d'une information spécifique ? » OUI / NON

- 

- « Cela suscite-t-il des demandes d'informations et/ou de formations sur le produit ? »

OUI / NON

- « Sinon souhaiteriez-vous une formation ? » OUI / NON

« Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Les résultats de cette étude seront disponibles à ECLAA-GRAA. »

## Annexe 8 : « extrait des tableaux d'analyse chiffrés utilisés »

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC
1				H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
2		fonc		IDE	PH	EDU	IDE	EDU	PH	PH	FGT	IDE	IDE	IDE	AS	IDE	IDE	IDE	PH	AS	IDE	IDE	AS	PH	IDE	IDE	PH	PH	
3		struc		UAC	UAC	CTR	CTR	CTR	CTR					UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC	UAC
4		ville		IDE																									
5		CP																											
6		Q1	R1	1	1	NSP	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
7			R2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8			R3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9			R4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10		Q2	R1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
11			R2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
12			R3	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
13			R4	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
14			R5	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
15			R6	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
16		Q3	R1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17			R2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
18			R3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
19			R4	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
20		Q4		1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
21		Q5	R1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22			R2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
23			R3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24			R4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25			R5	0	0	1	1	1	0	1	NSP	1	1	0	1	NSP	1	NSP	NSP	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1

Ci-dessus un extrait de la grille de relevé des réponses pour chaque structure et répondant au questionnaire

répartition des pratiques par structure			
struc	Données		
	Somme Lors d'une pré-admission	Somme de Au cours de l'hébergement	Somme de Le sujet n'est pas abordé
CSAPA	3	4	1
CTR	2	4	1
EPSM	0	5	0
HDJ	8	13	1
Hôpital	1	0	0
Hôpital Privé	11	10	0
UAC	53	59	6
Autres	12	22	0
Total général	90	117	9

Ci-dessus : exemple de tableau croisé dynamique réalisé sous Excel pour l'analyse par structure (groupe)

**AUTEUR** : Machin Julie

**Date de Soutenance** : Le 02 octobre 2012

**Titre de la Thèse** : Etat des lieux de la prise en charge du tabagisme des patients suivis en services d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais

**Thèse, Médecine, Lille, 2012**

**Cadre de classement** : Médecine Générale

**Mots-clés** : Sevrage / Tabagisme / Addictologie / Poly-consommation / Médecine générale / Nord-Pas-de-Calais

### Résumé

**Contexte :**

Malgré une volonté politique forte, le tabagisme reste aujourd'hui un problème majeur de santé publique. La formation des médecins et de l'ensemble des soignants est un enjeu de taille pour en optimiser la prise en charge. La région Nord-Pas-de-Calais est plus gravement touchée que le reste du territoire. C'est pourquoi nous avons voulu faire un état des lieux régional des modalités de prise en charge du patient fumeur dans les services spécialisés en addictologie.

**Méthode :**

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique. Un questionnaire standardisé a été réalisé et envoyé aux chefs de services et cadres de santé des établissements spécialisés en addictologie du Nord-Pas-de-Calais. Chacun des 132 questionnaires recueillis a été analysé. Le questionnaire se base sur 10 questions à choix multiples dont certaines permettent des commentaires libres. L'objectif est de mieux connaître les modalités de prise en charge du tabagisme des personnes suivies en addictologie.

**Résultats :**

132 soignants ont participé à l'enquête. L'analyse des questionnaires révèlent que la question du tabac est principalement abordée par les médecins et infirmiers et que le sujet est facile à aborder. 57 % seulement des soignants utilisent un test de dépistage. Mais ils sont 39 % à exprimer des difficultés à faire appliquer les règlements. 99 % des soignants souhaitent recevoir une formation. Le tabagisme des soignants fait partie des sujets soulevés dans les réponses libres.

**Conclusion :**

Cette thèse a permis de mettre en évidence qu'il existe une marge d'amélioration concernant l'utilisation des outils de dépistage de dépendance et que le non-respect des modalités de consommation pose problèmes aux équipes. La demande de formation est unanime pour les soignants exerçant en services spécialisés.

**Composition du Jury :**

**Président** : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs** : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA  
Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL  
Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN  
Madame le Docteur Laure SPINOSI

**Directeur de Thèse** : Madame le Docteur Laure SPINOSI