

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évaluation de la satisfaction des patients d'une maison de santé des
Hauts-de-France, vis à vis du protocole de sevrage de tabagique,
associant présence d'un binôme pluri-professionnel et réalisation
d'une spirométrie.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2020
au Pôle Recherche
par **Frédérique DUHAUTOIS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alexis CORTOT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Robert VALENSI

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CVF : Capacité Vitale Forcée

DPC : Développement Personnel Continu

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'État

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

TNS : Traitement Nicotinique Substitutif

VEMS : Volume Expiratoire Maximal Seconde

SOMMAIRE

INTRODUCTION **9**

I L'IMPACT DU TABAC	9
A) IMPACT SANITAIRE	9
1) Morbidité liée au tabac	9
2) Mortalité liée au tabac	11
B) IMPACT ECONOMIQUE	11
II MESURES NATIONALES MISES EN ŒUVRE DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME	11
III / ÉPIDEMIOLOGIE DU TABAC EN FRANCE	13
IV / SEVRAGE TABAGIQUE : ATTENTES DES PATIENTS / RECOMMANDATIONS	15
A) VECU DU SEVRAGE PAR LES PATIENTS	15
B) RECOMMANDATIONS SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE.	16
V/ PRESENTATION DU PROTOCOLE DE SEVRAGE TABAGIQUE DE LA MAISON DE SANTE DE SIN-LE-NOBLE	17

MATERIELS ET METHODES **20**

I/ TYPE D'ETUDE	20
II/ POPULATION ETUDIEE	20
III/ ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	20
IV/ DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	21
V/ L'ANONYMAT DES QUESTIONNAIRES	22
VI/ LE PRE TEST	23
VII/ ANALYSE STATISTIQUE	23

RESULTATS **25**

I/ PROFILS DES PATIENTS INTERROGES	25
II/ ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS VIS A VIS DU PROTOCOLE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE	27
A) SATISFACTION GLOBALE	27
B) DELAI D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS POUR LA CONSULTATION « TABAC »	28
C) ÉVALUATION DE LA RELATION DES PATIENTS VIS A VIS DU TABAC	29
D) INFORMATIONS RELATIVES AU TABAC ET AU SEVRAGE	29
E) SPIROMETRIE	32
F) PRESENCE D'UN BINOME DE PROFESSIONNELS DE SANTE	32
G) DUREE DE CONSULTATION	32
H) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	33
I) SUIVI POST CONSULTATION « TABAC »	33
III/ STATUT TABAGIQUE DES PATIENTS AU MOMENT DE L'ETUDE	34
IV/ STATISTIQUES BI-VARIEES D'ANALYSE DU PROTOCOLE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE	36
A) SATISFACTION	36
B) AVANTAGE DU BINOME PLURI-PROFESSIONNEL DANS L'AIDE AU SEVRAGE	40
C) ROLE DE LA SPIROMETRIE DANS LE RENFORCEMENT MOTIVATIONNEL AU SEVRAGE	42
D) IMPACT DE LA CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DANS LE RENFORCEMENT MOTIVATIONNEL	42
V/ ANALYSE ACM DES RESULTATS	44

DISCUSSION	46
I/ FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	47
II/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	49
II/ CARACTERISTIQUES DU PROTOCOLE D'AIDE AU SEVRAGE ET PERSPECTIVE D'AMELIORATION	52
A) DELAI D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS POUR LA CONSULTATION	52
B) INTERVENTION DES PROFESSIONNELS LORS DE LA CONSULTATION « TABAC »	53
C) DUREE DE LA CONSULTATION	55
D) LE SUIVI DU SEVRAGE	56
E) LA SPIROMETRIE	57
F) LE ROLE DU BINOME PLURI PROFESSIONNELS	59
III/ STATUT TABAGIQUE DES PATIENTS AU MOMENT DE L'EVALUATION DE NOTRE ETUDE	62
CONCLUSION	66
ANNEXES	67
BIBLIOGRAPHIE	93

INTRODUCTION

I L'impact du tabac

La lutte contre le tabagisme est un enjeu de santé publique majeur de par l'ampleur de ses conséquences sanitaires et économiques.

A) Impact sanitaire

1) Morbidité liée au tabac

Le tabac est incriminé dans la survenue de plusieurs cancers.

En tête de ligne les cancers broncho-pulmonaires, dont la fraction attribuable au tabac est de l'ordre de 90%(1), et pour lesquels il a été démontré que le risque de survenue diminuait dans les 5 ans suivant le sevrage (2). On observe en France, des disparités régionales sur le taux d'incidence du cancer du poumon, notamment dans les Hauts-de-France, où ce taux est significativement plus élevé chez les hommes que la moyenne nationale : 63,3 [61,9-64,8] contre 51,8 [51,1-52,5] (3).

On connaît également le rôle du tabac dans le développement chez l'homme, de 50 % des cancers des voies aériennes digestives, et de 40 % des cancers de la vessie, pour ne citer que les principaux (4).

En ce qui concerne les maladies respiratoires, la BPCO qui concerne 6 à 8 % de la population française, est la complication du tabac la plus fréquente (5). Avec 18000 décès

annuels en France, et une constante augmentation chez les femmes (+1,7% par an), la BPCO constitue désormais une priorité française en santé publique (6).

On retrouve également dans les Hauts-de-France, un taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO significativement supérieur au taux national, avec 31,7 hospitalisations pour 10000 habitants âgés de plus de 25 ans, contre 22,1 en moyenne (3).

Le tabac est également considéré comme un facteur favorisant des pneumopathies, et bien qu'il ne soit pas démontré que le tabac soit directement impliqué dans l'apparition d'un asthme, il participe néanmoins à son déséquilibre (7).

L'implication du tabac a également largement été démontrée dans l'apparition des maladies cardio-vasculaires, avec chez les fumeurs, un risque 3 fois plus important d'infarctus du myocarde, et 2 fois plus important d'accident vasculaire cérébral (4). Une étude récente a par ailleurs démontré que le sur-risque cardiovasculaire était important dès un faible taux d'exposition au tabac, et que le simple fait de fumer et non le nombre de cigarettes fumées était associé à un risque de survenue plus important de ces 2 pathologies ((8)-(9)). A l'inverse, la survenue d'un cancer du poumon est fréquemment corrélée au taux d'exposition. (9). L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est retrouvée chez 90 % des fumeurs (4), ces patients développant 3 à 5 fois plus d'IDM ou d'AVC que la population générale (10). De plus, le tabac est associé à un risque 2 fois plus important d'anévrisme de l'aorte abdominale (11) et à un sur-risque d'insuffisance cardiaque ou de mort subite (7).

Par ailleurs, le rôle du tabac est incriminé dans la diminution de la fertilité (12), dans l'émergence de complication fœtales et maternelles lors de la grossesse (13), et de mort subite du nourrisson (14), ainsi que dans l'apparition et le développement de bien d'autres maladies touchant toutes les spécialités médicales.

2) Mortalité liée au tabac

Le tabagisme est considéré comme la première cause de mortalité évitable en France (15).

On estime en 2015 à 75320 le nombre de décès attribuables au tabac ; qu'il soient liés pour la plupart, à la survenue d'un cancer (61,7 % des cas), d'une maladie cardio vasculaire (22,1 % des cas), respiratoire (16,29% des cas), ou infectieuse (16).

Ces morts correspondent à 13 % des décès enregistrés en France sur cette période ce qui représente 19,9 % de la mortalité masculine et 6,3% de la mortalité féminine (16).

On note là encore, des disparités régionales en France, notamment dans les Hauts-de-France, avec un taux de mortalité chez les hommes, plus de 20% plus élevé que la moyenne nationale pour les décès par cancer du poumon ou BPCO (3).

B) Impact économique

Sur le plan économique, on estimait en 2010 en France, à 120 milliards d'euros par an le coût social du tabac (17).

II Mesures nationales mises en œuvre dans la lutte contre le tabagisme

En 1970 avec la loi Weil, la France a entamé une politique de lutte contre le tabagisme mais l'irrégularité des mesures mises en œuvre au cours du temps, n'a pas eu l'effet escompté sur le recul de la prévalence du tabac.

Depuis 2014, la France s'est lancée dans une politique d'intensification de la lutte contre le tabagisme. Ceci est initié par le lancement du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT 2014-2019) élaboré par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, avec pour objectif une réduction de 10% de la prévalence du tabac

en 2019, une baisse en dessous des 20% du nombre de fumeurs quotidiens d'ici 2024, et l'apparition de la première génération d'adultes non fumeurs (<5% de fumeurs) dans moins de 20 ans (18).

Trois axes d'intervention sont proposés : agir sur l'économie du tabac, protéger les jeunes et éviter leur entrée dans le tabagisme, ainsi que aider les fumeurs à arrêter de fumer (18).

Ainsi depuis janvier 2016, le cercle de professionnels de santé ayant le droit de prescrire les substituts nicotiques a été élargi aux infirmiers, kinésithérapeutes, médecins du travail et dentistes (en plus des sages-femmes et médecins généralistes). Depuis janvier 2017, l'action des médecins traitants a été valorisée en incluant la réduction du tabagisme dans les rémunérations forfaitaires sur objectifs de santé publique.

Par ailleurs, depuis novembre 2016, on assiste également à une amélioration du remboursement des substituts nicotiques, avec une majoration initiale du montant forfaitaire de sevrage tabagique passant de 50 à 150 euros pour les patients, puis d'un remplacement, depuis le 1^{er} janvier 2019, de ce forfait au profit d'un remboursement des substituts nicotiques sur prescription, à hauteur de 65 % par l'assurance maladie.

Depuis novembre 2016, le « Mois sans tabac », dispositif de communication et de rassemblement national contre le tabagisme a été instauré, à l'image du programme anglais « STOPTOBER » lancé en 2012 et qui a fait preuve d'une efficacité qui semble se maintenir au cours des années(19) (20).

On assiste également à l'amélioration continue du dispositif Tabac Info Service depuis sa création en 1998, avec des résultats encourageants concernant son efficacité et la satisfaction des utilisateurs (21).

Également dans le cadre du PNRT, d'autres mesures sanitaires et économiques ont également vu le jour avec l'interdiction de fumer dans un véhicule en compagnie de mineur, ou dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants, l'interdiction des arômes dans les produits du tabac, et la mise en place et la commercialisation du paquet neutre standardisé avec un agrandissement des messages sanitaires.

Sur le plan économique, on assiste à la création d'un fond de lutte contre le tabac, et des hausses progressives et régulières du prix du tabac ont été instaurées avec un objectif de 10 euros par paquet de 20 cigarettes en 2020.

III / Épidémiologie du tabac en France

Avec une prévalence de fumeurs (regroupant consommation quotidienne et occasionnelle de tabac) s'élevant à 32% en 2018 (22), la France figure parmi les Pays européens et de manière générale parmi les pays occidentaux, les plus consommateurs, bien au-delà des États-Unis (prévalence de 11% en 2015), de l'Australie (prévalence de 13% en 2013), ou du Canada (prévalence de 15 % en 2013). On observe dans ces trois pays, une décroissance de la prévalence du tabagisme depuis 10 ans (23).

Cependant, depuis la mise en œuvre du PNRT en 2014, la France semble être sur la bonne voie pour rattraper son retard vis à vis des autres pays occidentaux puisque le baromètre santé 2017 (24) enregistrait pour la première fois depuis 2005, une baisse significative de la prévalence du tabagisme de 2,5% soit « 1 million de fumeurs quotidiens en moins » ; cette tendance étant confirmée sur une seconde année consécutive, par les chiffres du baromètre santé 2018 notamment en ce qui concerne le tabagisme quotidien (22).

Si la baisse significative de la prévalence du tabagisme, ainsi que l'augmentation du nombre de fumeurs ayant déjà réalisé au moins une tentative de sevrage est une perspective encourageante, quelques points préoccupants restent à souligner :

- L'augmentation de la mortalité liée au tabac chez les femmes qui a été multipliée par 2,5 entre 2000 et 2015 soit une majoration de 5,4 % par an en moyenne ; alors que l'on enregistrait sur la même période une décroissance chez les hommes, de 1,1 % par an (16).

- Malgré la baisse sans précédent, enregistrée en 2017, de la prévalence du tabagisme chez les personnes les plus précaires, les moins diplômées, ou au chômage, les inégalités sociales restent toujours fortes (24), mais ont tendance à se stabiliser comme en témoigne l'étude du baromètre 2018 (22). En effet, entre 2017 et 2018, aucune évolution significative de la prévalence du tabagisme quotidien n'a été mise en évidence selon la situation professionnelle ou le niveau de revenu. En revanche, on note à cette période une diminution significative de cette prévalence chez les non diplômés, en regard d'une relative stabilité pour les autres catégories de diplômés (22).

- Des disparités régionales de la prévalence du tabac sont mises en évidence : En 2017, les Hauts de France arrivaient en 2^{ème} position des régions de France où le tabagisme quotidien reste supérieur à la moyenne nationale (26,9%), avec une prévalence de 30,5%, derrière la région PACA (prévalence à 32,1%) (24).

On enregistre également pour cette région en 2016 une consommation de tabac supérieure au niveau national, aussi bien chez les femmes avant la grossesse, que pour les femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de grossesse (3).

C'est pour tenter d'atténuer ces inégalités et accentuer les tendances positives enregistrées que Le PNLT 2018-2022 a été introduit avec 3 nouveaux objectifs : atteindre chez les 18-75 ans, moins de 24 % de fumeurs quotidiens en 2020, moins de 22% en 2022, et moins de 16% en 2027.

IV / Sevrage tabagique : attentes des patients / recommandations

Il semble ainsi nécessaire de renforcer toutes ces mesures politiques, et de participer à cet élan national (2 fumeurs sur 3 souhaitent arrêter de fumer (25) et 58% des fumeurs quotidiens des Haut-de-France déclaraient avoir envie d'un sevrage de leur consommation (3)), par une action des professionnels de santé plus adaptée aux attentes et au vécu des fumeurs qui ont parfois essuyé plusieurs échecs. Nous rappelons que le taux de réussite d'un sevrage lors d'une tentative spontanée sans aucune aide est de l'ordre de 3% (25).

A) Vécu du sevrage par les patients

Plusieurs études (26) (27) montrent que, même si tous s'accordent à dire qu'ils restent l'acteur principal de leur sevrage, les patients rapportent une prise en charge pas toujours adaptée à leur addiction, où le manque d'accompagnement du médecin est décrié : manque d'empathie et de compréhension de la dépendance, manque d'informations entourant la prescription de substitut nicotinique, et de conseils sur la gestion du quotidien sans la cigarette, manque de prise en charge sur le plan psychologique, temps de consultation trop court, défaut de suivi régulier, défaut d'adressage à des consultations spécialisées.

Un autre travail réalisé à Poitiers en 2013 confirme l'importance pour les patients de la communication, du soutien et d'un suivi régulier de la part de leur médecin, comme élément crucial vers la réussite du sevrage tabagique (28).

B) Recommandations sur le sevrage tabagique à destination des professionnels de santé.

Les recommandations françaises actuelles en matière de sevrage tabagique ont été établies par la HAS en 2014, puis réactualisées en 2015. Elles s'appuient notamment sur la méthode des 5A : référence internationale appliquée aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande, visant au repérage du tabagisme, à l'encouragement du sevrage, et au maintien de l'arrêt, le tout adapté au degré motivationnel du patient (29).

Il a été établi que l'association des traitements de substitution nicotinique à un accompagnement des soignants renforçait l'efficacité du sevrage (25).

Par ailleurs, il a été démontré que l'utilisation de la spirométrie en médecine générale renforçait la motivation au sevrage chez près de 2/3 des patients (30).

Plusieurs études ont établi des pistes de recherche en vue d'améliorer les résultats du sevrage tabagique (5).

Si le rôle des professionnels paramédicaux dans l'aide au sevrage, notamment celui des infirmiers, se développe de plus en plus au sein des maisons de santé (dispositif ASALEE) (31) et présente un avantage démontré (32), peu d'études évoquent l'impact d'une consultation pluri professionnelle (médecin généraliste/IDE-kiné) combinée à la spirométrie dans l'aide au sevrage, en libéral.

V/ Présentation du protocole de sevrage tabagique de la maison de santé de Sin-le-Noble

De part leur rôle de premier recours dans le parcours de soins, les médecins généralistes et équipes de soins primaires ont un rôle majeur à jouer dans le dépistage des patients fumeurs et la stratégie d'aide au sevrage.

Selon le ministère de la santé et des solidarités, l'un des enjeux principaux des Maisons de Santé Pluri-professionnelles est de favoriser un mode d'exercice collectif, afin de proposer de nouvelles pratiques pluri-professionnelles innovantes dans un objectif d'accompagnement global et de proximité des patients.

C'est dans ce sens qu'a été conçu le dispositif d'aide au sevrage tabagique lancé en juin 2018 par la maison de santé de Sin-Le-Noble.

Les patients cibles (patients majeurs, et fumeurs actifs ou sevrés depuis peu, occasionnels ou réguliers) ont été repérés puis invités, s'ils le souhaitaient, par l'ensemble du personnel de la maison de santé : secrétaires, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, et médecins, à participer à la consultation « tabac ». Étaient également conviés, les patients cibles informés du dispositif par un autre biais (publicité sur les écrans dans les salles d'attente, Facebook, flyers, recommandations de patients ou de famille...).

Lors de cette consultation, menée en binôme par un médecin et un infirmier ou un kinésithérapeute, était abordée l'histoire du patient face au tabac, son niveau de dépendance, évalué selon l'échelle de Fagerström, ainsi que son niveau motivationnel.

Les professionnels de santé informaient le patient des risques et bénéfices de la consommation tabagique, des moyens thérapeutiques à disposition, de leurs effets secondaires éventuels, et des difficultés éventuellement rencontrées lors du sevrage.

Chaque membre du binôme participait de manière de conjointe à la consultation, sans rôle préétabli et avec une liberté totale d'intervention.

Les patients étaient ensuite invités à tester leur souffle via l'appareil de spirométrie. En cas d'atteinte respiratoire significative analysée par le médecin ($VEMS < 80\%$ et /ou $VEMS/CVF < 70\%$), le patient était adressé à un pneumologue.

Les patients étaient ensuite amenés à être réévalués par leur médecin traitant.

Six mois après leur consultation, ils étaient recontactés par téléphone pour connaître leur position vis à vis du tabac. Un questionnaire standardisé était utilisé par les différents intervenants (Annexe 1).

Ce projet est financé par un budget spécifique de l'ARS, dans le cadre du Projet régional de santé, accordé pour 3 ans, selon un budget prévisionnel prédéfini par l'équipe. Cela permet de rétribuer, entre autre, la participation des professionnels de santé à la consultation, leurs formations, et les achats de matériels.

Au total, sur 129 rendez-vous pris par les patients, 96 ont été honorés (8 patients ne remplissaient pas les critères d'inclusion et ont été exclus du protocole).

A 18 mois du lancement du dispositif, sur les 88 patients retenus, 33% avaient diminué, et 17% arrêté complètement leur consommation tabagique, soit 50 % des patients pour lesquels on constatait un effet bénéfique sur leur intoxication tabagique (Annexe 2).

Par ailleurs, sur les 22 patients du protocole atteints de BPCO, 8 avaient diminué, et 6 complètement arrêté leur consommation, soit 63,6 % des patients BPCO pour lesquels un effet bénéfique sur l'intoxication tabagique était constaté (Annexe 3).

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la satisfaction des patients vis à vis de ce dispositif.

L'objectif secondaire étant d'identifier les points forts et les points faibles du dispositif en vue d'en améliorer l'efficacité, et de pouvoir fournir aux patients tabagiques un outil de sevrage de qualité, plus adapté à leurs besoins.

MATERIELS et METHODES

I/ Type d'étude

Notre travail consiste en une étude quantitative transversale descriptive sous forme d'une enquête de satisfaction s'appuyant sur un questionnaire remis au patient.

Cette étude a été menée à 18 mois du lancement du protocole d'aide au sevrage tabagique de la maison de santé Avenir Santé + de Sin-Le-Noble.

II/ Population étudiée

Tous les patients ayant participé au protocole de sevrage tabagique depuis son lancement en juin 2018 jusqu'à octobre 2019, ont été inclus dans notre étude selon les mêmes critères d'inclusion : patients majeurs, fumeurs actifs ou sevrés depuis peu (c'est à dire au maximum depuis la date d'invitation à la consultation « tabac »), réguliers ou occasionnels. Comme l'INVS dans le BEH de mai 2019 (7), un fumeur régulier était défini comme rapportant avoir une consommation quotidienne de tabac, et un fumeur occasionnel comme ne fumant pas tous les jours.

Deux patients ayant bénéficié de la consultation « tabac » sans répondre aux critères d'inclusion du protocole, ont été exclus de notre étude.

III/ Élaboration du questionnaire

Le questionnaire composé de 4 pages, comprend 26 questions principales (dont 6 avec sous questions) relatives à 2 Thèmes : l'évaluation de la consultation initiale d'aide au sevrage d'une part, et la position actuelle des patients vis à vis du tabac. (Annexe 4)

La première page est dédiée à une courte note explicative de l'enquête ainsi qu'aux consignes de récupération du questionnaire. Les questions figuraient au recto verso des 2 pages suivantes, le recto de la 4ème page restant vierge pour préserver l'anonymat des réponses.

Il s'agit de questions fermées : 10 à choix multiples et 30 à choix unique ; dont 4 avec possibilité d'ajout de commentaires personnels.

1 question concernant le nombre de cigarettes actuellement fumées est ouverte.

La plupart des questions (soit au total 23) suivent un modèle de réponse selon la règle de Likert avec 4 items.

IV/ Diffusion du questionnaire

La diffusion des questionnaires a débuté le 15 janvier 2020. La majorité des questionnaires ont été distribués au format papier.

La plupart des patients inclus ont été contactés par téléphone afin de savoir si un rendez-vous à la maison de santé était prévu prochainement, s'ils acceptaient de répondre au questionnaire et enfin s'ils étaient d'accord pour être éventuellement recontactés par téléphone afin de participer au pré test.

Lors de leur venue, les patients se voyaient alors remettre le questionnaire par les secrétaires. Ils étaient chargés de le remplir en salle d'attente puis de le remettre aux secrétaires.

L'ensemble des questionnaires rendus était répertorié sur la liste des patients inclus, afin d'éviter les éventuels doublons.

A leur demande, l'assistante médicale de la maison de santé a aidé 3 patients à remplir le questionnaire.

Pour les patients souhaitant remplir le questionnaire mais n'ayant pas de date proche de rendez-vous au sein de la MSP, l'envoi du questionnaire par mail ou par voie postale à leur convenance leur a été proposé.

Parallèlement, afin d'optimiser le taux de réponse, des questionnaires ont été distribués à tous les professionnels de la maison de santé, de sorte qu'ils soient donnés aux patients inclus qui n'avaient pas participé.

Mi-février, un rappel téléphonique pour les patients n'ayant pas rempli le questionnaire a été effectué. Le dernier questionnaire a été recueilli le 02 mars 2020.

V/ L'anonymat des questionnaires

La configuration matérielle du questionnaire a été pensée de sorte que les réponses aux questions ne soient pas visibles lors de leur retour en main propre par les secrétaires.

Les secrétaires ont procédé au listing des patients ayant répondu lors du retour du questionnaire, puis stocké l'ensemble des questionnaires sans distinction, au secrétariat.

L'analyse des questionnaires a été réalisée par un professionnel n'ayant jamais eu à lister les questionnaires rendus.

Aucune donnée du questionnaire ne pouvait permettre de rattacher un questionnaire à un patient.

Ainsi du fait caractère anonyme et descriptif de l'étude, l'accord de la CNIL ou du CPP n'ont pas été requis.

VI/ Le pré test

Un pré test a été réalisé sur 10 questionnaires en début de sondage afin de s'assurer de la clarté des questions.

Ce test a été réalisé lors d'un entretien individuel téléphonique non programmé, chez les patients qui avaient au préalable répondu favorablement à l'éventualité d'être recontactés.

2 questions fermées avec possibilité d'ajout de commentaires personnels ont été posées :

- Y a-t-il des questions que vous n'avez pas comprises ?
- Avez-vous des remarques supplémentaires concernant le déroulement de la consultation que vous auriez aimé nous faire parvenir ?

Les réponses de chaque participant aux questions ont été retranscrites dans le tableau « PRE TEST tableau réponses individuelles » (Annexe 5) puis analysées comme l'illustre le tableau « PRE TEST tableau d'analyse des réponses » (Annexe 6).

Les réponses au pré test n'ont pas amené à réaliser des modifications du questionnaire.

VII/ Analyse statistique

Les réponses aux différentes questions du questionnaire ont été retranscrites via Excel sous la forme d'un tableau disjonctif complet.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement ainsi que par l'intermédiaire du test de Shapiro-Wilk.

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Les effectifs et les pourcentages en ligne ont été présentés dans les tableaux croisés.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes grâce à des tests de Khi-Deux. En cas de non validité de ces tests (effectifs théoriques < 5), des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

Une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) a été lancée sur les questions principales du questionnaire afin de tenter de dégager des profils de patients ayant des réponses similaires selon leurs caractéristiques (âge, ancienneté du tabagisme, sexe, consommation tabagique).

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.6.3.

RESULTATS

Au total, sur les 96 patients ayant bénéficié de la consultation « tabac » (dont 8 hors protocole), 60 questionnaires ont été recueillis. Deux patients ont été exclus de notre analyse car ne répondant pas aux critères d'inclusion.

I/ Profils des patients interrogés

Bien qu'ayant 6 données manquantes à ce sujet, la population sondée était relativement mixte (25 hommes et 27 femmes) et âgée de 48,9 ans en moyenne (Min :24 ans ; Max :72 ans). (Figure 1)

L'intoxication tabagique des patients questionnés avait débutée à l'âge de 17 ans en moyenne. (Figure 2)

Les tranches d'âge ont été établies comme celles dans le baromètre santé INVS 2018.

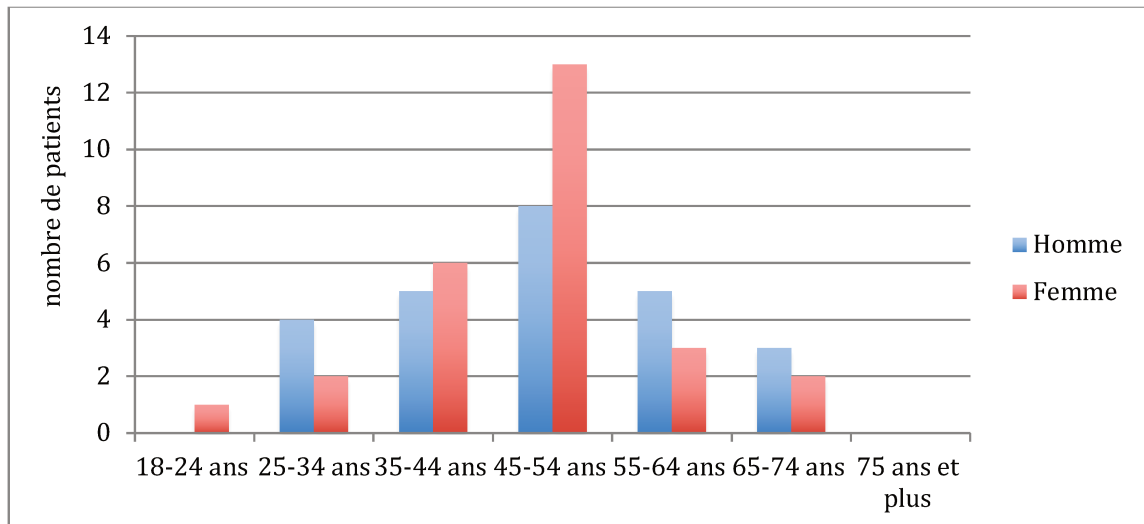


Figure 1 : Répartition par sexe et âge de la population étudiée

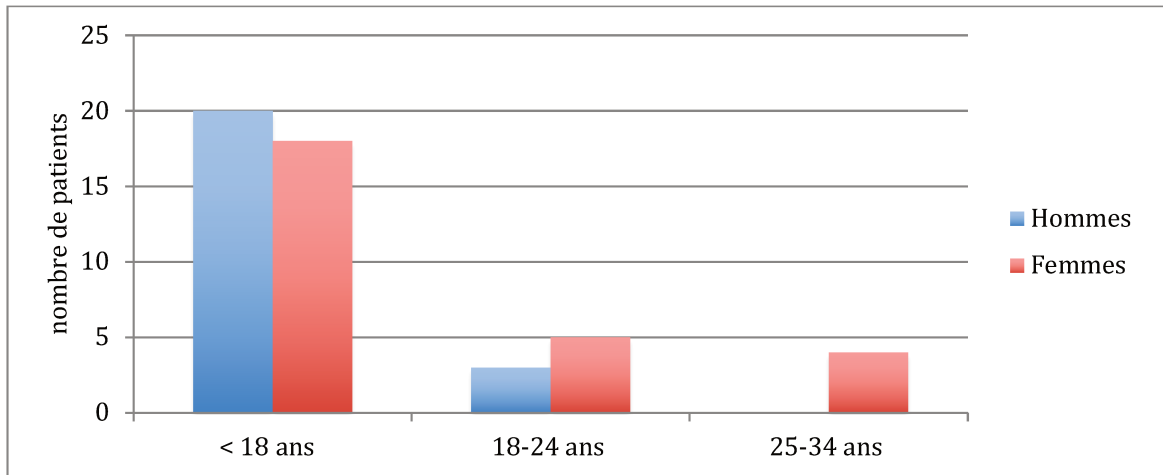


Figure 2 : Répartition de la population étudiée selon l'âge de début de la consommation de tabac.

78,6% d'entre eux avait déjà réalisé au moins une tentative de sevrage antérieurement (N=44). Deux patients n'ont pas répondu.

Le nombre moyen de cigarettes fumées avant d'avoir réalisé la consultation « tabac » était de 22,8 cigarettes par jour. La population étudiée compte 81% de fumeurs intensifs, et 5,2% de petits fumeurs (Pas de donnée manquante). (Figure 3)

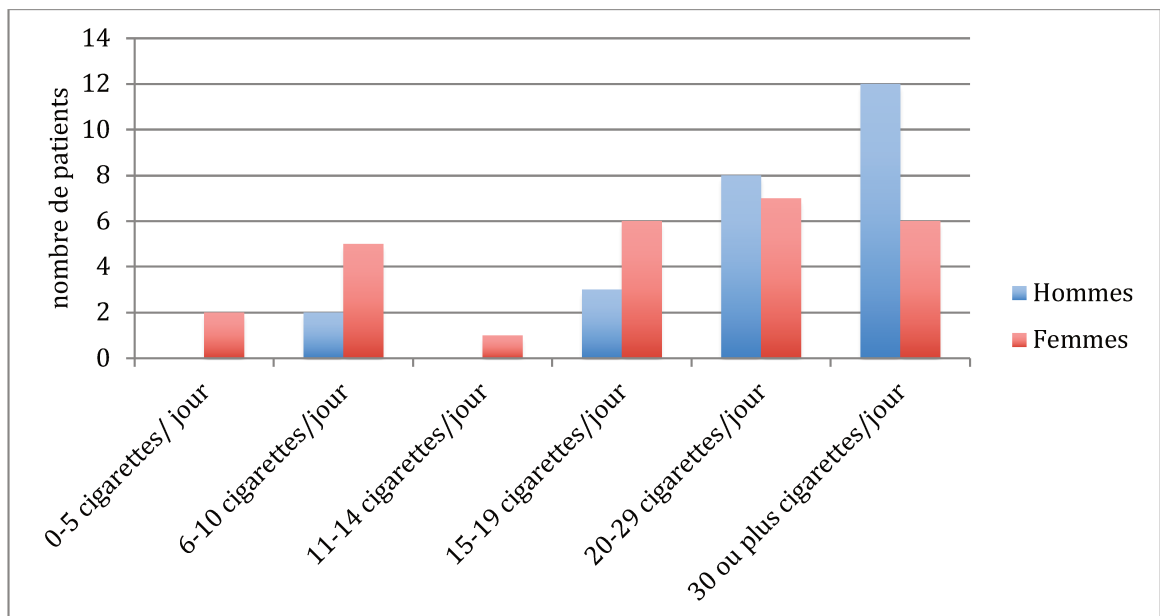


Figure 3: Répartition de la population par tranches du nombre de cigarettes consommées quotidiennement

Les petits fumeurs sont définis par une consommation d'au maximum 5 cigarettes quotidiennes (33), et les fumeurs intensifs, comme fumant plus de 10 cigarettes par jour (3).

75,9% des patients ont été adressés à cette consultation au moins par un médecin de la maison de santé. (Figure 4)

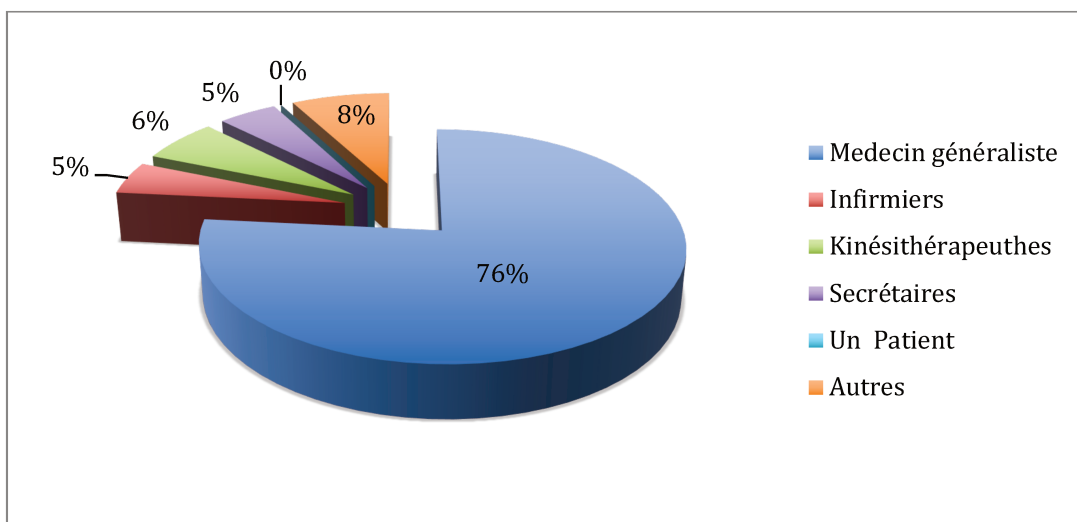


Figure 4 : Origine des patients adressés à la consultation « tabac ».

57,1% des patients connaissaient au moins l'un des professionnels de santé animant la consultation. (Pas de donnée manquante)

II/ Analyse descriptive de la satisfaction des patients vis à vis du protocole d'aide au sevrage tabagique

A) Satisfaction Globale

96,6% (N=56) des patients interrogés s'estiment satisfaits du dispositif dans sa globalité. Aucune donnée manquante n'est enregistrée pour cette question.

Cette consultation avait renforcé leur motivation dans le sevrage tabagique, pour 84,2% (N=48) des patients. Un patient n'a pas répondu à la question.

94,6% (N=53) des patients recommanderaient cette consultation à leurs proches. Deux patients n'ont pas répondu à cet item. (Figure 5)

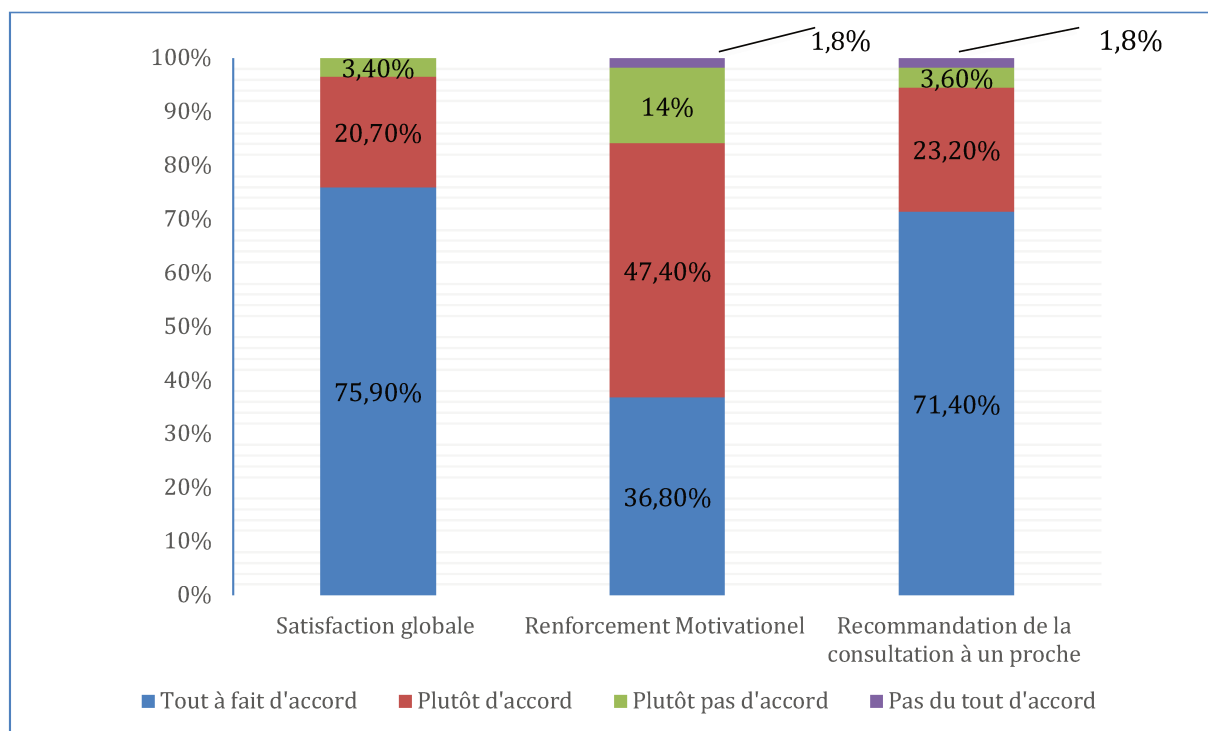


Figure 5 : Pourcentage de satisfaction des patients vis à vis de l'évaluation globale du dispositif, pourcentage de patients considérant ce dispositif comme renforcement motivationnel et pourcentage de patients conseillant la consultation à un proche.

B) Délai d'obtention d'un rendez-vous pour la consultation « tabac »

Concernant le délai de prise en charge entre la proposition et la réalisation de la consultation tabac, la satisfaction globale des patients s'élevait à 100% (86% de « Tout à fait satisfait » et 14% de « Plutôt satisfait ») bien qu'ayant une donnée manquante à ce sujet.

C) Évaluation de la relation des patients vis à vis du tabac

On retrouve un taux de satisfaction de 100% relatif à l'intervention des professionnels de santé pour évaluer les habitudes et l'histoire des patients à l'égard du tabac, et de 98,3% (N=57) vis à vis de l'évaluation de leur motivation au sevrage. (Pas de donnée manquante).

(Figure 6)

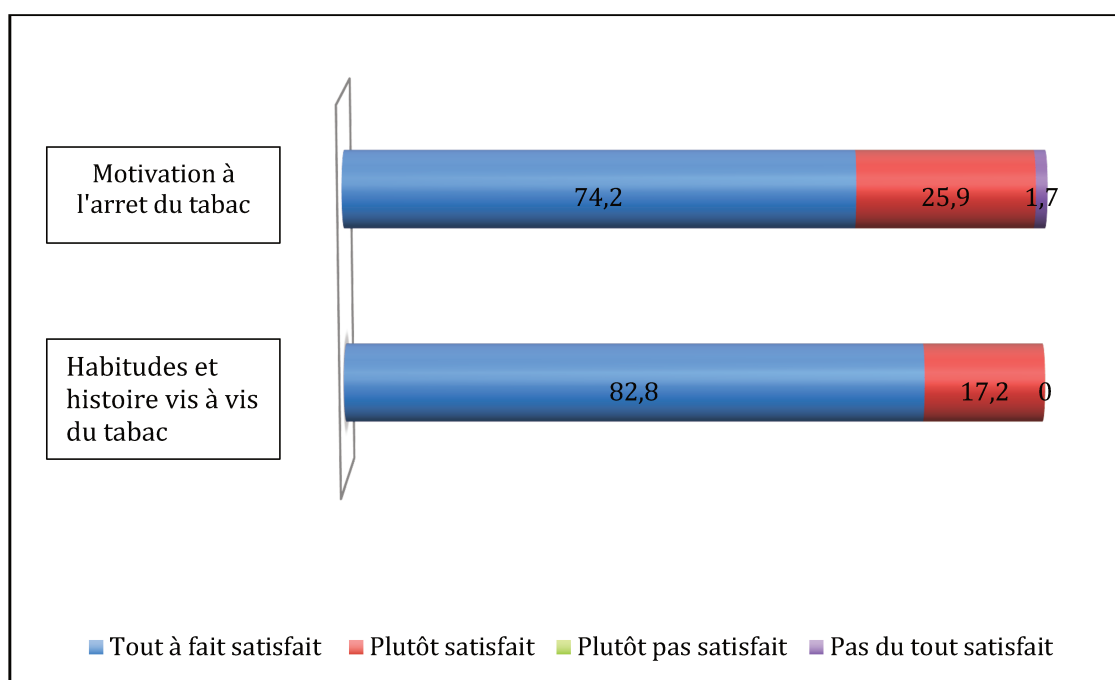


Figure 6 : pourcentage de satisfaction des patients vis à vis de l'évaluation par les professionnels de santé de leur histoire avec le tabac, et de leur motivation au sevrage

D) Informations relatives au tabac et au sevrage

Le taux de satisfaction des patients vis à vis des informations données par les professionnels de santé concernant les conséquences du tabagisme sur la santé s'élevait

à 100% (aucune donnée manquante), tout comme celui à propos des informations données sur les bénéfices de l'arrêt du tabac avec toutefois 4 données manquantes pour ce dernier.

En ce qui concerne les différentes formes de traitement disponibles lors du sevrage tabagique :

- 92,6% (N=50) des patients étaient satisfaits des informations données sur les différentes formes de substituts nicotiques et la façon de les utiliser. On notait 4 données manquantes sur le sujet.
- 63,3% (N=31) des patients jugeaient satisfaisantes les informations relatives à la cigarette électronique (9 patients n'ont pas répondu).
- 78% (N=39) des patients se considéraient satisfaits des informations délivrées sur les effets indésirables éventuels des substituts nicotiques (8 données manquantes).
- 81,2% (N=39) des patients estimaient avoir été correctement informés vis à vis des moyens de prise en charge psychologique disponibles dans le sevrage tabagique (10 données manquantes).
- 57,4 % (N= 27) des patients étaient satisfaits des informations relatives aux possibilités de recourir aux médecines alternatives (hypnose, acupuncture...) (11 données manquantes).

Enfin, le taux de satisfaction à propos des informations délivrées sur les difficultés éventuelles rencontrées par les patients lors du sevrage tabagique s'élevait à 87,3% (N=48).

Trois patients n'ayant pas répondu à cet item.

(Figure 7)

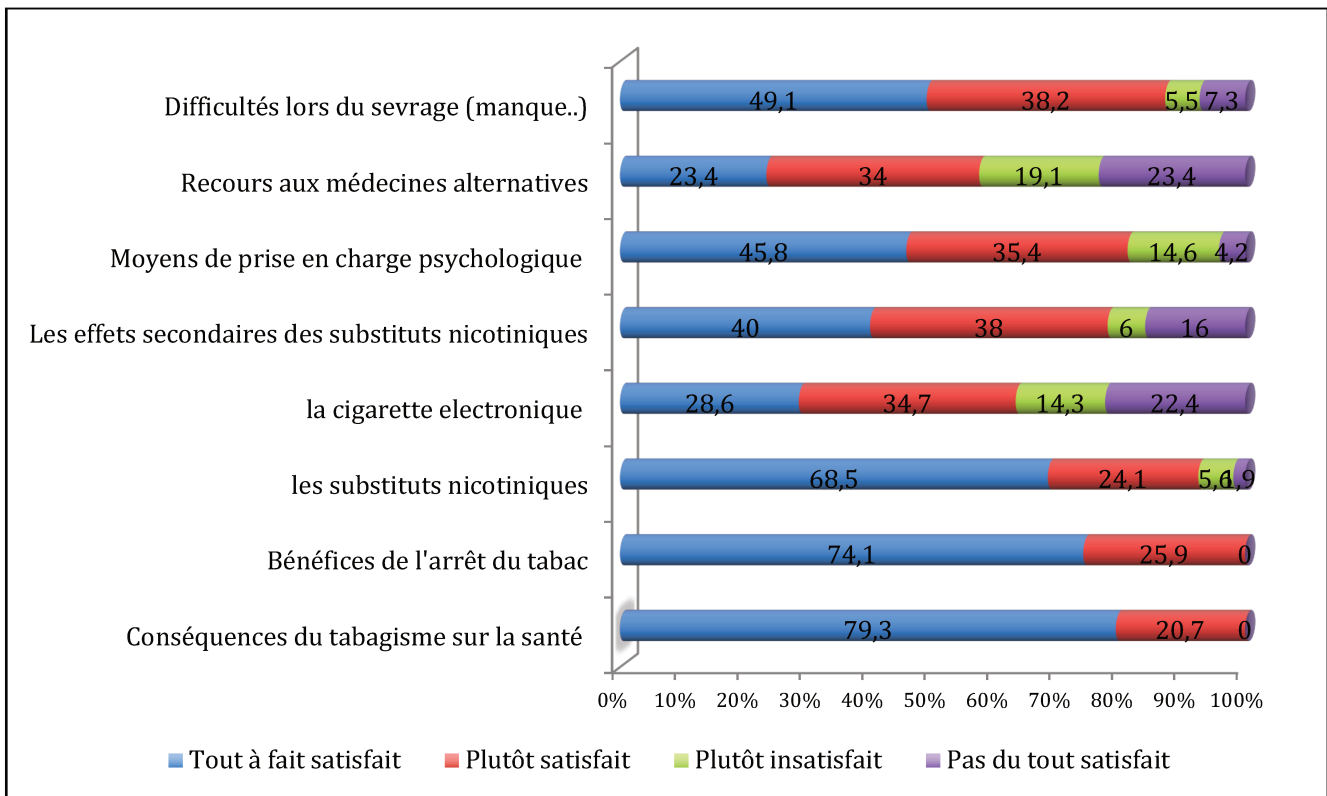


Figure 7 : Pourcentage de satisfaction des patients vis à vis des informations délivrées par les professionnels de santé sur le tabac et le sevrage tabagique.

Pour 10,5% des patients (N=6), ayant répondu à la question 19 sur les pistes d'amélioration, la qualité des informations était jugée insatisfaisante (1 donnée manquante). Parmi les commentaires laissés, les pistes d'amélioration concernaient les informations relatives aux méthodes de sevrage. Un commentaire rapportait le manque d'exhaustivité de l'information délivrée dans sa globalité.

Les questions évaluant pour chaque type d'information délivrée, sa clarté et son caractère complet, présentent un nombre important de données manquantes. Nous avons donc décidé de ne pas les interpréter.

E) Spirométrie

100% des patients interrogés (83,9 % de « Tout à fait satisfait » et 16,1 % de « Plutôt satisfait ») s'estimaient satisfaits de pouvoir évaluer leur souffle dans le spiromètre. La moitié d'entre eux ont trouvé ça difficile. Deux patients n'ont pas répondu à chacune de ces 2 questions.

84,5% (N=49) (41,4% de « Tout à fait d'accord » et 43,1% de « Plutôt d'accord ») ont considéré que l'utilisation de la spirométrie lors de cette consultation, participait à leur renforcement motivationnel au sevrage. (Aucune donnée manquante)

F) Présence d'un binôme de professionnels de santé

Le taux de satisfaction des patients relatif à la présence simultanée de 2 professionnels de santé sous la forme d'un binôme Médecin/IDE-MKDE atteignait 98,2% (N=56) (80,7% de « Tout à fait satisfait » et 17,5% de « Plutôt satisfait »). Une personne (soit 1,8%) a répondu n'être plutôt pas satisfaite de ce duo et une autre n'a pas répondu à la question.

85,5% (N=47) (49,1% de « Tout à fait d'accord » et 36,4% de « Plutôt d'accord ») ont estimé que ce binôme pouvait constituer un avantage pour les aider dans le sevrage. Tandis que 14,5% (N=8) (soit 12,7% de « Plutôt pas d'accord » et 1,8% de « Pas du tout d'accord ») étaient en désaccord avec cette idée. Trois patients n'ont pas répondu à cet item.

G) Durée de consultation

91,2% (N=52) des patients jugeaient suffisante la durée de la consultation (54,4% de « Tout à fait satisfait » et 36,8% de « Plutôt satisfait »). 8,8% (N=5) ne partageaient pas

cette opinion (5,3% de « Plutôt pas satisfait » et 3,5% de « Pas du tout satisfait »). Une donnée manquante a été enregistrée.

A la question 19, sur les points à corriger pour parfaire notre dispositif, on dénombre 8,8% (N=5) de patients soulevant que la durée de consultation devrait faire l'objet d'une amélioration (1 donnée manquante). Deux d'entre eux suggérant une consultation de « 45 min » ou simplement « plus longue ».

H) Prise en charge thérapeutique

7% (N=4) des patients ont mentionné la qualité de la prise en charge thérapeutique comme point devant faire l'objet d'une amélioration. (1 donnée manquante)

Le seul commentaire laissé par les patients concernés évoquait les moyens d'accès aux médecines alternatives.

I) Suivi post consultation « tabac »

Bien que le taux de satisfaction des patients vis à vis du suivi de l'évolution de leur sevrage tabagique après cette première consultation s'élevait à 75% (N=42) (2 données manquantes), 92,8 % (N=51) des patients estimaient qu'un suivi plus régulier serait plus adapté à leur besoin (3 données manquantes), et 80,4% (N=45) souhaiteraient qu'une consultation de réévaluation de la consommation de tabac soit animée par un binôme de professionnels (2 données manquantes). (*Figure 8*)

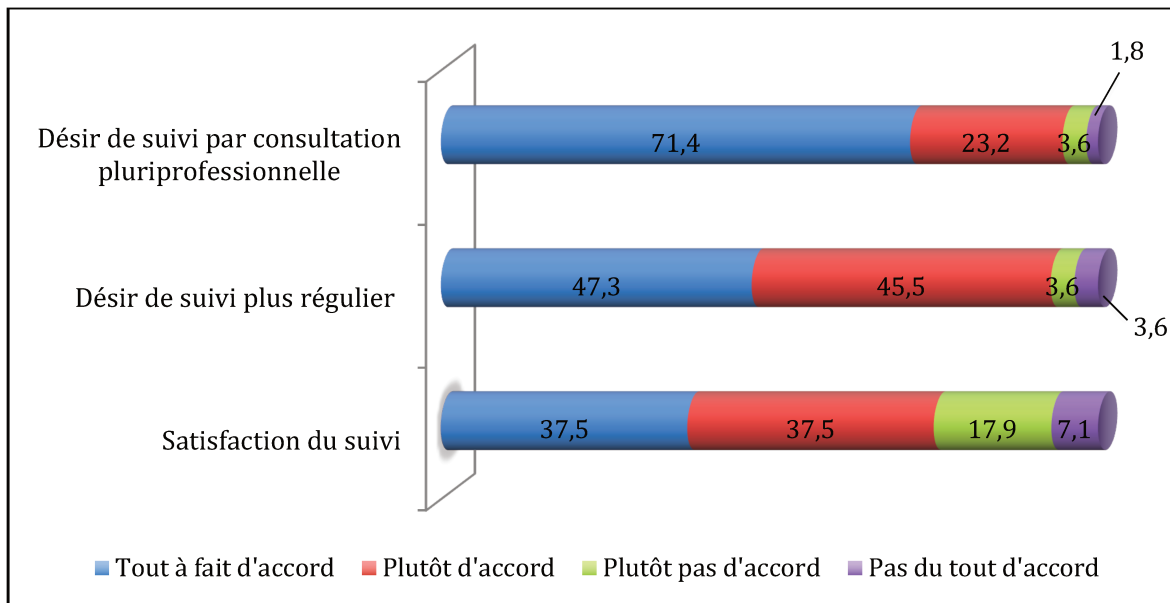


Figure 8 : pourcentage de satisfaction vis à vis du suivi, pourcentage de patients souhaitant un suivi plus régulier et pourcentage de patients souhaitant une consultation de réévaluation animée par un binôme de professionnels

35,1% (N=20) des patients ayant répondu à la question 19 sur les pistes d'amélioration du dispositif, estimaient que le suivi post consultation, notamment la fréquence des consultations de réévaluation n'était pas adaptée à leur besoin. Un patient n'a pas répondu à cet item.

Parmi les propositions d'amélioration laissées en commentaire par les patients, on retrouvait le souhait d'avoir au moins une consultation par mois, d'autres ont proposé une consultation à 3 mois, ou tous les 6 mois. Enfin les autres commentaires suggéraient une fréquence plus rapprochée de suivi sans pour autant la quantifier, l'un d'entre eux ayant rapporté « le plus possible ».

III/ Statut tabagique des patients au moment de l'étude

14,3% (N=8) des patients déclaraient être sevrés du tabac ; 37,5% (N=21) avoir diminué leur consommation ; 19,7% (N=11) avoir fait au moins une tentative d'arrêt puis avoir

repris leur consommation initiale ; et 28,5% (N=16) fumer au moins autant qu'avant leur consultation « tabac » (2 données manquantes).

Parmi les fumeurs, 91,9% (N=47) avaient toujours le projet d'arrêter de fumer. (53,1% de « Tout à fait d'accord » et 38,8% de « Plutôt d'accord »). Neuf patients n'ont pas répondu à cette question.

48,3% (N=14 ; 29 données manquantes) des patients ayant répondu avoir réalisé au moins une tentative de sevrage avant de reprendre une consommation tabagique, n'ont pas discuté de leur rechute avec leur médecin.

Plusieurs motifs étaient invoqués :

- Ils ne voulaient pas que leur médecin le sache pour 23,1% d'entre eux (N=3)
- Ils pensaient que cela n'intéresserait pas leur médecin pour 15,4% d'entre eux (N=2)
- Ils pensaient que leur médecin ne serait d'aucune aide pour 23,1% d'entre eux (N=3)
- 38,5% (N=5) ont invoqué un autre motif sans plus de précision.

Parmi les patients ayant une consommation tabagique inchangée par rapport à leur consommation initiale, 29,4% (N=5) déclaraient avoir modifié leur façon de fumer et/ou sensibiliser leur entourage à modifier la leur.

IV/ Statistiques bi-variées d'analyse du protocole d'aide au sevrage tabagique

Par souci de clarté et de pertinence des résultats, nous avons fait le choix de regrouper les modalités comme suit :

- « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » sous la formule « **D'accord** » et inversement, « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » sous la formule « **Pas d'accord** »
- « Tout à fait satisfait » et « Plutôt satisfait » sous la formule « **Satisfait** » et inversement, « Plutôt pas satisfait » et « Pas du tout satisfait » sous la formule « **Insatisfait** ».

A) Satisfaction

Afin de nous affranchir de l'effet des données manquantes parfois nombreuses, relatives aux différentes questions, nous avons cherché à confirmer de manière plus approfondie, la satisfaction des patients vis à vis de chacun des différents items du protocoles d'aide au sevrage en croisant les résultats de la question Q14 sur la satisfaction globale et des questions Q2, Q6a, Q7a, Q8a, Q8b, Q8c, Q8d, Q8e, Q9a, Q10a, Q11a, Q12, Q15 relatives aux différents temps de la consultation « tabac » et au suivi.

Toutefois, 5 questions ayant remporté un taux de satisfaction de 100%, aucun test n'a finalement été nécessaire. Cela concernait les questions : Q2 (Délai de prise en charge), Q4 (Évaluation de la relation avec le tabac), Q6a (Informations données sur les conséquences sanitaires du tabac), Q7a (Informations données sur les bénéfices du sevrage), et Q10a (Réalisation de la spirométrie).

Un lien significatif n'a été retrouvé que pour 3 questions : Q8c (Informations données sur les effets indésirables des TNS), Q8d (Informations données sur les possibilités de prise en charge psychologique) et Q12 (Durée de la consultation). (Tableau 1a, 1b et 1c)

Tableau 1a : Croisement des questions Q14 et Q8c (Test de Fisher : $p=0.04$)

Q14/Q8c	Insatisfait	Satisfait	Total
Insatisfait	2 (100%)	0 (0%)	2
Satisfait	9 (19%)	39 (81%)	48
Total	11	39	50

Tableau 1b : Croisement des questions Q14 et Q8d (Test de Fisher : $p=0.03$)

Q14 /Q8d	Insatisfait	Satisfait	Total
Insatisfait	2 (100%)	0 (0%)	2
Satisfait	7 (15%)	39 (85%)	46
Total	9	39	48

Tableau 1c : Croisement des questions Q14 et Q12 (Test de Fisher : $p=0.006$)

Q14 /Q12	D'accord	Pas d'accord	Total
Insatisfait	0 (0%)	2 (100%)	2
Satisfait	52 (94%)	3 (6%)	55
Total	52	5	57

Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif pour les questions Q3 (Connaissance par le patient de l'un des professionnels de santé), Q5 (Évaluation de la motivation à l'abstinence), Q8a (Informations délivrées sur les TNS), Q8b (Informations données sur l'utilisation de la cigarette électronique), Q8e (Informations données sur les médecines alternatives), Q9a (Informations données sur les difficultés du sevrage), Q11a (Présence du binôme) et Q15 (Le suivi).

La question Q14 ne comptabilisait que 2 insatisfaits parmi les 58 patients interrogés, nous avons décidé de nous interroger sur leurs profils et les points qu'ils n'avaient pas appréciés.

Le patient A est un homme de 54 ans dont la consommation tabagique quotidienne avant la consultation « tabac » s'élevait à 20 cigarettes. Il déclarait fumer depuis l'âge de 15 ans et n'avait jamais réalisé de tentative de sevrage.

Son insatisfaction portait sur :

- Les informations délivrées par les professionnels de santé à propos de la cigarette électronique, les effets indésirables éventuels des TNS, les possibilités de prise en charge psychologique ou de recours aux médecines alternatives, ainsi que celles portant sur les difficultés éventuellement rencontrées lors du sevrage. Pour toutes ces questions, les informations suivantes étaient jugées insuffisantes.
- La durée de consultation.
- Le suivi. Il était sur ce point « tout à fait d'accord » avec le fait qu'un suivi régulier serait plus adapté.

Ce patient s'estimait satisfait d'avoir pu réaliser une spirométrie, et affirmait que cela pouvait renforcer sa motivation.

De même, il a apprécié la présence du binôme pluri-professionnel mais ne pense pas que cela constitue un avantage dans le sevrage, et ne souhaite pas bénéficier d'une nouvelle consultation avec 2 professionnels dans le suivi.

Il recommande néanmoins ce dispositif à ces proches.

Au moment de l'évaluation, il avait réduit sa consommation à 15 cigarettes par jour et avait toujours le projet d'arrêter de fumer. Il rapportait avoir fait 2 tentatives de sevrage et avoir discuté de la rechute avec son médecin.

Le patient B est âgé de 72 ans. Il a débuté son intoxication tabagique à l'âge de 30 ans et fumait avant la consultation « tabac », 10 cigarettes par jour. Il avait déjà essayé de réaliser un sevrage 1 fois. Nous n'avons pas d'information sur le sexe du patient.

Son insatisfaction portait sur :

- Les informations délivrées par les professionnels de santé, portant sur la cigarette électronique, les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels des TNS, les possibilités de prise en charge psychologique ou de recours aux médecines alternatives. Pour toutes ces questions les informations étaient jugées insuffisantes.
- La durée de consultation
- Le suivi. Il était toutefois en désaccord avec l'idée d'un suivi plus régulier.

Ce patient s'estimait satisfait d'avoir pu réaliser une spirométrie, mais contrairement au patient A, ne pense pas que cela puisse renforcer sa motivation.

Il n'a pas répondu aux questions portant sur la présence du binôme pluri-professionnel lors de la consultation mais déclare ne pas souhaiter bénéficier d'une nouvelle consultation avec 2 professionnels dans le suivi.

Enfin ce patient ne s'estimait pas plus motivé après la consultation et ne recommanderait pas le dispositif à un proche.

Au moment de l'évaluation, il avait réduit sa consommation à 6 cigarettes par jour et avait toujours le projet d'arrêter de fumer. Il rapportait avoir fait 2 tentatives de sevrage et ne pas en avoir discuté avec son médecin, le jugeant incapable de gérer la rechute.

B) Avantage du binôme pluri-professionnel dans l'aide au sevrage

Nous avons regroupé certaines modalités de réponse de la question q1, au sujet du statut tabagique des patients au moment de l'étude, pour l'interprétation de nos résultats :

- « Vous fumez pareil » et « Vous fumez plus » sous la formule « **Consommation identique ou augmentée** » ;
- « Vous fumez moins » et « Vous avez arrêté de fumer pendant une période mais vous avez repris en fumant qu'avant » sous la formule « **Consommation diminuée** » ;
- « Vous avez arrêté de fumer pendant une période mais vous avez repris la même consommation qu'avant » et « Vous avez moins fumé pendant une période mais vous avez repris la même consommation qu'avant » sous la formule « **Tentative d'arrêt puis consommation identique** » ;

- enfin nous avons gardé telle quelle la catégorie « **Vous avez arrêté de fumer** ».

Notre analyse a retrouvé un lien significatif entre l'arrêt ou la diminution de la consommation tabagique, et l'avantage perçu par les patients de la présence du binôme pluri-professionnel à la consultation ($p=0,007$).

En effet, un groupe se distingue des autres et appuie cette hypothèse : Les 6 patients ayant une consommation de tabac identique ou augmentée, et qui ne trouvent pas d'intérêt à la présence du binôme en consultation, représente 75% des patients en désaccord avec le binôme. (*Tableau 2*)

Tableau 2 : Croisement de la question q1 (Statut tabagique du patient au moment de l'étude) et Q11b (Avantage du binôme pluri-professionnel perçu par le patient dans le sevrage tabagique) (Test de Fisher : $p=0.007$)

q1 /Q11b	D'accord	Pas d'accord	Total
Consommation diminuée	20(95%)	1(5%)	21
Consommation identique ou augmentée	8(57%)	6(43%)	14
Tentative d'arrêt puis reprise d'une consommation identique	10(100%)	0(0%)	10
Arrêt du tabac	7(87,5%)	1(12,5%)	8
Total	45	8	53

C) Rôle de la spirométrie dans le renforcement motivationnel au sevrage

Notre analyse a également révélé un lien significatif entre le renforcement motivationnel lié à la pratique de la spirométrie, et l'arrêt ou la diminution de la consommation tabagique ($p=0,03$).

Notamment un groupe se détache : Les 6 patients ayant une consommation de tabac identique ou augmentée, qui ne sont pas d'accord avec le rôle de renforcement motivationnel de la spirométrie, représentent 66,7% des patients en désaccord avec ce rôle bénéfique de la spirométrie. (Tableau 3)

Tableau 3 : Croisement de la question q1 (Statut tabagique du patient au moment de l'étude et Q10c (Rôle de la spirométrie dans le renforcement motivationnel du patient) (Test de Fisher : $p=0.03$)

q1/Q10c	Pas d'accord	D'accord	Total
Consommation diminuée	1 (5%)	20 (95%)	21
Consommation identique ou augmentée	6 (37,5%)	10 (62,5%)	16
Tentative d'arrêt puis reprise d'une consommation identique	2 (18%)	9 (82%)	11
Arrêt du tabac	0 (0%)	8 (100%)	8
Total	9	47	56

D) Impact de la connaissance des professionnels dans le renforcement motivationnel

A ce sujet, là encore par souci de clarté et de pertinence des résultats, nous avons choisi de regrouper les items de réponse à la question Q3 (connaissance par le patient des professionnels de santé) selon 2 modalités : OUI le patient connaissait au moins l'un des membres du binôme, NON le patient n'en connaissait aucun.

Notre étude n'a retrouvé aucun lien significatif entre le fait de connaître au préalable au moins l'un des membres du binôme animant la consultation, et la satisfaction globale des patients vis à vis du protocole ($p=1$) d'une part ; et le renforcement motivationnel au sevrage ressenti en fin de consultation ($p=0,65$) d'autre part. (*Tableau 4 et 5*)

Tableau 4 : Croisement des questions Q14 et Q3 (Test de Fisher : $p=1.00$)

Q14 / Q3	Oui	Non	Total
Insatisfait	2 (100%)	0 (0%)	2
Satisfait	46 (82%)	10 (18%)	56
Total	48	10	58

Tableau 5 : Croisement des questions Q3 et Q13 (Test de Fisher : $p=0.65$)

Q3 / Q13	D'accord	Pas d'accord	Total
Oui	40 (85%)	7 (15%)	47
Non	8 (80%)	2 (20%)	10
Total	48	9	57

VI/ Analyse ACM des résultats

Comme fréquemment réalisé pour les études de satisfaction, nous avons effectué une analyse de correspondances multiples (Annexe 7) afin de dégager des tendances de résultats entre :

- d'une part, le taux de satisfaction globale (Q14), l'avantage du binôme pluri-professionnel (Q11b), et le renforcement motivationnel de la spirométrie (Q10c)
- et d'autre part, le sexe, l'âge, le nombre de cigarettes consommées avant l'entrée dans le protocole d'aide au sevrage, l'ancienneté du tabagisme et, le statut tabagique au moment de l'étude (q1).

Deux faits marquants ressortent de cette analyse, bien que seulement 26,6% de l'information globale du fichier ait été résumée. Il a été mis en évidence une corrélation entre le fait de concevoir un avantage à la présence du binôme, et le rôle de la spirométrie dans le renforcement motivationnel, particulièrement chez les fumeurs intensifs (groupe bleu dans le graphique de l'ACM).

Par ailleurs, dans notre population, on remarque que les femmes sont plus jeunes, ont donc une ancienneté vis à vis du tabac plus faible (en vert sur le graphique), mais ont le même niveau de consommation (>10 cigarettes quotidiennes), que les hommes de notre étude qui sont plus âgés et ont une ancienneté du tabagisme plus importante (en rouge sur le graphique).

Au total, notre étude rapporte une satisfaction globale de 96,6% vis à vis de notre protocole d'aide au sevrage tabagique.

Un lien significatif a été montré, entre satisfaction globale et, d'une part les informations délivrées sur les effets secondaires des substituts nicotiques ($p=0,04$), ou sur la prise en charge psychologique ($p=0,03$), et d'autre part avec la durée de la consultation ($p=0,006$).

Plusieurs points ont recueilli une satisfaction de 100% et n'ont de ce fait, pas été soumis à un test d'analyse bi-variée. Cela concernait le délai de prise en charge, l'évaluation de la relation avec le tabac, les informations données sur les conséquences sanitaires du tabac et sur les bénéfices au sevrage, ainsi que la réalisation de la spirométrie.

Par ailleurs un lien significatif a été établi entre la diminution ou l'arrêt de la consommation tabagique et, d'une part le rôle de la spirométrie dans le renforcement motivationnel ($p=0,03$), et d'autre part avec l'avantage perçu par les patients de la présence du binôme pluri-professionnel ($p=0,007$).

14,3% des patients de l'étude rapportent être abstinents, tandis que 37,5% ont diminué leur intoxication tabagique.

DISCUSSION

A l'heure où le paternalisme médical est abandonné, pour donner au patient une place équivalente à celle du médecin dans la relation médicale, la réalisation de cette étude est importante afin d'évaluer la satisfaction des patients vis à vis du protocole d'aide à l'arrêt du tabac.

Dans le cadre du sevrage tabagique, certaines études ont montré que beaucoup de patients fumeurs estiment que le professionnel de santé fait encore preuve d'autorité ou de condescendance dans son discours et manque d'écoute et d'empathie (5) (27).

Notre étude s'inscrit dans une démarche d'écoute du ressenti du patient vis à vis de l'intervention d'aide au sevrage proposée, et de considération de ses préférences, afin de favoriser son implication, et par là même, son adhésion thérapeutique au projet de sevrage tabagique. L'observance thérapeutique pourrait alors s'en trouver renforcée ce qui permettrait d'accroître les chances de réussite du sevrage (29).

Le patient de manière générale, et notamment le patient entamant un sevrage tabagique, est désireux de se sentir acteur, collaborateur dans sa prise en charge. Il appartient au médecin d'être à l'écoute et de lui donner toutes les clefs pour lui permettre une prise de décision éclairée.

C'est également dans ce cadre, que des outils d'aide décisionnelle notamment au sujet des traitements médicamenteux du sevrage tabagique, ont été établis pour permettre au patient d'exercer son autonomie dans sa prise en charge (34).

D'un autre côté, une étude de satisfaction menée en soins primaires, a montré que la réalisation de ce genre d'enquête était constructive et source de dynamisme chez les soignants (35).

I/ Forces et faiblesses de l'étude

Avec 60 questionnaires recueillis sur les 96 consultations réalisées, notre étude a remporté un taux d'adhésion important, ce qui en fait une force, car offrant un bon reflet de la population étudiée.

Toutefois plusieurs faiblesses sont à souligner :

Le petit nombre de patients interrogés conduit à un manque de puissance de nos analyses statistiques.

Par ailleurs, plusieurs biais peuvent être à l'origine d'une majoration erronée du taux de satisfaction :

- Tout d'abord, la réalisation même d'une enquête de satisfaction a tendance à augmenter la satisfaction des interrogés. Cela résulte de la mise en confiance et de la motivation provoquée par la valorisation du sujet, liée au fait que sa participation soit requise : C'est l'effet Hawthorne (36).

- De plus, après incitation téléphonique, les questionnaires ont été remis, pour la plupart, aux patients en main propre, remplis sur place, puis rendus aux secrétaires. Il n'est donc pas improbable que notre étude soit soumise au biais de désirabilité sociale. Bien que n'étant pas impliquées dans le recueil des données, la présence des secrétaires a pu influencer les réponses des patients souhaitant se montrer favorablement à l'équipe. En

effet il a été démontré que ce type de biais était fréquemment retrouvé dans les enquêtes papier (versus enquête en ligne) et qu'il était d'autant plus important lorsque la source de diffusion était connue par le répondant (37).

- Par ailleurs le fait que notre questionnaire comporte principalement des questions fermées, cela peut être source, chez les patients, de sélection des réponses positives sans répondre aux propositions négatives, à l'origine du biais d'acquiescement.

L'anonymat des questionnaires ne nous a pas permis d'accéder au bilan d'activité réalisé, ou au dossier médical des patients, nous privant d'une source importante d'informations concernant entre autres ses comorbidités et co-addictions éventuelles, et le compte rendu de sa consultation « tabac » avec les données objectives de la spirométrie. De ce fait il était difficile de pouvoir comparer précisément notre population à celle des études existantes, ou de mettre en avant des profils interférents sur la difficulté du sevrage tabagique dans notre population. Une des pistes pour contourner ce problème, aurait été de demander au patient de noter les 3 premières lettres de son nom et de son prénom.

La satisfaction globale était estimée à 96,6%. Seuls 2 patients ont répondu être insatisfaits par le dispositif dans son ensemble, ce qui fait, en plus de se poser la question des biais, se discuter l'intérêt de réalisation du test d'analyse bi-variée mettant en jeu la satisfaction globale, lors de notre étude.

Bien qu'ils ne soient pas nombreux, il nous a alors semblé plus pertinent de se pencher sur les causes d'insatisfaction des deux insatisfaits, plutôt que de décrire une satisfaction non significative, même si on ne pourra bien entendu pas établir de profils type mais cela

aura le mérite d'attirer notre attention sur quelques points pouvant faire l'objet d'une amélioration dans notre prise en charge.

Malgré ses faiblesses, notre étude a su mettre en évidence les points forts du dispositif et ceux devant faire l'objet d'une amélioration afin de perfectionner la prise en charge du sevrage tabagique et d'augmenter le taux d'abstinence de nos patients.

L'identification précise des points faibles de notre étude est importante, car cette enquête de satisfaction est le point de départ d'une série d'autres travaux de recherche, témoignant de la volonté de l'équipe, de faire intervenir davantage les usagers dans la vie de la Maison de santé, comme le montre un travail de thèse à venir sur le ressenti des patients vis à vis de la téléconsultation.

II/ Caractéristiques de la population étudiée

La population des Hauts de France compte 34,2% de fumeurs, quotidiens et occasionnels, avec une proportion plus importante d'hommes que de femmes (respectivement 38,3% et 30,1%) (3). La population de notre étude était, quant à elle, globalement homogène avec 51,9% de femmes et 48,1% d'hommes.

La tranche d'âge 46-60 ans était la plus représentée dans notre population, avec 48,2% (*Figure 9*), alors que ce sont plutôt les tranches d'âge inférieures qui sont majoritaires dans la population des Hauts de France : 43,9% pour les 18-30 ans et 45,9% pour les 31-45 ans (3). (*Figure 10*)

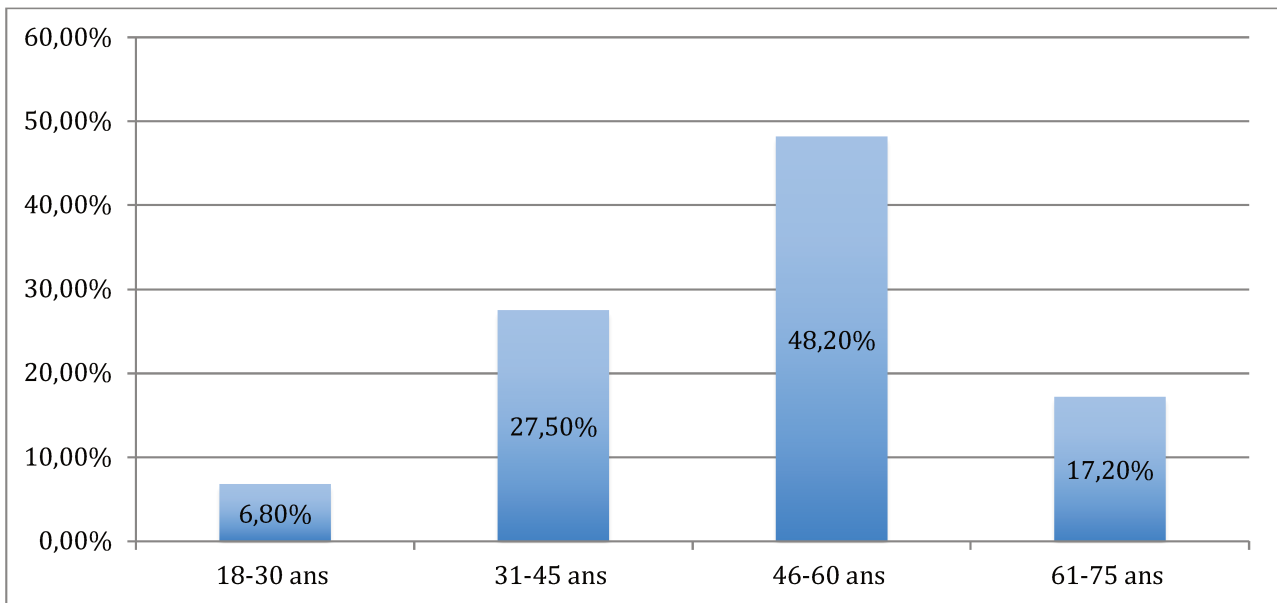


Figure 9 : Répartition de notre population d'étude par tranche d'âge

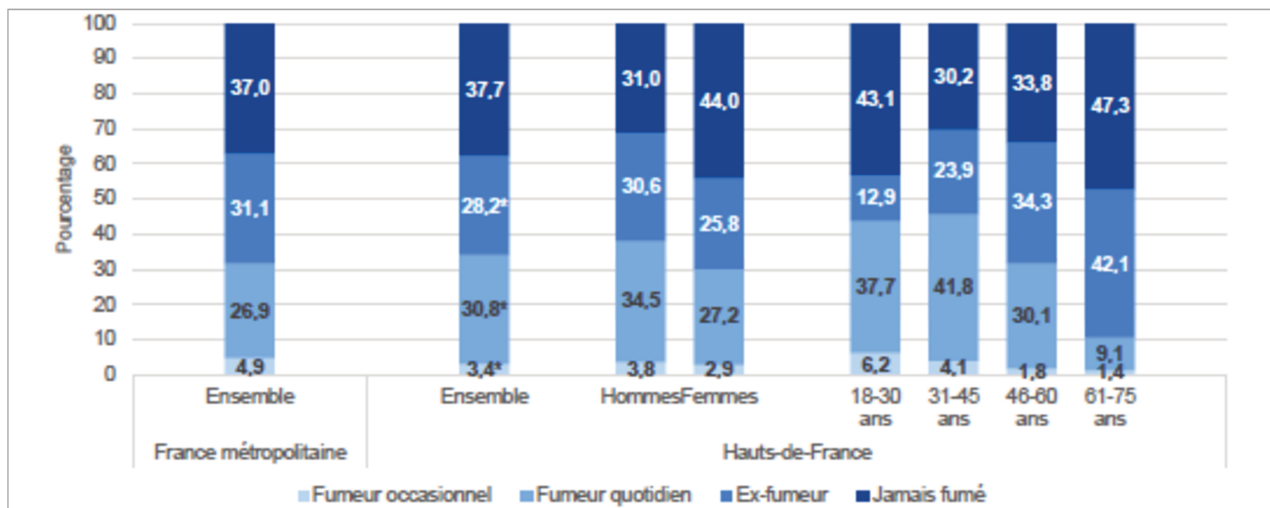


Figure 10 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et Haut-de-France, et selon le sexe et l'âge pour la région Haut-de-France, 2017 ; issue du BSP Hauts-de-France 2019.

Notre population comptait 81% de fumeurs intensifs, soit 8,9 % de plus que la moyenne régionale (74,4% en 2017 dans les Hauts-de-France) (3).

Par ailleurs, le baromètre santé 2019 des Hauts-de-France a montré qu'en 2017 les femmes fumaient en moyenne 13,7 cigarettes quotidiennes, contre 16,1 chez les hommes

(3). Ce point est confirmé par notre analyse ACM qui suggère que le niveau d'intoxication tabagique des femmes de notre étude qui, bien que plus jeunes et avec une ancienneté du tabac plus courte, est similaire à celui des hommes qui sont plus âgés, et s'élève à plus de 10 cigarettes par jour. Plus particulièrement, les femmes de notre étude fumaient environ 20,2 cigarettes quotidiennes contre 21,8 pour les hommes.

Enfin, toujours selon le baromètre santé 2019 des Hauts de France sur l'année 2017, 21% des fumeurs des Haut-de-France ont réalisé une tentative d'arrêt du tabac dans l'année. 78,6% de nos patients ont déclaré avoir fait une tentative d'arrêt. Cette discordance peut s'expliquer par le fait que nous n'ayons pas précisé de limite de temps dans notre questionnaire pour évaluer la présence de tentative d'arrêt.

Cependant nous observons une tendance similaire, dans notre population d'étude et au niveau régional, concernant la proportion de tentative d'arrêt selon la tranche d'âge des individus : les patients jeunes essayent davantage de se sevrer de leur intoxication tabagique. (Figures 11 et 12)

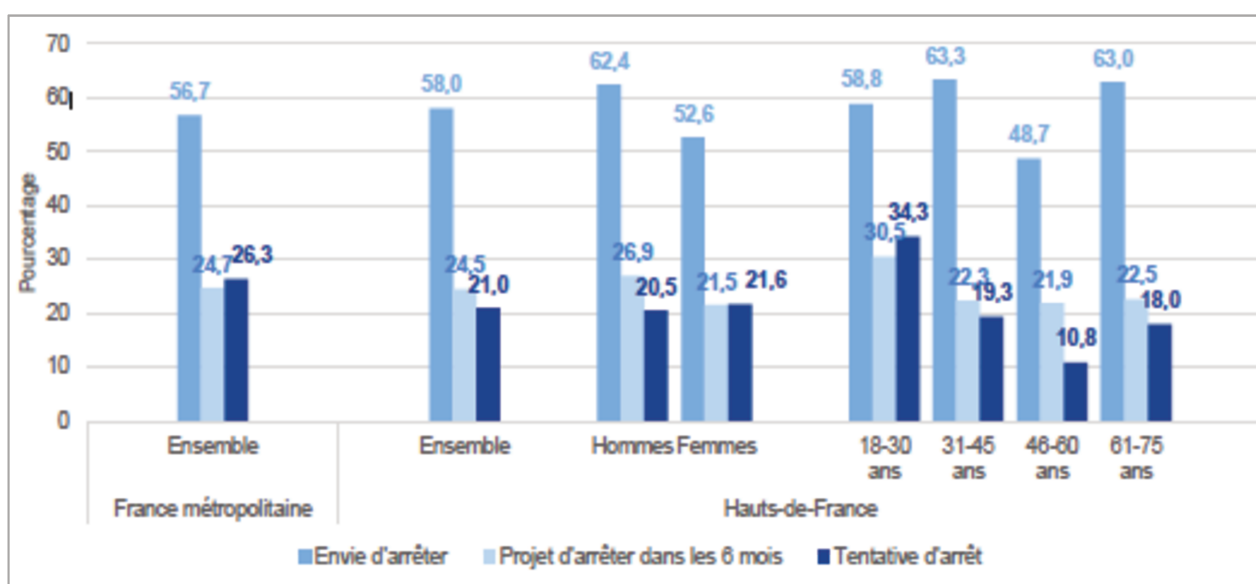


Figure 11 : Tentative d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer chez les fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine et Hauts-de-France, et selon l'âge et le sexe pour la région Hauts-de-France, 2017 ; issue du BSP Hauts-de-France 2019.

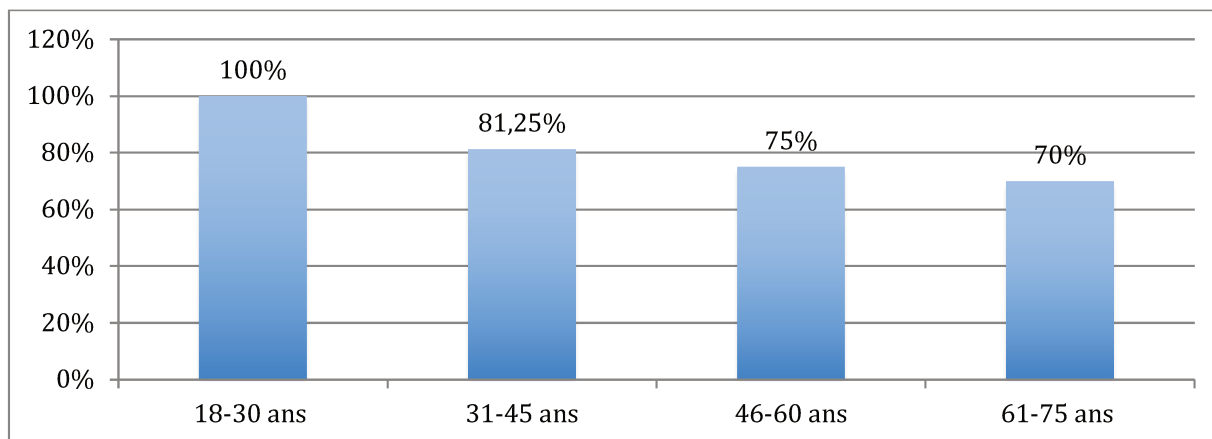


Figure 12 : Répartition des tentatives d'arrêt par tranche d'âge au sein de notre population

II/ Caractéristiques du protocole d'aide au sevrage et perspective d'amélioration

A) Délai d'obtention d'un rendez-vous pour la consultation

Nous ne possédons pas de valeurs chiffrées à ce sujet dans le protocole. En général, ce délai n'excédait pas un mois puisque les consultations « tabac » étaient animées mensuellement.

Notre étude a rapporté un taux de satisfaction vis à vis de ce délai de 100%.

Il n'y a que peu de données précisément établies à ce sujet, dans la littérature. Une étude de 2000, rapportait un délai moyen avant la première consultation de tabacologie de 9 jours en libéral (38). Le dispositif de la ligne téléphonique « Tabac Info Service » prévoit quant à lui, un délai de moyen de 3 jours entre la première approche avec le téléconseiller et l'entretien avec le tabacologue qui réalisait le bilan tabagique du patient (21).

Il me semble que le délai de la consultation soit un peu long, notamment pour les patients désireux d'entreprendre une démarche de sevrage. Si la prise en charge du sevrage tabagique est alors initiée avant la consultation « tabac », il n'est donc pas prévu de réévaluation systématique dans l'intervalle, hormis celles à la demande du patient, ce qui peut diminuer les chances de réussite du sevrage.

Une des solutions à discuter serait d'étoffer l'offre de consultations « tabac » en proposant éventuellement 2 consultations mensuelles.

Un travail de thèse de 2019, sur l'élaboration d'un protocole d'aide au sevrage tabagique à visée des femmes enceintes, évoquait un délai de 1 à 2 semaines (39).

C'est un point à retravailler et à tracer afin de permettre une analyse et une comparaison plus précise du protocole vis à vis d'autres dispositifs d'aide au sevrage.

B) Intervention des professionnels lors de la consultation « tabac »

L'évaluation de la relation du patient avec le tabac, notamment son histoire et ses habitudes de consommation ont remporté un taux de satisfaction de 100% chez les patients de notre étude, mais nous n'avons pas établi de lien significatif entre l'évaluation de leur motivation et leur satisfaction.

Dans le protocole, un schéma type de déroulement de la consultation rempli par les professionnels permet, entre autres, d'appréhender ces différents points et d'homogénéiser la consultation entre les différents praticiens (Annexe 8).

Les données de la littérature montrent qu'il est important pour les patients que soient pris en considération leur histoire individuelle avec le tabac, les raisons intimes qui les poussent à poursuivre leur consommation tabagique, ainsi que leur niveau d'addiction,

pour mieux appréhender le niveau de challenge qu'induit le sevrage tabagique, et ne pas se limiter à la délivrance d'un traitement standardisé (27) (5).

Comme recommandé dans la littérature, la dépendance au tabac était évaluée via le Test de Fagerström en 6 questions.

Néanmoins, on note que l'évaluation de la motivation n'est pas standardisée dans le protocole : certains praticiens usent d'une échelle de 0 à 10, d'autres s'appuient sur les étapes du cercle de Prochaska et Diclemente, ou utilisent un système de croix (+, ++, +++). L'utilisation d'un unique moyen de mesure permettrait alors d'homogénéiser les pratiques de chacun afin de permettre une meilleure approche du patient et donc une meilleure prise en charge. L' HAS propose, à destinée du patient, l'utilisation d'une échelle analogique pour l'évaluation de la motivation et des freins au sevrage, (tout comme le guide de consultation validé par la société francophone de tabacologie (Annexe 9)), et pour le médecin, l'usage du cercle de Diclemente et Prochaska afin qu'il puisse adapter sa conduite à tenir en fonction du stade motivationnel du patient (40).

Qu'elles soient en lien avec les conséquences sanitaires du tabac, ou les bénéfices à l'abstinence, les informations délivrées par les professionnels de santé, ont remporté un taux de satisfaction de 100%.

En ce qui concerne celles portant sur les traitements médicamenteux ou non médicamenteux du sevrage, nous avons trouvé un lien significatif avec la satisfaction globale, seulement pour les informations relatives aux effets secondaires des TNS et aux possibilités de prise en charge psychologique (respectivement $p=0,04$ et $p=0,03$).

En revanche il n'a pas été établi de lien significatif entre la satisfaction globale et les informations données par les soignants, relatives aux modalités d'utilisation des TNS ou

de la cigarette électronique, aux possibilités de recours aux médecines alternatives, ainsi que sur les éventuelles difficultés liées au sevrage.

Une des pistes d'amélioration, en ce qui concerne les modes d'emploi des TNS, serait l'utilisation d'outils d'aide à la décision médicale partagée comme le suggère une étude suisse (34).

Par ailleurs le fait de délivrer un carnet de suivi, tel que celui validé par la société francophone de tabacologie (Annexe 10), pourrait servir de support à l'information des patients sur les difficultés du sevrage, et permettrait de renforcer leur adhésion dans le suivi.

C) Durée de la consultation

Dans le protocole la consultation « tabac » était programmée toutes les 15 minutes mais durait en général 20 minutes en moyenne.

Notre étude évoque un taux de satisfaction des patients significativement établi à ce sujet ($p=0,006$).

Parmi les 5 patients ayant mentionné que ce point devait être amélioré, 2 ont suggéré d'en allonger la durée.

C'est un point de mécontentement retrouvé dans la littérature : les patients souhaitant des consultations plus longues (27).

Il a été démontré que des consultations d'au moins 20 minutes permettaient d'améliorer les résultats du sevrage (41). Le médecin a alors le temps d'écouter et d'informer, et permet ainsi la prise de décision éclairée du patient. Cette décision médicale partagée étant un atout dans l'aide au sevrage tabagique (29).

D) Le suivi du sevrage

Le suivi post consultation « tabac » est le point le plus controversé du protocole avec 92,8% des répondants en accord avec l'idée d'avoir un suivi plus régulier, et c'est également le point arrivant en tête des propositions à améliorer avec 35,1% des réponses.

C'est aussi l'un des items pointés du doigt dans la littérature, par les patients atteints de BPCO, qui aspirent à un suivi au long cours (27).

En effet, dans le protocole les patients étaient recontactés systématiquement par téléphone à 6 mois de leur consultation afin de réévaluer leur consommation puis cette idée a été abandonnée par manque de faisabilité.

Aucun suivi systématique dans le cadre du protocole, n'était donc proposé, le patient étant libre de reconsulter son médecin traitant afin de suivre à sa guise son sevrage.

Or les données de la littérature mentionnent qu'un suivi régulier sur le long cours permet de prévenir les récurrences et d'améliorer la réussite du sevrage (42). L'HAS recommande en ce sens, un suivi hebdomadaire initial puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants (grade B) avec un recours possible si nécessaire, aux consultations téléphoniques entre les consultations physiques (accord d'experts) (40). Plusieurs études proposent une durée de suivi de 6 à 12 mois (5) (43), notamment du fait d'un sur-risque démontré de survenue de rechute après l'arrêt des TNS (44).

Bien que chronophage pour le médecin, un schéma de suivi comprenant 1 consultation par semaine pendant 1 mois puis 1 consultation par mois pendant 1 an, ponctué d'appels

téléphoniques si nécessaire, semble être une piste d'amélioration du dispositif. La délégation et la collaboration avec un des professionnels paramédicaux formés, en leur attribuant certaines réévaluations, pourraient être une bonne alternative à discuter, surtout à l'heure du développement de la coordination pluri professionnelle en soins primaires.

Par ailleurs, afin d'harmoniser les suivis de chaque patient par tous les professionnels, il pourrait être judicieux de s'inspirer du guide standardisé de consultation et de suivi, validé par la société francophone de tabacologie (Annexe 9).

Quoiqu'il en soit, si le schéma proposé sert de base de prise en charge, il est nécessaire que le suivi soit personnalisé et adapté aux besoins de chaque patient.

E) La spirométrie

Notre travail a montré un taux de satisfaction de 100 % des patients quant à la possibilité de pouvoir effectuer une spirométrie lors de la consultation « tabac ».

Ce résultat est supérieur à celui retrouvé dans l'étude de L Bunge et al. évaluant la faisabilité de la spirométrie en médecine générale (45), où 82 % des patients se disaient satisfaits de la proposition de réaliser cet examen par leur médecin traitant, et 66,3% sont revenus pour y participer.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre protocole prévoyait la réalisation de la spirométrie lors d'une même consultation, alors que deux consultations distinctes étaient effectuées dans l'étude de L Bunge et al.

Nos résultats retrouvaient un taux d'arrêt de la consommation tabagique après réalisation de la spirométrie comparable à celui de L Bunge (respectivement 14,3% et 10%).

Comme la plupart des travaux à ce sujet, même si les preuves restent limitées (46) (47), les résultats de notre étude mettent en évidence un lien significatif de l'apport de la spirométrie dans le renforcement motivationnel des patients à arrêter de fumer ($p=0,03$).

Dans la littérature, l'apport de la réalisation de spirométrie a surtout été évaluée en association avec le commentaire du résultat de cet examen par le médecin, et notamment la communication de l'âge pulmonaire au patient.

Il semble que ce dernier point apporte un bénéfice dans le sevrage tabagique, tout comme le confirme l'étude de A Lorenzo et al sur le rôle de la spirométrie dans le sevrage tabagique en médecine générale (30), qui montre une association significative entre le changement motivationnel et la spirométrie.

Ces résultats encourageants nous invitent à poursuivre la réalisation d'une spirométrie dans l'aide au sevrage tabagique en soins primaires, lors de la consultation initiale de prise en charge, et d'insister sur l'information des patients de leur âge pulmonaire, chose qui n'était pas systématiquement effectuée lors de notre consultation.

La plupart des spirométries réalisées chez les patients jeunes se révélant être normales quelque soit leur consommation tabagique (48), le recours à la mesure du CO expiré dans le protocole, en cas de spirométrie non pathologique pourrait être discuté afin de permettre une prise de conscience par le patient de son degré d'intoxication tabagique, et de renforcer sa motivation à l'arrêt (49).

Par ailleurs il permet de quantifier précisément le taux de nicotine ingéré et d'adapter au mieux le suivi des patients en cours de sevrage en prenant en compte l'éventuel phénomène de compensation (50). « La mesure du CO expiré doit être utilisée chez le fumeur comme la mesure de la pression artérielle chez l'hypertendu » (49). Néanmoins

ces derniers résultats sont discordants avec ceux de 2 études récentes qui ne retrouvent pas de bénéfice significatif de la mesure du CO dans le sevrage tabagique (46) (51) .

Enfin, malgré la multiplication des formations sur la spirométrie proposées aux médecins généralistes dans le cadre du plan BPCO 2018-2022 (6), plusieurs études ont montré que la faisabilité de ce test dans la pratique courante de médecine générale fait face à plusieurs obstacles, qu'il soient liés aux patients (difficultés physiques ou de compréhension de réalisation du test), ou aux médecins : durée parfois difficilement compatible avec celle d'une consultation de médecine générale et manque de confiance et d'expérience vis à vis de l'interprétation des tests, qui conduisent les médecins à se désintéresser de cette pratique (52) (53). Là encore la collaboration et la délégation aux professionnels paramédicaux de la MSP prennent alors toute leur place.

F) Le rôle du binôme pluri professionnels

Les données de la littérature actuelles soulignent l'implication de plus en plus forte du personnel paramédical et leur rôle à jouer dans le sevrage tabagique, et plus largement dans la prise en charge des pathologies chroniques. Leur association avec les médecins est particulièrement importante à l'heure actuelle, surtout dans ce contexte de lutte contre la désertification médicale et de multiplication des maisons de santé pluri-professionnelles.

Beaucoup d'études réalisées dans le cadre des soins primaires évoquent le rôle des IDE formées dans la réalisation de la spirométrie (54) (55) (56) (57) (58).

En France, la pratique de la débimétrie de pointe (mini spirométrie) est accessible aux IDE bénéficiant d'une formation à leur fonctionnement, tandis que la spirométrie est réservée aux IDE faisant partie intégrante du dispositif ASALE.

Les professionnels de notre maison de santé participant au protocole d'aide au sevrage ont suivi, quelque soit leur discipline, une initiation à l'utilisation du spiromètre d'une part, et d'autre part, une formation sur le dépistage de la BPCO, d'autre part, réalisée par un pneumologue, dans le cadre de leur DPC.

Par ailleurs, le rôle bénéfique des interventions répétées de counselling, réalisées par des IDE formées, a également été démontré en termes de rentabilité et d'efficacité dans le sevrage tabagique (59). Cela peut être un atout en médecine générale, où la réalisation d'interventions physiques ou téléphoniques itératives est peu réalisable en pratique par manque de temps. Ce dispositif a également été utilisé dans un autre centre de santé pour un protocole de sevrage tabagique chez la femme enceinte (39).

Enfin les IDE, entre autres, formés à l'animation de séances d'éducation thérapeutique pour les patients, jouent également un rôle important dans les programmes d'ETP. L'efficacité de ces interventions dans le sevrage tabagique a été démontré, notamment chez les sujets atteints de BPCO (60). Cela constitue un outil supplémentaire pour améliorer les chances de succès du sevrage dans cette population de patients, d'autant plus que le projet de la Maison de santé, de participer à un programme d'ETP concernant la BPCO, a récemment été accepté par l'ARS.

L'implication du kinésithérapeute dans la réalisation de la spirométrie est peu étudiée dans la littérature. Néanmoins certains travaux s'accordent à dire que les kinésithérapeutes

libéraux ont, au même titre que les IDE, un rôle à jouer dans le dépistage de la BPCO par la réalisation de la spirométrie (Mini-spirométrie), et dans le sevrage tabagique par la dispense de conseils à chaque fois que cela est nécessaire (61) (62). Cette pratique semble valider l'intérêt de l'inclusion des kinésithérapeutes dans notre protocole d'aide au sevrage tabagique.

Notre étude a montré un lien significatif entre l'avantage perçu par les patients de la présence du binôme pluri-professionnel à la consultation « tabac », et l'arrêt ou la diminution de leur consommation tabagique ($p=0,007$)

Aucune étude dans la littérature évoquant la présence simultanée lors d'une même consultation d'un médecin, et d'un IDE ou d'un MKDE, n'a été retrouvée.

Cependant, bien qu'il n'en soit que partiellement question lors de la consultation « tabac », une étude récente a confirmé le rôle important de l'interdisciplinarité, notamment de la vision, de l'analyse, et des compétences de chacun des membres de l'équipe soignante pour appréhender la complexité des patients dans l'ETP, particulièrement dans le domaine de l'addictologie (63).

Un travail de thèse portant sur le dépistage de la BPCO montre à travers la consultation coordonnée, que la collaboration médecin-infirmier est appréciée par les patients : ils déclarent se sentir plus à l'aise pour se confier, ce qui paraît être un atout indispensable pour favoriser l'alliance thérapeutique, qui plus est dans le domaine de l'addictologie et du sevrage tabagique (64).

Enfin l'analyse ACM a montré une corrélation entre le fait de concevoir un avantage à la présence du binôme pluri-professionnel, et le rôle de la spirométrie dans le renforcement motivationnel, particulièrement chez les fumeurs intensifs. Cette population représentant 81% des patients de notre étude, cela ne peut que nous pousser davantage dans la réalisation de cette pratique.

III/ Statut tabagique des patients au moment de l'évaluation de notre étude

Notre étude a retrouvé un taux de sevrage de 14,3%, et une diminution de la consommation tabagique pour 37,5 % de nos patients. Ces chiffres sont concordants avec les résultats de notre bilan d'activité.

Nous entendons par sevrage : l'absence d'intoxication tabagique au moment de l'évaluation par le questionnaire, mais nous n'avons pas défini de durée nous permettant d'analyser plus finement, ni de comparer nos données avec celles de la littérature. De même peu de travaux étudient le sevrage tabagique en soins primaires selon les mêmes modalités que celles du protocole de la maison de santé de Sin-Le-Noble.

A titre indicatif, un travail de thèse de 2013 portant sur un protocole de sevrage, dont le suivi était établi de manière beaucoup plus régulière, retrouvait un taux de sevrage à 6 mois de 38% et de 28% à 1 an (28).

Pour ce qui est des prises en charges spécialisées en France, une étude de 2016 sur l'efficacité de la ligne Tabac Info Service, retrouvait à 6 mois, un taux de sevrage depuis au moins 7 jours de 21,9%, et de 20,7% pour les sevrages de plus de 1 mois. Il est important de noter que la population étudiée dans le cadre de ce dispositif n'est pas

représentative de la population générale de fumeurs puisque les jeunes (15-24 ans), les chômeurs, et les ouvriers sont sous-représentés. Par ailleurs il a été observé que le taux de sevrage augmentait avec le nombre d'entretiens téléphoniques (21).

Enfin, l'efficacité des consultations de tabacologie du programme CDTnet entre 2011 et 2013, a retrouvé un taux d'abstinence de 45,2%. Ces consultations étaient majoritairement issues des services de tabacologie et d'addictologie hospitaliers. L'abstinence était définie par la présence d'au moins une tentative de sevrage maintenue à 1 mois pendant le suivi, validée par une mesure de CO expiré. Il a été observé que le taux de sevrage était majoré lorsque plusieurs traitements médicamenteux substitutifs étaient associés. Là encore, les fumeurs de ces consultations spécifiques ne sont pas représentatifs de la population générale de fumeurs du fait qu'il s'agit de patients ayant déjà essuyé plusieurs échecs dans d'autres parcours de soins, de patients présentant une plus forte dépendance tabagique, éventuellement des co-addictions ou des niveaux de consommation plus importants (65).

Par ailleurs, 48,3% de nos patients interrogés rapportaient ne pas avoir discuté de leur rechute avec leur médecin traitant. Pour le quart d'entre eux, les causes évoquées étaient en lien avec le médecin, notamment son impuissance à gérer la rechute ou son désintérêt. Cette notion est également décrite dans une étude chez les patients fumeurs atteints de BPCO, qui suggèrent que leurs difficultés pendant le sevrage (intensité de la dépendance, symptômes de manque, prise en charge des émotions déclenchant l'envie de fumer..) ne sont pas suffisamment prises en compte par les professionnels de santé (5). 49% des fumeurs estiment que fumer leur permet de faire face au stress et considèrent que les réponses apportées par les soignants sont insuffisantes (27).

Les recommandations HAS de 2014 (40) sur la gestion des faux pas ou de la reprise de l'intoxication tabagique, insistent notamment, sur la nécessité d'identifier les circonstances déclenchantes de la rechute et d'en évaluer les conséquences émotionnelles positives ou négatives.

Enfin 91,9% des patients fumeurs à l'issue de notre évaluation, ont toujours un projet de sevrage.

Ainsi, afin de faire progresser ce taux d'abstinence chez nos patients, ce travail suggère la mise en place de plusieurs pistes d'amélioration :

- La mise en place de consultation « tabac » bi-mensuelles pour raccourcir les délais de prise en charge
- L'emploi d'une échelle analogique visuelle couplée au cercle de Diclemente et Prochaska pour standardiser l'évaluation de la motivation,
- L'utilisation d'outils d'aide décisionnelles notamment pour les TNS à visée des patients
- La mise en place d'un schéma de suivi intensifié avec des consultations physiques et téléphoniques plus fréquentes, et l'utilisation d'un guide standardisé de consultation pour harmoniser les pratiques de chaque professionnel.
- L'usage d'un carnet de suivi remis au patient pour mieux évaluer son ressenti du sevrage, anticiper les éventuelles rechutes et l'impliquer davantage dans le processus.

- La communication systématique de l'âge pulmonaire lors de la réalisation de la spirométrie

Enfin l'utilisation de la mesure du CO expiré est à discuter, notamment en cas de spirométrie normale, pour renforcer la motivation des patients et leur implication dans le sevrage.

CONCLUSION

Même si cela reste à nuancer du fait de la présence de biais, notre enquête a remporté un fort taux de satisfaction avec 96,6% de patients appréciant notre dispositif d'aide au sevrage tabagique. Le suivi reste le point principal à améliorer.

Par ailleurs nous avons pu établir de manière significative, un lien entre l'arrêt ou la diminution de la consommation tabagique et le renforcement motivationnel lié à la spirométrie d'une part, et l'avantage perçu de la présence d'un binôme pluri-professionnel à la consultation d'autre part. Cette corrélation est particulièrement forte chez les fumeurs intensifs, qui constituent plus de de 80% de notre population.

L'étude de la satisfaction des patients est d'une grande importance en soins primaires : non seulement elle permet de fournir aux patients une prise en charge plus adaptée à leurs attentes, mais elle est également constructive et source de dynamisme pour l'équipe soignante.

Il n'y a que peu d'études s'intéressant à la satisfaction des patients vis à vis de protocoles d'aide au sevrage tabagique en soins primaires. Il serait intéressant de mener une étude comparable dans d'autres MSP de la région, et au sein de notre MSP de manière répétée dans le temps, afin de mieux juger de l'efficacité de notre prise en charge.

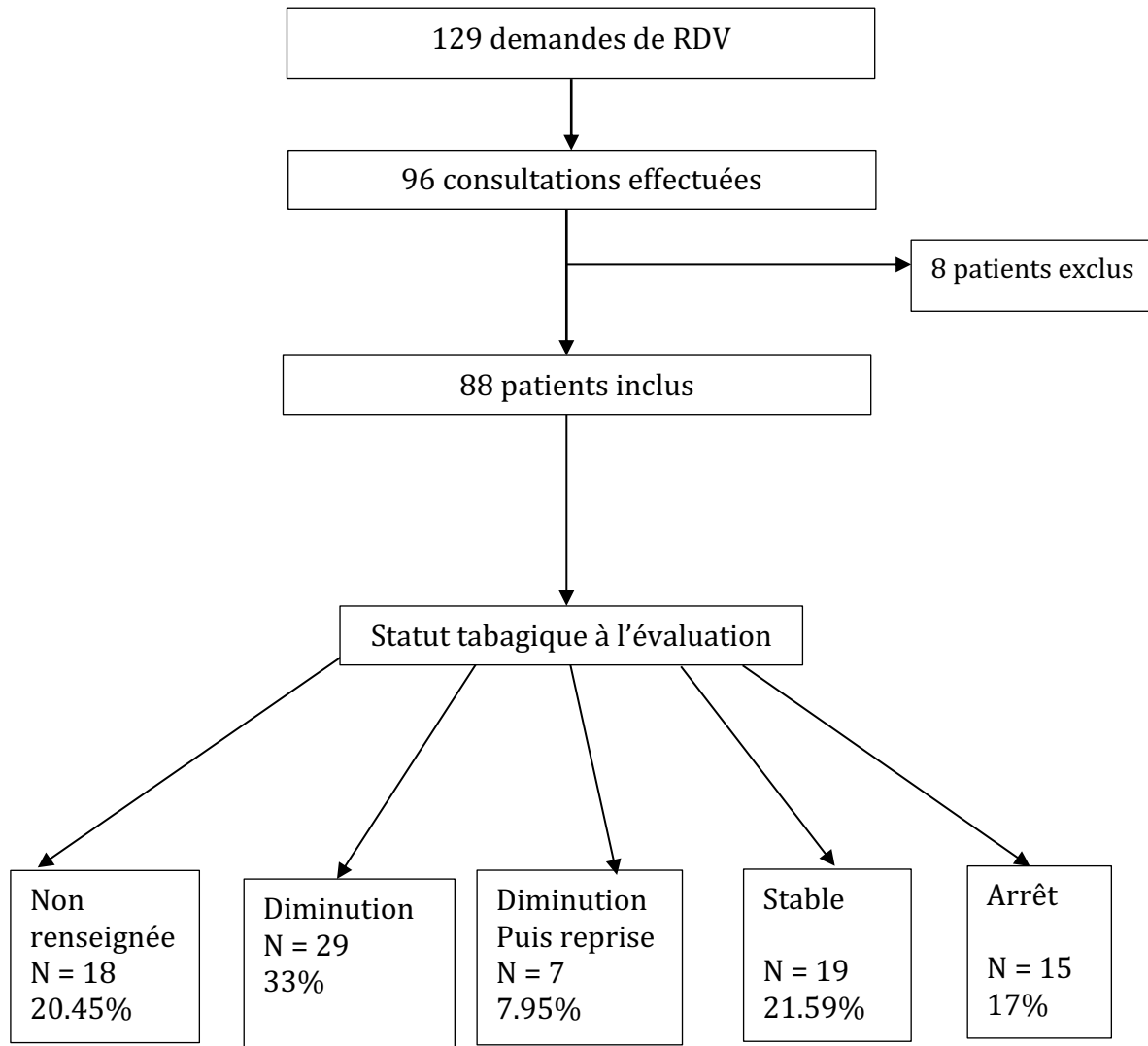
ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire type utilisé par les professionnels de la MSP lors du rappel à 6 mois

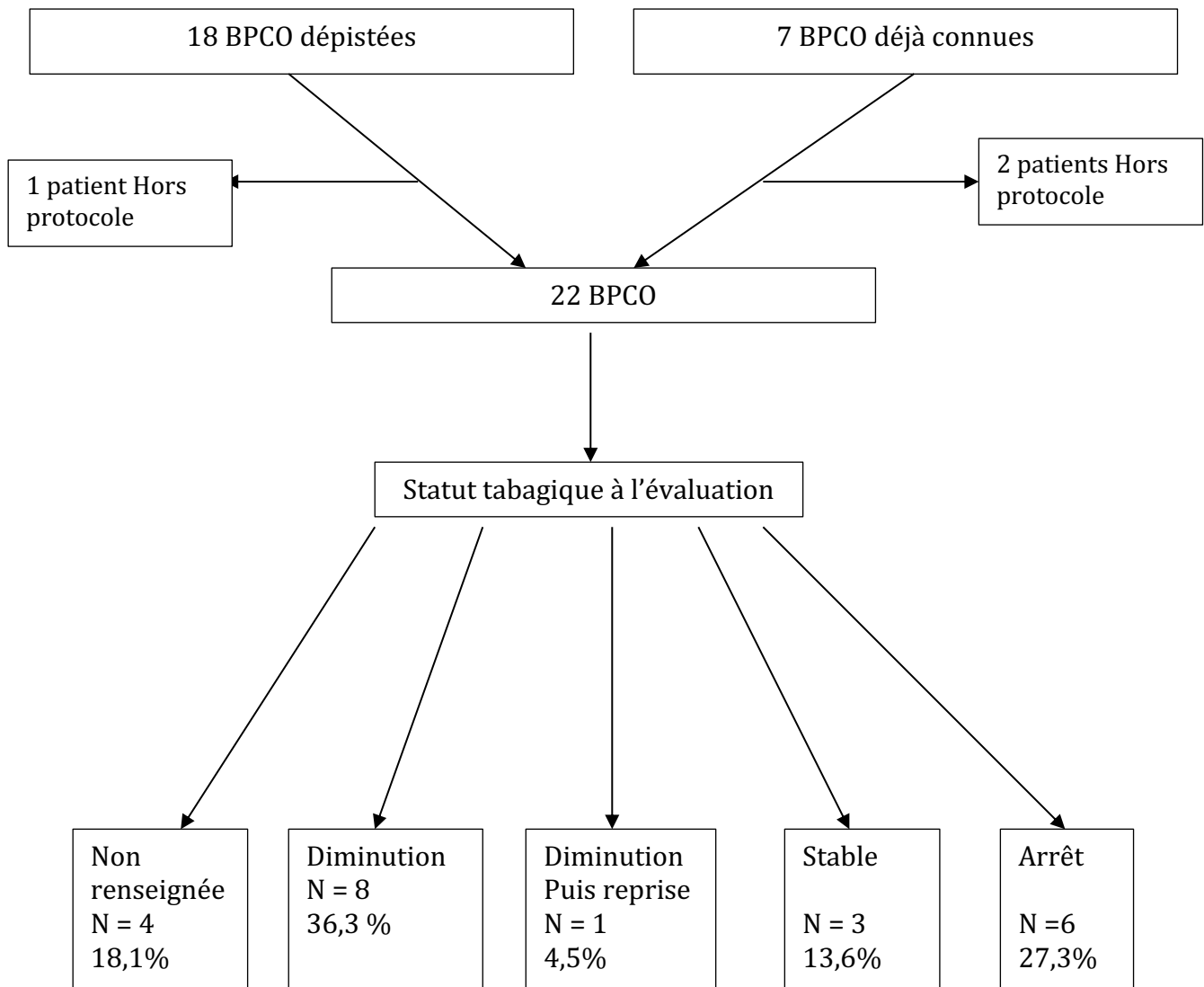
Vous avez bénéficié d'une consultation tabac au sein de la MSP le **date**
Suite à cette consultation, nous aimerions refaire le point rapidement avec vous par téléphone et recueillir votre avis sur cette action.

POINT STATUT TABAGIQUE	Aujourd'hui, où en êtes vous avec votre consommation de tabac ?	<input type="checkbox"/> Fume tous les jours <input type="checkbox"/> Fume occasionnellement <input type="checkbox"/> Fume : statut non défini <input type="checkbox"/> Ancien fumeur <input type="checkbox"/> diminution de la consommation
	Quelle était votre consommation au moment de la Consultation ? Quelle est votre consommation actuellement ? cigarettes/jour cigarettes/jour
ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE	Si le patient a entamé une démarche d'arrêt du tabac	Depuis quelle date : Durée du sevrage : Quels accompagnements ?
ORIENTATION/ SUITE DE LA PRISE EN CHARGE	Suite à cette consultation, avez vous refait le point avec	<input type="checkbox"/> Votre médecin ? date : <input type="checkbox"/> Le Pneumologue ? : date
	Y a t il des traitements qui ont été mis en œuvre	Type de traitement
SATISFACTION	Diriez vous que cette consultation vous a servi ? Si oui, à quel niveau ?	
Quels sont vos besoins actuellement ?		
Commentaires		

Annexe 2 : Inclusion des patients et statut tabagique au moment de la réalisation du questionnaire



Annexe 3 : Inclusion et statut tabagique des patients BPCO au moment de la réalisation de notre étude



Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction remis aux patients

ETUDE DE SATISFACTION
de la consultation d'aide au sevrage tabagique
avec mesure de votre souffle,
réalisée dans la maison de santé Avenir Santé+.
Votre avis nous intéresse !!

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu(e) en consultation par un médecin avec un kinésithérapeute ou un infirmier pour discuter de votre consommation de tabac et évaluer votre souffle.

Afin d'améliorer la qualité **des soins** de **votre** maison de santé, nous vous sollicitons afin de recueillir votre avis et vos suggestions concernant ce dispositif d'aide au sevrage tabagique.

Ce questionnaire fait l'objet d'une analyse et d'un travail de thèse de médecine générale.

Il est anonyme. Les données resteront strictement confidentielles.

Après l'avoir complété, ce questionnaire est à retourner à l'accueil de la maison de santé pour que nos secrétaires Valérie ou Myriam le récupèrent.

FREDERIQUE DUHAUTOIS médecin généraliste remplaçant

L'équipe médicale et para-médicale de la maison de santé

Vous êtes : un homme / une femme

Quel âge avez-vous? Ans

Depuis quel âge fumez-vous? Ans

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer avant cette consultation? Oui / Non

Combien fumiez vous de cigarettes juste avant de faire cette consultation?

.....cigarettes

EVALUATION DE CETTE CONSULTATION.

Q1 : Comment avez-vous été informé(e) de la possibilité de participer à la consultation d'aide au sevrage tabagique réalisée dans la maison de santé :

(Cocher une réponse)

- Par un des médecins généraliste de la maison de santé
- Par un des infirmiers de la maison de santé
- Par un des kinésithérapeutes de la maison de santé
- Par une des secrétaires de la maison de santé
- Par un des patients de la maison de santé
- Autres : par facebook, les écrans de télévisions en salle d'attente, des flyers...

Q2 : Avez-vous été satisfait(e) du décal passé entre la proposition de prise en charge et cette consultation?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q3 : Connaissez-vous les professionnels de santé qui vous ont reçu(e) pendant cette consultation?

(Cocher une réponse)

- Oui pour le Kiné ou infirmier
- Oui pour le médecin
- Non pour les deux

Q4 : Avez-vous été satisfait(e) des questions posées par les professionnels de santé pour évaluer vos habitudes et votre histoire avec le tabac ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q5 : Avez-vous été satisfait(e) des questions posées par les professionnels de santé pour évaluer votre motivation à arrêter de fumer?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q6a : Au cours de la consultation, avez-vous été satisfait(e) des informations données concernant les conséquences du tabagisme sur votre santé?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q6b : Avez-vous trouvé ces informations : *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

Q7a : Au cours de la consultation, avez-vous été satisfait(e) des informations données concernant les bénéfices de l'arrêt du tabac sur votre santé?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q7b : Avez-vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

Q8 : Au cours de la consultation, avez-vous été satisfait(e) des informations données sur les traitements pour vous aider à arrêter de fumer, en ce qui concerne :

- Q8a : La façon d'utiliser les substituts nicotiques (patchs, gommés...):

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q8a' : Avez vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

- Q8b : La façon d'utiliser la cigarette électronique :

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q8b' : Avez-vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

- Q8c : Leurs éventuels effets secondaires :

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Avez vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

- Q8d : la prise en charge psychologique :

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q8d' : Avez-vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

- Q8e : la possibilité de recourir aux médecines alternatives (hypnose, acupuncture...):

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q8e' : Avez-vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

Q9a: Au cours de la consultation, avez-vous été satisfait(e) des informations données sur les difficultés éventuelles auxquelles se heurtent les patients lors du sevrage tabagique (manque, syndrome de sevrage..):

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q9b : Avez-vous trouvé ces informations: *(entourer plusieurs réponses possibles)*

Suffisantes / Insuffisantes / Claires / Compliquées

Q10a : Avez-vous été satisfait(e) de la possibilité de pouvoir évaluer votre souffle dans le spiromètre ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

- Q10b : Est-ce que souffler dans le spiromètre vous a paru difficile ?

(Cocher une réponse)

- OUI
- NON

- Q10c : Est-ce que le fait d'évaluer votre souffle a augmenté votre motivation pour arrêter de fumer?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q11a : Avez-vous été satisfait(e) de la présence simultanée de 2 professionnels de santé au cours de la consultation, au lieu d'un seul habituellement ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q11b : Pensez-vous que le fait d'être reçu par deux professionnels de santé en même temps soit un avantage pour vous aider à arrêter de fumer ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q12: La durée de la consultation vous a t'elle semblé suffisante ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q13: Êtiez vous plus motivé pour arrêter de fumer après cette consultation?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q14: Êtes vous globalement satisfait(e) de cette consultation ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q15 : Avez vous été satisfait(e) du suiti de votre consommation de tabac suite à cette première consultation ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait satisfait / Plutôt satisfait / Plutôt pas satisfait / Pas du tout satisfait

Q16 : Pensez vous qu'un suivi plus régulier serait plus adapté ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q17 : Auriez vous aimé avoir une nouvelle consultation animée par 2 professionnels de santé pour le suivi de votre consommation de tabac?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q18 : Conseilleriez vous cette consultation à vos proches ?

(Entourer une réponse)

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord

Q19 : Parmi les propositions suivantes y a t'il selon vous des points devant faire l'objet d'une amélioration ?

(Cocher une ou plusieurs réponse(s) possible(s))

- Durée de la consultation : *(Préciser)*
- Fréquence des consultations : *(Préciser)*
- Qualité des informations données : *(Préciser)*
- Qualité de la prise en charge thérapeutique : *(Préciser)*
- Suivi après cette consultation : *(Préciser)*
- Autres : *(Préciser)*
- Aucune

POSITION ACTUELLE VIS A VIS DU TABAC

q1 : Aujourd'hui où en êtes vous de votre consommation de tabac après cette consultation?

(Cocher une réponse)

- Vous fumez plus
- Vous fumez pareil
- Vous fumez moins
- Vous avez fumé moins pendant une période, mais vous avez repris la même consommation qu'avant
- Vous avez arrêté de fumer
- Vous avez arrêté de fumer pendant une période mais vous avez repris la même consommation qu'avant
- Vous avez arrêté de fumer pendant une période mais vous avez repris en fumant moins qu'avant

q2 : Avez vous toujours le projet d'arrêter de fumer ?

(Entourer une réponse)

Tout a fait d'accord / D'accord / Pas d'accord / Pas du tout d'accord / Non concerné par la question

Si vous avez répondu avoir diminué votre consommation de tabac :

q3 : Combien de cigarettes fumez vous actuellement :

Si vous avez répondu avoir essayer d'arrêter ou de diminuer votre consommation de tabac puis avoir repris :

q4 : Combien de fois avez réussi à arrêter de fumer ?

- fois
- Vous ne savez pas vraiment
- Non concerné par la question

q5: Avez vous discuté de votre rechute avec votre médecin ?

(Cocher une réponse)

- OUI
- NON
- Non concerné par la question

q6 : Si vous avez répondu NON à la question 5 : Pour quelle(s) raison(s) ?

(Cocher une ou plusieurs réponse(s) possible(s))

- Vous ne voulez pas qu'il le sache
- Vous pensez que ca ne l'intéresse pas
- Vous pensez qu'il ne pourra pas vous aider
- Autre réponse : *(Préciser)*

Si vous avez répondu fumer autant qu'avant :

q7: Avez vous modifié votre façon de fumer et/ou sensibilisé votre entourage à modifier la leur ?

(Cocher une réponse)

- OUI
- NON
- Non concerné par la question

Si oui : comment ?

Nous vous remercions beaucoup de votre collaboration !

Vos réponses nous permettront de mieux cibler vos attentes et mieux répondre à vos besoins.

FREDERIQUE DUHAUTOIS médecin généraliste remplaçant

Annexe 5 : PRE-TEST : Tableau des réponses individuelles des participants

	Q1				Q2			
	O	N	NSP	Commentaires	O	N	NSP	Commentaires
P1		X				X		
P2		X				X		
P3		X				X		
P4		X			X			Concernant les questions d'évaluation des informations données par les professionnels : aurait aimé que l'on fasse apparaître un item « non abordé » pour préciser le caractère non satisfait
P5		X				X		
P6	X			Ne sait plus quelle(s) question(s) n'étaient pas claire(s)			X	Point de vue « non-fumeur » du questionnaire ressenti par le patient
P7	X			N'a pas compris l'intérêt des sous questions relatives aux informations données par les professionnels (redondance)		X		
P8		X				X		
P9		X				X		
P10		X			X			Aurait aimé une question d'évaluation des informations délivrées par les professionnels à propos du ressenti des patients vis à vis des substituts nicotiques (SN) (ne s'intègre pas dans la question plus globale relative aux SN)

Q1= Y'a t-il des questions peu claires que vous n'avez pas comprises ?

Q2= Auriez-vous ajouté des remarques ? Y'a t-il des informations concernant le déroulement de la consultation que vous auriez aimé nous faire parvenir ?

O= OUI

N=NON

NSP = Ne sais pas

P= Patient

Annexe 6 : PRE-TEST : Tableau d'analyse des réponses individuelles

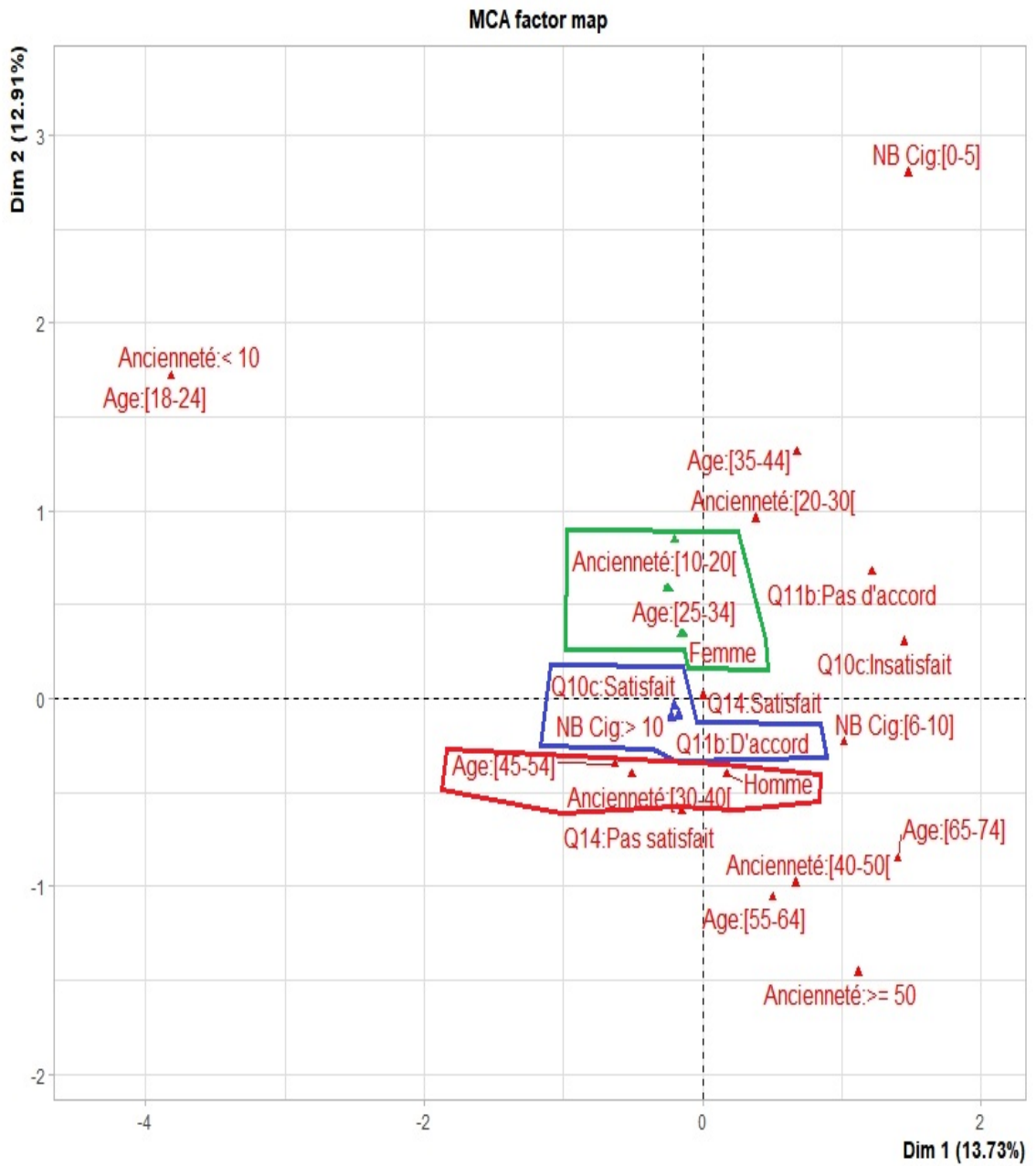
	Q1		Q2	
	Total	%	Total	%
OUI	2	20	3	30
NON	8	80	7	70
NSP	0	0	0	0

Q1= Y'a t-il des questions que vous n'avez pas comprises ?

Q2= Auriez-vous ajouté des remarques ?

NSP = Ne sais pas

Annexe 7 : Graphique de l'analyse ACM



Annexe 8 : Guide de consultation de tabacologie de la MSP

CONSULTATION REALISEE avec (Nom du médecin) et (Nom de l'IDE ou du MKDE) :

- Habitudes de vie / Tabac / Tentatives d'arrêt :

- Signes complémentaires (ex : Toux Crachats Essoufflements Gout Odorat..)

- Test de Fagerström :

- Spirométrie : conditions de l'examen VEMS/CVF VEMS

- Motivation :

- Traitements :

- Adressé à un pneumologue : OUI/NON

- Objectifs :

- Réévaluation pas médecin traitant dans :

Annexe 9 : Consultation de tabacologie proposée par la Société Francophone de Tabacologie.

Dossier validé par la Société francophone de tabacologie

Consultation de tabacologie

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal [] [] [] [] [] Ville _____

Téléphone _____ (où vous êtes facilement joignable)

Téléphone portable _____

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Les informations contenues dans ces questions peuvent faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 'Informatique et Liberté' et à son décret d'application n°78-734 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour faire valoir, adressez-vous à votre centre de consultation de tabacologie.



13 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes ?

Infarctus du myocarde

Angine de poitrine (angor)

Accident vasculaire cérébral

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (artérite)

14 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?

Bronchite chronique (toux le matin au moins 3 mois par an depuis 2 ans)

Bronchopathie chronique obstructive

Asthme

15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour un ou plusieurs des cancers suivants ?

Poumon Vessie

Gorge (ORL) Un autre cancer (précisez) _____

16 - Prenez-vous assez régulièrement un ou plusieurs des médicaments suivants ?

Tranquillisants Somnifères Antidépresseurs

Neuroleptiques Régulateurs de l'humeur

Traitements de substitution (subutex / méthadone)

17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt partiel ou total de l'activité ? Oui - Non

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler ?

Bilan tabagique

18 - Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédant cette consultation d'aide à l'arrêt ? Oui - Non

19 - Vous ne fumez pas actuellement
Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? en jours _____ en mois _____

20 - Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant cet arrêt ? _____

21 - Vous fumez encore actuellement
Fumez-vous tous les jours ? Oui - Non

22 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :
Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? ____ Cigarettes roulées ? ____ Cigarillos ? ____

23 - Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (cochez les cases correspondantes) :
 Cigare Pipe Tabac à mâcher Snus Narguilé / Chicha Ploom

Autres produits, précisez _____

24 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

25 - Quel est le volume de liquide "vaporisé" par semaine ? _____

26 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

27 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

Degré de dépendance au tabac (Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse)

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

Dans les 5 minutes	3
6 - 30 minutes	2
31 - 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

29 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (1 cigareto = 2 cigarettes)

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

30 - Faites le total de vos réponses : Total :

Histoire avec le tabac

31 - À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à ans

Pour les personnes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins 7 jours dans le passé

32 - Combien de fois avez-vous déjà arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? _____

De quelle manière avez-vous arrêté de fumer pendant cette semaine d'arrêt ?

33 - Lorsque vous avez arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours, avez-vous pris du poids ? Oui - Non

34 - Si oui, combien de kilos ? _____

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? _____

Quelle est la date de votre dernière tentative ? _____

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration |
| <input type="checkbox"/> Pulsions à fumer | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, colère | <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit |
| <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | Lesquels ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tendance dépressive | _____ |

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

1 - _____	3 - _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
2 - _____	4 - _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

35 - Je fume... :	Jamais										Toujours
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quel est votre degré de motivation ?

36 - Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

- 1 « je ne veux pas arrêter de fumer »
- 2 « je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »
- 3 « je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »
- 4 « je veux réellement arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »
- 5 « je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »
- 6 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »
- 7 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

aucune confiance totale confiance
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38 - Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

« J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais... » _____

39 - Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

« En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de... » _____

Vos habitudes de vie

40 - Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

pas du tout extrêmement
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41 - Indiquez à quel point vous avez confiance en vous pour ne pas prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

je n'ai aucune confiance en moi j'ai totalement confiance en moi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre consommation d'alcool

Ce questionnaire concerne votre consommation d'alcool de l'année écoulée et pas seulement celle des dernières semaines. Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- jamais _____ 0
- 1 fois par mois _____ 1
- 2 à 4 fois par mois _____ 2
- 2 à 3 fois par semaine _____ 3
- 4 fois ou plus par semaine _____ 4

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 _____ 0
- 3 ou 4 _____ 1
- 5 ou 6 _____ 2
- 7 à 9 _____ 3
- 10 ou plus _____ 4

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?

- jamais _____ 0
- moins de 1 fois par mois _____ 1
- 1 fois par mois _____ 2
- 1 fois par semaine _____ 3
- chaque jour ou presque _____ 4

42 - Faites le total de vos réponses _____



Consommation de cannabis

43 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

44 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des 30 derniers jours ?

- aucune fois 1 ou 2 fois entre 3 et 5 fois entre 6 et 9 fois
 entre 10 et 19 fois entre 20 et 29 fois tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? _____

Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Comment vous sentez-vous ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez.

Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours.

Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : | | 9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : | |
| - La plupart du temps | 3 | - Jamais | 0 |
| - Souvent | 2 | - Parfois | 1 |
| - De temps en temps | 1 | - Assez souvent | 2 |
| - Jamais | 0 | - Très souvent | 3 |
| 2 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : | | 10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence : | |
| - Oui, tout autant | 0 | - Plus du tout | 3 |
| - Pas autant | 1 | - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Un peu seulement | 2 | - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - Presque plus | 3 | - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |
| 3 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : | | 11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : | |
| - Oui, très nettement | 3 | - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | - Un peu | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | - Pas tellement | 1 |
| - Pas du tout | 0 | - Pas du tout | 0 |
| 4 Je ris facilement et vois le bon côté des choses : | | 12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : | |
| - Autant que par le passé | 0 | - Autant qu'avant | 0 |
| - Plus autant qu'avant | 1 | - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 | - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Plus du tout | 3 | - Presque jamais | 3 |
| 5 Je me fais du souci : | | 13 J'éprouve des sensations soudaines de panique : | |
| - Très souvent | 3 | - Vraiment très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Occasionnellement | 1 | - Pas très souvent | 1 |
| - Très occasionnellement | 0 | - Jamais | 0 |
| 6 Je suis de bonne humeur : | | 14 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : | |
| - Jamais | 3 | - Souvent | 0 |
| - Rarement | 2 | - Parfois | 1 |
| - Assez souvent | 1 | - Rarement | 2 |
| - La plupart du temps | 0 | - Très rarement | 3 |
| 7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : | | | |
| - Oui, quoi qu'il arrive | 0 | | |
| - Oui, en général | 1 | | |
| - Rarement | 2 | | |
| - Jamais | 3 | | |
| 8 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : | | | |
| - Presque toujours | 3 | | |
| - Très souvent | 2 | | |
| - Parfois | 1 | | |
| - Jamais | 0 | | |

45 - Additionnez les points des réponses **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13** : Total A =

46 - Additionnez les points des réponses **2, 4, 6, 8, 10, 12, 14** : Total D =

La place du tabac dans votre budget

La dépendance tabagique conduit à accorder une place importante au tabac dans votre budget. Les questions suivantes ont pour objectifs de vous aider à faire le point sur ce que vous dépensez pour le tabac et d'envisager les économies réalisées en arrêtant de fumer. Les questions 49 à 59 vous permettent d'examiner votre situation actuelle et d'imaginer comment elle pourrait s'améliorer avec l'arrêt du tabac.

47 - Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine ? _____

48 - Dans quelle tranche se situe la somme totale de vos revenus mensuels nets (y compris les aides sociales) ?

- Moins de 1000 € Entre 1001 et 2000 € Entre 2001 et 3000 €
 entre 3001 et 4000 € plus de 4000 €

Pensez-y

Les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles, inhalateurs...). Cette ordonnance permet leur prise en charge par l'Assurance Maladie :

- Certains substituts sont remboursables comme les autres médicaments. Cette prise en charge permet d'éviter l'avance des frais chez le pharmacien, et garantit le même tarif dans toutes les pharmacies.
- Vous bénéficiez jusqu'au 31 décembre 2018 d'un forfait de 150 € pour les autres substituts nicotiques non remboursables. Dans ce cas, il faut faire l'avance des frais en pharmacie.

49 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui - Non

50 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? Oui - Non

51 - Vivez-vous en couple ? Oui - Non

52 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui - Non

53 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)? Oui - Non

54 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

55 - Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

56 - Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

57 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui - Non

En cas de difficultés, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter

58 - pour vous héberger quelques jours ? Oui - Non

59 - pour vous apporter une aide matérielle ? Oui - Non

Les questions 49 à 59 font partie du questionnaire EPICES, mis au point dans les centres d'examen de santé afin d'évaluer votre situation sociale.

Les renseignements recueillis dans ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par l'équipe CDTnet, dans le cadre d'un recueil national. L'équipe CDTnet a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.
www.cdtnet.fr

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre, un mail ou un appel téléphonique afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non. Ces informations sont importantes car il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée.

Merci d'avance de répondre à cette lettre ou cet appel téléphonique.

Si vous préférez être contacté à ce sujet par mail, merci de nous indiquer votre adresse e-mail :

_____ @ _____

Si vous ne souhaitez pas être recontacté à ce sujet, cochez la case suivante

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Bilan lors de la consultation initiale

Date :
 jour mois année

60 - Consommation moyenne quotidienne de tabac : _____

61 - CO expiré : ppm

62 - Nombre de cigarettes depuis le lever :

63 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

64 - **Observations :**

Conclusions :

65 - Une date d'arrêt a-t-elle été fixée avec le fumeur ? Oui - Non

66 - Démarche de réduction de consommation

- Sans traitement dans un premier temps
- Avec un traitement prescrit (détail ci-dessous)

67 - Traitement prescrit

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non
lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____
 Gomme 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg
 Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)
- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :
 Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)
- Techniques comportementales : Oui - Non
- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non
- Prise en charge diététique : Oui - Non
- Autre : _____

Date :
 jour mois année

Consultation de suivi N° 1

68 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

69 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

70 - CO expiré : ppm

71 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

72 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

73 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____

74 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

75 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

76 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

77 - Observations :

78 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gommes 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date : / /
 jour mois année

Consultation de suivi N° 2

79 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

80 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

81 - CO expiré : ppm

82 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

83 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

84 - Quel est le volume de liquide "vaporé" par semaine ? _____

85 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

86 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

87 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

88 - Observations :

89 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gommes 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Date :
 jour mois année

Consultation de suivi N° 3

90 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

91 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

92 - CO expiré : ppm

93 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

94 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

95 - Quel est le volume de liquide "vaporisé" par semaine ? _____

96 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

97 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

98 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

99 - Observations :

100 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gomme 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Annexe 10 : Guide de suivi validé par la Société Francophone de Tabacologie

2^e
phase

Nom _____

Prénom _____

Consultation de tabacologie

Carnet de suivi personnel

(à remettre au consultant)

Complétez chaque jour le tableau en choisissant pour chaque rubrique une note de 0 à 3
 0 = nul, pas du tout 1 = léger, modéré 2 = moyen 3 = extrême, maximum

Date							
Pulsion à fumer							
Irritabilité, colère							
Agitation, nervosité							
Anxiété							
Tendance dépressive							
Difficulté de concentration							
Augmentation de l'appétit							
Constipation							
Troubles du sommeil							
Rêves, cauchemars							
Intolérance cutanée au timbre							
Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boissons alcoolisées et de tabac							
Nombre de tasses de café							
Nombre de verres d'alcool							
Nombre de cigarettes							

2

7

BIBLIOGRAPHIE

1. Sakhri L, Bertocchi M. Cancer bronchique et tabac : mise à jour. *Rev Mal Respir.* déc 2019;36(10):1129-38.
2. Tindle HA, Stevenson Duncan M, Greevy RA, Vasan RS, Kundu S, Massion PP, et al. Lifetime Smoking History and Risk of Lung Cancer: Results From the Framingham Heart Study. *JNCI J Natl Cancer Inst.* mai 2018 ; Disponible sur: <https://academic.oup.com/jnci/advance-article/doi/10.1093/jnci/djy041/4996947>
3. Ponties V, et al. Bulletin de santé publique Tabac Hauts-de-France. *Santé publique France* ; 2019.
4. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. HAS actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé ; 2015.
5. Peiffer G, Underner M, Perriot J. BPCO et sevrage tabagique : attentes des patients et réponses des professionnels de santé. *Rev Pneumol Clin.* déc 2018;74(6):375-90.
6. Chabot F, Housset B, Le Guillou F, et al. Faire de la BPCO une urgence de santé publique pour le quinquennat. *Plan BPCO 2018-2022*
7. Le Faou A-L, Scemama O. Epidémiologie du tabagisme. *Rev Mal Respir.* déc 2005;22(6-C2):27-32.
8. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J-L, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ.* 24 janv 2018;j5855.
9. Pope CA, Burnett RT, Turner MC, Cohen A, Krewski D, Jerrett M, et al. Lung Cancer and Cardiovascular Disease Mortality Associated with Ambient Air Pollution and Cigarette Smoke: Shape of the Exposure–Response Relationships. *Environ Health Perspect.* nov 2011;119(11):1616-21.
10. McDermott MM, Hahn EA, Greenland P, Cella D, Ockene JK, Brogan D, et al. Atherosclerotic risk factor reduction in peripheral arterial disease: results of a national physician survey. *J Gen Intern Med.* déc 2002;17(12):895-904.
11. Tang W, Yao L, Roetker NS, Alonso A, Lutsey PL, Steenson CC, et al. Lifetime Risk and Risk Factors for Abdominal Aortic Aneurysm in a 24-Year Prospective Study: The ARIC Study (Atherosclerosis Risk in Communities). *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* déc 2016;36(12):2468-77.
12. Penzias A, Bendikson K, Butts S, Coutifaris C, Falcone T, Gitlin S, et al. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril.* sept 2018;110(4):611-8.

13. Claire R, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 4 mars 2020 ; Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010078.pub3>
14. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr.* janv 2018 ; Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/mcn.12652>
15. Bonaldi C, Andrianta ka F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):528-40. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_7.html
16. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(15):278-84. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_2.html
17. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *Paris Obs Fr Drogue Toxicom.* dec 2015
18. Programme National de Réduction du Tabagisme. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes ; 2014.
19. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(30-31):499-502. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_2.html
20. Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? *Drug Alcohol Depend.* févr 2014;135:52-8.
21. Pasquereau A, Smadja O, Andler R, Guignard R, Richard J, Nguyen-Thanh V. Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac Info Service (3989). *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(30-31):548-56. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_9.html
22. Andler R, Richard J, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du baromètre de santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html
23. Lermenier-Jeannet A. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. *Obs Français Drogue Toxicom.* juill 2018
24. Pasquereau A, Andler A, Guignard R, Richard J, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html

25. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS. 2014.
26. Looze-Renault C. Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord pas de Calais. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2017.
27. Masefield S, Powell P, Jiménez-Ruiz C, Hajek P, Lewis K, Andreas S, et al. Recommendations to improve smoking cessation outcomes from people with lung conditions who smoke. *ERJ Open Res.* avr 2016;2(2):00009-2016.
28. Loumaigne P. Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale. Étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients. Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine. Poitiers : Faculté de médecine et de pharmacie ; 2013.
29. Jacot Sadowski I, Rat C, Selby K, Cornuz J. Arrêt du tabac : comment mieux impliquer le patient dans le choix du traitement. *Rev Mal Respir.* mai 2019;36(5):625-32.
30. Lorenzo A, Noël F, Lorenzo M, Van Den Broucke J. Intérêt de la spirométrie en médecine générale pour la motivation au sevrage tabagique. Étude pilote de faisabilité et intérêt de l'âge pulmonaire. *Rev Mal Respir.* sept 2017;34(7):734-41.
31. Tudrej B, Collin T, Reif C, Birault F, Jacquelin J, Vanderkam P. Pertinence et efficacité d'une pratique infirmière avancée en libéral dans le sevrage tabagique. *Rev Infirm.* juin 2019;68(252):32-4.
32. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 déc 2017; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001188.pub5>
33. Underner M, Peiffer G. Petits fumeurs et fumeurs intermittents. *Rev Mal Respir.* déc 2010;27(10):1150-63.
34. Jakob J, Cornuz J, Auer R, Jacot Sadowski I, Cardinaux R, Selby K. Outils d'aide à la décision comparant les traitements pharmacologiques pour l'arrêt du tabac. *Rev Med Suisse.* 2017;13:1191-4.
35. Burdet D. Enquête de satisfaction des patients au sortir des consultations de médecine générale. 2007.
36. Giezendanner FD. Enquêtes: Principaux biais dans la formulation des questions. 2016.
37. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. HAL archives-ouvertes; 2012. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228>

38. Dautzenberg B, Brûcker G, Borgne A, Nadal J-M, Bourdillon F. L'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie en 2000. *Bull Epidemiol Hebd.* 2000;(43):191.
39. Girard E. Evaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes. Elaboration d'un protocole de recherche. Maison de santé pluriprofessionnelle de Gaillon. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Rouen : Faculté de médecine et de pharmacie ; 2019.
40. Recommandation de bonne pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. HAS; 2014.
41. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 2 mars 2015 ; Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006936.pub3>
42. Treating tobacco Use and dépendence: 2008 update. Intensive interventions for tobacco use and dépendance. 2008
43. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires.* février 2006;23(SUP1):85-104.
44. Medioni J, Berlin I, Mallet A. Increased risk of relapse after stopping nicotine replacement therapies: a mathematical modelling approach. *Addiction.* févr 2005;100(2):247-54.
45. Bunge L, Baruch D, Plantier L, Mazars T, Roche N, Izadifar A. Étude de faisabilité de la spirométrie en médecine générale. *Rev Mal Respir.* mars 2018;35(3):238-48.
46. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain J-Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 déc 2012 ; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004705.pub4>
47. Westerdahl E, Engman KO, Arne M, Larsson M. Spirometry to increase smoking cessation rate: A systematic review. *Tob Induc Dis.* 17 avr 2019 ;17(April). Disponible sur: <http://www.journalssystem.com/tid/Spirometry-to-increase-smoking-cessation-rate-a-systematic-review,106090,0,2.html>
48. Fernández VH, Beligoy ME, Lima YV, Barissi PF. Smoking and spirometric values in third year medical students, cross-sectional study. *Medwave.* 17 avr 2015;15(03):e6124-e6124.
49. Underner M, Peiffer G, Perriot J. Prise en charge du tabagisme. *Rev Mal Respir Actual.* sept 2014;6(4):320-34.
50. Martinet Y, Wirth N. À propos de l'interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. *Rev Mal Respir.* avr 2010;27(4):285-6.

51. Clair C, Mueller Y, Livingstone-Banks J, Burnand B, Camain J-Y, Cornuz J, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev*. 26 mars 2019 ; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004705.pub5>
52. Jenkins C. Spirometry performance in primary care: the problem, and possible solutions. *Prim Care Respir J*. 26 août 2009;18(3):128-9.
53. Giraud V, Beauchet A, Gomis T, Chinet T. Feasibility of spirometry in primary care to screen for COPD: a pilot study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016;11:335-40.
54. Haroon S, Adab P, Griffin C, Jordan R. Case finding for chronic obstructive pulmonary disease in primary care: a pilot randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. janv 2013;63(606):55-62.
55. Thorn J, Tilling B, Lisspers K, Jörgensen L, Stenling A, Stratelis G. Improved prediction of COPD in at-risk patients using lung function pre-screening in primary care: a real-life study and cost-effectiveness analysis. *Prim Care Respir J*. 23 janv 2012;21(2):159-66.
56. Wallace LD, Troy KE. Office-based spirometry for early detection of obstructive lung disease. *J Am Acad Nurse Pract*. sept 2006;18(9):414-21.
57. Malo de Molina R, Marcos PJ, Casamor R. Risk stratification for COPD diagnosis through an active search strategy in primary care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. mars 2016;431.
58. Llordés M, Zurdo E, Jaén Á, Vázquez I, Pastrana L, Miravittles M. Which is the Best Screening Strategy for COPD among Smokers in Primary Care? *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2 janv 2017;14(1):43-51.
59. Van Rossem C, Spigt M, Smit ES, Viechtbauer W, Mijnheer KK, van Schayck CP, et al. Combining intensive practice nurse counselling or brief general practitioner advice with varenicline for smoking cessation in primary care: Study protocol of a pragmatic randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. mars 2015;41:298-312.
60. Marchandise F, Perriot J, Doly-Kuchcik L, Merson F. Impact d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient sur le sevrage tabagique. *Dispensaire Emile Roux*. Clermont-Ferrand ; 2013.
61. Bender A. Dépistage de la BPCO en kinésithérapie libérale : place et avenir du praticien dans le parcours de soins coordonné, étude préliminaire. *Kinésithérapie Rev*. nov 2014;14(155):32-3.
62. Perrod G. Dépistage de la BPCO par spirométrie en soins primaires : Quels sont les rôles de chaque professionnel de santé en MSP ? Revue de la littérature pour l'élaboration d'un protocole de santé pluriprofessionnel. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. Montpellier : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes ; 2018.

63. De la Tribonnière X, Jacquet J-M, Vidal J, Donnadiou Rigole H. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. Santé Publique. 2016/5(28):591-597.
64. Chantier T. Evaluation de la faisabilité du dépistage de BPCO par spirométrie par le biais d'une consultation coordonnée médecin-infirmier au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle du Nord. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine. Lille : faculté Henry Warembourg ; 2018.
65. Baha M, Boussadi A, Le Faou A. Efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):541-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_8.html

AUTEUR : Nom : DUHAUTOIS

Prénom : FREDERIQUE

Date de soutenance : 29/04/2020

Titre de la thèse : Évaluation de la satisfaction des patients d'une maison de santé des Haut-de-France, vis à vis du protocole de sevrage de tabagique associant présence d'un binôme pluri-professionnel et réalisation d'une spirométrie.

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : satisfaction, sevrage tabagique, Maison de santé pluri-professionnelle, binôme pluri-professionnel, spirométrie, soins primaires, Haut-de-France

Contexte : La morbi-mortalité liée au tabagisme en France est majeure. Depuis l'intensification des mesures nationales, la prévalence du tabagisme a diminué, mais des disparités régionales, en défaveur des Haut-de-France sont apparues. Les patients évoquent que l'aide au sevrage tabagique n'est pas toujours adaptée à leurs besoins. En soins primaires, l'implication des professionnels paramédicaux dans la prise en charge de pathologies chroniques et dans le sevrage tabagique, ainsi que leur collaboration avec les médecins, se sont développées. C'est en ce sens qu'a été conçu, par une maison de santé des Hauts-de-France, le dispositif d'aide au sevrage tabagique (DAST), couplant lors de la consultation initiale, la présence d'un binôme pluri-professionnel et la réalisation d'une spirométrie. L'objectif principal de l'étude est d'en évaluer la satisfaction des patients.

Méthode : Une enquête transversale de satisfaction a été réalisée dans une maison de santé des Hauts-de-France, de janvier à mars 2020, en distribuant un questionnaire anonyme, aux patients ayant participé au DAST pendant les 18 premiers mois de sa mise en œuvre. Ont été inclus les patients majeurs, fumeurs réguliers ou occasionnels, ou sevrés depuis l'invitation au dispositif.

Résultats : 60 questionnaires ont été recueillis sur les 96 participants au protocole. L'étude rapporte une satisfaction globale de 96,6% vis à vis du DAST. Un lien significatif a été démontré, entre la satisfaction globale, et d'une part les informations délivrées sur les effets secondaires des substituts nicotiques ($p=0,04$), ou sur la prise en charge psychologique ($p=0,03$), et d'autre part avec la durée de la consultation ($p= 0,006$). Plusieurs points ont recueilli une satisfaction de 100% et n'ont donc pas été soumis à un test statistique. Un lien significatif a été établi entre la diminution ou l'arrêt de la consommation tabagique, et d'une part le rôle de la spirométrie dans le renforcement motivationnel ($p=0,03$) et d'autre part avec l'avantage perçu par les patients de la présence du binôme pluri-professionnel ($p=0,007$).

14,3% des patients de l'étude rapportent être abstinents, tandis que 37,5% ont diminué leur intoxication tabagique.

Conclusion : L'évaluation de la satisfaction des patients nous a permis de pointer les forces et les faiblesses du DAST. Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées : Augmentation des plages de consultations, utilisation d'outils standardisés, schéma de suivi intensifié.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur CORTOT ALEXIS

**Assesseurs : Monsieur le Professeur BERKHOUT CHRISTOPHE,
Madame le Docteur BAYEN SABINE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur VALENSI ROBERT