

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Devenir des patients fumeurs suivis par téléphone à la Maison de Santé
de Landas**

Présentée et soutenue à huis clos le 7 mai 2020 à 16h
au Pôle Recherche

Par Sophie DESRUMAUX

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Olivier LE ROUZIC

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

Avertissement

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
1. Le tabagisme : un enjeu majeur de santé publique	8
1.1 Epidémiologie du tabagisme.....	8
1.2 La dépendance au tabac : 3 composantes.....	9
1.2.1 Dépendance physique.....	10
1.2.2 Dépendance psychologique.....	10
1.2.3 Dépendance environnementale.....	11
1.3 Etapes de la motivation vers le sevrage tabagique.....	11
1.4 Les aides au sevrage tabagique.....	13
1.4.1 Les substituts nicotiques.....	13
1.4.2 Le suivi psychologique	13
1.4.3 L'entretien motivationnel.....	14
1.4.4 Le soutien téléphonique.....	14
1.4.5 Les outils d'autosupport.....	14
1.5 Les actions de santé publique.....	15
2. Lancement d'un projet de suivi téléphonique de patients tabagiques à la MSP de Landas.....	17
3. Question de recherche et objectifs.....	19
METHODE	20
1. Type d'étude.....	21
2. Sélection de l'échantillon.....	21
2.1 Population cible.....	21
2.2 Modalités de recrutement.....	21
3. Chronologie de l'étude.....	22
4. Consentement et éthique.....	22
5. Questionnaires téléphoniques.....	23
5.1 Questionnaire d'inclusion.....	23
5.2 Questionnaire de suivi à 6 mois.....	24
6. Recueil et analyse des données.....	24
RESULTATS	26
1. Description de l'échantillon.....	27

2. Premier questionnaire d'inclusion.....	28
2.1 Age et sexe.....	28
2.2 Statut socioprofessionnel	30
2.3 Forme de consommation de tabac.....	30
2.4 Age moyen d'entrée dans le tabagisme.....	31
2.5 Consommation de tabac à l'inclusion.....	32
2.6 Tentatives de sevrage antérieures.....	33
2.7 Raisons de l'échec au sevrage.....	34
2.8 Motivation au sevrage à l'inclusion.....	35
2.9 Objectif souhaité de consommation dans 6 mois	36
3. Questionnaire de suivi à 6 mois.....	37
3.1 Niveau de consommation	37
3.2 Motivation au sevrage.....	38
3.3 Influence de l'étude sur le sevrage.....	38
4. Evolution entre 0 et 6 mois.....	39
4.1 Evolution du niveau de consommation tabagique.....	39
4.2 Evolution de la motivation au sevrage.....	40
5. Profil des perdus de vue.....	41
6. Profil des patients ayant arrêté de fumer.....	41
DISCUSSION.....	42
1. Critique du travail de thèse.....	43
1.1 Faiblesses de l'étude.....	43
1.1.1 Questionnaires : contenu et biais d'autodéclaration.....	43
1.1.2 Faible effectif et biais de sélection.....	44
1.1.3 Suivi court et beaucoup de perdus de vue.....	44
1.2 Forces de l'étude.....	45
1.2.1 Pertinence et originalité du sujet.....	45
1.2.2 Etude pilote d'une étude de plus grande ampleur.....	46
2. Résultats principaux.....	47
2.1 Le suivi de la motivation, consommation et du sevrage tabagique effectif.....	47
2.1.1 Tendance à une stabilité de la motivation.....	47
2.1.2 Tendance à une diminution de la consommation de tabac.....	47
2.1.3 Impact relatif sur l'arrêt de tabac.....	48
2.2 Méthode de suivi utilisée intéressante mais perfectible.....	48

3. Complexité du tabagisme.....	50
3.1 Le patient tabagique : une population hétérogène.....	50
3.1.1 Le profil tabagique.....	50
3.1.2 La dépendance et la motivation.....	50
3.1.3 La perception du risque.....	51
3.1.4 Son vécu et les tentatives de sevrage antérieures.....	52
3.2 Réformes et plans d'action politique.....	53
3.3 L'émergence de la cigarette électronique.....	55
3.3.1 A l'échelle de notre étude.....	55
3.3.2 A l'échelle régionale et nationale.....	55
3.3.3 Controverses actuelles.....	55
3.4 Approches éducatives et préventives.....	57
4. Poursuite de la prévention du tabagisme à la MSP de Landas.....	58
4.1 Proposition d'améliorations.....	58
4.1.1 Amélioration du recrutement.....	58
4.1.2 Limiter les perdus de vue.....	60
4.1.3 Education du patient pour un suivi personnalisé sur le long terme.....	61
4.2 Etude de la FFMPS « Bref, j'arrête de fumer ».....	62
4.3 Le projet des « MSP sans tabac ».....	63
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	72

LISTE DES ABBREVIATIONS

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision

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

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ARS : Agence Régionale de Santé

FDRCV : Facteur de Risque Cardiovasculaire

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission Nationale Informatique et des Libertés

RGPD : Règlement Général de Protection des Données

FFMPS : Fédération Française des Maisons de Santé et Pôles de santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HDF : Hauts-De-France

PNRT : Projet National de Réduction du Tabagisme

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé publique

HTA : Hypertension Artérielle

ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'Environnement et du travail

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INTRODUCTION

1. Le tabagisme : un enjeu majeur de santé publique.

1.1 Epidémiologie du tabagisme.

Le monde compte 1,1 milliards de fumeurs. La consommation de tabac est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale. Le tabac tue plus de 8 millions de personnes chaque année dont plus de 7 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs de tabac et environ 1,2 millions de non-fumeurs sont involontairement exposés à la fumée de cigarette. Durant le XX^{ème} siècle, le tabac a causé 100 millions de morts dans le monde entier et ce nombre risque de s'élever à un milliard pour le XXI^{ème} siècle si rien ne change (1).

La France compte 15 millions de fumeurs, la prévalence du tabagisme est de 32% (fumeurs quotidiens et occasionnels) parmi les 18-75 ans et la prévalence des fumeurs quotidiens est de 25,4%. Malgré une tendance à la diminution, elle reste à un niveau élevé avec presque 1/3 de la population qui fume. Elle est une des plus élevée d'Europe, avec l'Allemagne, la Belgique et les Pays Bas qui eux comptent ¼ de fumeurs. L'Italie quant à elle se trouve en bas de l'échelle avec 1/5 de fumeurs (2). En France, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, avec environ 75 000 décès chaque année. En moyenne un fumeur régulier sur deux meurt prématurément des causes de son tabagisme et la moitié de ces décès se situe entre 35 et 69 ans. Il fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie (3).

Dans les Hauts de France, on compte 1,3 millions de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans. La région figure au 2^{ème} rang des régions où le tabagisme est le plus fréquent avec 30,5% de fumeurs quotidiens et 34,2% de de fumeurs quotidiens ou occasionnels. 20% des cancers sont dus au tabac, ce qui représente 6 500 personnes qui pourraient éviter la maladie chaque année (4,5).

Qu'il soit actif ou passif, le tabac entraîne de graves maladies cardiovasculaires et respiratoires. C'est la principale cause de maladie et de décès par cancer des voies aérodigestives supérieures et bronchiques, par bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et maladies cardiovasculaires. Pendant la grossesse, il affecte le développement staturopondéral et psychomoteur fœtal (3,6). À ce jour, il n'existe pas de seuil de consommation en dessous duquel le tabac ne représenterait pas un danger et un risque accru de cancer du poumon. Selon l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), maintenant devenu Santé Publique France, pour réduire ce risque, le seul objectif est d'arrêter de fumer.

1.2 La dépendance au tabac : 3 composantes

La caractéristique essentielle de la dépendance, ou addiction, est la perte de la liberté de s'abstenir. Elle se caractérise par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation.

Critères de dépendance de la CIM-10 :

La dépendance au tabac est définie par la rubrique « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ». Le diagnostic de dépendance peut être posé lors de la présence simultanée de trois ou plus des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

- Forte envie/désir impérieux de consommer du tabac.
- Perte de contrôle de la consommation, tentatives infructueuses/ souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique.
- Symptômes de manque physique lors de la réduction ou l'arrêt de la consommation de tabac.
- Développement d'une tolérance.

- Abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur du tabac.
- Maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme (3).

1.2.1 La dépendance physique

Dans son livre « La méthode simple pour en finir avec la cigarette » écrit en 1983, Allen Carr décrit la nicotine comme une drogue d'action très rapide, à laquelle le fumeur doit sa dépendance. Chaque bouffée de cigarette interfère avec le système de récompense du cerveau, lui délivrant une dose de nicotine qui lui procure un sentiment de plaisir et de relaxation ainsi que des effets psycho stimulants. Cependant, ces effets ne sont que temporaires et apparaît alors l'état de manque (ou symptômes de sevrage) dont les signes sont le plus souvent : pulsions fortes à fumer, irritabilité, nervosité, agitation, anxiété, perturbation du sommeil, humeur dépressive, troubles de la concentration intellectuelle, augmentation de l'appétit ou constipation. Tous ces troubles sont les principales causes des difficultés et des échecs d'arrêt du tabac à court terme. Ils sont essentiellement liés au manque de nicotine et peuvent être améliorés par un traitement de substitution nicotinique (7).

1.2.2 La dépendance psychologique :

La dépendance psychologique est liée aux effets psychoactifs de la nicotine ressentis comme bénéfiques par le fumeur constituant « des récompenses à fumer », bases du renouvellement du comportement (8). Ces effets sont variables d'un sujet à l'autre et peuvent procurer des sensations de bien-être, une stimulation des fonctions cognitives et intellectuelles, une stimulation du tonus et de la vigilance, une régulation de l'appétit (action coupe faim), une action anxiolytique (outils de gestion du stress), une régulation de l'humeur (action antidépressive et thymorégulatrice), régulation du transit intestinal (7,8).

1.2.3 La dépendance environnementale

Fumer est un comportement qui s'acquiert et se maintient renforcé par de nombreux stimuli internes ou environnementaux. Le tabac est associé à des circonstances, des personnes et des lieux qui suscitent l'envie d'en consommer. C'est le fondement de la dépendance comportementale. Ces stimuli sont événementiels (rituels journaliers), sensoriels (odeurs, vue, sons, saveurs) mais aussi émotionnels, ce sont les plus complexes à gérer lors d'un arrêt de tabac (8,9).

1.3 Etapes de la motivation vers le sevrage tabagique.

Il est possible de réduire les risques liés à la consommation de tabac en encourageant le sevrage tabagique. Parmi les fumeurs de 15 à 75 ans, près de 56,5 % déclarent avoir envie d'arrêter de fumer en France (10).

Le sevrage tabagique est une problématique complexe, dépendant de plusieurs facteurs : aspect de la personnalité, considérations pharmacologiques, et motivation au changement. La motivation du patient ainsi que le stade où il se trouve dans son processus de changement peuvent être évalué à l'aide du modèle descriptif des changements de comportement de Prochaska et DiClemente. Ce modèle suppose que le fumeur passe par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer :

- Pré intention : Le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer dans un délai de 6 mois.
- Intention : Le fumeur envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois, mais pas dans l'immédiat.
- Décision : Le fumeur est fermement décidé à arrêter de fumer dans les 30 jours.
- Action : Le fumeur a cessé de fumer depuis moins de 6 mois, les risques de rechute sont importants.

- Maintien / Liberté : Le fumeur a cessé de fumer depuis plus de 6 mois, les risques de rechute diminuent (11).

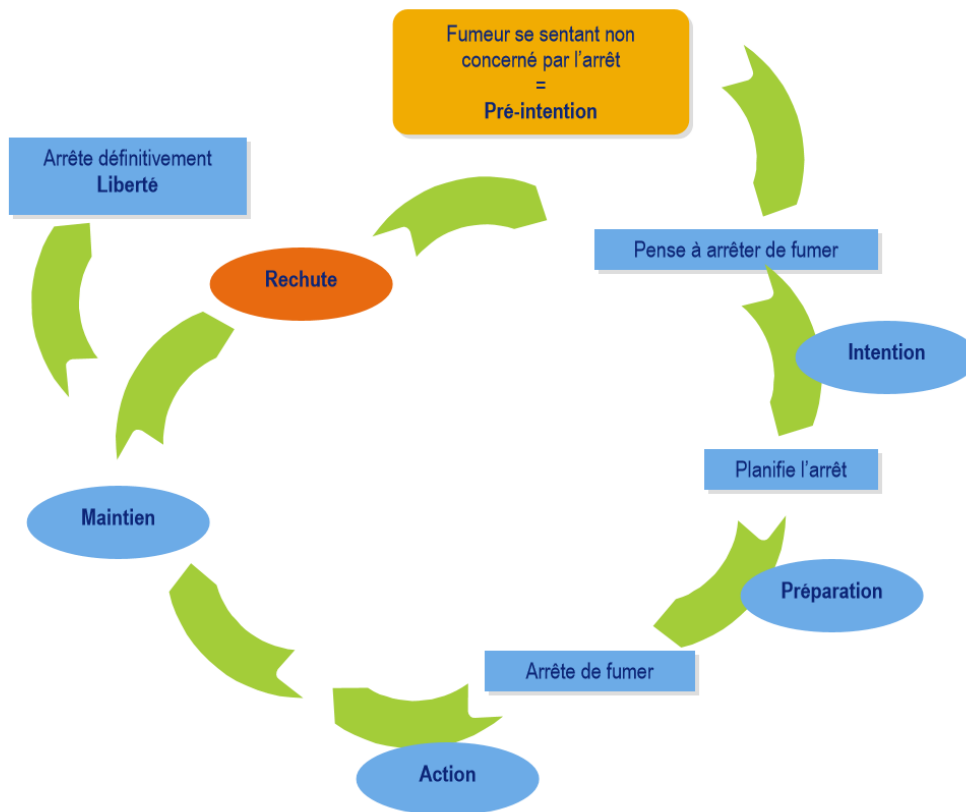


Figure 1 : Modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et DiClemente (11).

Un fumeur évolue donc à travers différents stades de motivation avant de parvenir à arrêter de fumer, avec une probabilité croissante de devenir non-fumeur au fil du temps(3). Pour accompagner un fumeur dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où il se situe. A chaque étape correspond des modes d'intervention adaptés. Ainsi ce modèle est utilisé pour accroître l'efficacité des programmes de sevrage tabagique et pour maximiser les approches d'auto assistance (12).

L'objectif principal de l'aide au sevrage tabagique est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de cette abstinence au long terme. La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé. Elle conjugue un soutien

psychologique et la mise en place d'un traitement médicamenteux de substitution adapté au niveau de dépendance.

1.4 Les aides au sevrage tabagique :

Le sevrage tabagique consiste à l'arrêt de la consommation de tabac afin de se défaire de la dépendance. L'aide au sevrage comporte plusieurs axes essentiels : l'accompagnement et le soutien psychologique à l'arrêt du tabac associé à un traitement pharmacologique de substitution nicotinique pour lutter contre la dépendance physique. Il est également important de prévoir des consultations de suivi régulier, spécifiquement consacrées à la prise en charge du sevrage. On sait qu'un fumeur aura plus de chance d'arrêter s'il est accompagné par un professionnel de santé (médecin, infirmier ou psychologue) (13).

1.4.1 Les substituts nicotiniques :

Ils soulagent les symptômes de sevrage, réduisent l'envie de fumer et préviennent les rechutes. La dépendance physique liée au manque de nicotine peut être comblée par apport de nicotine non fumée médicamenteuse (patchs, pastilles, comprimés, inhalateurs, sprays ou comprimés sublinguaux). La Varénicline et le Bupropion traitements oraux de seconde intention dans la stratégie de prise en charge, sont réservés aux sujets fortement dépendants (13).

1.4.2 Le suivi psychologique :

Différentes formes d'accompagnement ont montré leur efficacité, du simple suivi psychologique aux thérapies structurées comme les thérapies cognitivo comportementales qui ont un intérêt à tous les stades de sevrage tabagique. Elles augmentent la motivation et l'efficacité des traitements pharmacologiques. Ces thérapies s'étalent sur plusieurs

étapes qui vont de l'analyse fonctionnelle par l'instauration d'un lien de confiance avec le patient. Puis une phase de modification comportementale par la mise en place de stratégies pédagogiques de contrôle du comportement tabagique, et enfin le patient adopte une nouvelle attitude de vie par l'instauration d'un nouvel équilibre afin que l'arrêt du tabac s'inscrive dans la durée (9,13).

1.4.3 L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel repose sur un partenariat coopératif et collaboratif, valorisant l'autonomie du patient. Il est fondé sur l'idée qu'une personne n'arrivera aux changements que si la motivation vient de la personne elle-même. Il vise à susciter puis soutenir la motivation à l'arrêt du tabac lors de consultations dédiées (3,13).

1.4.4 Le soutien téléphonique :

Il est basé sur une série d'entretiens structurés qui soutiennent toute personne souhaitant arrêter de fumer, ou ayant récemment arrêté. Le Ministère chargé de la santé et l'INPES ont développé une ligne téléphonique pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : la ligne Tabac Info Service (3989). Outre le simple conseil, l'information et l'orientation des fumeurs, cette ligne d'aide offre la possibilité de prendre des rendez-vous téléphoniques afin de bénéficier d'entretiens avec des tabacologues ou de recevoir des conseils dans leur démarche de sevrage. Le soutien téléphonique est d'autant plus efficace que les rendez-vous téléphoniques sont nombreux et fréquents. Il a une efficacité démontrée pour accompagner les patients en cours de sevrage (13).

1.4.5 Les outils d'autosupport :

Ce sont des outils structurés qui visent à aider le fumeur à débiter une tentative d'arrêt

ou à maintenir son abstinence sans le contact direct avec un professionnel ou le soutien d'un groupe. Ils comprennent des manuels ou programmes structurés sous forme de documents et brochures, ou sous forme de vidéos et applications (smartphones et internet). En complément de la ligne Tabac Info Service, un site Internet dédié à l'arrêt du tabac (tabac-info-service.fr) permet aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt. Ce site comprend un annuaire orientant vers des consultations de tabacologie, ainsi que des éléments explicatifs sur les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt de la consommation. Il est également possible de participer à un programme de coaching personnalisé par courriel (13).

1.5 Les actions de santé publique :

Depuis trente ans, le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) puis l'INPES ont mis en place et réalisé différentes actions de lutte contre le tabagisme par l'instauration de mesures législatives et réglementaires, permettant l'évolution des comportements de la population. Les campagnes de communication et les interventions sur le terrain (milieu scolaire, entreprises) ont démarré en 1976 à la suite de la promulgation de la loi Veil (réglementation de la promotion des produits du tabac).

Les stratégies de lutte contre le tabagisme dont disposent les pouvoirs publics peuvent prendre schématiquement trois grandes orientations avec :

- La modification de l'environnement de l'individu par l'augmentation du prix du tabac , la diminution de l'accessibilité du tabac , la réglementation de son usage (Décret Bertrand) , la réglementation de sa promotion/publicité (Loi Evin en 1991), l'offre de soin et de prévention (consultations de sevrage, patch nicotiques accessibles et remboursables), l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectifs (décret du 15 novembre 2006 qui modifie la loi Evin).

- L'incitation aux changements de comportement par l'information, la communication, l'éducation pour la santé via des campagnes médiatiques, des documents et des actions de terrains.
- La mobilisation collective par des adaptations organisationnelles, des engagements militants et lobbying (14).

2016 a été une année emblématique avec des mesures qui chacune renforce la réduction du tabagisme en cohérence avec les autres avec :

- L'autorisation pour de nouvelles professions de prescrire des substituts nicotiques mobilisant ainsi une force de frappe de professionnels sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer pour les accompagner dans leurs démarches d'arrêt.
- L'augmentation du remboursement à 150 euros par an du forfait de prise en charge des traitements par substituts nicotiques permettant un meilleur accès au traitement.
- La possibilité pour une personne de faire gratuitement le point sur sa consommation de tabac avec un professionnel ,spécialiste des addictions, dans un des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et ainsi de bénéficier d'un accompagnement personnalisé avec la possibilité de débiter un traitement par substitution nicotinique (15).

2. Lancement d'un projet de suivi téléphonique de patients tabagiques à la MSP de Landas.

L'étude, présentée par cette thèse, se déroule au sein de la Maison de Santé Pluri Professionnelle de Landas (MSP). Une MSP est une équipe de professionnels de santé de soins primaires, appartenant à une même zone géographique, travaillant autour d'un projet de santé commun et témoignant d'un exercice coordonné et pluri professionnel autour d'une patientèle commune. Elle se distingue des simples cabinets de groupe par l'existence d'un projet de soins partagé, mis en œuvre par les professionnels de façon coordonnée visant l'amélioration de la prise en charge des patients. L'organisation de ces soins de premiers recours est faite par les Agences Régionales de la Santé (ARS) selon l'article L1434-16 du Code Santé publique. Ces soins de premiers recours comprennent des actions d'éducation et de prévention pour la santé, de dépistage et diagnostic, de traitement et de suivi de patients mais aussi d'orientation dans les différents systèmes de soins et secteurs médicosociaux (16).

La MSP de Landas bénéficie de l'intervention d'une infirmière d'éducation thérapeutique appelée Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe). Ce dispositif, créé en 2004, permet une coopération entre médecins généralistes et infirmières dites « déléguées à la santé publique ». Le but est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques (diabète, BPCO) et des facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) en ambulatoire en déléguant à ces infirmières, la réalisation d'acte de prévention primaire, de dépistage et de suivi. L'infirmière reçoit le patient en consultation puis convient avec lui d'un suivi et d'un projet d'éducation thérapeutique adapté. Ces activités sont protocolisées et permettent de compléter le dossier médical du patient d'informations importantes pour son suivi (création d'alarmes) (17).

Une des activités de l'infirmière Asalée consiste donc au dépistage et au suivi du

patient tabagique à risque de BPCO incluant la prescription, la réalisation et l'interprétation de spirométrie. La lutte contre le tabagisme et l'accompagnement vers et pendant son arrêt figurent donc parmi ces objectifs de prise en charge (18).

Cependant, on constate que le sevrage tabagique reste compliqué à obtenir et qu'il est difficile de rester motivé. De plus, il existe peu de données sur le suivi de fumeurs et le sevrage tabagique au sein des MSP. Mais on sait néanmoins que la prise en charge des fumeurs par les professionnels de santé pourrait avoir un impact sur le taux de mortalité évitable attribué à la prévention (3).

C'est dans ce contexte qu'il a été décidé de réaliser un suivi téléphonique de patients fumeurs de la MSP de Landas, afin d'optimiser le suivi de ces patients, en cours de sevrage ou non, et susciter de manière progressive l'envie d'arrêter de fumer.

On suppose que la réalisation d'un suivi par questionnaires téléphoniques pourrait être une méthode adaptée et qu'il y aurait un intérêt à étudier la faisabilité et l'impact de cette méthode. L'efficacité et la généralisation de ce suivi pourrait améliorer l'accompagnement à l'arrêt du tabac en MSP et ainsi créer une dynamique de sevrage tabagique de façon permanente.

3. Question de recherche et objectifs.

Quel est le devenir des patients fumeurs de la maison de santé de Landas ayant bénéficié d'un suivi par questionnaires téléphoniques ?

Un état des lieux du tabagisme a été réalisé auprès des patients fumeurs de la MSP. L'objectif principal de ce travail était de montrer si le suivi avait un impact sur le niveau de consommation, sur le sevrage tabagique effectif et sur la motivation à l'arrêt du tabac.

Par ailleurs, ce travail avait pour objectif secondaire de tester l'efficacité de cette méthode de suivi par questionnaires téléphoniques.

METHODE

1. Type d'étude :

L'étude consistait à effectuer un suivi sur 6 mois, par questionnaires téléphoniques, de patients fumeurs en cours ou non de sevrage tabagique au sein de la maison de santé de Landas. Il s'agissait d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive, prospective et monocentrique, non interventionnelle.

2. Sélection de l'échantillon :

2.1 Population cible :

La population était constituée de patients (hommes et femmes) fumeurs (de tabac et/ou cigarette électronique) âgés de 18 à 75 ans, ayant déjà débuté ou non un processus de sevrage, et ayant comme médecin traitant un des médecins exerçant au sein de la MSP de Landas. La MSP compte 4 médecins généralistes.

Les critères d'exclusion étaient donc les patients non-fumeurs, fumeurs âgés de moins de 18 ans ou plus de 75 ans.

2.2 Modalités de recrutement :

Le recrutement des patients s'est déroulé de mi-juillet 2018 à fin octobre 2018 au sein de la MSP de Landas, soutenu par l'association santé Landas.

Les patients du cabinet ont été sensibilisés par la mise en place d'affiches, informant de la réalisation d'une étude sur le tabac, disposées sur les murs des salles d'attentes et les couloirs de la MSP. **[Annexe 1]**

Ces affiches décrivaient les modalités de l'étude et précisaient son caractère confidentiel, anonyme et gratuit. Ainsi, si un patient était intéressé par le projet, il pouvait s'inscrire sur une liste, soit en sollicitant directement son médecin traitant au cours d'une consultation, soit par l'intermédiaire de la secrétaire de la MSP. Il devait y indiquer son nom, prénom et coordonnées téléphoniques (parfois adresses email). **[Annexe 2]**

3. Chronologie de l'étude :

L'étude a été menée de mi-novembre 2018 à fin juin 2019.

Un premier questionnaire téléphonique d'inclusion a été réalisé sur une période s'étendant de mi-novembre 2018 à mi-décembre 2018. Un second questionnaire de suivi et de réévaluation de la motivation a été réalisé à 6 mois d'intervalle de début à fin juin 2019.

L'entretien téléphonique était réalisé par une seule personne investigatrice de l'étude.

Les appels étaient réalisés du Lundi au Vendredi en alternant le moment de la journée et à horaires variables: soit le matin à partir de 11h, soit le midi ou dans l'après-midi de 14h à 16h ou le soir de 17h à 19h30/20h. Le Samedi, les appels étaient effectués uniquement de 11h à 12h pour ne pas être trop intrusif et néanmoins essayer d'inclure les patients ne répondant pas au téléphone la semaine. Aucun appel n'a été réalisé le dimanche. Le rappel a été réalisé jusqu'à 5 fois lors de la période d'appel.

En cas de non réponse lors du premier appel, un message vocal était laissé, rappelant les modalités de l'étude. En dernier recours, le questionnaire a été envoyé par e-mail aux personnes ne répondant pas par téléphone, notamment pour ceux qui avaient accepté de laisser leurs adresses e-mail.

4. Consentement et éthique :

Dès le premier contact téléphonique, le patient était informé de la finalité de l'étude et du déroulement de l'entretien. Le consentement oral du patient était recueilli. Il était informé du caractère confidentiel des réponses.

L'étude rentrait dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et dans le règlement général de protection des données (RGPD) qui permet de se passer d'une déclaration ou demande d'autorisation car les patients ont été informés.

Le délégué de protection des données au sein de la CNIL a été contacté et a approuvé le

processus de gestion des données qui garantissait la protection des données personnelles des patients. Les informations concernant le patient décrivaient ses caractéristiques socio démographiques, sa consommation de tabac, sa motivation à l'arrêt, ses intentions et tentatives antérieures d'arrêt du tabac. Ces informations ont été enregistrées sans inclure d'information directement identifiante le concernant. Elles ont été reliées à l'identité du patient et aux coordonnées utilisées, uniquement par un code constitué de chiffres sans signification apparente, dans un fichier qui était uniquement en la possession du thésard. Il ne s'agissait pas d'une recherche médicale expérimentale. Cette étude ne modifiait aucunement la prise en charge du patient, n'entraînait aucun risque particulier pour sa santé et n'engendrait aucun frais médical supplémentaire. Ainsi l'étude ne rentrait pas dans le périmètre des recherches impliquant les personnes humaines (RIPH) car il ne portait pas sur des connaissances médicales à proprement parler, mais sur l'évaluation de modalités organisationnelles.

5. Questionnaires téléphoniques :

Les questionnaires téléphoniques étaient standardisés, anonymisés et réalisés auprès des patients inscrits à l'étude.

5.1 Questionnaire d'inclusion : [Annexe 3]

Le questionnaire téléphonique était constitué de 9 questions fermées avec propositions de réponses, élaboré en s'inspirant de différents questionnaires décrivant le profil tabagique des patients fumeurs et l'évaluation de leur motivation à l'arrêt du tabac (19). Chaque questionnaire téléphonique durait en moyenne 2 à 3 min.

Il permettait donc d'établir dans un premier lieu :

- Le profil socio démographique du patient par :
 - Ses caractéristiques personnelles : âge, sexe, situation professionnelle

- Son profil tabagique : avec l'âge de début de consommation, le type de tabac fumé, la quantification du tabac fumé quotidiennement, le nombre de tentative d'arrêt antérieure (sans notion précise de la durée de l'arrêt).
- L'évaluation de la motivation

A la fin du premier questionnaire, le patient était prévenu qu'il serait recontacté dans 6 mois pour la réalisation d'un nouveau questionnaire.

5.2 Questionnaire de suivi à 6 mois : [Annexe 4]

Il était constitué de 3 questions brèves permettant de :

- Réévaluer la consommation de tabac.
- Réévaluer la motivation.
- Savoir ce qu'ils ont pensé de cette démarche et l'influence de celle-ci sur le sevrage tabagique.

A la fin du deuxième questionnaire, le patient avait le choix de poursuivre le suivi en participant à l'étude de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). L'échange téléphonique durait 2 minutes en moyenne.

6. Recueil et analyse des données :

Le questionnaire de chaque patient a été anonymisé par un chiffre allant de 1 à 61. Les données ont été recueillies sur une grille de réponses en format papier. Puis elles ont été retranscrites et codées sur un tableur Excel 2013. Une fois l'étude terminée, les données personnelles des patients recueillies sur papier, ont été détruites.

Chaque question a fait l'objet d'un calcul de pourcentages de réponses. L'analyse des caractéristiques des patients a consisté en une analyse descriptive de chacune des variables recueillies, avec mention des effectifs et des pourcentages pour les patients de variables qualitatives, et présentation de la moyenne ou de la médiane et de l'écart type

des variables quantitatives.

Au vu du faible effectif, il a été décidé de ne pas réaliser de tests statistiques

RESULTATS

1. Description de l'échantillon :

Sur les 61 patients inscrits comme participants à l'étude, 82% ont répondu au 1^{er} questionnaire, 11 patients étaient considérés comme perdus de vue.

Parmi ces 50 patients, 42 patients ont répondu au 2nd questionnaire et 8 ont été considérés comme perdus de vue car ils n'ont pas répondu pour 6 d'entre eux, et ont refusés de poursuivre l'étude pour 2 d'entre eux. Le taux de réponse au second questionnaire était de 69%.

Par la suite, ces patients ont été inclus dans une enquête réalisée par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Trente-cinq patients ont accepté d'y participer.

Diagramme de flux

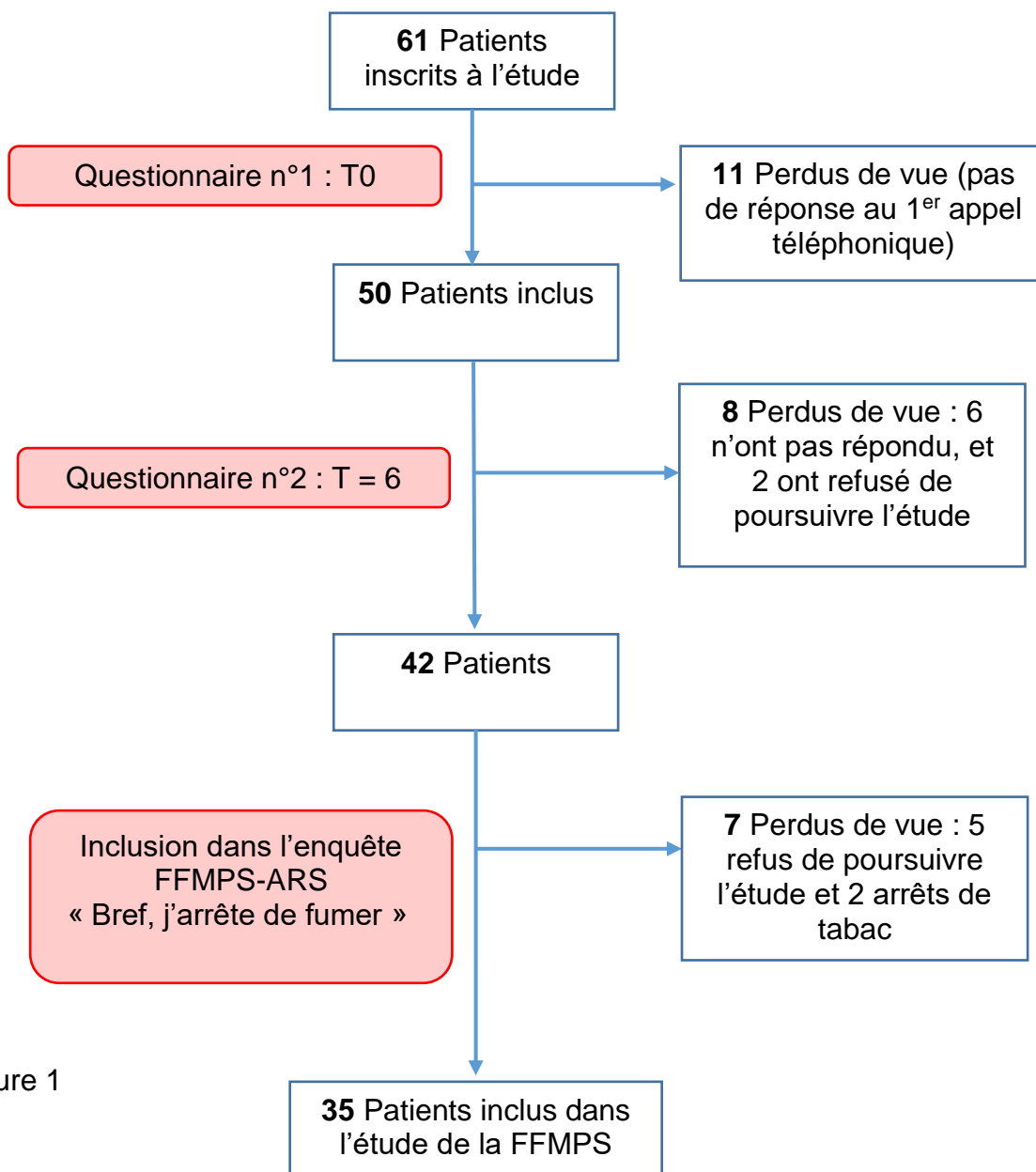


Figure 1

2. Premier questionnaire d'inclusion :

2.1 Age et sexe :

Cinquante patients (82%) ont répondu au premier questionnaire sur les 61 inscrits à l'étude. Sur ces 50 patients, on observait 21 femmes (42%) et 29 hommes (58 %). Le patient le plus jeune était âgé de 19 ans et l'âge maximal était de 74 ans.

La moyenne d'âge était de 43 ans avec un écart type compris entre (30,5 – 55,3). La moyenne d'âge des hommes était de 46,3 ans, celle des femmes était de 41,2 ans.

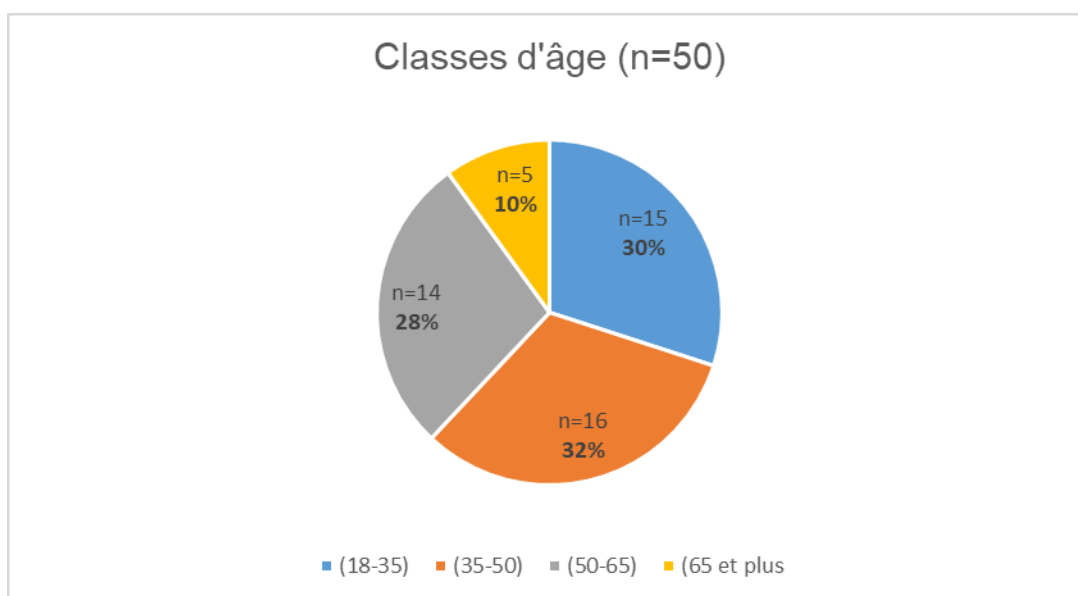


Figure 2

La catégorie la plus représentée était celle des 35-50 ans (32%) et la moins représentée celle des plus de 65 ans (10%).

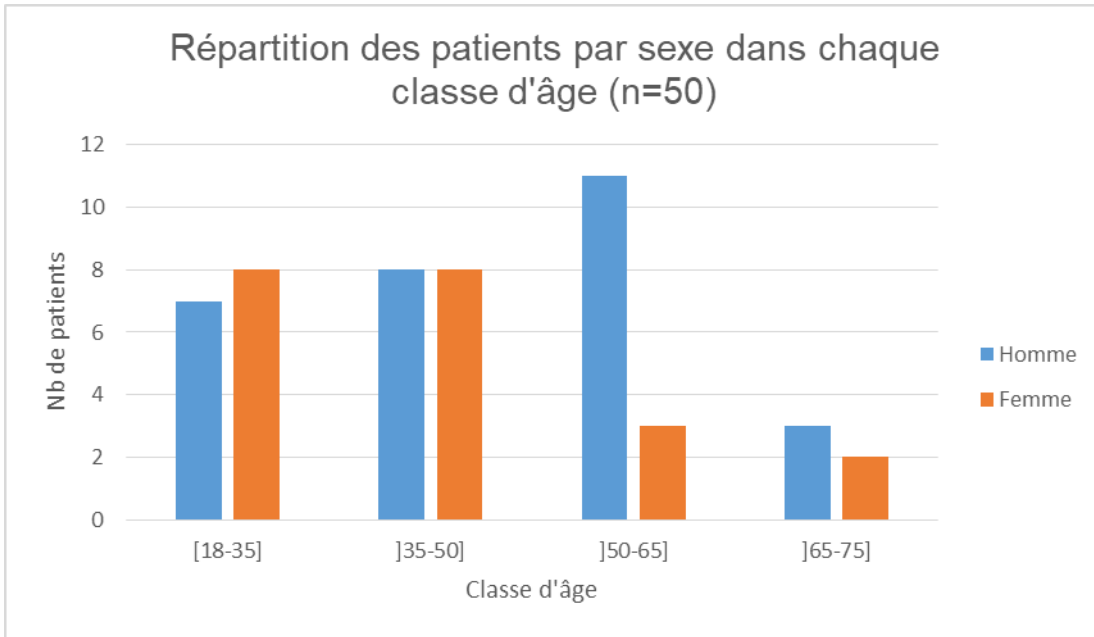


Figure 3

Plus de la moitié des patients (62%) ont moins de 50 ans. Concernant la tranche d'âge comprise entre 50 et 65 ans, les hommes y sont majoritairement présents et représentent 22% (n=11) tandis que les femmes ne représentent que 6% (n=3) de cette tranche d'âge. La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes était celles comprises entre 18 et 35 ans (n=8, 16%) ainsi que la tranche 35-50 ans (n=8, 16%).

Les femmes sont donc plus représentées dans les classes d'âge de moins de 50 ans contrairement aux hommes fumeurs présents majoritairement dans les classes les plus âgées.

2.2 Statut socio professionnel :

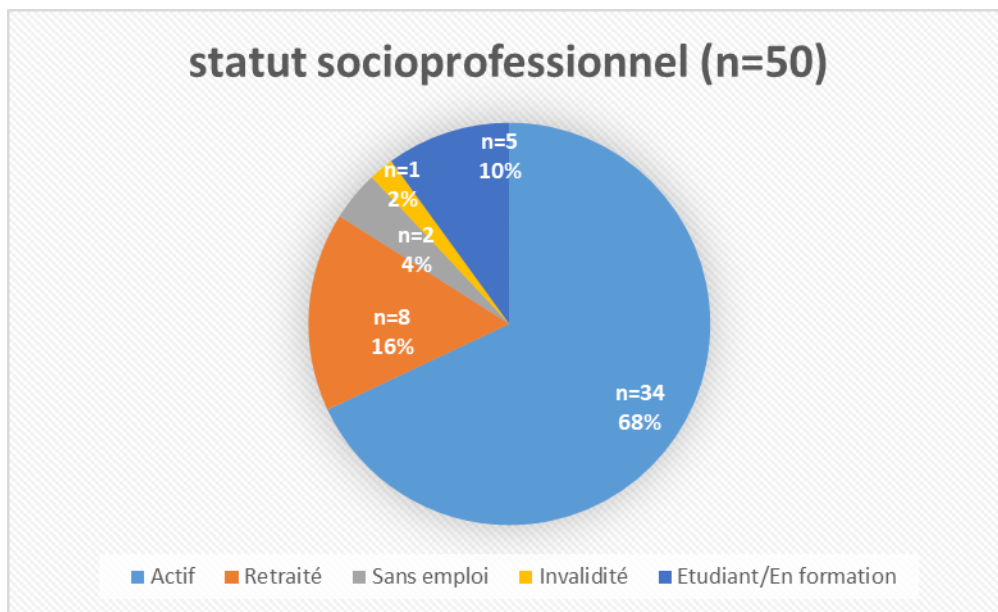


Figure 4

La majorité des patients inclus étaient actifs (n=34, 68%) hommes et femmes confondus. La seconde catégorie la plus représentée était les retraités à 16% (n=8). Le reste des patients étaient pour 10% des étudiants (n=5), 4% étaient des personnes sans emploi (n=2) et 2% des personnes classées en invalidité (n=1).

2.3 Formes de consommation de tabac :

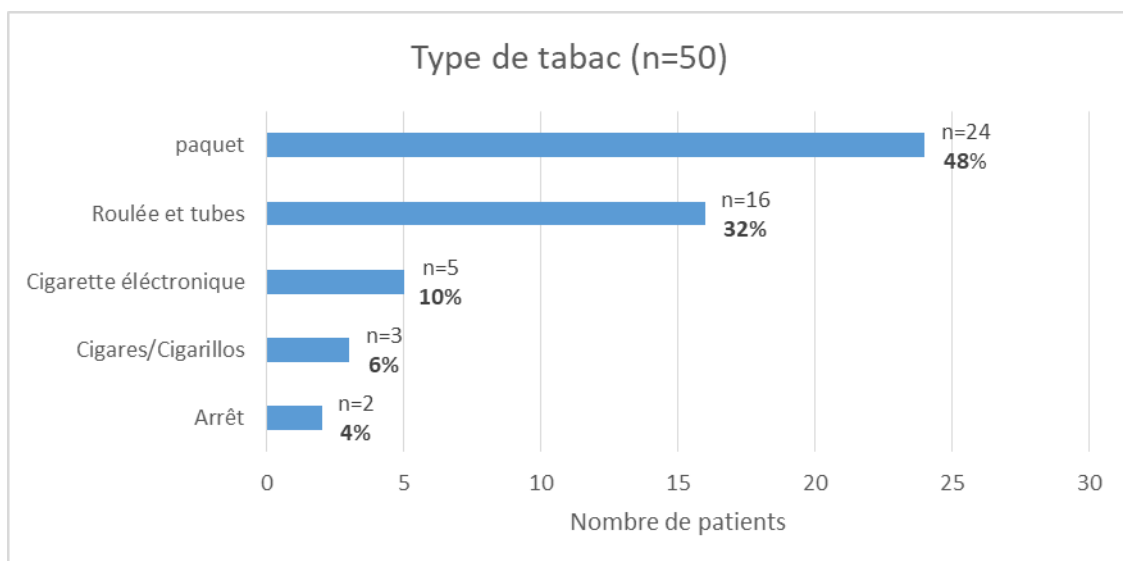


Figure 5

Sur les 4 formes de tabac recensées, la plus représentée était les cigarettes en paquet (n=24, 48%) puis les cigarettes roulées/en tubes à 32% (n=16). Deux patients étaient en sevrage tabagique et ne fumaient plus rien.

Détail de l'utilisation de l'e-cigarette :

Cinq patients utilisaient l'e-cigarette dont 1 patient qui l'utilisait exclusivement (n=1/5), 3 patients consommaient l'e-cigarette associée au tabac en paquet (n= 3/5), 1 patient l'associait au tabac roulées/tubes (n= 1/5).

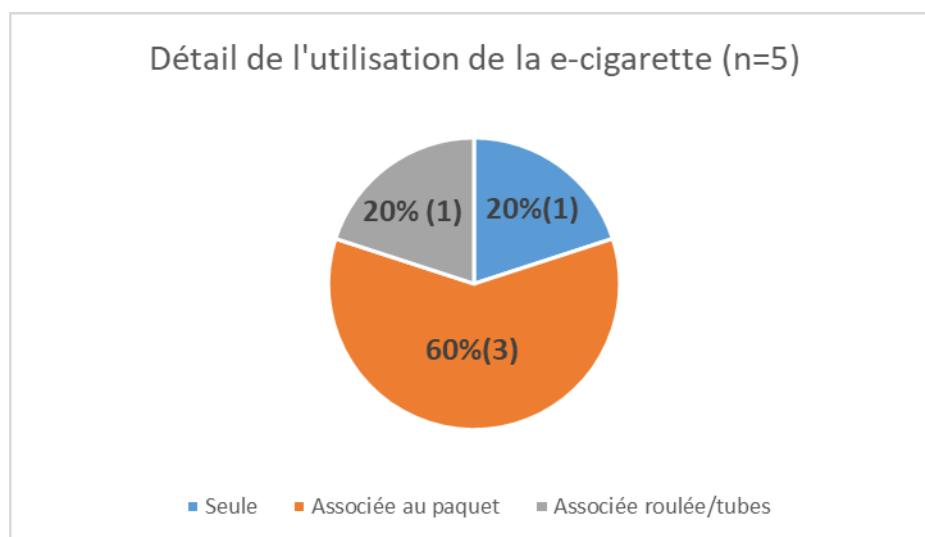


Figure 6

2.4 Age moyen d'entrée dans le tabagisme :

L'âge moyen de l'entrée dans le tabagisme était de 16,7 ans avec un écart type compris entre (14,36 – 19,16). L'âge moyen était de 16,4 ans pour les hommes et de 16,7 ans chez les femmes.

L'âge minimum d'entrée dans le tabagisme dans cette étude était de 13 ans pour un patient et l'âge maximum de début de consommation était de 23 ans pour 3 patients.

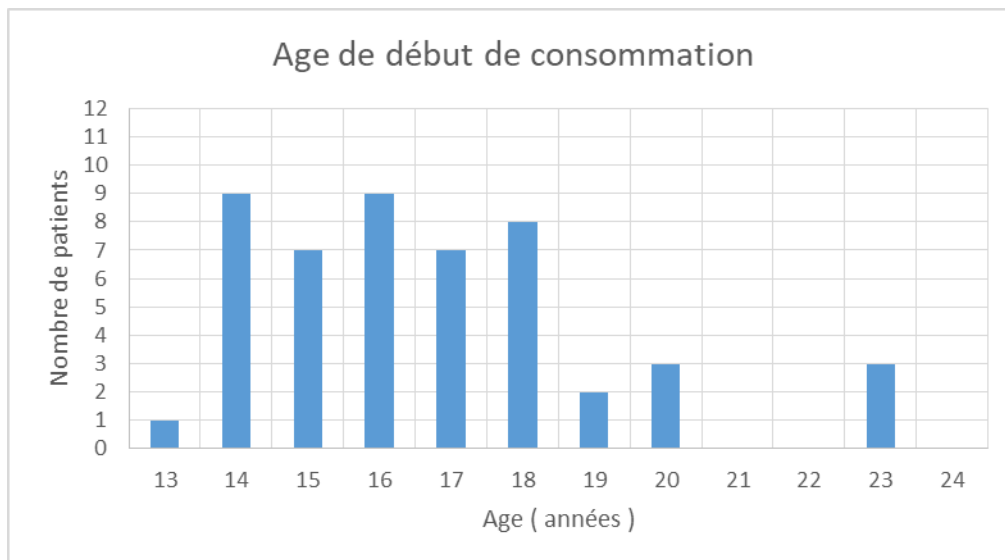


Figure 7

2.5 Consommation de tabac à l'inclusion (n=50) :

32% des patients fumaient entre 15 cigarettes et un paquet par jour (n=16/50).

Trois patients (6%) ne fumaient plus aucune cigarette, dont un patient en cours de sevrage qui utilisait la cigarette électronique de façon exclusive.

Nombre de cigarettes	0	(0 – 5)	(5-10)	(10-15)	(15-20)	(20-25)	(25 et plus
Nombre de patients	3	9	8	10	16	3	1
%	6%	18%	16%	20%	32%	6%	2%

Figure 8

Les patients ont été regroupés en 2 catégories, caractérisées par les petits fumeurs et les gros fumeurs. Étant donné qu'il n'existe pas de définition consensuelle dans la littérature pour définir les petits et gros fumeurs, cette étude s'est basé sur le seuil le plus fréquemment retenu qui est inférieur ou égal à 5 cigarettes par jour (20).

On comptait donc 9 petits fumeurs et 38 gros fumeurs.

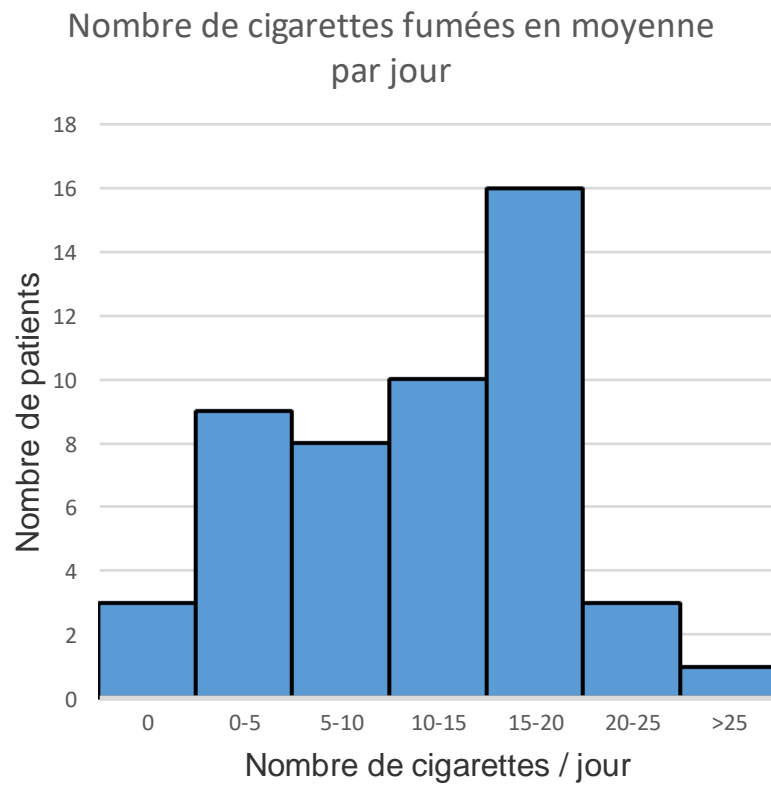


Figure 9

2.6 Tentatives de sevrage antérieures :

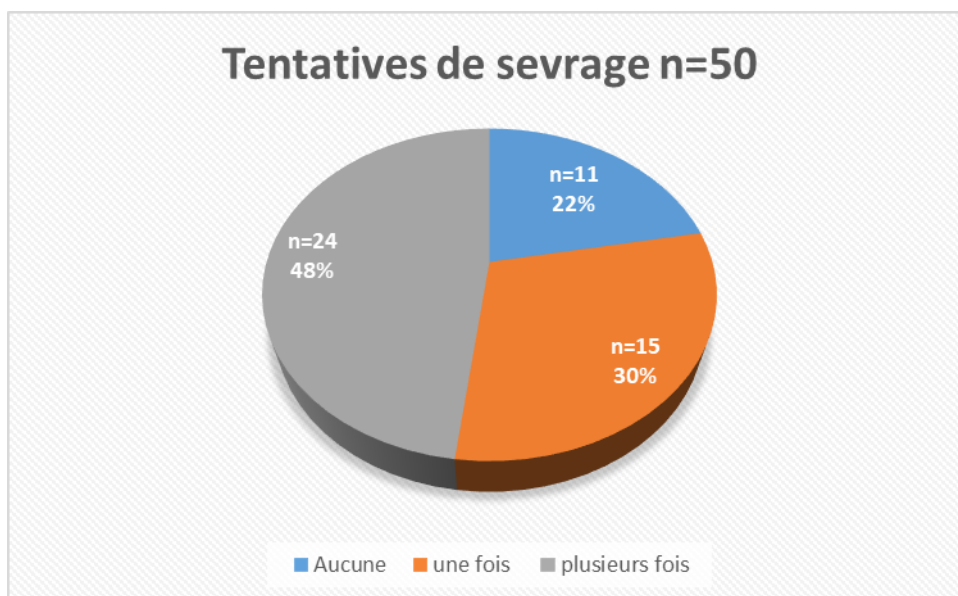


Figure 10

Une grande majorité de patients (78%), avaient essayé d'arrêter de fumer au moins une fois (n=39).

2.7 Raisons de l'échec au sevrage tabagique

Les différentes raisons évoquées étaient regroupées en 8 thèmes.

Parmi les 39 patients qui avaient tenté d'arrêter au moins une fois les raisons de l'échec étaient :

Facteurs	Nombre de patients	Pourcentages
Environnementaux (phénomène de société, influence des autres fumeurs au travail et dans la vie quotidienne)	10	26%
Manque de motivation/volonté	9	23%
Problèmes personnels (événement de vie difficile, problèmes familiaux, divorce, dépression, accident)	8	21%
Manque de préparation/Aide non adaptée (échec médicamenteux, arrêt des patchs, substituts trop chers)	5	13%
Stress professionnel	2	5%
Atteinte d'un objectif précis (arrêt dans un but précis comme la grossesse et l'allaitement puis reprise une fois le but atteint)	2	5%
Pas de réponse	2	5%
Prise de poids	1	2%

Figure 11

La principale raison de l'échec à l'arrêt du tabac était tout d'abord environnementale (n=10/39 ,26%) les patients insistant sur les difficultés à ne pas fumer en présence de fumeurs au travail ou dans la vie quotidienne. Puis secondairement, le manque de motivation/volonté (n=9/39 ,23%). Les problèmes personnels considérés comme des événements de vie difficiles étaient évoqués par 21% des patients (n=8/39) et le manque de préparation ou d'aides au sevrage évoqué à 13% (n=5 /39).

2.8 Motivation au sevrage à l'inclusion :

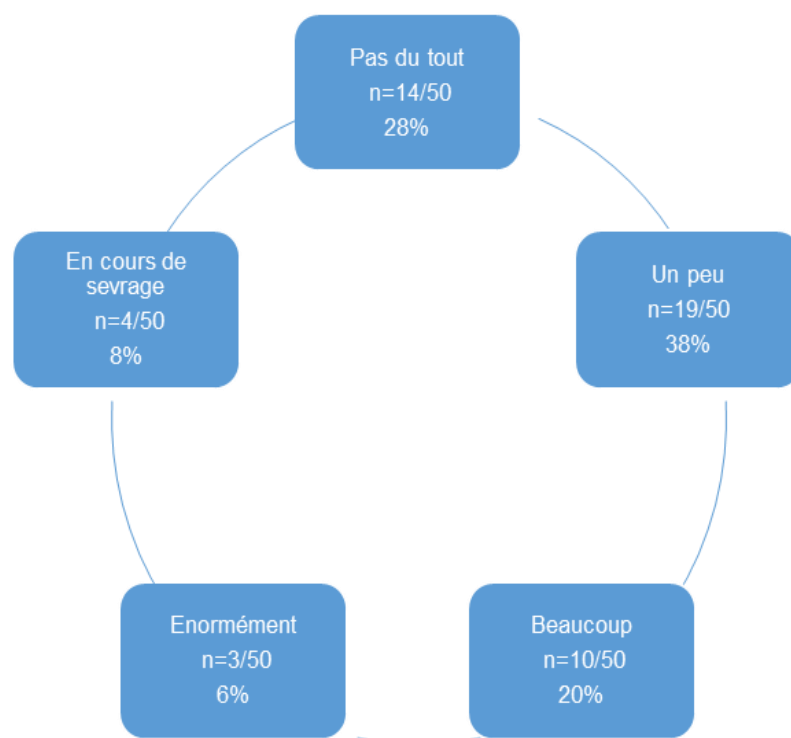


Figure 12

Plus d'un tiers des patients 28% (n=14) déclaraient n'être « pas du tout motivés » à arrêter de fumer. 38% des patients déclaraient être « un peu motivés » à arrêter de fumer (n=19). Enfin 26% (n=13) se considéraient comme « beaucoup » voire « énormément motivés » à arrêter (20% beaucoup, 6% énormément).

8% des patients se considéraient comme en cours de sevrage tabagique (n=4) : comprenant 1 patient qui déclarait fumer une dizaine de cigarette par jour et qui se

considérerait en sevrage tabagique. Et un patient qui se considérerait en sevrage utilisait la cigarette électronique de manière exclusive.

2.9 Objectif souhaité de consommation dans 6 mois :

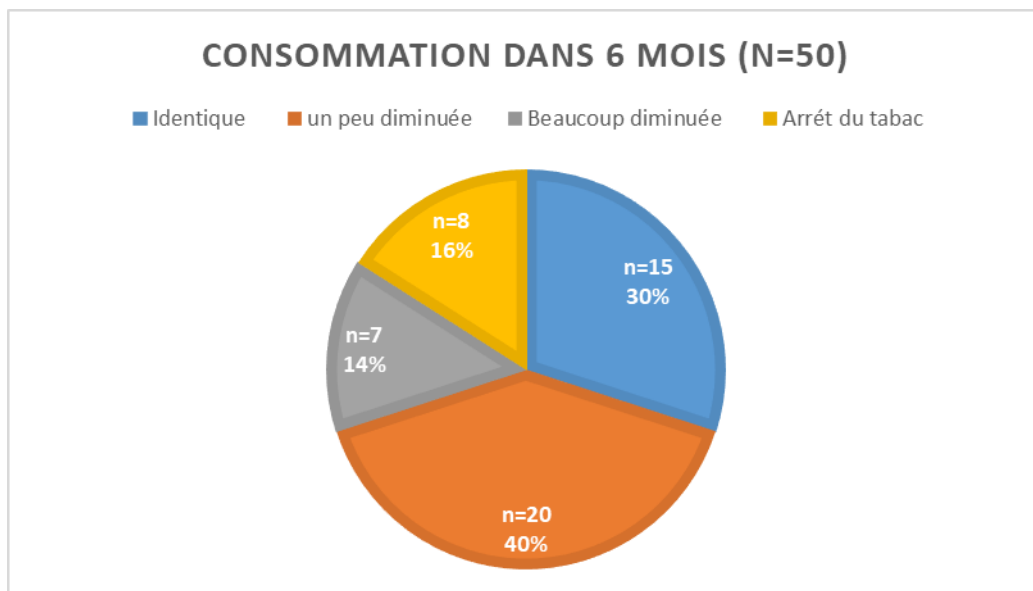


Figure 13

30% des patients déclaraient qu'ils pensaient avoir une consommation identique 6 mois plus tard (n=15).

Cependant, 16% déclaraient qu'ils seraient en sevrage tabagique complet 6 mois plus tard (n=8).

Par ailleurs, un peu plus de la moitié des patients 54% (n=27) déclaraient que leur consommation serait au moins «un peu » diminuée (n=20) et beaucoup diminuée (n= 7) ce qui est plutôt positif pour notre l'étude.

3. Questionnaire à 6 mois :

Le taux de réponse au second questionnaire était de 84% (42 patients : 18 femmes et 24 hommes) sur les 50 patients ayant participé au 1^{er} questionnaire.

On comptait 8 perdus de vue après la réalisation du second questionnaire.

3.1 Niveau de consommation à 6 mois (n=42)

Nombre de cigarettes	0	(0-5)	(5-10)	(10-15)	(15-20)	(20-25)	(25 et plus)
Nombre de patients	5	11	5	9	11	1	0
%	12%	26%	12%	22%	26%	2%	0

Figure 14

Toujours en utilisant le seuil de petits fumeurs défini par « inférieur ou égal à 5 cigarettes par jour », on comptait 11 petits fumeurs et 26 gros fumeurs.

Onze patients (26%) fumaient entre 15 cigarettes et 1 paquet par jour. Onze patients (26%) fumaient entre 0 et 5 cigarettes par jour.

Cinq patients (12%) avaient totalement arrêté de fumer : 3 patients ont maintenu un sevrage déjà entrepris et apparition 2 nouveaux sevrages lors de la réalisation du second questionnaire.

3.2 Motivation au sevrage à 6 mois (n=42) :

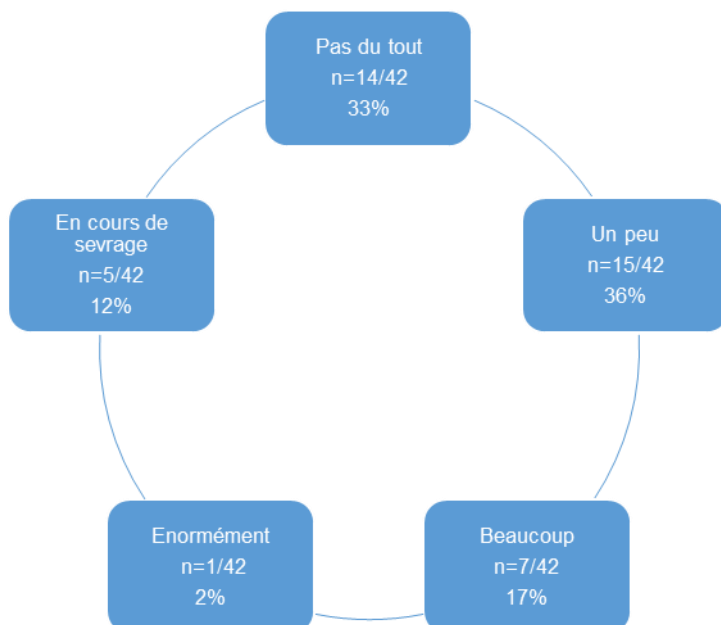


Figure 15

Un tiers des patients (n=14, 33%) déclaraient n'être « pas du tout motivés » à arrêter de fumer.

Quinze patients (36%) considéraient être « un peu motivés » à arrêter de fumer 6 mois plus tard.

19% des patients se considéraient être « beaucoup » (n=7, 17%) voir « énormément motivés » (n=1, 2%) à arrêter.

Cinq patients (12%) déclaraient avoir arrêté de fumer 6 mois plus tard.

3.3 Influence de l'étude sur le sevrage :

A la question : Est-ce que la démarche de suivi par appel téléphonique vous a influencé ?

69% des patients déclaraient ne pas avoir été influencés (n=29/42).

14% des patients déclaraient avoir été influencés par le questionnaire (n=6/42).

17% n'avaient pas d'avis sur la question (n=7/42).

4. Evolution entre 0 et 6 mois :

Les conditions d'effectifs n'étant pas respectées, il a été décidé de ne pas réaliser de test statistique. Les 8 perdus de vue n'ont pas été pris en compte, Nous nous sommes basés sur l'effectif de 42 patients pour la suite de l'analyse. On ne peut pas conclure car les 8 perdus de vue exclus entre le premier et deuxième questionnaire peuvent sous-estimé ou surestimé les résultats.

4.1 Evolution du niveau de la consommation tabagique entre 0 et 6 mois (n=42)

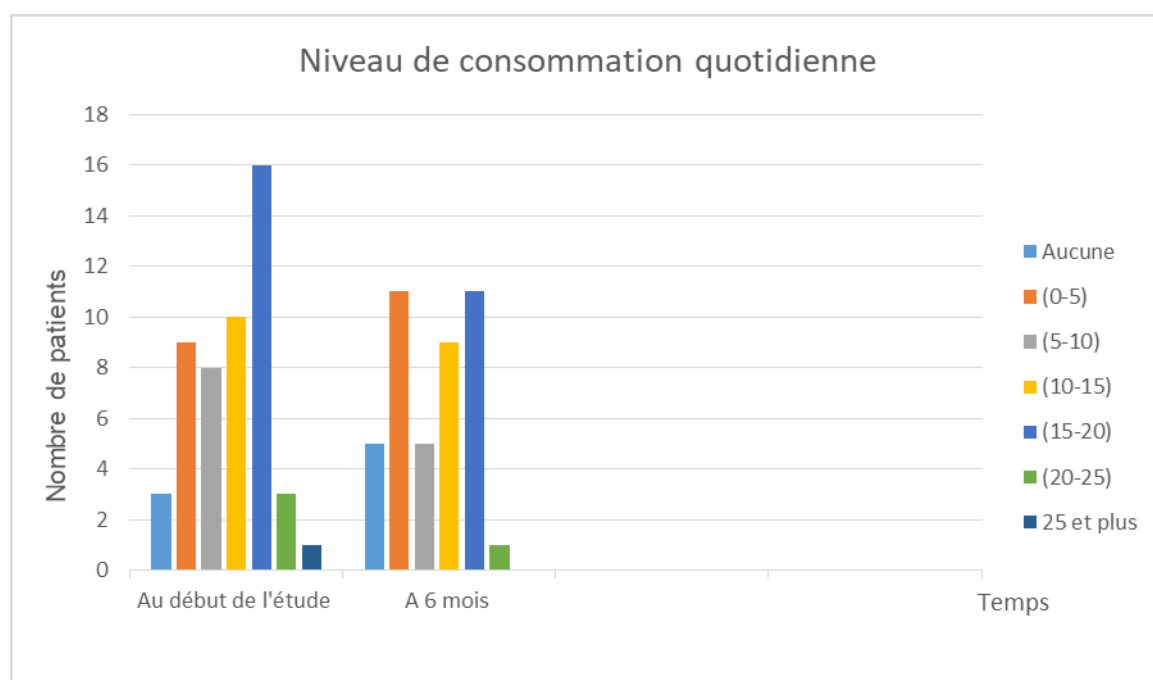


Figure 16

On observait peu de modification sur la consommation de tabac à 6 mois :

- On observait une « tendance à une diminution du niveau de consommation » avec une diminution du nombre de patients fumant entre 15 cigarettes et un paquet par jour qui est passé de 16 patients au début à 11 à 6 mois. De plus, il y a une « tendance à une diminution » du nombre de patients fumant entre 20 et 25 cigarettes par jour avec n=3 au début et n=1 à 6 mois.

- Un seul patient fumait plus de 25 cigarettes par jour au début alors qu'aucun patient ne fumait plus de 25 cigarettes par jour à 6 mois.
- Une « tendance à l'augmentation » du nombre de patients fumant entre 0 et 5 cigarettes par jour qui est passé de 9 au début à 11 à 6 mois.
- Dix-neuf patients avaient diminué leur consommation (dont les 3 arrêts de tabac du début).
- On pouvait noter une augmentation du nombre de petits fumeurs qui est passé de 9 à 11 patients et une diminution du nombre de gros fumeurs passé de 38 à 26 patients.

Par ailleurs, on observait une « tendance au sevrage tabagique » car 3 patients ne fumaient pas du tout (0 cigarette/jour) au début de l'étude alors que 5 patients avaient arrêté de fumer à 6 mois. Donc 2 patients qui fumaient au départ avaient arrêté à 6 mois plus tard.

4.2 Evolution de la motivation au sevrage entre 0 et 6 mois (n=42):

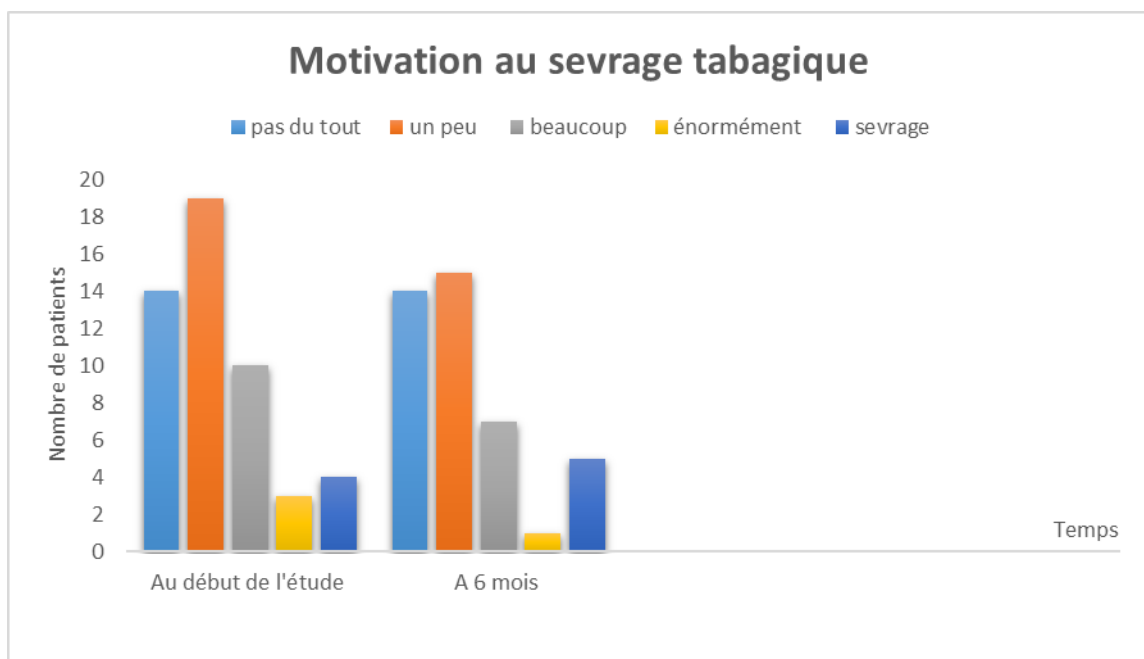


Figure 17

On n'observait peu de modification sur l'évolution de la motivation au sevrage tabagique :

- Au début de l'étude 3 patients déclaraient être énormément motivés à arrêter de fumer alors qu'à 6 mois un seul patient déclarait être énormément motivé à arrêter de fumer.
- Quatre patients déclaraient être en sevrage tabagique au début de l'étude puis 5 patients 6 mois plus tard.
- La motivation de 8 fumeurs a évolué de manière positive alors qu'elle avait évolué négativement pour 11 fumeurs. Elle restait inchangée pour 23 fumeurs.
- Un seul patient se considérant un peu motivé au sevrage tabagique au début avait complètement arrêté de fumer 6 mois plus tard.

5. Profil des perdus de vue :

Aucun facteur n'était prédominant à la description des 8 perdus de vue.

D'une part, on comptait 5 hommes (3 actifs et 2 retraités). Parmi eux, 4 patients étaient considérés comme gros fumeurs, un seul petit fumeur.

D'autre part, 3 femmes (2 actives et une retraitée), toutes fumant plus de 5 cigarettes par jours (gros fumeurs)

Sur les 8 perdus de vue, 3 étaient donc retraités (plus de 60 ans), 4 avaient entre 50 et 60 ans et les 2 derniers perdus de vue avaient entre 25 et 35 ans.

6. Profil des patients ayant arrêté de fumer :

Initialement, 3 personnes étaient en sevrage tabagique : 2 hommes et 1 femme.

Puis 2 patients qui fumaient au départ, étaient en sevrage à 6 mois. Il s'agissait d'un homme et d'une femme qui tous deux fumaient une dizaine de cigarettes par jour (gros fumeurs) et étaient initialement motivés au sevrage.

DISCUSSION

1. Critique du travail de thèse :

1.1 Faiblesses de l'étude

1.1.1 Questionnaires : contenu et biais d'autodéclaration

Après un plus grand approfondissement du sujet, certaines questions auraient pu être ajoutées afin d'insister sur certains aspects du tabagisme lors de l'évaluation initiale des fumeurs. On aurait pu évaluer la dépendance de chaque patient en s'inspirant de l'auto-questionnaire de Fagerstrom (6 questions). Par exemple, la question portant sur le délai entre le réveil et la première cigarette semble la mieux corrélée au degré de dépendance (21). Cependant, selon l'HAS, la mesure de la dépendance individuelle pour le dépistage n'est pas recommandée en premier recours mais plutôt lors de l'évaluation initiale du fumeur désireux d'arrêter de fumer (6). Ici, les patients recrutés n'étaient pas tous forcément dans une optique d'arrêt du tabac.

De plus, certaines questions peuvent engendrer des réponses subjectives et être faussées par une certaine « pression » ou honte qui peuvent être ressenties par les patients lors de leurs réponses aux questionnaires. Par exemple, certains patients se demandaient si leur médecin généraliste allait être mis au courant des résultats. Ce biais engendre un biais de mémorisation en ce qui concerne la quantification du tabagisme qui peut alors être sous-estimée ou l'âge de début de la consommation de tabac qui quant à lui pourrait être surestimé (22).

Il en est de même pour l'évaluation de la motivation engendrant un biais de déclaration possible pour les stades motivationnels avancés (3). Ceci peut être expliqué par l'effet Hawthorne qui décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une étude ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. Enfin, un arrêt de la consommation de tabac auto mentionné est également un élément

critiquable. Une vérification de l'arrêt effectif aurait pu être réalisée auprès du médecin traitant à postériori.

1.1.2. Faible effectif et biais de sélection:

L'échantillon est de petite taille. En effet, cela s'explique par la réalisation d'une étude monocentrique se limitant à la patientèle d'une seule MSP. Il aurait été intéressant de renforcer le recrutement à Landas ou d'étendre les questionnaires à d'autres MSP pour obtenir une vision plus globale et représentative de la population générale. Il en résulte une puissance statistique assez faible.

Par ailleurs, l'étude peut comporter un biais de sélection car les patients recrutés sont des patients volontaires. De plus, il existe un biais de recrutement par restriction volontaire aux patients majeurs. Il aurait pu être intéressant d'observer le tabagisme chez les moins de 18 ans mais cela reste plus compliqué car une autorisation parentale est nécessaire.

Enfin, la majorité des patients fumeurs étaient des hommes à 58% (n=29) pour 42% de femmes (n=21), ce qui est comparable à la population tabagique française. La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée chez les hommes (28,2%) que chez les femmes (22,9%) (10). Il en est de même au niveau des Hauts-de-France avec 34,5% de fumeurs quotidiens chez les hommes et 27,2% chez les femmes (5). Par conséquent la population initiale de fumeurs est cohérente car elle est représentative de la population générale.

1.1.3 Suivi court et beaucoup de perdus de vue :

La période de suivi de 6 mois est courte, ce délai est critiquable car il est court par rapport à l'histoire du fumeur. Néanmoins, il ne peut être inférieur à 6 mois du fait de la définition même des stades de Prochaska. Dans la littérature les études ont fixé à 6 mois

le délai minimal d'abstinence (11,12).

On comptait 11 perdus de vue entre l'inscription à l'étude et la réalisation du premier questionnaire d'inclusion. Puis on obtenait 8 perdus de vue après la réalisation du second questionnaire car certains patients n'ont pas répondu malgré de nombreuses tentatives d'appel afin d'obtenir un maximum de participants potentiels : au moins 5 rappels au total. Malgré le message laissé sur leur répondeur, réexpliquant les modalités de l'étude (si pas de réponse lors du premier appel) ou un rappel « organisé » (fixation d'un rendez-vous téléphonique) lors du premier contact téléphonique. Enfin malgré l'envoi, en dernier recours, d'un e-mail contenant le questionnaire (un seul retour). Cependant cette étude avait vocation à se poursuivre par l'étude de la FFMPs.

1.2 Forces de l'étude :

1.2.1 Pertinence et originalité du sujet :

D'une part, la mobilisation autour de la question du tabac est continuelle, et entraîne une perpétuelle agitation par les moyens mis en œuvre pour essayer de pallier ce problème de santé publique. On peut citer les campagnes choc contre le tabac et les récentes mises en garde illustrées apposées sur les paquets de cigarettes, la nouvelle augmentation du prix du tabac passant à 10 euros pour certains paquets de cigarettes manufacturées. Tous ces moyens ont pour but de dissuader les populations vulnérables de fumer et inciter un maximum de fumeurs à arrêter. Par ailleurs, certains dispositifs entraînent des interrogations, notamment les inhalateurs électroniques de nicotine (cigarettes électroniques) qui représentent un grave sujet de préoccupation de santé publique. Leurs effets à long terme restent inconnus et l'innocuité de leur utilisation reste à prouver.

D'autre part, par ce travail, un état des lieux du tabagisme a été réalisé au sein de la MSP de Landas. Ce vaste sujet est pertinent, le choix du thème est spécifique car on retrouve peu de travaux concernant le suivi téléphonique de patients tabagiques ou sur le sevrage tabagique et peu d'étude comparable en MSP. L'étude avait pour but d'évaluer la méthode du suivi de patients fumeurs par questionnaires téléphoniques, afin d'améliorer l'accompagnement à l'arrêt du tabac à terme. On a expérimenté cette méthode qui n'a jamais été réalisée au sein de la MSP. Il a été jugé que ce serait le meilleur moyen de communication afin d'obtenir un maximum de réponses.

Enfin, la collecte des données a été réalisée par questionnaires standardisés. Les patients ont tous été interrogés de la même façon, par la même investigatrice. Les questionnaires étaient remplis en temps réel lors de l'appel téléphonique, permettant une bonne compréhension des questions par les patients et l'authenticité des données retranscrites par l'investigatrice.

1.2.2 Etude pilote d'une étude de plus grande ampleur :

A plus long terme, notre étude constituait une étude préliminaire d'un projet d'ampleur nationale. En effet, une étude plus vaste, sur la même problématique a été réalisée, s'intitulant : « Bref, j'arrête de fumer » coordonnée par la FFMPs avec l'appui de la société Acsantis. Acsantis est un cabinet de conseil indépendant spécialisé dans le secteur de la santé. Il apporte une expertise en santé publique en évaluant les résultats de l'étude. Ce travail de thèse a ainsi permis l'inclusion de nos patients (pour 35 d'entre eux) à cette nouvelle étude dynamique qui a pour objectif d'évaluer et d'améliorer l'accompagnement de l'arrêt du tabac des fumeurs patients de MSP.

2 Résultats principaux :

Notre étude avait pour but d'effectuer un suivi de patients fumeurs de la MSP de Landas afin de montrer si ce suivi avait un impact sur la motivation, la consommation et sur le sevrage tabagique effectif. Néanmoins, les conditions d'effectifs n'étant pas respectées, il n'y a pas eu de réalisation de test statistique. On ne peut pas conclure car les 8 perdus de vue exclus entre le premier et deuxième questionnaire peuvent sous-estimer ou surestimer les résultats. Par ailleurs, il y avait un intérêt à étudier la faisabilité et l'efficacité de cette méthode de suivi.

2.1 Le suivi de la motivation, de la consommation et du sevrage tabagique acquis :

2.1.1 « **Tendance** » à une stabilité de la motivation

On n'observait « peu de modification » sur l'évolution de la motivation au sevrage tabagique. En effet, nos résultats montrent (sur les 42 patients) :

- Au début de l'étude 3 patients déclaraient être énormément motivés à arrêter de fumer alors qu'à 6 mois 1 seul patient déclarait être énormément motivé.
- Quatre patients déclaraient être en sevrage tabagique au début de l'étude alors que 5 patients déclaraient l'être à 6 mois.
- La motivation de 8 fumeurs a évolué de manière positive alors qu'elle avait évolué négativement pour 11 fumeurs. Elle restait inchangée pour 23 fumeurs.
- Un seul patient se considérant un peu motivé au sevrage tabagique au début, avait complètement arrêté de fumer 6 mois plus tard.

2.1.2 « **Tendance** » à une diminution de la consommation de tabac :

De même, on observait « peu de modification » sur la consommation de tabac, cependant :

- Sur 6 mois, on observait une « tendance à une diminution » du niveau de consommation avec une diminution du nombre de patients fumant entre 15 cigarettes et un paquet par jour (16 patients au début et 11 à 6 mois).
- Une « tendance à la diminution » du nombre de patients fumant entre 20 et 25 cigarettes par jour avec 3 patients au début et 1 seul à 6 mois. Un seul patient fumait plus de 25 cigarettes par jour au début alors qu'aucun patient ne fumait plus de 25 cigarettes par jour à 6 mois.
- On observait une « tendance à l'augmentation » du nombre de patients fumant entre 0 et 5 cigarettes par jour qui est passé de 9 au début à 11 à 6 mois.
- Sur les 42 patients restants ,19 patients avaient diminué leur consommation (incluant les 3 arrêts de tabac du début).
- On pouvait noter une augmentation du nombre de petits fumeurs qui est passé de 9 à 11 patients et une diminution du nombre de gros fumeurs passé de 38 à 26 patients.

2.1.3 Impact relatif sur l'arrêt du tabac :

On observait une « tendance » au sevrage tabagique .Trois patients ne fumaient pas du tout au début de l'étude alors que cinq patients avaient arrêté de fumer à 6 mois. Deux patients qui fumaient au départ avaient donc arrêté 6 mois plus tard.

2.2 Méthode de suivi utilisée intéressante mais perfectible :

Un premier constat de notre travail est que la méthode d'appels par questionnaires téléphoniques permet le suivi à distance par contact vocal direct de patients appartenant à la même MSP. Le rappel par téléphone à 6 mois semblait être le moyen le plus approprié afin de recontacter tous les patients ayant répondu au premier questionnaire. Lorsque ce rappel était mentionné, les patients n'étaient pas contre un nouveau contact et plutôt

motivés et enthousiastes à répondre au second questionnaire. De plus, ils étaient satisfaits de la démarche d'appel, leur permettant pour certains de discuter de leur tabagisme.

Cependant, malgré un effort important de rappel (jusqu'à 5 fois), on constate de nombreux perdus de vue : **11** non réponses lors de la réalisation du premier questionnaire puis **8** (**6** non réponses, **2** refus de poursuite de l'étude) après la réalisation du second, ce qui suppose une accroche variable et modérée de la part des patients à l'étude. Cela pourrait signifier que certains patients ont eu peu d'intérêt pour l'enquête ce qui peut engendrer un risque d'essoufflement de l'étude, une diminution de sa fiabilité à terme. De plus le délai de 6 mois entre les 2 questionnaires était assez long et propice aux perdus de vue.

3 Complexité du tabagisme :

3.1 Le patient tabagique : une population hétérogène

Le cheminement du fumeur vers l'abstinence passe par de nombreuses étapes, faisant du fumeur dépendant un patient atteint d'un trouble chronique, ce qui explique les nombreuses reprises du tabac et justifie un suivi au long cours adapté à chacun (8,23). Il est important d'être conscient qu'une multitude de données sont à intégrer pour appréhender la prise en charge globale du patient. La diversité des situations fait qu'il n'existe pas de « méthode unique », applicable à tous.

3.1.1 Le profil tabagique :

Tout d'abord, il est nécessaire de définir le profil de chaque patient grâce à l'âge, le sexe, ses origines, sa religion, son éducation et son niveau socioéconomique qui sont de multiples facteurs qui rendent son suivi complexe. Ses antécédents, comorbidités et son historique médical sont également importants à prendre en compte.

Dans notre étude, l'âge moyen de début de consommation est de 16,7 ans, or les données de la littérature, notamment dans l'étude nationale DEPICT réalisée auprès d'adolescents, retrouvent une entrée dans le tabagisme de plus en plus jeune qui est de 14,3 ans en moyenne (24). L'âge moyen de la première cigarette est de 14,4 ans dans les Hauts-de-France(5). Le type de tabac fumé en majorité sont des cigarettes en paquet (manufacturées), puis le tabac à rouler (ou en tubes) ce qui concorde avec les données de la littérature. La vente de cigarettes manufacturées représente 80% des volumes vendus dans les réseaux de buraliste, le tabac à rouler y représente 15% (25).

3.1.2 La dépendance et la motivation :

La dépendance est un critère indispensable à évaluer. L'addiction à la nicotine, considérée comme une maladie chronique, doit être prise en charge de façon

systématique et proactive au même titre que les autres facteurs de risques comme l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète (26). Il est aussi important de rechercher les possibles co-addictions (alcool ,drogues, cannabis) pouvant entrainer une aggravation des conduites de consommation (6).

La motivation est un élément essentiel au changement et intrinsèque à tout individu. On ne peut en aucun cas la faire naître, ou l'augmenter artificiellement, mais on peut contribuer à réduire ou lever les obstacles à son évolution grâce à la qualité de la communication établie avec le médecin. Trois éléments essentiels constituent la motivation au changement : l'envie du changement, la confiance dans le changement et la disposition au changement lié aux priorités personnelles qui sont différentes selon les individus(6). En 2018, plus de la moitié des fumeurs réguliers, 56,5% des fumeurs quotidiens hommes ou femmes avaient envie d'arrêter de fumer, dont 16% avaient le projet dans les 6 prochains mois (10). On considère que, chaque année en France, entre 400 000 et 500 000 fumeurs réguliers arrêtent pour au moins un an (27).

3.1.3 La perception du risque :

Chaque individu perçoit le risque dans une logique qui lui est propre. Ses caractéristiques psychologiques entraînent une interprétation différente de celle des autres. Le tabagisme actif peut être considéré comme un risque volontaire et contrôlable, minimisé par certaines personnes. En effet, certains individus se considèrent souvent comme étant moins à risque que d'autres face au même danger, ce qui ne favorise pas un changement de comportement à terme. Un jeune fumeur aura tendance à sous-évaluer le risque (28). Au niveau des Hauts-de-France, il y a moins de fumeurs chez les jeunes que dans les autres régions mais leur consommation est plus intensive (plus de 10 cigarettes par jour) et la dépendance est plus forte (74,4% des fumeurs quotidiens) soit bien plus qu'en France (66,8%) (4).

La manière dont l'information est donnée contribue également à façonner la perception que l'on aura des risques liés au tabagisme (28). C'est pourquoi, la perception du risque, les connaissances sur les maladies liées au tabagisme et leur sévérité sont des prérequis à une communication de qualité établie avec un professionnel de santé, permettant une approche individualisée et approfondie.

L'OMS dans son rapport sur l'épidémie mondiale du tabagisme de 2019, constate que peu de gens connaissent les risques spécifiques de la consommation de tabac sur la santé (1). Les données du bulletin de santé publique France de 2019 montrent que trois quart des fumeurs craignent d'avoir un cancer lié au tabac, mais les seuils de dangerosité perçus en nombre de cigarettes et en nombre d'années restent élevés : 12 cigarettes par jour et 16,5 ans en moyenne sont les seuils à partir desquels les fumeurs considèrent qu'il y a un risque d'avoir un cancer induit par leur tabagisme. De plus, il existe toujours des inégalités sociales quant à la perception des risques. Les différences socio-économiques concernant le risque perçu des effets du tabagisme persistent, neuf personnes sur dix se considèrent comme bien informées sur les effets du tabac sur la santé mais ce sentiment est moins répandu parmi les personnes aux diplômes ou revenus les moins élevés (2).

3.1.4 Son vécu et ses tentatives antérieures d'arrêt :

Dans notre étude, 39 patients (78%) avaient déjà essayé d'arrêter de fumer au moins une fois. D'après le Bulletin de santé publique des Hauts-de-France, parmi les fumeurs quotidiens, 21% avaient déjà fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine. En 2018, en France, 24,9% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins 1 semaine (10).

Nos résultats montrent que la principale raison de l'échec à l'arrêt du tabac était tout d'abord environnemental (n=10, 26%). Les patients insistant sur les difficultés de

s'abstenir de fumer en présence de leurs collègues ou amis fumeurs. Puis secondairement était mentionné le manque de motivation/volonté (n=9, 23%). Les problèmes personnels considérés comme des événements de vie difficile étaient évoqués par 21% des patients (n=8) ainsi que le manque de préparation ou aides au sevrage tabagique à 13% (n=5).

Dans un article écrit par G. Lagrue et al., les causes de rechutes retrouvées sont principalement la perte de motivation et le souvenir du plaisir (16%) , le stress aigu et les événements de vie douloureux (16%) , l'environnement et la convivialité (16%) , la prise de poids (15%), le stress chronique et les tensions psychologiques (13%) (29).

3.2 Réformes et plans d'actions politiques :

Fumer est encore considéré en France comme un comportement banal, à la différence d'autres pays où les actions de dénormalisation ont conduit à une prise de conscience de la société de ses coûts sanitaires sociaux et financiers (26). La mobilisation autour de la question du tabac est en constante évolution et accompagner le patient fumeur est une priorité. Il est alors intéressant de rappeler les différents moyens mis en œuvre pour pallier ce problème de santé publique.

En effet, grâce au Programme National de Réduction du Tabagisme (15) (PNRT de 2014 à 2019 de Marisol Touraine) de nombreuses mesures ont été mises en place :

- Le forfait de remboursement des substituts nicotiques a été augmenté à 150 euros (depuis le 1er novembre 2016) et l'autorisation de prescription de ces traitements a été étendue aux sages-femmes, dentistes, médecins du travail, infirmiers et kinésithérapeutes.
- La mise en place du paquet neutre obligatoire au 1er janvier 2017, et l'augmentation des prix du tabac. Ainsi une augmentation de 10% du prix du tabac

se traduit par une baisse de 4% de consommation. Cependant ces augmentations entraînent une légère augmentation des ventes transfrontalières ce qui réduit de façon modeste cet effet prix (26).

- Le dispositif de marketing social « Mois sans tabac » (depuis novembre 2016) propose aux fumeurs le défi d'arrêter de fumer au mois de Novembre. Un fumeur qui arrête de fumer pendant un mois, multiplie par 5 ses chances d'arrêter définitivement (26).

En France, suite à la mise en place de ses mesures réglementaires et de prévention, une enquête sous forme d'un état des lieux descriptif a été réalisée auprès de 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans, interrogées par téléphone. Ainsi, les résultats du baromètre santé 2017 montraient une diminution d'1 million de fumeur quotidien en 1 an (30) et une diminution de 600 000 fumeurs entre 2017 et 2018 (26). Ce contexte fort de lutte anti-tabac a contribué à une baisse de prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans, en passant de 29,4% en 2016 à 26,9 % en 2017 puis à 25,4% en 2018 (2,10,26). Les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13 cigarettes par jour en 2018 (en moyenne 14 chez les hommes et 11,9 chez les femmes) (2). Ces résultats sont dans la continuité des dernières estimations qui montrent une diminution de la quantité moyenne de tabac fumé depuis 2010. Au niveau des Hauts-de-France, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 15,2 cigarettes par jour, ce qui est donc supérieure à la moyenne nationale(13 cigarettes) (5).

Cependant, en dépit d'une bonne législation, la prévalence tabagique française reste élevée (26). Les 75 000 décès prématurés annuels et son coût prohibitif pour la santé (environ 120 milliards d'euros par an) justifie une prise de conscience nécessaire d'un point de vue politique et médiatique. Ainsi, les objectifs du nouveau Programme National de Lutte contre le Tabac d'Agnès Buzyn (PNLT 2018-20122) comprennent la prévention de l'entrée du tabagisme chez les enfants, l'accompagnement des fumeurs

dans le sevrage tabagique et des actions sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique. S'y ajoutent également la surveillance, l'évaluation et la diffusion des connaissances relatives au tabac (31).

3.3 L'émergence de la cigarette électronique :

3.3.1 **A l'échelle de notre étude :**

Il est important de préciser que la cigarette électronique n'a pas d'équivalence en termes de cigarettes manufacturées dans la règle de conversion de L'INPES (6). Cela engendre alors un biais dans nos résultats. Ceux-ci retrouvent que 5 patients utilisaient la cigarette électronique : un seul patient l'utilisait de manière exclusive (patient en cours de sevrage), 3 patients l'associaient aux cigarettes en paquet, un patient l'utilisait avec du tabac sous forme de cigarettes roulées/tubes. Or, pouvons-nous considérer le patient utilisant la cigarette électronique de manière exclusive comme en cours de sevrage tabagique.

3.3.2 **A l'échelle régionale et nationale :**

D'après le Bulletin de santé publique dans les Hauts-de-France, en 2017, la proportion de personnes vapotant quotidiennement était de 2,1% proportion non statistiquement différente de la France métropolitaine (2,7%). En 2018, en France 5,3% des 18-75 ans utilisaient la cigarette électronique, 3,8% l'utilisaient quotidiennement. Les vapoteurs quotidiens étaient 40,7% à fumer du tabac quotidiennement et 10,4% occasionnellement, 48,8% étaient d'anciens fumeurs et moins de 1% n'avaient jamais fumé (10).

3.3.3 **Controverses actuelles :**

- La cigarette électronique utilisée comme outil de sevrage tabagique :

Ce dispositif contient de la nicotine liquide à diverses concentrations ainsi qu'un

aérosol, le propylène glycol, auquel peuvent s'ajouter du glycérol et des aromatisants (6). Elle est le plus souvent utilisée sans aide médicale par des fumeurs qui veulent soit réduire leur tabagisme ou arrêter de fumer (3). Cependant, continuer à fumer en vapotant laisse persister les risques liés au tabagisme. De plus, son innocuité et efficacité ne peuvent pas être affirmées avec certitude. Il est important de rappeler que l'utilisation de la cigarette électronique en dehors du contexte de sevrage tabagique est médicalement formellement déconseillée (32).

Les analyses effectuées à ce jour, ont permis de conclure, avec une certaines réserves, que la cigarette électronique, utilisée dans les conditions autorisées en France, n'est pas sans danger mais elle est généralement moins nocive que la cigarette (1) avec un potentiel de toxicité qui paraît très inférieur à celui du tabac fumé (32).

Le haut conseil de santé publique dans son avis relatif de 2016, et plus tard, l'OMS, dans son rapport du 26 juillet 2019 (33), insistent sur la nécessité de développer des études de suivi bien conduites car les conséquences cliniques et épidémiologiques en terme de santé publique à court, moyen et long terme de la cigarette électronique restent inconnues. Il est nécessaire de clarifier la question des bénéfices pour la santé de la diminution de la quantité de tabac fumé et d'évaluer les risques exacts de son utilisation (32,33).

- Risque de banalisation et d'entrée dans le tabagisme

Par ailleurs, le débat se poursuit afin de savoir si la cigarette électronique est un outil efficace de sevrage tabagique ou si elle représente un premier pas vers le tabagisme (1) avec un risque d'attraction chez les jeunes et les non-fumeurs ainsi qu'un risque de renormalisation du simple fait de fumer (6).

- Effets indésirables aux USA

Des cas de toxicité pulmonaire ont été rapportés en octobre 2019, expliqués par un détournement d'utilisation du dispositif, ici à visée récréationnel. Ils concernaient 1888 personnes dont 37 décès été liés dans 75-80% des cas à des liquides qui étaient fabriqués ou achetés hors du commerce officiel, contenant des huiles de cannabis, du cannabis synthétique soit d'autres produits assimilés ou de l'acétate de vitamine E (interdit en Europe). En l'absence d'identification de l'agent ou des agents causaux provoquant ces pneumopathies, en France il est recommandé de n'utiliser que les liquides commercialisés qui ne posent pas de problème sanitaire selon le Directeur de l'Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (32).

3.4 Approches éducatives et préventives :

Face à la complexité du profil de chaque patient fumeur, il n'y a pas de solution unique à l'acquisition du sevrage tabagique au long terme. Il faut donc s'adapter à chacun. Une étude tirée de Cochrane montre qu'un appel téléphonique personnel est plus efficace qu'une lettre d'information générale (34,35). Une méta analyse, tirée de Cochrane, montre que la combinaison des résultats de 65 essais suggère que le fait d'offrir un soutien ou suivi comportemental en personne ou par téléphone aux personnes qui ont recours à la pharmacothérapie pour arrêter de fumer augmente les taux d'abandons du tabac. Environ 17% des personnes des groupes recevant moins ou pas de soutien ont cessé de fumer, contre 20% des personnes dans les groupes recevant plus de soutien (36).

Par ailleurs, le sevrage tabagique est une thématique relevant de notre pratique quotidienne. Une des missions du médecin généraliste est de contribuer aux actions de prévention et de dépistage d'après l'article L4 130-1 du code de santé publique (37). C'est le premier acteur pouvant appliquer les recommandations sur le sevrage auprès du plus grand nombre de patients et il dispose d'atouts pour une approche pluridimensionnelle de l'addiction au tabac (3). Dans une enquête réalisée auprès de 162 médecins généralistes

des Hauts-de-France, 97% des médecins ont déclaré avoir un rôle central dans l'initiation du sevrage tabagique (38).

4 **Poursuite de la prévention du tabagisme à la MSP de Landas :**

4.1 Propositions d'amélioration :

4.1.1 **Amélioration du recrutement :**

Certaines difficultés ont été rencontrées lors du recrutement ayant engendré une faible attractivité à l'étude mettant en valeur un manque d'intensité et d'efficacité de ce recrutement réalisé. Seulement 61 patients se sont initialement inscrits à l'étude sur la base du volontariat. Cependant, la MSP de Landas compte environ 4000 patients. Si la prévalence du tabagisme est de 30% en France, cela signifie qu'on devrait avoir un potentiel de 1200 fumeurs au sein de la MSP.

De plus, cela peut s'expliquer par une période d'inscription à l'étude qui était plutôt courte (environ 4 mois). Et on peut émettre l'hypothèse que la période des vacances d'été, plus calme, n'a pas favorisé un recrutement intensif.

Enfin, le mode de communication et le cadre utilisés n'étaient peut-être pas appropriés (affiches informatives expliquant les modalités de l'étude placardées dans les salles d'attente du cabinet). Les patients étaient libres de s'inscrire ou non. Cette façon de faire a pu paraître impersonnelle, donnant une impression de banalisation de l'étude qui n'a pas suscité l'envie d'y participer. Les peurs et appréhensions des patients sont aussi à prendre en compte. De plus, ces affiches, ne contenaient pas d'indication spécifique sur le sevrage tabagique. Il y était mentionné la réalisation d'une simple étude sur le tabac avec recrutement de patients volontaires fumeurs. Il aurait peut-être fallu mentionner l'objectif d'un sevrage tabagique pour inciter à la participation (or risque de biais de sélection). Il faudrait donc poursuivre l'affichage classique en modifiant le message d'accroche. Il aurait aussi fallu contacter tous les patients du cabinet et leur expliquer directement les

modalités de l'étude, leur proposer d'y participer tout de suite en recueillant leur consentement oral ainsi que leurs coordonnées pour le rappel.

Une méta analyse de Cochrane, concernant les stratégies de recrutement, a montré que le premier défi auquel font face les programmes de sevrage tabagique est le recrutement des fumeurs. Les éléments qui peuvent alors améliorer le recrutement et l'inscription des fumeurs à des programmes de sevrage sont des interventions personnelles, sur mesure, des méthodes de recrutement pro active et des stratégies plus intensives qui nécessitent un contact accru avec les participants potentiels(34) . Cependant, une de ces études montrent bien que le recrutement est amélioré en effectuant davantage de tentatives d'appels. De plus, l'ajout d'un rappel par sms à un appel téléphonique personnel améliorerait également le recrutement.

Par ailleurs, afin d'accroître le nombre de participants d'autres pistes d'améliorations peuvent être mentionnées comme :

- Appeler plus rapidement les patients après leur inscription à l'étude pour éviter un délai trop long entre le recrutement et l'inclusion.
- Réaliser un recrutement permanent et des inclusions au fur et à mesure par une personne dédiée comme l'IDE Asalée ou une assistante téléphonique.
- Utiliser la couverture médiatique du « Mois sans Tabac » pour recruter un maximum de patients avec la tenue d'un stand et le développement de démarches de sensibilisation au sein du cabinet.
- Faire des requêtes pour retrouver tous les fumeurs de la MSP et envoyer des messages (sms) en utilisant le logiciel pluri professionnel du cabinet.
- Faire passer des spots vidéos avec le message d'accroche de l'étude (des télévisions seront bientôt mise en place à Landas)

4.1.2 Limiter le nombre de perdus de vue :

Nous avons constaté de nombreux perdus de vue au cours de notre étude traduisant une accroche variable des patients ce qui risque de provoquer un essoufflement de l'étude. Ces perdus de vue ont engendré un échantillon modeste ne générant pas de données statistiques. Les résultats n'ont pas pu être exploités sur l'ensemble de la population.

Cela peut s'expliquer par un manque de temps de la part des patients (activités de la vie quotidienne). L'indisponibilité à répondre au téléphone pour les personnes étant sur leur lieu de travail. Le refus ou la crainte de certains de répondre à un numéro qui leur est inconnu et enfin le délai de 6 mois entre les 2 questionnaires.

En effet, des études ont montré que les taux de réponse des enquêtes téléphoniques subissent une baisse régulière depuis plusieurs années en France (10). Les sondages téléphoniques sur échantillon occupent une place importante dans les enquêtes de santé publique. Malgré des adaptations méthodologiques permettant d'assurer un bon niveau de représentativité, les taux de refus s'avèrent de plus en plus importants à cause de la saturation de la population sollicitée par les instituts de marketing et de sondage en lien avec une recherche de qualité des échantillons (39). La méthode d'échantillonnage et le mode de réalisation des enquêtes sont portés à la réflexion. Il en est de même pour l'insistance nécessaire en matière d'appels lors du recrutement ainsi qu'à la formation des enquêteurs pour convaincre les personnes appelées à répondre à l'enquête, afin de minimiser les biais de couverture et de non réponse (10).

Face à cela, les améliorations à apporter seraient :

- Réaliser un questionnaire de suivi à 3 mois au lieu d'attendre les 6 mois
- Fixer des rendez-vous téléphoniques ou mise en place de téléconsultations

- Appeler d'une ligne téléphonique connue des patients, en l'occurrence celle de la MSP
- Il aurait fallu rappeler tous les perdus de vue du premier questionnaire et non pas les exclure lors de la réalisation du second questionnaire
- Recevoir un sms de rappel quelques heures avant l'appel téléphonique pour la réalisation du questionnaire à 6 mois.
- Envoyer le questionnaire par courrier et le récupérer lors de la prochaine visite du patient au cabinet.

4.1.3 Education du patient pour un suivi personnalisé sur le long terme :

L'accroche modérée à l'étude peut être due au fait que l'investigatrice des appels leur était inconnue. L'idée est de compléter les appels téléphoniques par d'autres mesures d'accompagnement du patient fumeur. On pourrait lui proposer systématiquement de rencontrer l'IDE Asalée, ce qui permettra la mise en place d'un suivi personnalisé, s'inscrivant dans la durée et ainsi d'élaborer avec elle un programme d'éducation thérapeutique (ETP) au sevrage tabagique.

Les résultats d'une étude, apparue dans Cochrane, montre qu'il existe des bénéfices aux conseils et au soutien pour le sevrage tabagique fournis par des infirmières, d'autant plus si leur rôle principal est la promotion de la santé ou le sevrage tabagique (40). Le défi résulte en ce que tous les patients puissent avoir l'opportunité d'être interrogés sur leur consommation de tabac et de recevoir des conseils ou un soutien afin d'arrêter de fumer ainsi qu'un renforcement et un suivi. On pourrait également demander concrètement au patient comment on peut l'aider dans ses attentes et sa volonté de sevrage tabagique.

4.2 Etude de la FFMPs « Bref, j'arrête de fumer » :

Ce projet, multicentrique, vise à renforcer le travail de 80 professionnels de santé et 40 équipes de MSP dans 4 régions pilotes Bourgogne-Franche Comté, Grand-est, Hauts-de-France et Nouvelle Aquitaine. Il a pour but à améliorer les pratiques de repérage, de conseils à l'arrêt, de suivi et d'orientation des patients fumeurs. La FFMPs coordonne le projet. Elle centralise les données obtenues dans les différentes MSP et organise les échanges de pratiques entre MSP.

Les fumeurs, patients de MSP, sont suivis pendant 18 mois environ. La MSP adopte un protocole de prise en charge, organise des réunions de coordinations pluriprofessionnelles et réalise le requêtage des données. Le protocole d'intervention réside en la réalisation d'un questionnaire initial puis un suivi par des appels téléphoniques réguliers, tous les 3 mois, réalisés par un membre de l'équipe soignante de la MSP. Ces appels visent à échanger sur le tabagisme, soutenir les patients et leur proposer des actions concrètes. Le patient, s'il est volontaire participe au pilotage du projet et à son évaluation.

Au niveau national, 5 conférences en ligne seront proposées afin que chacun puisse faire des retours sur ses pratiques professionnelles et échanger avec les autres participants. Cette collecte de données, commune à un nombre significatif de MSP, a donc pour but d'objectiver les résultats obtenus dans les différentes MSP et de valoriser au niveau national l'accompagnement pluri professionnel du patient dans sa volonté de sevrage tabagique. L'objectif du projet est d'évaluer et d'améliorer le repérage, l'accompagnement et le suivi de l'arrêt du tabac des fumeurs patients de la MSP afin d'atteindre plus de 25% de patients déclarant au moins un épisode d'arrêt du tabac sur 12 mois. Ainsi un des objectifs similaire à notre étude est de faire progresser le patient fumeur vers l'envie d'arrêter de fumer par un suivi régulier.

Cette étude a donc été réalisée au sein de la MSP de Landas, dans la continuité de notre étude. Elle a débuté en juin 2019 et 35 de nos patients y ont été inclus par la thésarde qui a réalisé le premier questionnaire initial de l'étude « Bref, j'arrête de fumer ». La méthode utilisée était donc similaire à la nôtre. Une assistante téléphonique enquêtrice a été embauchée afin de réaliser les questionnaires de suivi par rappel téléphonique trimestriel. Récemment depuis début 2020, tous les perdus de vue ont été rappelés afin d'obtenir un maximum de patients.

Ce projet permet d'appréhender le sujet du tabac dans son ensemble et des cas complexes si nécessaires, par des réunions de coordination pluriprofessionnelle trimestrielles. Les équipes de santé publique quant à elles, précisent les protocoles de prise en charge et évalue l'efficacité des pratiques professionnelles.

4.3 Le projet MSP sans tabac :

En parallèle, un projet de « MSP sans tabac » est en train de se mettre en place au sein de la MSP de Landas en collaboration avec la Femas Hauts-de-France depuis fin janvier 2020. La Femas Hauts de France encourage le développement des conventions entre la MSP et les établissements jouant un rôle dans la prise en charge des addictions (CSAPA, centres hospitaliers, associations).

Ce projet des « MSP sans tabac », de même que l'étude « Bref, j'arrête de fumer » a été mis en place au sein de plusieurs autres MSP, au niveau régional, afin d'analyser les disparités de résultats susceptibles d'être observés entre MSP. Il consiste à développer et renforcer les pratiques des professionnels de santé inscrits en exercice coordonné. Le but sera de recueillir les actions développées sur le sevrage tabagique par les structures adhérentes et les mettre à disposition des différentes équipes participantes afin d'échanger et d'améliorer les différentes pratiques. Les professionnels de santé pourront

être formés au repérage précoce et interventions brèves, à l'abord du tabagisme et à la prescription de substituts nicotiques.

Ce dispositif a pour but d'améliorer la prise en charge des fumeurs (patients et professionnels). Il va permettre le déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé en rapport avec le sevrage tabagique comme la participation au Mois sans tabac. Le 7 Février 2020, la convention « MSP sans tabac » entre la Femas Hauts-de-France et la MSP de Landas a été signée, ce qui implique :

- De définir la stratégie des « MSP sans tabac » en élaborant un guide de bonnes pratiques.
- Le développement d'actions de prévention.
- Des propositions de formations des professionnels de santé.
- L'optimisation d'un système d'informations partagées.
- La présentation des premiers résultats de l'expérimentation aux journées régionales d'Avec Santé (anciennement FFMPs) qui se tiendront à Lille en Mars 2021.

CONCLUSION

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. En France, la prévalence de fumeurs quotidiens et occasionnels est de 32%. Le tabac est la première cause de mortalité évitable attribuée à la prévention, avec environ 75 000 décès chaque année. Le cheminement du fumeur vers un sevrage pérenne est donc une priorité.

Le sevrage tabagique est difficile à obtenir et il est compliqué de rester motivé. Il existe peu de données sur le suivi de fumeurs et le sevrage tabagique, notamment au sein des MSP. C'est dans ce contexte qu'il a été décidé de réaliser un suivi téléphonique de patients fumeurs de la MSP de Landas, afin d'optimiser le suivi de ces patients, en cours de sevrage ou non, et susciter de manière progressive l'envie d'arrêter de fumer.

Le but de notre travail était d'observer si le suivi par questionnaires téléphoniques avait un effet sur la motivation à l'arrêt, la consommation de tabac et le sevrage tabagique effectif. Notre étude a permis la réalisation d'un état des lieux du tabagisme auprès des fumeurs patients de la MSP puis d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de cette méthode.

L'étude a mis en évidence une « tendance » à une diminution de la consommation de tabac par certains participants ainsi que l'obtention de 5 arrêts de tabagisme effectif à terme. Nos résultats sont donc encourageants et incitent à poursuivre cette méthode de suivi en la perfectionnant et en s'appuyant sur de nombreux leviers. Néanmoins, ce travail a rencontré quelques obstacles à cause d'un recrutement difficile et une certaine réticence de la part des patients. Nous avons pu constater une accroche variable et modérée des patients par l'obtention de beaucoup de perdus de vue générant un échantillon modeste qui a empêché l'exploitation correcte de nos résultats.

Les perspectives à retenir sont le développement d'interventions sur mesure, des méthodes de recrutement pro actives et des stratégies plus intensives qui nécessitent un contact accru avec les participants potentiels. Par ailleurs, la sensibilisation des patients aux programmes d'éducation thérapeutique, sur le sevrage tabagique, effectués par une

infirmière Asalée pourrait être la clef d'un suivi personnalisé s'inscrivant dans la durée.

L'étude est poursuivie dans le cadre de l'expérimentation nationale « Bref, j'arrête de fumer » et la MSP de Landas est intégrée dans une démarche globale de « MSP sans tabac » ayant pour but de valoriser l'accompagnement pluri professionnel du patient fumeur dans sa volonté de sevrage tabagique.

Le sevrage tabagique reste une démarche délicate malgré la multitude d'outils et mesures mises à notre disposition en soins primaires. Il s'agit d'un processus long, complexe et difficile. Il convient donc d'adapter sa prise en charge, tout en se centrant sur la problématique de chaque fumeur. Un suivi rigoureux et régulier est indispensable et essentiel à la progression du patient fumeur vers l'envie d'arrêter de fumer ou dans le maintien de son abstinence. La complexité du tabagisme rend son accompagnement tout aussi complexe !

BIBLIOGRAPHIE :

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2019 [En ligne]. 2019 [cité 19 janv 2020]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Santé publique France. Tabac: données santé publique France novembre 2019 [En ligne]. 2019 [cité 11 janv 2020]. Disponible: santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac
3. Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours- [En ligne]. Octobre 2014;60. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
4. Agence Régionale de Santé, Hauts-de-France. 1,3 million de fumeurs dans les Hauts-de-France _ Le tabagisme, une priorité forte du Projet régional de santé [En ligne]. Janvier 2019 [cité 6 avr 2020]. Disponible: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/13-million-de-fumeurs-dans-les-hauts-de-france-le-tabagisme-une-priorite-forte-du-projet-regional>
5. Santé Publique France. Bulletin de santé publique tabac dans les Hauts-de-France. Janvier 2019 [En ligne]. [cité 11 janv 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2019>
6. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac.referentiel_tabac.pdf [En ligne]. Janvier 2015. [cité 14 janv 2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
7. Tabac Info Service. La dépendance au tabac .tabac-info-service.fr [En ligne]. [cité 6 avr 2020]. Disponible : <https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac>
8. Errard-Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique -Revue des Maladies respiratoires. EM|consulte [En ligne]. 2005 [cité 18 févr 2020].volume 22 , (p15-26) Doi : RMR-12-2005-22-6-C2-0761-8425-101019-200509133 Disponible : <https://www.em-consulte.com/rmr/article/157295>
9. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique - Revue des Maladies Respiratoires. EM|consulte [En ligne].Février 2006. [cité 6 avr 2020]. Volume23. (p 84-105) Doi : RMR-02-2006-23-1-SUP1-0761-8425-101019-200530197 Disponible : <https://www.em-consulte.com/rmr/article/146270>
10. Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes: Résultats du baromètre de santé publique France 2018. Journées mondiales sans tabac .BEH 15 Santé publique France [En ligne] 2019;7. [cité le 6 avr 2020] Disponible: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15_1.pdf

11. Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. Outil associé à la recommandation de bonne pratique " Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence" Service des bonnes pratiques professionnelles. [En ligne]. Octobre 2014 [cité 1 mars 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(3):390-5. [cité 15 mar 2020] Disponible: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
13. Haute Autorité de Santé. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Novembre 2018. [cité 7 janv 2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients
14. INPES (2002-2016) Trente ans de communication contre le tabac: les campagnes CFES-Inpes de 1976 à 2011 - les stratégies des campagnes.5 [En ligne] 2013.10. [cité le 4 févr 2020]. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/docs/detail-campagnes.pdf>
15. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droites des Femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 - Plan cancer 2014-2019 [En ligne]. [cité 7 janv 2020]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
16. République Française. Article L1411-11-1 du Code de la santé publique modifié par la LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 -art .7. [En ligne] [cité 20 Fevr 2020] Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886152&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>
17. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Evaluation Asalée : Daphnee - Protocole d'évaluation. :36.[En ligne]. Juillet 2015. [cité le 15 fevr 2020] Disponible : <https://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-asalee-daphnee-protocole-d-evaluation.pdf>
18. Fourneau C, Développement de la consultation infirmière pour le sevrage tabagique dans l'exercice Asalée. *Le courrier des Addictions* [En ligne]. Octobre 2018. [cité 7 janv 2020]. Disponible: <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/developpement-consultation-infirmiere-sevrage-tabagique-exercice-asalee>
19. Elia D, Test de motivation de Lagrue et Légeron: pour évaluer la motivation de la personne à arrêter de fumer du tabac. [En ligne]. 2004. [cité 12 janv 2020]. Disponible: http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/test_tabac_motivation_lagrue_legeron.htm
20. Martinet Y, Wirth N. Tabac: "petite consommation = "petit risque"? . *Le point de vue du Pneumologue*. Société Francophone de Tabacologie. 2017;29.[En ligne] Disponible : <http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/csft2017->

21. Lebargy F, Becquart L-A, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. AKOS. [En ligne].Avril 2005 [cité 11 avr 2020]; DOI: [10.1016/j.emcmed.2004.10.005](https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2004.10.005) .Disponible : <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/article/29188>
22. Bayart C, Bonnel P. L'impact du mode d'enquête sur la mesure des comportements de mobilité. Economie et Statistique.[En ligne] 2010;437(1):47-70.[cité 20 janv 2020]. DOI: <https://doi.org/10.3406/estat.2010.9586>. Disponible : https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2010_num_437_1_9586
23. Hanssens L, Felgueroso F - Revue Médicale Bruxelles - Prise en charge du tabagisme en médecine générale.[En ligne] 2015. [cité 15 fevr 2020]
24. El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Les adolescent.e.s face au tabac: émergence précoces des inégalités sociales. Etude nationale DEPICT (2016). Journées mondiales sans tabac BHE 14-15. [En ligne] 2018. [cité 10 janv 2020] Disponible : [ADOLESCENT.E.S FACE AU TABAC ÉMERGENCE PRÉCO.pdf](#).
25. Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. :10. [En ligne]. Février 2020. [cité 8 fevr 2020]. Disponible: https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_19bil.pdf
26. Wirth N. Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau ? .Mise au point. [En ligne]. 2019 ;69:5.[cité le 5 mars 2020] Disponible: https://www.ffaair.org/cms/wp-content/uploads/2019/07/Rev-PratLutte-contre-le-tabagisme-en-France_quoi-de-nouveau.pdf
27. Tabac-Info-Service. Chiffres du tabac. tabac-info-service.fr [En ligne]. [cité 20 févr 2020]. Disponible : <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
28. Bodenmann P, Rossi I, Cornuz J. Perception du risque lié au tabagisme : données et interrogations. Revue Médicale Suisse .volume 2 31472 [En ligne].2006. [cité 18 févr 2020]. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-72/31472>
29. Lagrue G, Cormier S, Mautrait C. Le traitement de substitution nicotinique dans l'aide à l'arrêt du tabac. Mise au point. [En ligne]. [cité le 16 janv 2020] :4.
30. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France: Premiers résultats issus du baromètre santé 2017. Rencontres de Santé publique France :16 [En ligne] Mai 2018.[cité 10 fevr 2020] Disponible: <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2018/06/PASQUEREAU.pdf>
31. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Priorité prévention: Rester en bonne santé tout au long de sa vie. [En ligne]. [cité 7 janv 2020]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
32. Société Francophone de Tabacologie. Société de Pneumologie de Langue Française. Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au sevrage tabagique. [En ligne]. Novembre 2019. [cité 28 janv 2020]. Disponible : http://splf.fr/wp-content/uploads/2019/11/Vape-SFT_SPLF-MoissansTabac-

33. Haut conseil de la santé publique. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale [En ligne]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 février [cité 13 janv 2020]. Disponible: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>
34. Marcano Belisario JS, Bruggeling MN, Gunn LH, Brusamento S, Car J. Les stratégies de recrutement peuvent-elles inciter davantage les fumeurs à prendre part à des programmes visant à les aider à arrêter de fumer? Tobacco Addiction Group. Cochrane. [En ligne]. Décembre 2012. [cité 10 janv 2020]. DOI: 10.1002/14651858.CD009187.pub2 Disponible : /fr/CD009187/les-strategies-de-recrutement-peuvent-elles-inciter-davantage-les-fumeurs-a-prendre-part-a-des-programmes-visant-a-les-aider-a-arreter-de-fumer_
35. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. La combinaison d'un soutien comportemental et de médicaments pour le sevrage tabagique aide-t-elle les fumeurs à arrêter de fumer ? Tobacco Addiction Group. Cochrane [En ligne]. Mars 2016. [cité 10 janv 2020]. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3. Disponible: /fr/CD008286/la-combinaison-dun-soutien-comportemental-et-de-medicaments-pour-le-sevrage-tabagique-aide-t-elle
36. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Un soutien accru améliore-t-il le taux de réussite chez les personnes utilisant des médicaments pour arrêter de fumer ? Tobacco Addiction Group. Cochrane [En ligne]. Juin 2019. [cité 10 janv 2020]. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub4 .Disponible : /fr/CD009670/un-soutien-accru-ameliore-t-il-le-taux-de-reussite-chez-les-personnes-utilisant-des-medicaments-pour
37. République Française. Article L4130-1 du Code de la santé publique, modifié par la LOI n°2016-41 du 26 Janvier 2016- art. 68 [En ligne]. [cité 10 janv 2020] Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
38. Yazit H. Comment optimiser le repérage du tabagisme et l'intervention brève ? Enquête auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Thèse : médecine. Université d'Amiens. [En ligne] 25 juin 2019; [cité 21 janv 2020] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02288095>
39. Beck F, Guilbert P, Gautier A, Arwidson P. L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié? [En ligne] In 2008 [cité 20 janv 2020]. p. 254-9. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/l-acharnement-telephonique-dans-les-enquetes-est-il-justifie>
40. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Le soutien et les interventions offertes par des infirmières aident-ils les gens à arrêter de fumer ? Tobacco Addiction Group. Cochrane. [En ligne]. Aout 2013 [cité 10 janv 2020]. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub4 . Disponible : /fr/CD001188/le-soutien-et-les-interventions-offertes-par-des-infirmieres-aident-ils-les-gens-arreter-de-fumer

ANNEXES



PARTICIPATION A UNE ETUDE SUR LE TABAC

Nous sommes à la recherche de patients fumeurs

âgés de 18 à 75 ans et de tout type (occasionnels ou réguliers, petits ou gros consommateurs, tabac classique ou vapoteurs)

Pour participer à une étude

dans le cadre d'une thèse de médecine générale

Cela consistera en un entretien de 15 à 20 minutes au cours du mois d'octobre ou novembre puis un second entretien de 15 à 20 minutes fin mai ou début juin.

Votre participation à l'étude est confidentielle, anonyme et gratuite.

Si vous êtes intéressé, veuillez-vous rapprocher de votre médecin traitant.

Une fois préinscrit, vous serez contacté par téléphone ou par email selon votre choix, à partir de fin septembre.

Merci.

- Sophie DESRUMAUX, médecin généraliste remplaçante, thésarde
- Sylvain DURIEZ, médecin généraliste, directeur de thèse
- Valérie CABOT, infirmière de santé publique, Asalée
- Avec l'aide des Docteurs Hélène MAITRE-JEAN, Julien NEYS et Thierry PIQUET
- Et le soutien logistique de l'Association Santé Landas

Questionnaire d'inclusion

1) Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous :

3) Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Actif
- Retraité(e)
- Sans emploi
- Etudiant / en formation
- Invalidité

4) Depuis quel âge fumez-vous ?

5) Que fumez-vous ?

- Cigarettes achetées en paquet
- Cigarettes roulées/tubes
- Cigares / Cigarillos
- Pipe
- Cigarette électronique

6) Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?

7) Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?

- Jamais
- Une fois
- Plusieurs fois

Si oui, raison de l'échec ?

8) Actuellement, avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

- Vous ne pensez pas du tout à arrêter de fumer (pas du tout)
- Vous pensez à arrêter de fumer (un peu)
- Vous planifiez d'arrêter de fumer (beaucoup)

- Vous êtes activement engagé dans le changement (énormément)
- Vous avez définitivement arrêté de fumer (sevrage)

9) Pensez-vous que dans 6 mois ?

- Vous fumerez toujours autant
- Vous aurez diminué un peu votre consommation
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation
- Vous aurez arrêté de fumer

Merci pour votre participation

Annexe 4

Questionnaire de suivi à 6 mois

1) Depuis 6 mois, avez diminué votre consommation de tabac ?

- oui
- non

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?

2) Actuellement avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Enormément
- Vous êtes en cours de sevrage tabagique (arrêt)

3) Que pensez-vous de cette démarche par appel téléphonique comme suivi de votre consommation de tabac : Est-ce que cela vous a influencé ?

4) Est-ce que vous seriez d'accord pour continuer à être suivi par questionnaire téléphonique tous les 3 mois pendant 1 an (étude FFMPS) ?

- Oui
- Non

AUTEUR : Nom : DESRUMAUX

Prénom : Sophie

Date de soutenance : Jeudi 7 mai 2020

Titre de la Thèse : Devenir des patients fumeurs suivis par téléphone à la maison de santé pluriprofessionnelle de Landas.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : « Sevrage tabagique », « maison de santé pluriprofessionnelle », « suivi téléphonique », « motivation », « médecine générale »

Résumé :

Contexte : Le tabagisme est un problème de santé publique majeur. En France, la prévalence des fumeurs quotidiens et occasionnels est de 32%. Le tabac est la première cause de mortalité évitable avec 75000 décès chaque année. L'objectif du travail était de montrer si un suivi des patients par téléphone avait un impact sur la motivation à l'arrêt, la consommation et sur le sevrage tabagique effectif. Puis, l'efficacité et la reproductibilité de la méthode de suivi ont été évaluées.

Méthode : Etude observationnelle, quantitative, descriptive et monocentrique auprès de patients fumeurs de la MSP de Landas, en cours ou non de sevrage, de novembre 2018 à juin 2019. Un état des lieux du tabagisme a été réalisé grâce à un suivi par questionnaires téléphoniques. L'analyse des caractéristiques des patients a consisté en une analyse descriptive de chacune des variables recueillies, avec mention des effectifs et des pourcentages pour les patients de variables qualitatives.

Résultats : Parmi les 61 patients recrutés, 82% ont été inclus lors du 1^{er} questionnaire (50 patients). Puis 69% des patients ont répondu au 2nd questionnaire (42 patients). On observait une « tendance à une stabilité de la motivation » 3 patients déclaraient être « énormément motivés » à arrêter de fumer au début pour 1 seul patient à 6 mois. Une « tendance » à une diminution de la consommation de tabac » pour 19 patients. Trois patients avaient arrêté de fumer au début de l'étude puis 5 patients 6 mois plus tard. La méthode de suivi utilisée était intéressante mais a engendré une accroche variable et modérée des patients par l'obtention de perdus de vue, risquant de provoquer un essoufflement de l'étude à terme. Des améliorations sont alors à apporter à cette méthode.

Conclusion : Malgré une certaine réticence de la part des patients, nos résultats sont encourageants et incitent à poursuivre et perfectionner la méthode de suivi. Le développement d'interventions adaptées, des méthodes de recrutements pro actives, des stratégies de suivi nécessitant un contact accru avec les participants ainsi que la sensibilisation systématique des patients au programme d'éducation thérapeutique au sevrage sont à développer. Le tabagisme est un sujet vaste et complexe qui nécessite un accompagnement tout aussi complexe !

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE, Monsieur le Docteur Olivier LE ROUZIC

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ