

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2019

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 26 septembre 2019 à Poitiers
par **Mme Clotilde ADOLLE**

**Évaluation du ressenti des patients suivis dans le cadre de leur
sevrage tabagique par un(e) infirmier(e) délégué(e) à la santé
publique ASALEE :**

Étude qualitative en Poitou-Charentes

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Membres : Madame la Docteure Valérie VICTOR-CHAPLET
Madame la Docteure Marion ALBOUY-LLATY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie-virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À **Madame la Professeure Virginie MIGEOT**,

Je suis honorée que vous acceptiez de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

À **Madame la Docteure Marion ALBOUY-LLATY**,

Je vous remercie de participer au jugement de cette thèse et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

À **Madame la Docteure Valérie VICTOR-CHAPLET**,

Je vous remercie de participer au jugement de cette thèse et pour l'attention que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

À **Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT**,

Je te remercie pour tes précieux conseils et ton soutien, ainsi que ta disponibilité et ta patience, dans la direction de ce travail de thèse. Reçois ici toute ma gratitude et mon profond respect.

À mes anciens maîtres de stage en SASPAS en Charente : les **Docteurs Christian RIOUX, Dany DUPUIS et Guy GALOPIN**, qui m'ont tant appris et qui m'ont confortée dans mon choix d'être médecin généraliste.

Je remercie tous les **Praticiens hospitaliers** qui m'ont formée durant l'internat de médecine générale. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

À **Madame Gaëlle BILLEAUD-SQUARNEC**, infirmière ASALEE,

Je te remercie de m'avoir aidée et conseillée avec dévouement dans ce travail de recherche. Reçois ici le témoignage de ma reconnaissance.

Aux autres **infirmier(e)s ASALEE**, notamment **Madame Christelle FOURNEAU**, référente nationale pour le sevrage tabagique, et aux infirmier(e)s ayant participé avec intérêt à mon travail de recherche.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour vos actions dans le cadre de l'association ASALEE.

Je remercie les **patients** ayant accepté de me raconter leurs expériences avec ASALEE.

Je remercie **ma famille, mes amis** et toutes les personnes qui m'ont soutenue ou conseillée pour la réalisation de cette thèse.

Je remercie **ma grand-mère maternelle**, « Mamie Dédé », pour avoir toujours été là, malgré la distance, avec toute sa tendresse et son amour.

Je remercie **mes parents, Chantal et Robert**, qui m'ont encouragée et soutenue depuis toujours dans tous mes projets, avec un amour inconditionnel. C'est grâce à vous que j'en suis arrivée là.

Je vous aime.

À mon petit frère Philippe,

Je te remercie pour ton aide, notamment d'avoir trouvé l'application d'enregistrement audio des conversations téléphoniques, sans quoi mon travail n'aurait pas été possible, et de ton aide pour Word. Merci pour ta patience et ta bonne humeur.

À Guillaume,

Je te remercie de m'avoir soutenue et encouragée avec amour durant cette épreuve d'endurance. Merci d'avoir su me redonner la motivation de travailler lors des moments difficiles.

À ceux qui ne sont plus là, et à qui je pense fort...

Sommaire

1.	LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	1
2.	INTRODUCTION	2
2.1.	Généralités sur l'addiction au tabac	2
2.1.1.	Origine et histoire	2
2.1.2.	La cigarette et ses conséquences sur l'organisme	3
2.1.3.	La dépendance au tabac et ses déterminants	3
2.2.	Le tabagisme en France.....	5
2.3.	La lutte anti-tabac	6
2.3.1.	Objectifs et actions en France	6
2.3.2.	Les plans nationaux	6
2.4.	Le sevrage tabagique en France.....	8
2.4.1.	Les Français et le sevrage tabagique.....	8
2.4.2.	Rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique en France	9
2.4.3.	Les autres dispositifs mis en place en France pour l'aide au sevrage tabagique	13
2.5.	Coopération entre médecins généralistes et infirmiers libéraux pour l'aide au sevrage tabagique : exemple de l'association ASALEE	14
2.5.1.	Le dispositif ASALEE	14
2.5.2.	ASALEE : ses actions pour le sevrage tabagique.....	17
3.	POPULATION ET MÉTHODES	19
3.1.	Objectifs de l'étude.....	19
3.2.	Type d'étude	19
3.3.	Critères d'inclusion et de non-inclusion	19
3.4.	Aspects éthiques.....	19
3.5.	Recrutement de la population.....	20
3.6.	Durée, lieu et méthodologie de l'étude.....	20
3.7.	Analyse.....	22
4.	RÉSULTATS	23
4.1.	Caractéristiques des patients	23
4.1.1.	Description socio-économique de l'échantillon	23
4.1.2.	Les patients recrutés et leur tabagisme	24
4.2.	Résultats des entretiens : ressenti des patients par rapport à leur sevrage tabagique dans le protocole ASALEE	26

4.2.1.	Aspects positifs ressentis par les patients	26
4.2.2.	Aspects négatifs ressentis par les patients et propositions d'amélioration	32
4.2.3.	Déroulement du suivi perçu par les patients	36
4.2.4.	Place du médecin traitant et de l'infirmier de santé publique : différences et complémentarité. Travail en équipe.	47
5.	DISCUSSION	53
5.1.	Principaux résultats.....	53
5.1.1.	Caractéristiques des patients étudiés et comparaison à la population de référence	53
5.1.2.	Le suivi pour le sevrage tabagique avec l'IDSP selon les patients.....	54
5.1.3.	Les patients sont satisfaits de la prise en charge	56
5.1.4.	Aspects à améliorer perçus par les patients et propositions d'amélioration ..	58
5.1.5.	Le rôle de leur médecin traitant et de l'IDSP : coopération et différences	60
5.2.	Limites de cette étude	62
5.3.	Perspectives	63
6.	CONCLUSION.....	65
7.	BIBLIOGRAPHIE	66
8.	ANNEXES	73
9.	RÉSUMÉ	81

1. LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Équipe

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DGDDI : Direction Générale des Douanes et Droits Indirects

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IDSP : Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

TIS : Tabac info service

TNS : Traitement(s) nicotinique(s) de substitution

2. INTRODUCTION

Dans un souci de mixité de la profession d'infirmier(e), j'ai choisi dans cette étude d'employer le mot infirmier au masculin, malgré le fait qu'il y ait beaucoup plus de femmes infirmières que d'hommes infirmiers.

La prise en charge du sevrage tabagique par les IDSP ASALEE a été mise en place récemment au niveau national (fin 2016), et il n'existe pas encore d'étude à ce propos en Poitou-Charentes.

L'efficacité du dispositif ASALEE concernant le diabète de type 2 a déjà été prouvée, et il est pertinent de s'interroger sur son efficacité et son intérêt dans le cadre du sevrage tabagique.

J'ai constaté que les patients demandeurs d'aide au sevrage tabagique avaient besoin d'une prise en charge spécifique, exigeant souvent des consultations longues et répétées. Cet accompagnement nécessite une formation et une bonne connaissance des outils à disposition pour faire face à la complexité de la prise en charge.

Il s'agit ici d'étudier le **ressenti de patients suivis par un IDSP ASALEE pour leur sevrage tabagique**, afin d'évaluer leurs difficultés et leurs satisfactions.

2.1. Généralités sur l'addiction au tabac

2.1.1. Origine et histoire

Le tabac est une substance issue d'une plante, la *Nicotiana tabacum*, originaire de l'Amérique centrale, connue en Europe au XVe siècle.

D'abord considérée comme une plante bénéfique pour la santé, sa toxicité ne fait plus aucun doute depuis la fin du XIXe siècle. Sa forme la plus utilisée est la cigarette.

Le tabagisme est le plus important problème de santé publique mondial, puisqu'il tue selon l'Organisation Mondiale de la Santé environ 7 millions de personnes par an dans le monde, dont les anciens fumeurs et 890 000 fumeurs passifs. Un fumeur actuel sur deux mourra d'une pathologie liée au tabac ⁽¹⁾.

L'industrie du tabac utilise les mêmes armes que l'industrie du luxe. Les pays pauvres et en voie de développement ne sont pas épargnés. Les industriels du tabac vendent des cigarettes à l'unité avec des teneurs plus élevées en nicotine profitant des lois peu contraignantes de ces pays.

2.1.2. La cigarette et ses conséquences sur l'organisme

Dès les années 1950, les études de Richard Doll et A. Bradford Hill ont montré la toxicité du tabac.

La combustion d'une cigarette génère un très grand nombre d'espèces chimiques irritantes et toxiques ⁽²⁾ dont le monoxyde de carbone, des goudrons et des métaux lourds.

L'inhalation de monoxyde de carbone, provoque une hypoxie, en prenant la place de l'oxygène dans le sang, avec augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, diminuant la capacité à l'effort, favorisant aussi des lésions athéromateuses.

L'absorption des goudrons est la principale cause d'apparition de cancers.

La consommation de tabac augmente le risque de maladies cardio-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde, artériopathie), de maladies respiratoires chroniques (BPCO, emphysème, maladies infectieuses, asthme). Elle est la première cause de décès par cancer (poumons, voies aériennes supérieures, estomac, vessie, pancréas...) ^(1,2).

Elle triple le risque de mort subite du nourrisson, multiplie par deux le risque d'accouchement prématuré, augmente le risque de gêne respiratoire du nourrisson et d'insuffisance pondérale à la naissance avec un retard de croissance ⁽³⁾.

Elle est aussi responsable d'autres effets tels que l'impuissance, la baisse de la fertilité, l'altération de l'épiderme et le vieillissement prématuré par diminution de l'arrivée du sang et de l'oxygène au niveau de la peau, qui s'assèche (rides, teint terne, vergetures), coloration et déchaussement des dents, fragilité des gencives, mauvaise haleine, perte de goût et d'odorat, carence en vitamines B et C, altération de la mémoire, de la vision, de l'audition et modification de la voix.

Il est prouvé que le tabagisme passif tue également, en augmentant le risque de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, notamment la cardiopathie coronarienne et le cancer du poumon.

2.1.3. La dépendance au tabac et ses déterminants

La nicotine contenue dans le tabac est l'agent principal responsable de la dépendance.

Il est important de connaître des bases sur la physiopathologie de la dépendance au tabac et ses déterminants, afin de pouvoir aider les patients au sevrage.

Le tabac agit sur le circuit de récompense du cerveau, en stimulant notamment la production de dopamine. La nicotine contenue dans le tabac est une substance psychoactive. Elle procure notamment plaisir, détente, stimulation intellectuelle, elle a une action anxiolytique, antidépressive et coupe-faim ^(2,4).

La dépendance apparaît rapidement, dès les premières semaines d'exposition à la nicotine, même à faible consommation, notamment si le fumeur est très jeune.

« Une addiction est un besoin acquis qui échappe au contrôle volontaire du sujet » ⁽⁵⁾.

➤ Comment se développe la dépendance au tabac ?

- Les premières cigarettes se fument souvent par mimétisme, par curiosité, par transgression ou pour vaincre un mal-être. Certaines personnes ressentent une forme de bien-être et un soulagement temporaire de leurs problèmes. Elles sont donc tentées de renouveler l'expérience.

- Un phénomène d'accoutumance s'établit alors et diminue progressivement les effets gratifiants de la nicotine. Insidieusement, le fumeur augmentera sa consommation en quantité et en fréquence.

- L'envie de fumer chez le tabagique survient à tout moment de la journée. Le manque physique et psychique s'installe alors. Il ressent un besoin compulsif de fumer pour pallier des émotions négatives : anxiété, tristesse, irritabilité et frustration. Le plaisir procuré par la manipulation et l'utilisation du tabac va les remplacer systématiquement. Fumer devient une habitude. Effectivement, les consommateurs de tabac vont associer des humeurs, des situations et/ou des événements à l'effet bénéfique du tabac.

C'est ce conditionnement qui est le facteur majeur de rechute en cas d'essai de sevrage tabagique. Il est primordial de l'aborder en thérapie comportementale et en conseil au patient désirant arrêter de fumer ⁽⁶⁾. La base du traitement du patient en demande de sevrage repose ainsi sur un ensemble de renforcements positifs tels que l'amélioration de l'humeur, du fonctionnement mental et physique, ainsi que l'éviction des symptômes de sevrage.

➤ On distingue plusieurs facteurs de vulnérabilité à l'addiction au tabac ⁽⁷⁾ :

- L'âge : 80 % des fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans ⁽⁸⁾. 20 à 25 % des jeunes fumeurs deviennent dépendants quotidiens avant l'âge adulte ⁽⁹⁾. Le tabagisme lors de l'enfance ou de l'adolescence est favorisé d'un côté, par l'influence des proches et des parents,

et de l'autre par les caractéristiques de la personnalité du jeune. Le risque de dépendance augmente lorsque le tabagisme commence tôt ⁽¹⁰⁾.

- Les troubles psychiatriques et autres addictions : Les patients atteints de troubles psychiatriques et de problèmes d'abus de substances sont plus facilement dépendants au tabac ^(11,12), notamment par prédisposition génétique partagée, par l'effet bénéfique de la nicotine sur certains troubles psychiatriques et par les effets inhibiteurs sur la monoamine oxydase du tabac ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

- Le sexe : Les femmes sont plutôt influencées par les signaux conditionnés et les affects négatifs, alors que les hommes répondent plus à des signaux pharmacologiques et régulent mieux leur consommation de nicotine ⁽¹⁶⁾. Enfin, les femmes métabolisent plus vite la nicotine ⁽¹⁷⁾, ce qui contribuerait à augmenter leurs difficultés de sevrage tabagique ⁽¹⁸⁾.

- La génétique : Les personnes ayant un métabolisme de la nicotine plus lent ont plus de facilité au sevrage tabagique ^(19,20) et fument moins souvent que celles qui la métabolisent rapidement ⁽²¹⁾.

2.2. Le tabagisme en France

Plus de 12 millions de personnes fument quotidiennement en France en 2017, avec une nette diminution en 2018 ⁽²²⁾.

Le tabac est la première cause de mortalité prématurée évitable en France. En 2015, il aurait été la cause de décès de 75 320 personnes en France, dont 61,7% par cancer ⁽²³⁾, soit 13 % de la mortalité métropolitaine.

Selon le *Baromètre 2018* ⁽²⁴⁾, [Annexe 1], il y avait 32 % des personnes âgées de 18 à 75 ans qui déclaraient fumer, soit 25,4 % quotidiennement et 6,6 % occasionnellement.

En France, l'initiation et l'usage régulier du tabac sont principalement déterminés par ⁽²⁵⁾ :

- Les caractéristiques psychologiques et physiologiques (l'âge, le sexe et la génétique) ⁽²⁵⁾ :
 - Quatre fumeurs sur cinq ont commencé à fumer avant 18 ans.
 - La proportion d'usagers actuels du tabac tend à diminuer avec l'âge après 30 ans quel que soit le sexe, et particulièrement après 50 ans ⁽²⁴⁾, [Annexe 2].
 - Les hommes fument plus que les femmes mais l'écart tend à se resserrer ⁽²⁴⁾, [Annexe 1].
- Les caractéristiques socio-économiques (famille, pairs, statut social) :
 - Les personnes plus diplômées ont tendance à moins fumer.
 - Les personnes sans travail, à faibles revenus, ouvriers, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ont tendance à fumer davantage ⁽²⁶⁾.

- L'environnement (offre marketing des produits du tabac)

Le coût social du tabagisme était d'environ 122 milliards d'euros en 2010 en France ⁽²⁷⁾. Il représente le coût monétaire des conséquences de la consommation du tabac.

2.3. La lutte anti-tabac

2.3.1. Objectifs et actions en France

- Les principaux objectifs de lutte contre le tabagisme en France sont :
 - la **diminution** de l'accessibilité physique et économique aux produits du tabac, particulièrement pour les jeunes,
 - la **prévention** par l'information et l'éducation dès l'école primaire,
 - la **protection** des fumeurs passifs,
 - l'**accompagnement** des fumeurs désireux de s'arrêter.
- Différentes actions ont été menées en France pour atteindre ces objectifs, à travers de nombreuses mesures législatives et réglementaires, particulièrement depuis la loi Veil de 1971 ⁽²⁸⁾ et la loi Evin de 1991 ⁽²⁹⁾. Les principales actions sont :
 - l'augmentation des prix du tabac, particulièrement depuis 2017,
 - l'interdiction de publicité pour le tabac et ses produits,
 - l'interdiction de fumer dans les lieux publics qui a été renforcée progressivement, et l'interdiction de fumer en présence de mineurs dans les locaux fermés,
 - l'amélioration de l'information et de formation des enfants et des adultes,
 - l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs (loi HPST 2009 ⁽³⁰⁾), avec surveillance accrue,
 - la modification des avertissements sanitaires.

Il y a aussi des actions ciblées au niveau national et international, telle que la **Journée mondiale sans tabac**, qui a été mise en place dans le cadre des campagnes mondiales de santé publique de l'OMS : la première s'est déroulée le 7 avril 1987, puis, dès 1988, chaque **31 mai**.

2.3.2. Les plans nationaux

- Plusieurs **plans gouvernementaux** nationaux concernant les addictions, ont notamment ciblé le tabac depuis 1999 ⁽³¹⁻³⁵⁾.

➤ Après deux plans cancer débutés en 2003, le **3ème plan cancer (2014-2019)** ^(36,37), [Annexe 3] prévoit la mise en place du **Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT)** qui vise une baisse de 10 % du nombre de fumeurs en 2019. Ce dernier avait prévu des mesures phares telles que le paquet neutre standardisé, la modification des avertissements sanitaires, l'élargissement du droit de prescription des traitements nicotiniques substitutifs et le « Moi(s) sans tabac ».

L'aide au sevrage tabagique est l'un de ses axes majeurs :

- Avant le PNRT, il existait déjà des réseaux de professionnels de santé et de tabacologues, le remboursement forfaitaire des substituts nicotiniques, des services d'aide à distance et en ligne, des campagnes de prévention et de communication, mais cela s'avérait insuffisant.

- À partir du PNRT, l'organisation de notre système de santé a dû évoluer. Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), de nouveaux modes d'exercice avec coopération entre professionnels, transfert de compétences, création de nouveaux métiers concernant l'aide au sevrage tabagique (avec formation spécifique) furent mis en place, sur le modèle d'autres pays.

- La qualité et l'accès de l'information des fumeurs, notamment avec le numéro d'appel unique « 39 89 », Tabac-Info-Service, le *e-coaching*, ont été développés. L'offre de proximité gratuite d'accompagnement au sevrage tabagique a été accrue.

- Davantage de professionnels ont été autorisés à intervenir dans l'aide au sevrage tabagique, comme les médecins des services de prévention (santé du travail, etc.), chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes (qui ont alors étendu leurs prescriptions de substituts nicotiniques à l'entourage fumeur des femmes enceintes).

- Depuis 2018, le remboursement du sevrage tabagique a progressivement évolué pour remplacer le forfait antérieur à 150 euros. Les traitements nicotiniques substitutifs ont peu à peu été remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2019, cette mesure en concerne une majeure partie. La liste de ces traitements figure sur le site ameli.fr (https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/liste_substituts-nicotiniques_assurance-maladie_2019-02-08.pdf, consulté le 27/08/19).

- L'opération « **Moi(s) sans tabac** » a été initiée en France en 2016, en lançant le défi collectif aux fumeurs d'arrêter de fumer pendant au moins 30 jours, au mois de novembre ⁽³⁸⁾. Elle inclut tous les acteurs du sevrage tabagique et permet de motiver et d'accompagner les

fumeurs dans leur démarche. Elle est inspirée du programme britannique « *Stoptober* » ⁽³⁹⁾ et ses premiers résultats en France sont encourageants.

Le seuil de 30 jours représente une durée après laquelle les symptômes résultant du sevrage tabagique sont beaucoup diminués, multipliant par cinq les chances de sevrage définitif ⁽⁴⁰⁾.

Cette opération est appuyée chaque année par une vaste campagne médiatique (télévision, affichage, radio, presse, Internet avec les réseaux sociaux et l'application mobile) et des actions de proximité avec des partenaires nationaux ou régionaux (ARS, associations, municipalités, organismes publics, entreprises, hôpitaux...) et les professionnels de santé.

Il s'agit d'actions de sensibilisation dans les lieux de vie des Français (stands d'information, réunions...) mais aussi d'actions permettant de faciliter le sevrage tabagique, comme des consultations individuelles ou en groupe. Le dispositif « Tabac info service » est intégré à l'opération « Moi(s) sans tabac », avec possibilité de s'inscrire en ligne. Un *kit* d'aide à l'arrêt du tabac était accessible en pharmacie ou sur commande.

La hausse du prix du tabac va se poursuivre jusqu'en 2020, visant un prix du paquet de cigarettes à 10 euros.

➤ Le **Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (PNLT)** ⁽⁴¹⁾ vise à renforcer la PNRT, qui montre déjà des résultats satisfaisants. Il agit particulièrement sur les aspects socio-économiques et sanitaires.

2.4. Le sevrage tabagique en France

2.4.1. Les Français et le sevrage tabagique

56,5 % des fumeurs quotidiens déclaraient en 2018 avoir envie d'arrêter de fumer ⁽²⁴⁾. 24,9 % d'entre eux ont déjà arrêté au moins une semaine dans les douze derniers mois.

Il existe une réelle inégalité sociale en matière de tabagisme et de sevrage tabagique, qui a tendance à se creuser et doit être prise en compte de façon particulière et constante. En effet, les fumeurs de catégories moins favorisées souhaitent autant arrêter de fumer que les autres, mais sont moins nombreux à y parvenir.

Les dispositifs d'aide au sevrage se doivent d'être variés, adaptés aux besoins et proposés lors de chaque contact avec le système de santé (santé scolaire et universitaire, professionnels de santé en ville, à l'hôpital, à la maternité, à la pharmacie, en médecine du travail, dans des unités sanitaires dédiées à la prise en charge des personnes incarcérées...) ⁽³⁴⁾.

Il existe un dispositif national depuis 1998, **Tabac info service**, qui permet un accompagnement personnalisé des personnes souhaitant arrêter de fumer et d'aider un proche qui voudrait arrêter. Il se décline en trois volets : la ligne téléphonique (39 89), le site web (<https://www.tabac-info-service.fr/>, consulté le 27/08/19) et l'application mobile (lancée en septembre 2016), qui sont de plus en plus sollicités. Il comporte aussi un volet dédié aux professionnels de santé afin de leur fournir les outils pour aider le patient dans sa démarche de sevrage tabagique.

Ces recours à « Tabac info service » dépendent fortement des campagnes de prévention de « Santé Publique France ». Les deux périodes marquantes en 2018 furent comme en 2017 : mai-juin avec la **Journée Mondiale sans tabac** et octobre-novembre avec l'**opération #MoisSansTabac**.

D'autres dispositifs existent : Drogues info service, Alcool info service, Écoute cannabis et Joueurs info service, gérés par « Santé publique France », et se rajoutent à « Tabac info service », mais reçoivent peu de demandes pour l'arrêt du tabac.

2.4.2. Rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique en France

La chance de réussite du sevrage tabagique est plus importante lorsqu'elle est accompagnée par un professionnel formé. Le conseil d'arrêt par un professionnel, quel qu'il soit, augmente d'au moins 50% la probabilité d'arrêt du tabac, notamment à long terme (plus de 6 mois) ⁽⁴²⁾.

Tous les professionnels de santé peuvent être impliqués dans le dépistage et l'aide au sevrage tabagique, mais les médecins généralistes jouent un rôle-clé en raison de leur position en première ligne dans les soins portés aux patients.

L'objectif de l'aide au sevrage tabagique est l'arrêt total et l'abstinence à long terme. La réduction de la consommation peut être une stratégie dans l'objectif d'un arrêt total, mais doit rester de courte durée pour garder un bénéfice pour la santé à long terme.

Le conseil minimal est une partie essentielle de la stratégie du médecin généraliste dans le sevrage tabagique et augmente de 2 % le taux d'arrêt spontané à long terme (Soit plus de 200 000 fumeurs qui arrêteraient par an en France s'il était appliqué par tous les généralistes à chaque consultation) ⁽⁴³⁾.

Des **recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé (HAS)** ⁽⁴⁴⁾ s'adressent notamment aux médecins généralistes afin de les aider à dépister individuellement et à prendre en charge le patient afin d'arrêter le tabac et de maintenir son abstinence au long cours ⁽⁴⁵⁾.

Évaluation du patient avant le sevrage tabagique

Différents outils sont à disposition du médecin :

- le Test de Fagerström, qui permet l'évaluation initiale de la consommation et de la dépendance
- des auto-questionnaires : échelle HAD, échelle BAI ou BDI, pour évaluer les comorbidités psychiatriques et leur évolution, en particulier les troubles anxiodépressifs, afin de prévenir le syndrome de sevrage. En effet, ces troubles diminuent les chances de réussite du sevrage tabagique.
- le Questionnaire CAGE-DETA (pour l'alcool), le Questionnaire CAST (pour le cannabis), ou encore tabac-info-service.fr, qui permettent d'évaluer les autres dépendances qui pourraient entraver le sevrage.

Il faut évaluer la motivation du patient à arrêter le tabac, car tous les fumeurs ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes :

- le modèle descriptif des étapes du changement de comportement de **Prochaska et DiClemente** ⁽⁴⁶⁾ permet d'évaluer l'étape où se situe le patient dans sa motivation à arrêter de fumer.

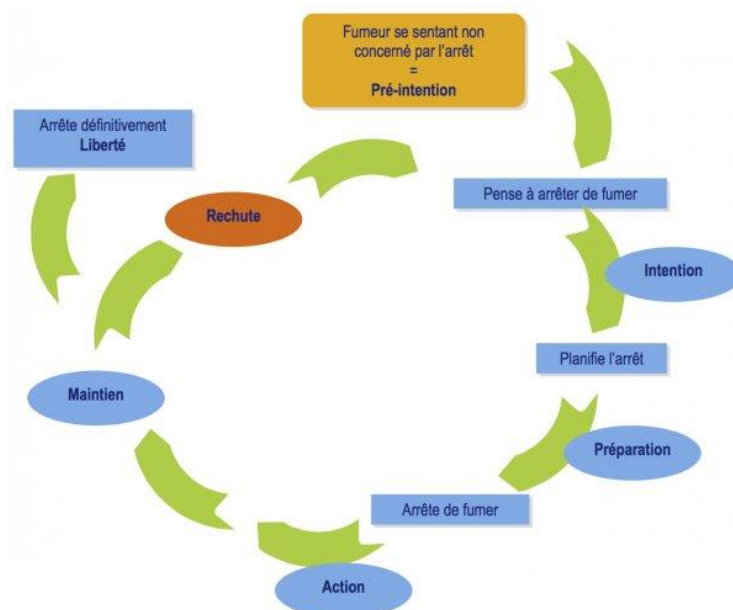


Figure 1 : Cercle de Prochaska et DiClemente ^(44,46,47)

- une échelle analogique d'évaluation de la motivation est aussi à sa disposition.

Le médecin et le patient vont ensuite établir un plan de changement et définir les objectifs d'éducation thérapeutique du patient. Ils fixent une date d'arrêt lorsque ce dernier est prêt.

Aide au sevrage tabagique

Lorsque le patient est en demande d'aide, le médecin peut lui apporter un soutien psychologique et si nécessaire des traitements substitutifs nicotiniques. La décision est prise avec le patient, de préférence lors de consultations dédiées au sevrage tabagique.

➤ Le soutien psychologique

La thérapie de soutien est fondée sur l'empathie, la confiance et l'écoute bienveillante. C'est une étape importante d'accompagnement du patient, quel que soit son stade de motivation, pour lui apporter des informations et des conseils.

Une thérapie cognitivo-comportementale nécessite un professionnel formé spécifiquement, ainsi que du temps. Le patient dépendant est alors pris en charge de façon globale, dans ses dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles. Elle permet des changements comportementaux au niveau des actes, des réactions et des attitudes du patient.

➤ L'entretien motivationnel

L'objectif est d'initier ou de renforcer la motivation au changement du patient pour l'aider à faire évoluer son comportement. Avec empathie, le soignant doit amener le patient à s'approprier sa propre prise en charge en toute autonomie.

Pour ce faire, plusieurs consultations dédiées de 20 minutes peuvent alors être proposées.

➤ Les traitements nicotiniques de substitution (TNS)

Il existe des TNS :

- à absorption lente sur 16 ou 24 heures, qui sont les timbres transdermiques (*patches*)
- à absorption rapide, telles que les gommes à mâcher, les comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux, les inhaleurs et les sprays buccaux.

Ils permettent de faciliter le sevrage en soulageant les symptômes qui y sont associés et préviennent les rechutes. Effectivement, ils augmenteraient significativement l'abstinence à 6 mois de 50 à 70 % selon la HAS ⁽⁴⁴⁾. Ils ne présentent pas d'effets indésirables graves reconnus,

et ces derniers sont réversibles à l'arrêt du traitement. Ils peuvent être prescrits aux personnes de plus de 15 ans. Leur utilisation nécessite une surveillance accrue chez la femme enceinte, allaitante ou chez la personne venant d'avoir un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.

Le type de TNS doit être choisi en fonction des préférences du patient.

La **combinaison** d'un timbre transdermique avec un traitement substitutif nicotinique à absorption rapide est recommandée. Plusieurs *patches* peuvent être associés afin d'atteindre le bon dosage journalier. L'arrêt immédiat du tabac est recommandé lors de la mise sous TNS, mais pour les patients en difficulté, la consommation de tabac peut être diminuée progressivement sous TNS, jusqu'à l'arrêt complet.

➤ Les autres traitements

La Varénicline (Champix®) et le Bupropion (Zyban®) ont aussi l'autorisation de mise sur le marché en France pour le sevrage tabagique. Le Champix® est à nouveau remboursé depuis mai 2017. Contrairement aux TNS, des effets indésirables graves tels que l'état dépressif allant jusqu'au suicide ont été constatés. Ce sont donc des traitements de seconde intention, après échec des TNS et chez les patients ayant une forte dépendance au tabac (score au test de Fagerström supérieur ou égal à 7). Ils ne peuvent être prescrits chez les mineurs et femmes enceintes ou allaitantes et imposent une surveillance rapprochée.

➤ Autres aspects de la prise en charge du sevrage tabagique

Le médecin doit aussi prendre en charge des conséquences du sevrage tabagique :

- Surveillance de la prise de poids : Avec ou sans TNS, il faudra inciter le patient à faire une activité physique régulière, à surveiller son alimentation et lui apporter une aide psychologique si besoin.

La prise de poids représente une cause de rechute à hauteur de 50 % chez les femmes et 30 % chez les hommes. Elle dépend du nombre de cigarettes que le patient fumait. En effet, la nicotine augmente les dépenses énergétiques en accélérant le métabolisme basal du corps. Elle a aussi un effet coupe-faim et stimule la lipoprotéine lipase qui fait fondre les réserves de graisse.

- Surveillance d'autres addictions (alcool ou autres substances psychoactives) : il faudra prendre en considération ces addictions, comme celle au tabac et vérifier qu'il n'y ait pas des troubles anxieux ou dépressifs sous-jacents.

Le médecin doit réévaluer fréquemment la motivation, surveiller les rechutes et les faux pas. Il faudra :

- resituer le patient dans le cercle de Prochaska et DiClemente ⁽⁴⁶⁾, afin d'adapter à nouveau la prise en charge,
- l'orienter vers un spécialiste (tabacologue, addictologue), un centre spécialisé ou un psychologue en cas d'échecs répétés, de nécessité d'accompagnement psychothérapeutique spécifique, de poly-addictions, de comorbidités psychiatriques ou à la demande du patient.

2.4.3. Les autres dispositifs mis en place en France pour l'aide au sevrage tabagique

➤ Aide par d'autres professionnels de santé

Le patient peut être aidé par un addictologue, un tabacologue, un médecin, un infirmier, un psychologue, une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un médecin du travail et un masseur-kinésithérapeute.

➤ Soutien téléphonique par ligne « Tabac info service » : 3989.

➤ Outils d'auto-support sur le site Internet et l'application mobile de « Tabac info service ».

➤ Utilisation de l'activité physique, de l'acupuncture et de l'hypnothérapie : ces dispositifs n'ont pas toujours fait leur preuve.

➤ La cigarette électronique

Elle ne peut pas être recommandée et validée pour le sevrage tabagique. Si le patient veut l'utiliser comme moyen de sevrage, il sera aidé dans sa démarche d'arrêt du tabac.

En juillet 2019, l'OMS a déconseillé l'usage de la cigarette électronique, pour sa toxicité reconnue ⁽⁴⁸⁾. De même, il n'existe pas de preuve de l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique. Effectivement, encore trop de *vapoteurs* continuent à fumer des cigarettes en parallèle. D'après le *Baromètre santé 2016* ⁽⁴⁹⁾, environ 6 *vapoteurs* sur 10 fument aussi du tabac. Le *Baromètre santé 2017* ⁽⁵⁰⁾ indique que la baisse de la consommation de tabac ne semble pas être liée à l'augmentation de l'utilisation de la cigarette électronique.

2.5. Coopération entre médecins généralistes et infirmiers libéraux pour l'aide au sevrage tabagique : exemple de l'association ASALEE

2.5.1. Le dispositif ASALEE

➤ Historique

Le rapport Berland de 2002 ⁽⁵¹⁾ concernant la démographie des professionnels de santé en diminution, proposait l'évolution des métiers de la santé avec notamment des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. Il a offert la possibilité de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professionnels de santé par dérogation.

Le dispositif ASALEE (**A**ction de **S**Anté **L**ibérale **E**n **É**quipe) a été mis en place initialement en 2004 dans les Deux-Sèvres sous l'impulsion du Dr Jean GAUTIER, médecin généraliste et d'un ingénieur informaticien ayant l'expérience des systèmes d'information médicale, Amaury DERVILLE, aidés par des médecins de santé publique. C'est à partir de 2008 qu'il s'est étendu à d'autres départements du territoire français.

L'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 ⁽³⁰⁾ permet au médecin de faire un transfert d'actes de soins et d'activité vers l'infirmier, ou de modifier les types d'intervention auprès du patient.

Le 22 mars 2012, le protocole ASALEE a été accepté par la HAS et que les actes dérogatoires ont pu commencer. Ce dispositif est dès lors sorti de son cadre expérimental et s'est étendu de façon plus importante au niveau national.

La Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 préconise la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la coordination entre les médecins et les équipes de soins de proximité, ainsi que l'élargissement des compétences des infirmiers.

L'évaluation médico-économique est réalisée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Des médecins de santé publique et des ingénieurs participent à l'innovation continue et l'élaboration de protocoles avec les médecins généralistes et les infirmiers délégués à la santé publique (IDSP). Le Centre de Recherche Innovation et Développement d'ASALEE (CRIDA), a été créé en décembre 2016 : il promeut la recherche, le développement et l'innovation au sein d'ASALEE. Il participe à évaluer en interne les pratiques concernant ASALEE.

Le dispositif ASALEE concerne, début 2019, plus de 700 infirmiers et près de 3000 médecins selon l'IRDES ⁽⁵²⁾, dans un contexte où le développement de **pratiques avancées des infirmiers** et la mise en place d'assistants médicaux sont d'actualité.

Les deux tiers des cabinets médicaux travaillant avec un infirmier ASALEE se situent dans des zones où l'offre de soins est fragile ⁽⁵²⁾. Ils bénéficient de financements spécifiques par le Ministère en charge de la Santé et de l'Assurance Maladie.

Ce dispositif évolue dans le Pacte Territoire-Santé lancé par Mme la Ministre de la Santé Marisol Touraine en décembre 2012 ⁽⁵³⁾, avec notamment un développement de formes innovantes d'organisation des soins, pour pallier les problèmes de démographie médicale et les inégalités d'accès aux soins. Il permet le transfert de compétences du médecin à l'infirmier. Il fait partie d'un plan visant à améliorer le suivi des malades chroniques et l'accès aux soins, en diminuant les délais d'accès à la prise en charge. Il a permis de créer de nouveaux métiers respectant la sécurité des pratiques et d'encadrer les professionnels concernés avec des protocoles validés par les ARS.

D'autres types de transfert de compétences, dans d'autres domaines de la santé, ont été déployés à la même époque, selon les besoins régionaux ou nationaux.

➤ **Objectifs et activités d'ASALEE**

C'est un dispositif de coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmiers délégués à la santé publique pour des actions de **dépistage** (broncho-pneumopathie chronique obstructive, troubles cognitifs, cancers), de **prévention** primaire et secondaire (diabète de type 2, sevrage tabagique) et d'**éducation thérapeutique** du patient. Les infirmiers ASALEE participent aussi aux campagnes collectives de dépistage des cancers du sein et du côlon.

Son but est d'améliorer la qualité des soins de premier recours pour les patients souffrant de maladies chroniques, qui augmentent avec le vieillissement de la population. Il permet de sauvegarder du temps médical, et donc d'augmenter la productivité médicale, en faisant de l'éducation thérapeutique des patients et en **déléguant de façon dérogatoire des actes médicaux** aux infirmiers (électrocardiogramme, spirométrie, examen du pied diabétique, test au mono-filament, tests mnésiques, repérage à domicile, prescription de bilans biologiques et de fonds d'œil). Le dispositif s'est créé dans un contexte de dégradation des conditions de travail des généralistes, avec augmentation de la complexité des situations des patients et diminution de la démographie médicale.

Le projet continue de se développer dans divers domaines de soins, dont la demande de sevrage tabagique (chez les patients non BPCO), le surpoids de l'enfant, les apnées du sommeil, les activités physiques, la prise en charge de la personne âgée à domicile, l'insuffisance cardiaque, le suivi du diabète avec des objets connectés, la rétinographie...

➤ **Bases de travail de l'IDSP et du médecin généraliste**

Les protocoles de travail d'ASALEE sont validés par la HAS et sont autorisés par les ARS. Les IDSP travaillent aussi avec des supports pédagogiques pour les consultations d'éducation thérapeutique.

Ce dispositif nécessite de disposer d'un cabinet médical informatisé, car les IDSP ont un logiciel de référence médicale nominatif qui permet d'enrichir une base de données et d'évaluer en temps réel le suivi des patients et les résultats d'examens suivis. Il a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. Les IDSP ont accès au dossier médical du patient, en accord avec celui-ci.

Les futurs infirmiers ASALEE doivent avoir au moins cinq années d'expérience en milieu de soins. Ils ont des formations obligatoires, dont une formation théorique et de pratique initiale, des réunions de secteur régulières, ainsi que des formations nationales. La plupart des infirmiers ASALEE sont salariés, les autres sont libéraux.

➤ **Critères d'inclusion des patients dans les protocoles d'ASALEE**

Pour être inclus dans le dispositif ASALEE, les patients doivent répondre à des critères d'éligibilité à chaque protocole, selon la pathologie. En particulier, leur médecin traitant doit être inscrit dans le dispositif ASALEE.

➤ **Efficiency, efficacité et satisfaction autour du dispositif**

Ce type de délégation des tâches entre médecins et infirmiers existe déjà au Royaume-Uni, aux États-Unis, ou au Canada et y a prouvé son efficacité et son efficacité, comme le montre *la Revue de la Littérature* de 1970 à 2002 de l'IRDES ⁽⁵⁴⁾.

Les premières collaborations médecin-infirmier apparaissent aux États-Unis dès les années soixante, suivies par le Royaume-Uni, une dizaine d'années après. Les infirmiers ASALEE se rapprocheraient du modèle anglo-saxon des *nurse practitioners* (infirmières praticiennes), bénéficiant de formations afin de travailler en autonomie et pouvant réaliser des prescriptions aux patients.

D'autres pays ont recours à des collaborations entre professionnels de santé et médecins généralistes. En Allemagne ou aux Pays-Bas, des assistants médicaux améliorent les services rendus aux patients dans des cabinets de groupe.

Plusieurs études médico-économiques ont évalué ASALEE et confirment l'efficacité de cette coopération entre médecins et infirmiers, particulièrement dans le cadre du diabète de type 2.

En effet, une étude réalisée en 2008 par L'IRDES ⁽⁵⁵⁾ a montré une nette amélioration de la santé de ces patients sans surcoût pour l'Assurance Maladie, grâce aux entretiens d'éducation thérapeutique donnés par des IDSP et à la qualité de leur suivi.

De 2015 à 2019, dans le cadre de l'étude DAPHNEE (*Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation*) ^(56,57) l'IRDES a évalué les conditions de pérennisation d'ASALEE, voire de généralisation d'un protocole de coopération ASALEE. Cette étude montre entre autres que :

- le fonctionnement des binômes entre médecin généraliste et IDSP, bien que cadré par le dispositif, reste très hétérogène sur la France,
- les généralistes inclus dans le dispositif n'ont pas modifié amplement leur nombre de jours travaillés,
- la qualité des soins pour les diabétiques s'améliore de façon significative et importante.

2.5.2. ASALEE : ses actions pour le sevrage tabagique

Avant fin 2016, les patients fumeurs inclus dans le dispositif ASALEE étaient des patients présentant un risque de BPCO, voire la maladie avérée, pris en charge pour un dépistage et un suivi spirométrique.

Lors de la PNRT (Plan cancer 2014-2019) ⁽³⁷⁾, des campagnes nationales de santé publique pour l'arrêt de la consommation du tabac ont permis l'émergence de nouveaux objectifs, avec notamment de nouvelles recommandations de la HAS de 2014 ⁽⁴⁴⁾ pour les professionnels de santé concernant l'arrêt de la consommation du tabac.

Dans le cadre de la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, après avoir suivi des formations adéquates, les infirmiers ont pu prescrire des substituts nicotiniques. Les IDSP ASALEE ont pu se former pour acquérir de nouvelles compétences dans un contexte de lutte prioritaire contre les méfaits du tabac. Ils ont été notamment formés à l'utilisation de détecteurs de monoxyde de carbone, afin de caractériser le comportement des fumeurs, de les motiver lors du sevrage, voire d'entraîner une envie d'arrêt du tabac.

C'est à l'occasion du **premier « Moi(s) sans tabac »** en France, en novembre 2016 ⁽⁵⁸⁾, que les patients tabagiques qui le souhaitent ont pu prendre contact avec un IDSP ASALEE afin d'être aidés pour le sevrage tabagique. À partir de cette date, les patients fumeurs, BPCO ou non, ont pu entrer dans le protocole ASALEE.

Les IDSP ASALEE travaillent toujours avec les recommandations de la HAS pour le

sevrage tabagique ⁽⁴⁴⁾ et ont des supports pédagogiques de travail qu'ils trouvent sur tabac-info-service.fr et ameli.fr.

Les patients ont alors accès à ASALEE par deux moyens :

- Lors du « Moi(s) sans tabac », par demande directe, s'ils ne sont pas des patients habituels du cabinet où intervient l'IDSP. Ils sont ensuite adressés vers d'autres acteurs de santé après cette période de suivi d'un mois par l'IDSP.
- En dehors du « Moi(s) sans tabac », s'ils répondent aux critères d'éligibilité (fumeur actif ayant un médecin traitant travaillant dans un cabinet incluant un IDSP ASALEE), en passant par le médecin traitant.

POPULATION ET MÉTHODES

2.6. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le ressenti des patients sur la coopération entre médecins généralistes et infirmiers ASALEE dans le cadre de leur sevrage tabagique.

Secondairement, il sera évalué le ressenti des patients en termes d'efficacité de la prise en charge de leur sevrage tabagique, notamment l'abstinence totale du tabac à long terme. Les patients auront l'occasion d'apporter des informations nouvelles afin d'améliorer l'efficacité du processus en proposant des modifications éventuelles dans la prise en charge.

L'intérêt pour la pratique en médecine générale est d'argumenter en faveur de l'amélioration de la qualité des soins pour le sevrage tabagique à travers une coopération entre les médecins généralistes et les IDSP.

2.7. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs.

Ce type d'étude a été choisi pour interpréter les conduites et expériences subjectives des patients, qui ne sont pas des données quantifiables.

2.8. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les patients sont des hommes et des femmes de 18 à 75 ans, actuellement ou anciennement suivis en Poitou-Charentes pour leur sevrage tabagique avec le dispositif ASALEE.

Ils ont été recrutés par des infirmiers ASALEE et étaient volontaires pour participer à l'étude. Cet échantillon de patients est composé de patients fumeurs et d'anciens fumeurs (abstinents). Il représente la population générale de fumeurs, toute sévérité et ancienneté du tabagisme confondue.

2.9. Aspects éthiques

Avant de débiter le recrutement des patients, il a été demandé l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Il a été conclu par ces organismes que seule une déclaration de conformité à

une méthodologie de référence de la CNIL était nécessaire, car l'étude rentrait dans le cadre de la Méthode de Référence MR003, avec recherche dans le domaine de la santé ne nécessitant pas un recueil de consentement.

J'ai ainsi appliqué le principe de non-opposition : après avoir expliqué l'objet de mon étude, si les patients étaient d'accord, ils participaient à mon étude. Je leur ai tout de même demandé de signer un consentement écrit, ou de me donner un accord verbal enregistré lorsqu'il n'y avait qu'un entretien téléphonique. Les patients étaient notamment prévenus en début d'interview qu'ils étaient enregistrés.

La Direction de la Recherche du CHU de Poitiers a confirmé qu'il fallait uniquement l'accord de la CNIL, car il s'agit d'une question d'amélioration de pratique professionnelle.

2.10. Recrutement de la population

L'ARS a fourni à ma demande les adresses de tous les cabinets médicaux et maisons de santé où se trouvent des IDSP ASALEE. Avec l'aide d'une infirmière ASALEE des Deux-Sèvres qui a contacté par mail ses collègues d'ASALEE en expliquant mon travail, j'ai pu obtenir l'adresse mail de tous les IDSP ASALEE du Poitou-Charentes. J'ai ainsi pu leur demander de m'adresser des patients intéressés pour participer à mon étude, selon les critères d'inclusion, après avoir obtenu leur accord. J'avais pour cela réalisé une notice d'information destinée aux patients avec mes coordonnées, que les IDSP pouvaient imprimer, expliquant le but de mon travail ^[Annexe 4].

Si les patients étaient d'accord, ils laissaient leurs coordonnées aux IDSP et ces derniers me les transmettaient. 32 patients ont finalement été recrutés avant les entretiens. J'appelais ensuite les patients, par ordre de recrutement, afin de confirmer leur accord et de convenir d'un rendez-vous. Deux patients intéressés m'ont spontanément appelée. Au total, 12 patients ont été interrogés.

Pour le dernier patient interrogé, inclus après saturation des données, j'ai dû faire une sélection, afin de choisir un homme d'âge moyen, en activité, car je me suis rendu compte que la majorité de mes patients étaient des femmes, retraitées ou en invalidité, alors que je souhaitais interroger une population plus diversifiée.

2.11. Durée, lieu et méthodologie de l'étude

Les entretiens ont été réalisés du 24 janvier 2019 au 12 mai 2019.

Pour les trois premiers patients, il s'agissait d'entretiens enregistrés sur un magnétophone. Je me déplaçais dans les cabinets médicaux ou à leur domicile, afin de les rencontrer, mais cette méthode a rapidement été difficile à mettre en place pour des raisons de grandes distances à parcourir, et plus particulièrement pour des raisons de disponibilité des patients. J'ai donc réalisé des entretiens téléphoniques par la suite, en les enregistrant avec une application sous Android (BlackboxTM).

Il s'agissait d'entretiens individuels avec un guide d'entretien semi-directif [Annexe 5]. Il a été élaboré à partir de mes recherches bibliographiques sur ASALEE et au fil de la construction mon travail : plusieurs problématiques en sont ressorties. J'ai sélectionné celles qui concernaient le sevrage tabagique et le ressenti des patients suivis par des IDSP ASALEE. J'ai créé à partir de ces grandes lignes directrices un questionnaire destiné aux patients. Il traite dans une première partie de l'historique du patient avec son tabagisme et de ses antécédents, puis de ses débuts avec ASALEE, de la coopération de l'IDSP avec son médecin traitant, du déroulement des consultations avec son ressenti et enfin de son avis concernant les améliorations à apporter.

Ce guide d'entretien a été testé initialement par les trois premiers patients et réadapté au fil des entretiens, grâce à une analyse systématique après chaque entretien, permettant d'en améliorer la compréhension et de l'affiner. Chaque question était reformulée, si nécessaire, pour permettre au patient de s'exprimer. Les entretiens ont duré de 20 à 83 minutes, en fonction des personnes (52,33 minutes en moyenne).

Tous les patients recrutés n'ont pas été interrogés. En effet, lorsque la saturation des données a été atteinte et qu'il n'y avait plus de nouvelle information qui ressortait des entretiens, le nombre de patients a été suffisant pour réaliser l'étude. Le recueil de données s'est ainsi terminé.

Les entretiens recueillis ont été retranscrits littéralement, en inscrivant l'expression non-verbale, sur un logiciel de traitement de texte (LibreOffice® Writer). Chaque entretien a été anonymisé. Par exemple, pour le premier entretien :

- Le nom de la patiente a été inscrit sous la forme « Mme 1 »,
- Son médecin « Dr 1 » lorsqu'il était cité dans le *verbatim*,
- L'infirmier(e) ASALEE a été nommé(e) « ASALEE 1 »,
- Les lieux ont été appelés « Ville 1 » « Grande ville 1 », etc.

- Lors de la retranscription, les interventions du chercheur ont été écrites en gras, contrairement à celles du patient.

2.12. Analyse

Comme il a été dit précédemment, il y a eu d'abord une analyse longitudinale, à la fin de chaque entretien, permettant de faire évoluer le guide d'entretien en fonction des données recueillies. Certains patients interprétaient de façon différente les questions, ou les comprenaient mal, et il m'a fallu en augmenter la précision.

L'analyse transversale a ensuite été faite à l'aide d'un codage manuel thématique des entretiens dans un tableau de type Excel (LibreOffice® Calc). Les *verbatim* ont été classés en unités de sens ou idées, puis en catégories, sous-catégories et enfin dans de grands thèmes plus généraux. Un double encodage a été réalisé avec le directeur de thèse, afin d'augmenter la validité de l'étude.

Le tout a formé un arbre de concepts qui a permis d'extraire les résultats de l'étude.

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques des patients

3.1.1. Description socio-économique de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon

	Age (ans)	Sexe	Situation maritale	Nombre d'enfants	Profession	Zonage (INSEE) et Département du lieu de vie	Comorbidités, ATCD psychiatriques et Coaddictions
P1	49	F	Mariée	5	Invalidité, ancienne cuisinière	Semi-urbain (79)	Surpoids
P2	64	F	En concubinage	3	Retraitée, ancienne femme de ménage	Semi-urbain (79)	Aucun
P3	48	F	Mariée	2	Assistante commerciale	Semi-urbain (79)	Aucun
P4	65	H	Pacsé	4	Retraité, ancien employé de banque et technico-commercial	Rural (16)	Maladie athéromateuse, dépressions
P5	63	F	Divorcée	3	Retraitée, ancien agent technique d'animation	Rural (79)	Dyslipidémie, AOMI, dépression, sevrage OH en cours
P6	42	F	Mariée	2	Invalidité, ancienne nourrice agréée	Semi-urbain (17)	Dépression, HTA, surpoids, K du sein
P7	32	H	Séparé	1	Artisan commerçant	Rural (16)	Dépression
P8	38	H	En couple	0	Employé, mise en rayon	Semi-urbain (17)	Aucun
P9	58	H	Célibataire	0	Invalidité, ancien employé dans une usine	Semi-urbain (79)	Dépression, trouble psychiatrique autre, HTA
P10	56	F	En couple	2	Invalidité, ancienne bouchère charcutière	Rural (16)	HTA, BPCO, K sein, dépression
P11	54	F	En concubinage	3	Recherche d'emploi, fleuriste de métier	Semi-urbain (16)	Dépression
P12	58	H	Séparé	4	Responsable d'épicerie	Semi-urbain (79)	Dépression, Asthme allergique, HTA

P : patient ; H : homme ; F : femme ; AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive ; OH : alcool ; K : cancer ; HTA : hypertension artérielle ; ATCD : antécédent(s)

- 32 patients ont été recrutés par les IDSP ASALEE (ils ont donné un avis favorable durant une consultation avec l'IDSP, qui a transmis les coordonnées à l'enquêteur) ;

- 3 patients n'ont pas voulu, finalement, participer à l'étude, pour indisponibilité ;

- 1 patiente était injoignable au téléphone (numéro non attribué) ;

- 12 patients ont participé à l'étude (interviewés) : 7 femmes, 5 hommes, **sex-ratio** = 0,71 ;

- Les 17 autres patients ont été prévenus par téléphone qu'ils ne participeraient pas à l'étude, en raison de l'atteinte de la saturation des données ;
- 8 patients sur 12 étaient inactifs au moment des entretiens ;
- La moyenne d'âge était de 52,25 ans et la médiane d'âge de 48,50 ans.

3.1.2. Les patients recrutés et leur tabagisme

➤ Statut tabagique :

Au moment de l'entretien des patients :

- 1 patient était en cours de réduction du nombre de cigarettes, en prenant en parallèle des substituts nicotiques (*patchs* et gommes) ;
- 6 patients avaient arrêté de fumer depuis moins de 6 mois (1 ne prenait plus aucun substitut nicotinique ; 1 *vapotait* une cigarette électronique avec de la nicotine ; 2 utilisaient encore des pastilles ; 1 utilisait encore des *patchs* ; et le dernier à la fois des *patchs* et pastilles) ;
- 3 patients avaient arrêté le tabac depuis 6 mois à 1 an (les 3 patients ne prenaient plus de traitement de substitution) ;
- 2 patients avaient arrêté le tabac depuis plus de 1 an (les 2 patients ne prenaient plus de traitement de substitution).

➤ Forme de tabac utilisée :

7 patients fumaient des cigarettes manufacturées, 4 patients avaient fumé des cigarettes manufacturées puis du tabac à rouler, 1 patient avait fumé des cigarettes manufacturées puis des cigarillos.

➤ Quantité de tabac consommée avant sevrage tabagique :

- 1 patient fumait moins de 10 cigarettes par jour ;
- 3 patients fumaient 10 à 20 cigarettes par jour ;
- 7 patients fumaient 20 à 30 cigarettes par jour ;
- 1 patient fumait plus de 30 cigarettes par jour, puis 7 à 8 cigarillos par jour.

➤ Comorbidités :

Certains patients avaient des **facteurs de risque cardio-vasculaires** :

- 1 patient avait des maladies athéromateuses (artériopathie des membres inférieurs avec pose de *stent*) ;
- 1 autre avait aussi de l'artériopathie des membres inférieurs, traitée par angioplastie, ainsi que de la dyslipidémie ;
- 4 autres patients avaient de l'hypertension artérielle traitée.

D'autres avaient des **troubles psychiques ou psychiatriques** :

- 7 patients avaient un, voire des antécédents de dépressions traitées et suivies, indépendamment du sevrage tabagique
- 1 patient avait un trouble psychiatrique de type psychotique ainsi qu'un antécédent de dépression traités et suivis.

Un patient avait une **co-addiction** et était en cours de sevrage alcoolique en parallèle.

➤ Tentatives de sevrage tabagique antérieures :

La plupart des patients avaient déjà essayé d'arrêter le tabac avant, souvent **seuls, sans aide**.

Patient 4 : « J'ai arrêté pendant 1 an et demi complètement sans rien, sans patch, sans suivi, sans rien. (...) J'avais jugé que par moi-même je pouvais y arriver, et je me suis aperçu que oui, j'avais tenu quand même 15 mois, ce qui est quand même pas mal, mais en fin de compte je pense que j'étais pas tout à fait prêt dans ma tête et je n'avais pas le suivi qu'il aurait fallu que j'aie. »

Parfois ils ont été aidés **par leur médecin traitant**.

Patient 12 : « Le médecin m'avait bien aidé, oui aussi. Parce que je prenais des cachets pour dormir. Parce qu'à ce moment-là je ne pouvais pas dormir. »

La **patiente 1** a été aidé **par d'autres professionnels de santé** : « À Ville 1, on avait eu une tabacologue il y a quelques années, j'avais pas accroché avec elle. »

Certains ont utilisé des **médecines parallèles**, comme par exemple l'hypnose ou l'auriculothérapie.

Patiente 11 : « J'y croyais pas trop, et en fait ça a bien marché. Pendant 2 ans et demi j'ai arrêté, donc de là ça s'est passé très, très, très bien. Une simple recherche avec un laser sur une oreille, un peu de volonté, et puis voilà quoi, pas plus. Par contre une facture très salée. »

Et un patient **n'avait jamais tenté d'arrêter** avant cette fois-ci.

Patient 8 : « Oui, c'est la première fois. »

3.2. Résultats des entretiens : ressenti des patients par rapport à leur sevrage tabagique dans le protocole ASALEE

3.2.1. Aspects positifs ressentis par les patients

Les patients étaient globalement très satisfaits de leur prise en charge par ASALEE.

La tonalité ambiante de la majorité des entretiens sonnait avec des **connotations positives**, et les patients **recommandaient** souvent **ASALEE à leurs proches**.

Patiente 1 : « Génial. Génial. Il faut continuer. »

Patiente 2 : « Ah ben super. Mes enfants sont hyper contents. (...) Mes amis, tout ça, oui. Ils me disent que c'est bien. »

Patiente 6 : « Pour moi c'est une expérience positive. (...) Je l'ai d'ailleurs recommandé à deux copines, parce qu'elles ont vu que moi ça avait marché, donc elles ont voulu tenter. »

Les raisons de leur satisfaction pouvaient se décliner selon plusieurs aspects :

➤ Le métier d'IDSP ASALEE perçu par les patients

L'IDSP ASALEE est **un infirmier spécial(-isé)**, par ses nouvelles compétences et ses fonctions un peu inhabituelles, qu'on ne retrouve pas chez l'infirmier usuellement connu par les patients.

Certains patients avaient bien identifié le fait que l'IDSP ASALEE a de **multiples compétences**, pas seulement dans le domaine du sevrage tabagique. Ainsi, certains patients étaient suivis en parallèle pour de la diététique, ou encore de l'hypertension artérielle. Pour d'autres, il pouvait même avoir un rôle de psychologue.

Patient 4 : « Il faisait tout ensemble, l'arrêt du tabac, le psy, le nutritionniste, voilà... (rires), le confident. »

Patient 12 : « Mais y'a pas que ça, c'est pas qu'une infirmière, c'est beaucoup plus de choses. »

La plupart des patients ressentaient un fort engagement de l'IDSP dans son rôle. Il était perçu comme quelqu'un de **très impliqué** et qui aime son travail.

Patiente 10 : « Ça nous fait plaisir à nous qu'il nous aide, mais je pense que lui il est autant heureux et satisfait dans son travail que de nous aider à arrêter de fumer. (...) Je pense que en dessus de son travail d'infirmier, il a de l'intérêt sur les gens et sur les personnes qu'il rencontre. (...) Très, très engagé je pense. »

Patient 12 : « C'est quelqu'un qui donne de sa personne. »

L'IDSP était perçu comme un **professionnel de santé compétent, formé** au sevrage tabagique. Les patients se sentaient beaucoup plus rassurés, confiants et étaient bien plus à l'écoute des conseils donnés.

Patient 4 : « C'est un professionnel de santé donc il est bien au courant au niveau médical. (...) Je pense que c'est parce qu'il a cette notoriété, qu'il est dans le milieu médical, je pense que c'est rassurant aussi. (...) Il est vraiment très bien renseigné. Chapeau. »

Patient 12 : « On a le médecin pas loin, on a l'infirmière qui est là, c'est une infirmière, c'est un milieu médical. »

Les patients étaient globalement contents que l'IDSP puisse faire des **prescriptions de traitements de substitution nicotiques**.

Patiente 9 : « Je préfère que ce soit l'infirmière qui me fasse l'ordonnance. Puisque le médecin, il n'a pas toujours le temps, il est occupé. »

Patiente 10 : « Je pense que s'il fallait aller le voir lui et après être obligée de retourner voir le médecin pour qu'elle me prescrive des patchs, je pense que je la vois suffisamment comme ça, chacun à leur place. Chacun sa place. »

Patiente 11 : « C'est bien, c'est pratique. »

Un des avantages majeurs perçu par la plupart des patients était le temps accordé lors des consultations avec l'IDSP, adapté selon les besoins des patients.

Patient 4 : « Quand j'étais en discussion avec lui, il avait pas son chrono à la main pour regarder : "bah tiens, j'ai quelqu'un...". Des fois ça débordait d'un quart d'heure au moins. »

Patient 7 : « Ça pouvait aller de 20 minutes à 45 minutes, suivant les besoins. Il y a certains moments où j'avais peut-être besoin de plus parler aussi, par rapport à mes difficultés et tout ça, (...) Plus on avançait, moins les rendez-vous duraient longtemps quoi en fait. »

Ils pouvaient notamment **décider ensemble** de la **fréquence** à laquelle ils voyaient l'IDSP, de façon **adaptée** à leurs **besoins**. Un rythme de rendez-vous était proposé par l'IDSP par rapport à l'histoire du patient et était ensuite choisi par le patient. Ce dernier bénéficiait donc d'une prise en charge personnalisée.

Patiente 5 : (citant une conversation avec son IDSP) Son IDSP : "La suivante, on l'espace de 15 jours ?" Elle : "Ah non, non, non" Son IDSP : "Bon, ben on va essayer 10 jours alors, mais pas plus".

Patiente 11 : « On s'est vues pendant 1 mois d'affilée 1 fois par semaine, ensuite elle m'a dit : "écoutez je sens que chez vous il y a vraiment une force de volonté incroyable, on va écarter de 15 jours". Et puis de moins en moins, en fait. Et là, il y a plus de 2 mois que je suis pas allée la voir. Et on se tient au jus. »

Le fait que l'IDSP **restait disponible**, même s'ils arrêtaient un suivi régulier, les **rassurait** et préviendrait les rechutes. La plupart des patients trouvaient notamment que la prise de rendez-vous était rapide.

Patiente 5 : « Je sais très bien que si je vais pas bien je peux l'appeler, elle m'a dit qu'il n'y a pas de souci : "Vous m'appeler, si vous sentez que ça va pas, avancer le rendez-vous, allez-y, appelez-moi". Je sais qu'elle est là. (...) C'est une personne disponible. »

Patiente 10 : « On avait son numéro en permanence, donc on savait que si on avait un petit problème, on pouvait le joindre n'importe quand. (...) C'est rassurant pour moi. On lui fait confiance et moi je sais qu'il est là. (...) Si y'a besoin moi je vais au cabinet médical, s'il est là il va nous recevoir, ça il nous l'a dit. Si vraiment on peut pas régler le problème par téléphone, comme il sait qu'on habite très proche, si on y va et qu'il est là il nous répondra. »

Patient 12 : « La confiance, de savoir qu'elle était là et que je pouvais la voir comme je voulais. (...) Je téléphonais à l'infirmière et je pouvais prendre rendez-vous tout de suite, dans les 2 heures qui viennent je pouvais la voir. (...) Soit de parler au téléphone ou soit de la voir et puis qu'elle me donne un cachet, qu'elle me donne quelque chose, ça m'a vraiment soutenu. Ça m'a aidé. Moralement. »

La **gratuité des consultations** avec l'IDSP ASALEE a été vu comme un facteur **motivant** par la plupart des patients, qui ne se voyaient pas payer voire avancer les frais d'une consultation alors qu'ils étaient dans une optique de faire des économies en arrêtant le tabac.

Patient 4 : « Ça m'a surpris au départ, mais je pense que c'est très bien, ça évite de faire une avance, de faire un suivi, de voir les remboursements, c'est super, et quelque part ça favorise l'arrêt parce qu'il y a ce côté financier, donc là il n'y a plus à le calculer puisque tout est gratuit, donc pour moi c'est un plus. »

Patiente 5 : « Si on fait un bilan en disant qu'on va arrêter de fumer pour faire des économies, même pour ma santé, mais surtout parce que financièrement je n'y arrive plus, si je dois payer à côté, je vois pas l'intérêt. »

Patiente 6 : « C'était pris en charge, et donc je pense qu'il y a, enfin pour ma part, une culpabilité si ça marche pas, voyez ce que je veux dire ? On se sent dans l'obligation de réussir parce que justement, c'est pris en charge, ça coûte... Ça a un coût à la société, donc il faut jouer le jeu. »

Enfin, la plupart des patients s'estimaient **chanceux d'avoir accès** à ce type d'aide au sevrage tabagique, notamment en zone rurale.

Patiente 5 : « C'est fantastique. Dans une zone où on est assez rural, proche de chez moi à 3 km, on me propose ça ! Ah ! On a une opportunité dans notre secteur à ne pas rater, c'est clair. »

➤ Aspects relationnels avec l'IDSP ASALEE

Certains patients ont même évoqué que l'IDSP ASALEE leur permettait de **lutter contre l'isolement**, la solitude. Le **contact humain** leur apportait un certain soulagement, du soutien, qui facilitait la prise en charge.

Patiente 5 : « Vivant seule, mes enfants tous à 500 km chacun de moi... c'est fantastique, c'est extraordinaire. (...) Pour une personne seule, vraiment elle m'apporte un soutien, ah oui, ah oui. (...) C'est même pas à 3km de chez moi, c'est l'idéal, parce que moi je vis en dehors, je suis vraiment à la campagne dans un petit patelin, et c'est même un but pour sortir ! Ne serait-ce que de sortir pour aller la voir, tout simple, ça fait sortir, et puis ce contact quoi... que je n'ai pas avec d'autres personnes. »

Patient 4 : « Le fait de se confier à une personne comme ça, ça m'a beaucoup apporté. J'avoue que l'environnement familial, ou amical, ne m'aurait pas apporté ce que lui m'a apporté. »

Patiente 10 : « C'est quelqu'un de très humain. »

Les patients ressentaient une **relation particulière, singulière**, avec l'IDSP ASALEE. Ils se sentaient **proches** de l'infirmier :

Les patients se sentaient en confiance avec leur IDSP.

Patiente 5 : « J'ai l'entière confiance en la personne. »

Étant à l'**aise** pour la plupart, et se sentant écoutés, ils arrivaient à se livrer, et l'IDSP pouvait parfois avoir un rôle de **confident**.

Patient 12 : « Elle essaye de se mettre à ma place, pour que je sois le plus à l'aise possible pour que quand j'y aille, ou que je parle ou que machin, ben je suis à l'aise, vraiment. Ouais. »

Patient 4 : « Au niveau du suivi, j'avais besoin de m'exprimer, de parler. Même à ma femme, il y a des choses que je lui dis et que je n'ai pas dit à ma femme. C'est comme un psy quelque part qui m'a aidé à faire ça... les envies que j'avais... on a envie de se livrer... on a besoin de dire des choses qu'on n'a pas envie de dire aux autres. Son soutien était important. Parce qu'il conseille, il admet certaines choses (...) On s'habitue à la personne, et on se livre davantage, il est à l'écoute. (...) Je lui ai jamais rien caché (...) Il y a des petites choses confidentielles qu'on se dit comme avec un psy, on n'a pas envie que ce soit dévoilé à d'autres. (...) C'est l'écoute, c'est la compréhension... le fait de rencontrer cette personne assez souvent, ça apporte un bien-être, une sécurité, un réconfort. »

Parfois les liens étaient forts et les patients se sentaient quasiment **amis** avec eux.

Patiente 1 : « Moi elle m'adore, elle m'adore (rires) ! C'est ma copine d'façon maintenant. »

Patiente 10 : « Sur le point de vue humain, je pense que c'est quelqu'un qui laissera des traces quelque part dans ma petite vie. (...) Et puis même, je pense que je créerai des occasions (...) Pas comme une amitié, mais comme savoir que j'ai quelqu'un, que si j'ai besoin, je sais que j peux lui parler de ce que je voudrais. (...) C'est quelque chose que j'avais entretenir. (...) Une sorte d'affection quand même, parce que quelque part, il m'a permis de découvrir des choses que je connaissais plus. »

Pour certains, la **personne humaine** qu'est l'IDSP était particulièrement importante.

Patiente 1 : « Je suis tombée sur LA bonne personne. »

Patiente 6 : « La personnalité de l'infirmière aussi qui a beaucoup joué, et je vois pas ce qu'une autre personne aurait été capable de m'offrir de plus. »

Patient 7 : « Ça aurait pu être une autre infirmière et que le courant serait peut-être moins passé, et puis ça aurait été différent, je pense. Ça a vraiment été le fait que ce soit ASALEE 7, en fait, je pense. »

Les patients ressentaient pour la plupart beaucoup de **gratitude**, et certains patients se sentaient **redevables** envers l'IDSP ASALEE, tant il leur apportait du positif.

Patiente 6 : « Qu'elle soit fière de moi. Comme un élève vis-à-vis de son professeur si vous voulez. Un peu comme ça. À me dire : "Bon ben, elle s'investit, elle prend sur son temps, il faut qu'elle se rende compte que son travail est nécessaire quoi". Et moi c'est comme ça que ça a marché quoi. (...) Ce que j'aime bien avec elle, c'est que j'avais le sentiment de lui devoir des comptes, lui rendre des comptes, donc de pas vouloir la trahir et la décevoir. Et donc ça rajoutait un peu de... pas de pression parce que c'est pas le mot... **De motivation ?** Ouais, voilà. »

Patiente 10 : « Je pense que c'est quelqu'un que j'aurais envie de protéger s'il avait besoin d'aide, je pourrai l'aider. (...) Je pense que si je pouvais lui apporter quelque chose, je le ferais volontiers. Pour moi quelque part, c'est une amitié un peu détournée. »

➤ **Compétences de l'IDSP ASALEE pour le suivi du sevrage tabagique**

Les patients ont été mis en position d'**acteurs de leur santé** par l'IDSP ASALEE, qui était une aide au sevrage tabagique pour les gens qui avaient décidé d'arrêter. L'infirmier rappelait à son patient qu'il mènerait un véritable **combat personnel** et que ce serait sa victoire.

Patiente 3 : « J'avais vraiment envie de me dire que c'est moi qui déciderai quand est-ce que j'arrêterais. »

Patient 4 : « J'en avais discuté avec l'infirmier ASALEE, sur le fait que je désirais profondément m'arrêter, (...) je pense que cette fois j'étais vraiment prêt à l'arrêt du tabac dans ma tête. »

Patiente 5 : « Maintenant je sais que j'ai un soutien, il n'y a que moi maintenant qui est en jeu. C'est plus l'infirmière qui pourra faire à ma place. C'est à moi de jouer. Elle me donne les billes, mais c'est à moi de les prendre. Je vais pas l'accuser elle si j'arrête pas de fumer. C'est pas sa faute la pauvre. Elle fait tout ce qu'il faut. »

Patiente 6 : « Elle m'a dit : "Vous me rappelez d'ici quelques temps, pour savoir... pour vos 1 an par exemple", parce que je lui ai dit que pour mes 1 an d'arrêt de tabac, je jetterai mon dernier pot de tabac à la poubelle, comme signe de victoire définitive (...) C'est trop frais encore pour le moment, je préfère pas crier victoire, et je m'étais fixée ça dès qu'on s'est rencontrées, la deuxième consultation j'ai dit : "Pour mes 1 an, je me vois bien jeter tout mon nécessaire à cigarette à la poubelle, en me disant tiens, ça y est, je suis une ancienne fumeuse". Donc elle veut que je la tiennent au courant. »

Patiente 11 : « Elle vous donnait les clés, et après c'était à vous d'ouvrir les portes »

Selon les patients, l'IDSP **s'adaptait aux patients sans jugement**. C'était une **personne compréhensive**. Les patients restaient les décisionnaires finaux de leur prise en charge, y compris thérapeutique.

Patiente 1 : « Elle s'adapte à chaque personne. (Cite son IDSP) : "T'as refumé ? Bah c'est pas grave, demain ce sera meilleur." »

Patient 4 : « Il conseille, il admet certaines choses, il dit pas : "Non ! Non !", mais : "Vous devriez peut-être..." en mettant les formes, et ça c'est bien. »

Patiente 5 : « Elle met des objectifs, mais en douceur, on ne se sent pas agressé déjà. Ce désir est de continuer, puisqu'on n'est pas agressé. Elle nous dit : "Oui, mais vous inquiétez pas, il faut pas vous en vouloir" Parce que moi je m'en veux à chaque fois. Elle me déculpabilise de ce que je ressens en moi, et ça c'est important. »

Patiente 6 : « Elle me disait : "Oui, mais vous savez, en refumer une, c'est pas un échec, c'est rebondir, comprendre..." (...) Donc non elle est très souple et compréhensive, il y a aucun souci. (...) Elle m'a pris comme j'étais, elle a fait comme elle pouvait, et elle m'a laissé faire en fait. Donc après, si j'avais eu des difficultés, elle aurait agi autrement, mais bon, ça s'est passé très bien avec elle, donc du coup elle me guidait, mais c'était moi qui étais maître de ma barque. »

Patient 7 : « Elle va réagir à mes besoins en conséquence de ce que j'ai réellement besoin. »

Patient 9 : « Oh, elle me disputait pas, mais elle essayait de me donner des méthodes pour m'occuper... »

Patiente 10 : « Les dosages, il nous a expliqué comment ça se passait : 21, 17... c'est nous qui choisissons si on veut baisser le dosage ou pas. Parce qu'au début il nous conseille de faire 1 mois, 1 mois, 1 mois, 1 mois, mais quand on est passés de 21 à 14, j'ai souhaité garder 14 un peu plus longtemps pour ne pas avoir envie de retomber dans le truc. Il m'a dit : "Faut adapter par rapport à votre besoin.", donc c'est ce qu'on a fait. (...) Il nous oblige à rien. Il nous aide, il nous propose un petit pont, c'est à nous de l'prendre ou pas. Et s'il voit qu'on n'est pas dans le sens de cette route-là, et bien il nous laisse donner notre route et il nous suit sur la route qu'on a tracée. »

La plupart des patients exprimaient une **satisfaction par rapport au suivi** du sevrage tabagique par l'IDSP ASALEE, avec une **sensation de bien-être** après les consultations. Pour eux ils s'estimaient sevrés, ou quasiment sevrés. Ils étaient convaincus que **le résultat était positif**, et que la cigarette faisait partie du passé.

Patiente 6 : « J'en suis très, très contente, très satisfaite, c'est un outil qu'il faut pas hésiter à utiliser si on n'est pas capable d'arrêter tout seul. Moi dans mon cas, ça a été vraiment très bénéfique, que du positif. »

Patient 9 : « **Après ses consultations, comment vous êtes-vous senti ?** Je me sens soulagé. »

Patient 12 : « **Comment vous êtes-vous senti après les consultations ?** Bien. Bien, reposé et compris, surtout. »

Patient 7 : « Je suis devenu non-fumeur, voilà ce que ça a changé (rires). »

Une majorité de patients avait déclaré être **confiante pour leur avenir** et pour le **maintien de l'abstinence** au tabac suite à ce suivi.

Patiente 5 : (pas encore abstinente, en cours de diminution progressive) « *Je vais finir par y arriver avec le soutien d'ASALEE. Je sais que c'est elle qui va m'y emmener. Je sais que c'est elle qui va m'emmener jusqu'au bout.* »

Patient 7 : « *Maintenant j'ai réussi à passer ce cap de me dire voilà "Je suis non-fumeur, et je resterai non-fumeur toute ma vie"* »

Patiente 11 : (prend encore des patchs qu'elle diminue) « *Et bien j'ai réussi. C'est déjà pas mal hein. Ça a fonctionné et je vais continuer, donc pour moi... c'est définitif quoi. Ça se termine. Je suis sur la fin.* »

Certains patients pensaient qu'**ils n'auraient pas pu y arriver sans cette aide**, et quelques patients indiquaient même être plus satisfaits avec cette méthode qu'avec d'autres déjà essayées dans le passé.

Patient 7 : « *Sans l'infirmière ASALEE, je sais que j'aurais pas réussi. Je sais que c'est grâce à elle qu'aujourd'hui, je peux dire que je suis non-fumeur.* »

Patiente 3 : « *Je savais que tout ce qui était hypnose et tout ça, je ne suis pas réceptive à ces choses-là.* »

Patiente 10 : « *Les autres méthodes de sevrage, moi j'y croyais pas trop. C'est un monsieur médical, il a fait des études, il est capable de me prouver par A plus B que j'ai tort ou j'ai raison, donc je lui fais confiance. Les autres, j'ai rien contre ces gens-là, mais j'y crois pas, honnêtement.* »

3.2.2. Aspects négatifs ressentis par les patients et propositions d'amélioration

Quelques patients avaient noté certains aspects qu'ils trouvaient négatifs et avaient parfois argumenté à propos de points à améliorer, en fonction de leur vécu :

La plupart des patients avaient évoqué le fait qu'**ils ne connaissaient pas ASALEE** avant que leur médecin traitant ne leur en ait parlé, et qu'ASALEE ne serait **pas assez connu** dans la population générale, voire de certains professionnels de santé.

Patiente 3 : « *Je savais pas du tout que ça existait. C'est par hasard, je suis venue voir le médecin ici, et puis j'ai parlé au médecin que éventuellement je voulais arrêter, et elle m'a dit : "ça tombe bien, ASALEE 3 est juste à côté".* »

Patiente 1 : « *Et le pneumologue, il vous a aussi parlé des infirmières ASALEE ? Non, c'est pas tellement connu dans le coin, ASALEE. Ça commence à en parler mais... les gens, quand je leur parle d'ASALEE : "C'est quoi ? C'est qui ?"* »

Quelques patients **ignoraient** qu'ASALEE travaillait dans d'**autre domaines** que le sevrage tabagique ou méconnaissaient les missions d'ASALEE.

Patiente 3 : « *Vous saviez que ASALEE faisait autre chose que le sevrage ? Ben non je savais pas...* »

Pour pallier ces problèmes de méconnaissance, certains patients proposaient de **développer l'information** autour d'ASALEE.

Patiente 6 : « Peut-être faire un peu plus de... ben pas de publicité mais de campagnes ASALEE, puisque moi mon médecin m'en a parlé, mais sinon j'en avais jamais entendu parler. C'est dommage. »

*Patient 12 : « Dans la salle d'attente, je voyais les pancartes ASALEE, mais je savais pas du tout ce que ça voulait dire. Par contre, c'est un petit peu un reproche, les médecins en parlent pas, (...) je pense qu'il y a des gens qui iraient la voir s'ils savaient plus, parce qu'on sait pas que c'est l'infirmière ASALEE, à quoi ça sert et tout... **D'accord. C'est pas bien expliqué sur les affiches ?** Ah non. Dans la salle d'attente, c'est rien du tout expliqué hein. Non, c'est pas clair du tout hein. (...) Plus expliquer ce que c'est dans les salles d'attente. (...) Mettre des affiches beaucoup plus explicatives, que les gens ils aient le temps de le lire et qu'ils voient vraiment. »*

Certains patients s'estimaient même **chanceux de pouvoir participer** à ce dispositif et trouvaient que ce n'était **pas assez développé** sur le territoire. Ils estimaient parfois que **l'accès à ASALEE était difficile**, notamment pour leur entourage, car c'est un dispositif encore **réservé** à certaines situations, comme lors du « Moi(s) sans tabac », ou seulement aux personnes ayant un médecin traitant collaborant avec ASALEE.

*Patiente 1 : « Nous on a de la chance dans le Département 1, puisqu'au départ je pensais que c'était que, justement, le Département qui avait fait ça, dans le Département 1, et quand je me suis renseignée sur Internet j'ai vu que ça commençait un p'tit peu à s'ouvrir... J'trouve qu'ils devraient en mettre un peu plus... après faut les trouver, ça c'est sûr... Faudrait qu'il y en ait un peu partout pour aider... **Plus de gens ?** Ouais »*

Patiente 6 : « Moi j'ai de la chance qu'il y en ait un par chez moi, donc moi j'ai eu cette possibilité-là de rentrer dans le parcours ASALEE, mes copines elles ont été obligées d'attendre le "Mois sans tabac" pour pouvoir bénéficier de mon infirmière. »

Patiente 10 : « ASALEE c'est pas si connu que ça en fait, et c'est pas si répandu que ça dans notre département. Il faut vraiment arriver sur Grande ville 10 pour connaître ASALEE, je pense. Après je sais pas s'ils ont des permanences, on en a parlé avec lui, mais il pense qu'il y en a sur quelques secteurs, mais c'est vraiment pas du tout comme nous, quoi. Parce que nous on est juste à côté. »

Quelques patients étaient **embarrassés par le fait de ne pas payer** la consultation à l'IDSP ASALEE et se questionnaient quant au **financement** d'ASALEE.

*Patiente 3 : « Moi personnellement, ça m'aurait pas dérangé de payer ma consultation. Je suis plutôt partisane de payer... (...) C'est vraiment l'acte qui fait que... Il y a eu un échange, on m'a rendu un service donc je paye mon service. **Est-ce que vous pensez que si vous deviez payer pour le programme ASALEE, est-ce que ça aurait plus d'efficacité ?** Bah oui, justement, je pense. »*

Patient 8 : « Bah, pour moi c'est bien, après je trouve que pour l'infirmière, c'est un peu dommage. »

Patient 12 : « Ben j'espère que ça va continuer longtemps, et puis que ça aille très bien, parce que c'est vraiment une chose qui est super, maintenant ce qui m'inquiète un peu, c'est les paiements, j'espère que le paiement va suivre par rapport à... parce que c'est gratuit pour nous, donc que quelqu'un les paye bien, il faut bien que quelqu'un les paye. »

Des patients s'inquiétaient quant à la **durabilité d'ASALEE** et espéraient que le dispositif serait poursuivi.

Patiente 11 : « J'espère que ça continuera. C'est une bonne chose, et j'espère que ça durera dans le temps, parce que c'est une aide précieuse. Donc ce serait à poursuivre. »

Certains patients évoquaient un peu d'**appréhension** ou de **réticence avant** de rencontrer l'IDSP.

Patiente 6 : « C'est vrai que contrairement à ce que j'imaginai, moi ça s'est très, très bien passé. (...) Et j'en suis d'autant surprise parce que j'étais quelqu'un qui était réfractaire à la base (rires). »

La **patiente 6** avait proposé que le **médecin traitant participe** au moins à **une consultation** avec l'IDSP, afin de répondre à des interrogations plus « médicales » :

« Que mon médecin généraliste vienne à un début de séance. (...) L'infirmière m'a expliqué hein, les bienfaits de l'arrêt du tabac, et ainsi de suite, mais peut-être plus pointu, enfin voilà, des choses peut-être plus médicales que j'aurais pu poser comme question au moment de la consultation ASALEE. **L'infirmière n'avait pas répondu à ces questions ?** J'ai pas forcément pensé à les poser à ce moment-là alors qu'avec un médecin ben du coup on a plus le réflexe du côté médical. (...) J'aurais bien aimé que le généraliste complète tout ça. »

Certains patients avaient évoqué qu'il serait bénéfique que l'IDSP ASALEE ait de **nouvelles compétences**. Quelques-uns souhaiteraient notamment qu'il puisse avoir une **plus grande liberté de prescription**.

Patient 8 : « Pourquoi pas un truc kiné, ou par rapport à... ceux qui ont des problèmes de dos, les trucs comme ça. »

Patiente 11 : « Peut-être, sur d'autres addictions hein. L'alcool... Le cannabis et les choses comme ça (...) Mais enfin tout ça c'est plus difficile je crois. (...) Peut-être que la prise en charge d'un antidépresseur, même léger, pour les gens qui veulent arrêter de fumer, ça peut être un bonus. (...) Pour pas avoir à passer par un médecin... ouais... Ça peut peut-être être une aide supplémentaire je dirais. »

D'autres patients pensaient qu'il ne serait **pas raisonnable** de leur donner **plus de responsabilités** et qu'ils ne devaient pas prendre la place du médecin traitant ou des spécialistes.

Patiente 10 : « Il ne faut pas non plus qu'il prenne la place du médecin traitant et des spécialistes, moi je trouve que le tabac et tout ce qui peut être lié autour du tabac, que ce soit la gourmandise et les aides nutritionnelles, ça je trouve que c'est très bien, (...) je pense que ce serait bien qu'ils se contentent juste d'aider déjà les fumeurs et pouvoir répondre à leurs

questions. Donc qu'ils soient bien spécialisés, qu'ils fassent ce qu'ils aiment, et qu'ils continuent à pratiquer comme ils pratiquent. »

Patient 12 : « Du moment que c'est pas trop important, c'est bien. Du moment que ça reste dans son univers d'infirmière. Après, j'aurais pas accepté qu'elle me donne des médicaments, et des trucs comme ça. »

La **patiente 5** évoquait le fait que l'IDSP pourrait avoir un rôle de soutien pour les **personnes âgées isolées** :

« Il faut surtout installer ça dans les endroits isolés comme on vit, parce que les gens qui sont comme dans mon cas à vivre seuls et d'avoir sa famille dispatchée à droite et à gauche, (...) ben sincèrement je n'aurais pas eu ASALEE, surtout au moment de ma retraite, ben moi, un grand soutien. Et ça il faut absolument mettre ça en place. Pour ma situation là, (sevrage tabagique) oui, oui, oui, mais je pense que pour les personnes d'un certain âge aussi. »

La **patiente 1** avait évoqué que des **séances de groupe** avec d'autres patients en cours de sevrage tabagique ne l'auraient pas dérangée : « Moi ça me dérangerait pas, j'aime bien parler donc... »

Alors que les autres patients n'étaient pas à l'aise avec cette idée.

Patiente 2 : « Oh non, je serai mal à l'aise d'en parler, je serai bloquée »

Patient 7 : « Elle cherchait un groupe en fait, c'était un peu comme un groupe de soutien pour arrêter de fumer, donc moi il y avait ce côté là où ça me plaisait pas trop (...) Après c'est moi qui n'était pas trop partant pour ça. »

Quelques patients trouvaient qu'un **suivi parallèle ou en binôme avec d'autres professionnels** de santé pourrait être bénéfique.

Patiente 1 : « Peut-être qu'un psy oui, je pense, quand ce seraient des gens comme moi qui fait des dépressions. »

Patient 7 : « En plus de l'infirmière, oui, peut-être, comme là par exemple, on rentre la prise de poids, peut-être voir une diététicienne à côté qui donnerait quelques conseils en plus, en fait. Par exemple pour ça. »

En revanche, plusieurs patients n'avaient **pas** exprimé de **besoin d'amélioration** du dispositif ASALEE.

Patient 9 : « Non, je pense pas qu'il y ait quelque chose à améliorer, c'est déjà très bien comme ça. »

Patient 7 : « Bah non, sincèrement, comment ça s'est déroulé là, je peux pas conseiller mieux à qui que ce soit. »

3.2.3. Déroulement du suivi perçu par les patients

➤ La découverte d'ASALEE

Comment les patients avaient entendu parler du dispositif ASALEE, et comment ont-ils été inclus dans le protocole ?

La plupart du temps, les patients ont déclaré avoir **connu ASALEE grâce à leur médecin traitant**.

Le plus souvent, c'est le patient qui demandait à son médecin traitant de l'aide au sevrage tabagique, lors d'une consultation pour un autre motif et ce dernier lui « *prescrivait* » un suivi par l'IDSP ASALEE.

Patiente 3 : « J'ai parlé au médecin que éventuellement je voulais arrêter, et elle m'a dit : "Ça tombe bien, ASALEE 3 est juste à côté, elle fait partie..." étant donné qu'il y avait le "Mois sans tabac", elle était là pour rencontrer les gens qui souhaitent arrêter, donc je l'ai vue à ce moment-là. »

Patiente 5 : « J'avais rendez-vous avec mon médecin, pour un renouvellement de mes médicaments au niveau cardiaque, et je lui parlais de mon programme d'arrêter de fumer. Elle me dit : "Écoutez, justement, il y a une infirmière ASALEE qui vient de s'installer là, et qui accompagne". Alors moi j'ai dit que je prends un rendez-vous tout de suite. »

Une patiente avait connu ASALEE après avoir vu une **affiche dans la salle d'attente** de son cabinet médical.

Patiente 10 : « Tout bêtement dans la salle d'attente chez le médecin (...) Première fois que j'ai consulté pour voir un nouveau médecin, j'ai vu cet article sur ASALEE, (...) Donc j'ai découvert ASALEE comme ça, et après j'ai regardé sur Internet ce que c'était qu'ASALEE. »

La façon dont les patients avaient pris **contact** la première fois avec l'IDSP différait :

- Certains patients évoquaient que **le médecin traitant les avait inscrits directement** dans le dispositif ASALEE.

Patiente 1 : « C'est mon médecin qui m'a inscrite dans le protocole de ASALEE 1. »

- Certains patients avaient pris rendez-vous **directement au bureau de l'IDSP** après la consultation chez le médecin généraliste.

Patiente 11 : « Tout s'est enclenché dans la même heure en fait. J'ai rencontré le médecin, le médecin m'a fait rencontrer l'infirmière. (...) On a traversé un couloir, il m'a dit : "Voilà, vous tapez là, vous voyez Mme ASALEE 11, elle est là." »

- Certains patients avaient **appelé l'IDSP ASALEE**, après avoir obtenu ses coordonnées par leur médecin.

Patiente 6 : « J'ai pris contact après avec l'infirmière. (...) La première fois, j'ai appelé sur son portable, je suis tombée sur son répondeur, (...) elle m'a rappelé le lendemain ou le surlendemain, et puis on a fixé un rendez-vous »

- Certains patients ont été **rappelés par l'IDSP** pour convenir d'un rendez-vous. Les coordonnées du patient avaient été transmises à l'IDSP par le biais du médecin traitant.

Patiente 7 : « Quand mon médecin traitant m'en a parlé, il m'a demandé s'il pouvait faire part de mon numéro de téléphone à mon infirmière ASALEE. (...) Donc elle m'a rappelé, on a discuté pendant un quart d'heure, vingt minutes, et de là on a pris rendez-vous ensemble quoi. »

- Une patiente, qui avait découvert ASALEE sur une affiche de communication, avait pris rendez-vous **directement au secrétariat** sans passer par le médecin traitant.

Patiente 10 : « Elle (son médecin traitant) l'a appris sur le dossier médical quand l'infirmier d'ASALEE a transcrit sur l'ordinateur, quand il a mis ça sur mon dossier, quand je suis allée la voir. (...) Il (l'IDSP) m'a pas demandé si on avait un médecin ici ou pas, on a pris rendez-vous, moi j'l'ai appelé, j'lui ai demandé pour avoir un rendez-vous pour arrêter de fumer, il a dit ok. (...) C'est la secrétaire médicale, j'ai demandé comment est-ce qu'on pouvait avoir un rendez-vous avec la personne, elle a dit : "Y'a pas d problème, j vous donne son numéro de téléphone, appelez-le et prenez rendez-vous avec lui." »

Que savaient les patients à propos d'ASALEE ?

Certains patients disaient avoir été **informés sur l'association ASALEE et ses missions** par l'IDSP, le plus souvent lors de la première rencontre.

Patiente 5 : « Oui, elle m'a présenté l'association, elle m'a dit ce qu'elle faisait elle... Elle m'a dit qu'elle accompagnait les gens, aussi bien pour le diabète, pour ceux qui ont des problèmes de cholestérol, ceux qui ont des problèmes cardiaques, et le tabagisme. »

Certains patients en revanche ne savaient plus s'ils avaient reçu des informations sur l'association ASALEE.

Patiente 8 : « Au premier entretien avec l'infirmière ASALEE, vous a-t-elle présenté l'association ASALEE, vous a-t-elle dit ce que ASALEE faisait de manière générale ? Euh... j crois pas, j suis pas sûr, j sais plus. Vous savez s'ils font autre chose que le sevrage tabagique par exemple ? Ah je sais pas après... là j peux pas vous dire. »

Avant le premier rendez-vous avec l'IDSP ASALEE...

Certains patients avaient de l'**appréhension** avant de débiter le suivi avec l'IDSP ASALEE. En effet, certains avaient peur de l'échec, notamment s'il y avait des antécédents d'échec, et d'autres avaient peur de prendre du poids.

Patiente 6 : « Je voulais pas grossir, et si je grossissais ben j'arrêtais »

Patiente 9 : « J'y croyais pas trop. (...) Vous pensiez que ça n'allait pas marcher ? Ben nan, mais oui, comme j'avais essayé plusieurs fois sans rien du tout, et ça n'a pas marché... »

Patiente 10 : « Eh bien moi je m'attendais à quelque chose de beaucoup plus compliqué, et de beaucoup plus dur. »

Certains patients faisaient part de leur **motivation** et des raisons pour lesquelles il fallait qu'ils essaient le sevrage tabagique avec ASALEE. Ils avaient particulièrement besoin d'un **soutien**, d'un guide pour les aider.

Patiente 3 : « J'avais besoin de rencontrer quelqu'un, et j'avais besoin que quelqu'un me dise que c'était bien, ce que je faisais (rire). L'échange. Avoir quelqu'un qui vous soutient. »

Patiente 5 : « Je suis toute seule, pour l'arrêt du tabac. J'avais besoin de parler. »

Patient 7 : « J'ai déjà essayé à plusieurs reprises sans aide, que ce soient des patchs ou autre, c'était impossible quoi, il a fallu que je prenne la décision de me faire aider, surtout. »

Patiente 11 : « Moi j'étais tellement partie dans ma tête à arrêter de fumer, que... voilà. Fallait qu'elle m'aide pour ça, point. (...) On a toujours besoin d'aide dans ces moments-là, et voilà. »

D'autres y allaient **sans attente particulière**, mais avec la motivation d'arrêter de fumer.

Patiente 1 : « Non, je me suis pas vraiment posé de question, je savais que c'était pour le tabac, j'y suis allée comme ça. (...) Je me suis dit : "On verra, arrivera ce qui arrivera" »

Patient 12 : « J'ai été la voir en espérant qu'elle ait une solution pour m'arrêter de fumer, parce que je voyais pas du tout de solution. (...) J'étais vraiment très négatif pour arrêter de fumer, je me disais : "De toute façon ça marchera jamais", alors j'ai dit : "Tant pis, je vais aller la voir, puis on verra bien ce qu'elle me propose, et puis j'essaierai, et puis si ça marche, ça marche, et puis si ça marche pas ben c'est pas grave, j'arrêterai autrement, plus tard...". »

Certains patients s'étaient **documentés** sur le sevrage tabagique avant de se lancer.

Patiente 1 : « Moi j'ai étudié ça, l'arrêt du tabac, avant de m'y mettre, je me suis bien informée sur tout. (...) Je suis allée à la bibliothèque, j'ai pris un livre sur l'arrêt du tabac. »

Patient 4 : « La première fois pas du tout, la deuxième fois un peu plus, sur les risques du tabac, du tabagisme par rapport à l'environnement. »

Concernant le « **Moi(s) sans tabac** », la plupart des patients se disaient non intéressés et n'avaient jamais été motivés par cette action de santé publique pour arrêter de fumer.

Patiente 1 : « Oui, mais ça m'a pas intéressé plus que ça, parce que je trouve que le mois du tabac, j'ai regardé un petit peu... On n'a pas besoin de ça pour arrêter de fumer. »

Patiente 3 : « Mon mari me tannait, il m'disait "Quand est-ce que tu vas faire le "Mois sans tabac" ?", mais j'étais pas prête. Et j'avais vraiment envie de me dire que c'est moi qui déciderait quand est-ce que j'arrêterais. »

Patiente 6 : « Je ne me sentais absolument pas concernée (rires). J'ai jamais fait l'effort d'arrêter au "Mois sans tabac". »

Patiente 11 : « J'ai pas eu l'envie de faire comme les autres... j'me sentais en fait pas prête, j'pense, tout simplement. Et là... c'est MOI qui ai décidé. Vous savez, c'est comme un déclic dans la tête. Il fallait que j'arrête, point barre. »

D'autres en revanche ont été **motivés** d'arrêter de fumer **par le « Moi(s) sans tabac »**.

Patiente 12 : « C'est l'infirmière qui m'a dit : "Au mois de novembre, c'est le "Mois sans tabac"". Eh ben j'ai dit : "Chiche ! Pourquoi pas !". »

➤ Le suivi pour le sevrage tabagique avec l'IDSP ASALEE

Ressenti général autour du suivi avec l'IDSP ASALEE

Parfois, le médecin traitant et l'IDSP avaient **demandé l'accord au patient pour échanger** entre eux à propos de son suivi et de son évolution.

Patiente 6 : « Elles m'avaient demandé l'autorisation l'une et l'autre de pouvoir s'entretenir. »

Le temps nécessaire au patient pour parler de leur **désir d'arrêter de fumer** à un professionnel de santé était très variable.

Patiente 6 : « Ça a été très, très rapide, moins de 15 jours. (...) J'ai vu l'augmentation, j'ai vu le prix que je mettais, j'ai dit : "il est hors de question que le mois prochain je mette autant", donc dans la foulée je l'ai fait. »

Patiente 9 : « Assez longtemps. (...) Peut-être 3 mois, oui. »

Patiente 11 : « Dans ma tête ça mijotait depuis longtemps, mais j'en avais parlé à personne. »

Patiente 12 : « 6 mois, 1 an. »

La plupart des patients évoquaient un **délai rapide** entre le moment où ils parlaient de leur désir d'arrêter de fumer au médecin traitant et la **première consultation avec l'IDSP**.

Patiente 5 : « 2 jours après, ou le lendemain, je devais avoir un rendez-vous. Ça a été très rapide. »

Patiente 12 : « Ça a dû être 1 semaine, un truc comme ça, ouais à peu près, ça a été assez rapide. »

Les consultations avec l'IDSP ASALEE se faisaient **dans le cabinet médical** où se trouvait le médecin traitant.

Patiente 5 : « C'est dans une salle où c'est partagé avec une psychologue je crois, c'est dans ma maison médicale. »

Patiente 8 : « Je sais qu'ils sont dans le même cabinet, quand il est pas là lui, c'est elle qui est là »

Patiente 11 : « L'avantage du centre, c'est qu'il y avait tout sur place, le médecin, les infirmières... Je pense que c'est un peu pluridisciplinaire. »

La **durée de l'entretien** avec l'IDSP était variable, adaptée aux besoins du patient.

Patiente 6 : « Dans les premiers temps elle savait que j'avais besoin d'beaucoup parler, ben elle me consacrait 1 heure, minimum, 1 heure et quart, voire 1 heure et demie... »

La **fréquence des consultations** avec l'IDSP était **adaptée** aux besoins du patient. Généralement, il y avait un suivi plus rapproché, régulier en début de sevrage tabagique.

Patiente 1 : « Au départ, je la voyais une fois par semaine. (...) Ça a duré bien six mois. (...) Maintenant on a rétréci à 15 jours, puis 1 fois par mois. Au jour d'aujourd'hui, c'est quand j'ai envie parce que j'en ai pas forcément plus besoin maintenant. »

Une patiente consultait l'IDSP en même temps que son compagnon pour leur sevrage tabagique. (**Consultation à plusieurs**)

Patiente 10 : « On va tout le temps ensemble. Au départ il nous a demandé si on voulait rester ensemble. (...) On partage tout, donc le tabac, on partageait, maintenant on partage le sevrage en même temps, ensemble. (...) Quand il y a quelque chose qui va pas, j'en parle à l'infirmier, il est à côté de nous, et on en discute tous les trois, et je trouve que c'est très intéressant. Plus intéressant, plus enrichissant. Parce qu'on peut donner notre point de vue avec une autre personne qui peut nous aider à trouver notre réponse. (...) Là on se cache pas, on se voile pas la face, on peut pas tricher. »

Le **délai** entre le début du suivi avec l'IDSP et l'**arrêt du tabac** était variable. Certains patients arrêtaient la cigarette le jour de la rencontre avec l'IDSP. Pour d'autres, c'était plus progressif.

Patiente 1 : « **Depuis quand vous êtes inclus dans le protocole ASALEE ?** Depuis que j'ai commencé d'arrêter de fumer. »

Patient 4 : « **Combien de temps cela vous a pris pour arrêter de fumer avec l'infirmier ?** Ça m'a pris 4 mois, 3-4 mois environ **Vous savez combien de séances ça représente ?** Beaucoup de séances, parce qu'au début il me voyait presque une fois par semaine. »

Patiente 6 : « **Combien de temps cela vous a pris pour arrêter de fumer avec l'infirmière ASALEE ?** Moins de 2 mois (...) **Et ça représente à peu près combien de séances ?** Parce que c'était une fois par semaine, c'est ça ? Une fois par semaine ouais, euh... (silence) **À peu près entre 6 et 8 séances ?** Voilà. »

Patient 7 : « Je dirais dès la semaine d'après le rendez-vous avec l'infirmière, je fumais déjà plus du tout quoi. »

Les **modalités de contact** de l'IDSP pour une question ou une prise de rendez-vous étaient différentes en fonction de l'IDSP :

- Certains patients avaient les coordonnées directes de l'IDSP et pouvaient les joindre n'importe quand.

Patiente 5 : « Une fois, j'ai pas pu y aller je l'ai appelé tout de suite, j'ai envoyé un sms. »

Patiente 10 : « On savait qu'on pouvait le joindre n'importe quand. Il nous envoyait un petit texto 8 jours après, quand on a commencé, pour savoir comment ça se passait, savoir si on avait besoin d'une aide supplémentaire ou pas, donc tout se passait bien. (...) On a son numéro de portable, il me l'a donné, donc comme il a dit, "24h/24". »

- D'autres passaient par le secrétariat.

Patiente 1 : « Elle personnellement, par téléphone, on peut pas. (...) Il faut prendre rendez-vous par la secrétaire. »

Souvent, l'IDSP donnait rendez-vous à la fin de l'entretien pour la prochaine fois.

Patiente 6 : « On fixait des rendez-vous à la fin de chaque consultation. »

Les patients n'avaient pas tous connaissance d'une **communication entre l'IDSP et leur médecin traitant**.

Patient 7 : « Ils ont peut-être échangé entre eux, je sais pas du tout. On m'en a pas parlé. (...) C'étaient vraiment deux choses totalement distinctes quoi. »

Patiente 3 : « Euh... je pense pas... j'en ai pas l'impression... »

Certains en revanche en étaient témoins.

Patient 4 : « Dans la mesure où ils travaillent dans le même cabinet, je pense qu'ils ont le logiciel de relation entre eux. Quand j'ai des visites ASALEE et qu'il inscrit des choses, mon médecin traitant le voit, et l'inverse se produit aussi. (...) Au niveau professionnel ils échangent beaucoup, et donc j'ai l'impression effectivement que l'un par rapport à l'autre s'envoient les malades, ou se disent ce qui se passe par rapport à telle et telle personne. »

Quelques patients s'étaient retrouvés dans des situations où l'IDSP avait été amené à les **réadresser au médecin traitant** pour des problèmes médicaux. L'IDSP gardait une surveillance sur les problèmes de santé autres du patient.

Patiente 11 : « Le fait que j'ai arrêté le tabac et que j'étais dépressive, moi j'en ai parlé à l'infirmière qui m'a dit : "On va voir le médecin, vous allez reprendre un antidépresseur léger, et ça peut vous aider." »

Patiente 10 : « À chaque fois il regarde (l'IDSP) sur mon dossier médical, comme je voyais le médecin à peu près toutes les semaines pour mon parcours sommeil, il voit que la tension est prise régulièrement, donc il me demande si ça va toujours pareil... il s'informe, quand même. Il me demande si mon sommeil est perturbé tout le temps ou des choses comme ça »

Des patients étaient **suivis en parallèle par un pneumologue**. Les autres patients n'avaient pas recours à d'autres professionnels de santé, ni à de la médecine alternative.

Patiente 1 : « Le pneumologue c'était par rapport à la pneumopathie, j'avais pas le choix. Et toujours maintenant je continue à le voir parce que je me dis que pour les poumons au moins si je vois que je suis pas bien il peut faire des radios des poumons... »

Patiente 10 : « Il y a mes bronches, ...de l'asthme, quoi. Mais apparemment, même sans tabac, j'ai toujours ce problème (...), apparemment je dois aller voir un pneumologue là pour voir exactement ce qu'il se passe. »

Concernant les **attentes actuelles** des patients :

- Certains jugeaient qu'ils avaient maintenant moins besoin d'avoir un suivi par l'IDSP et qu'ils avaient assez d'éléments en main pour continuer leur parcours de sevrage tabagique seuls. En revanche, ils comptaient sur le fait que l'IDSP **reste disponible** si jamais le besoin se faisait sentir.

Patient 7 : « J'ai arrêté, maintenant j'ai réussi à passer ce cap de me dire voilà "Je suis non-fumeur, et je resterai non-fumeur toute ma vie". C'est vraiment ce truc-là, donc je vois plus trop l'intérêt de se voir, y'a même plus de patchs, y'a plus rien, donc... voilà oui. »

Patient 8 : « Elle m'avait dit que, quand je lui ai parlé que j'étais passé directement à la cigarette électronique, et que j'avais arrêté les patchs et la Nicorette®, elle m'avait dit que c'était plus la peine qu'on se voit, et s'il y avait besoin, après si j'avais quelque chose, que j'là rappelle il y avait pas de souci. »

Patient 12 : « Pour l'instant, j'ai plus besoin d'elle. Si besoin oui. Là si vraiment j'ai re-, re- envie de fumer, peut-être ouais. Mais pour l'instant j'ai pas du tout envie, donc ça continue, sinon après ce sera pour ma tension, c'est le médecin qui décidera. »

- D'autres poursuivaient le suivi avec l'IDSP, notamment pour d'autres problèmes de santé liés au sevrage, comme la **prise de poids**.

Patiente 1 : « Ben maintenant je la vois que pour ça moi, pour mon poids. »

Patient 4 : « Actuellement, quand je suis avec lui on parle plus régime que tabac. (...) C'est devenu un besoin... un besoin de suivi. »

- Pour certains, c'était même un besoin de **soutien psychologique** et ils ne pensaient pas arrêter pour le moment.

Patiente 5 : « Pour moi c'est un accompagnement de toutes les semaines, pour ainsi dire, si je ne la vois pas toutes les semaines, ça va pas (rires). »

Patiente 10 : « Moi je pense que c'est nous qui allons dire stop quand on n'aura vraiment plus besoin de lui. (...) J'aurai un problème, je pourrai passer le voir. De toute façon, je ne pense pas arrêter de l'avoir, je pense que ce sera une continuité, pas tous les mois parce que j'pense que non, mais régulièrement. »

Comment se passait l'entretien avec l'IDSP ASALEE ?

Au début du suivi, les patients recevaient des **informations** à propos de leur **prise en charge** à venir.

Patient 4 : « On avait planifié par rapport à l'arrêt du tabac les patchs à prendre, le suivi médical, et les fameuses pastilles Nicorette® dont je vous ai parlé. (...) On a discuté ensemble sur le protocole, le suivi, comment ça allait se dérouler, le suivi que j'allais avoir par rapport à lui. »

Certains patients relataient que l'IDSP **évaluait leur motivation** en début de suivi, puis la **réévaluait** au long du sevrage, afin de prévenir une rechute et d'appréhender la prise en charge. Certains patients avaient remarqué que l'IDSP **notait les moments clés** de la consultation, afin d'avoir un suivi de l'évolution du patient dans son sevrage tabagique.

Patient 7 : « Elle me demande si tout s'est bien passé, elle veut avoir mon ressenti, voir comment s'est passé la semaine ou les 15 jours, à partir de là, moi je lui fais part des petites difficultés que j'ai eu, que ce soit pour le sommeil, que tel jour ça a été dur, elle essaye de comprendre pourquoi est-ce que ça a été dur ce jour-là et pas un autre, et essayer d'en discuter pour avancer et passer à autre chose. (...) Elle prenait des notes à titre informatives, pour savoir quand est-ce que j'avais diminué, que j'étais remonté au niveau des patches, des milligrammes, tout ça... »

Patient 4 : « Il a son cahier où il note (...) les choses les plus importantes. Quand j'ai arrêté le tabac, il savait que je fumais 1 cigarette à la fin de chaque repas pendant 6 mois, c'est à dire 2 cigarettes par jour. Donc ça, tout est noté noir sur blanc, et des fois il me fait un petit récap' en me disant : "Bah oui, à cette époque vous aviez fait ça, c'était bien..." »

Les IDSP ASALEE donnaient des **conseils adaptés** en fonction du vécu des patients, afin de leur apprendre à **modifier les habitudes** liées au tabagisme. Ils les **informaient** notamment sur la nocivité du tabac sur la santé. Ils les préparaient, les encourageaient, les **accompagnaient dans les changements** de leur vie quotidienne pour les mener à une amélioration de la qualité de leur vie : ils réalisaient des **entretiens motivationnels**.

Pour les changements d'habitudes et les conseils :

*Patient 4 : « Il m'a dit dans un premier temps, quand j'étais tout à fait au début de l'arrêt, d'éviter le contact des gens qui fument beaucoup. Parce que ça m'apportait un mal-être en plus, et des envies qui auraient pu déclencher chez moi une reprise. **Et des conseils aussi pour quand vous aviez des envies ?** Les pastilles, et changer les habitudes à la fin des repas... ma femme était contente, parce qu'il me dit : "Plutôt que d'aller dehors fumer votre clope, faites la vaisselle" (rires). (...) De s'occuper. De trouver un moyen de dériver un peu de cette absence et ce besoin. Penser à autre chose. »*

Patiente 5 : « Elle me donnait toujours des petites astuces en plus, en sachant ce que j'aime, à mettre en place. C'est adapté à la personne. »

Patiente 6 : « Elle m'avait expliqué tout ce qu'on pouvait faire pour pallier au manque de la nicotine, donc jardiner, faire du sport, cuisiner, la télé, sortir, faire du shopping... donc d'autres activités pour pallier à ce manque quoi. »

Patiente 10 : « Il peut nous aider du départ, jusqu'à ce qu'on redevienne des gens normaux, entre guillemets, des gens qui n'avons plus de problème, ni par le tabac ni par la nourriture que je mangerai. »

Pour les encouragements, l'entretien motivationnel :

Patiente 5 : « Et puis les encouragements. Parce que je crois que si elle me disait pas : "Mais si, on va y arriver !", moi je dis "Non, on n'y arrivera jamais." »

Patiente 10 : « J'me suis dit "Pourquoi tu veux arrêter de fumer ?", et lui, il a réussi à me trouver des arguments plus importants que les miens. (...) Il m'a aidée à me convaincre. Parce

qu'il y avait des choses qu'il a complété et qui m'ont fait comprendre que oui, il a raison. (...) J'me dis "Si tu tombes, il est là pour te ramasser". »

Patiente 11 : « Un soutien moral, et une continuité dans ce que j'ai entamé moi, du fait que, comme moi j'étais vraiment décidée, elle a confirmé mon envie, quoi, d'arrêter. »

Concernant les informations sur la nocivité du tabac :

Patient 7 : « Beaucoup de conseils, notamment sept mille produits dans une cigarette, il y a plein de choses que je ne savais pas... l'information, je pense, c'est la base du truc quoi. »

Patiente 10 : « Il nous a expliqué tout ce qui était psychique par rapport au tabac, à la fumée qu'on inspire et tout, tout ce qui était bon, c'était pas bon, dans quel niveau du cerveau ça agissait, sur quel euh... voilà comme il dit, le plaisir, les hormones et tout. (...) Ils sont là pour nous expliquer la nocivité du tabac »

Pour la plupart des patients, l'IDSP avait un rôle important de **soutien psychologique**, qui a été un élément clé de l'aide au sevrage tabagique. En effet, il avait une **écoute active** et de l'**empathie**. Il ne portait **pas de jugement**, parlait avec le patient de tous les aspects de sa vie afin de le connaître et de le prendre en charge dans sa **globalité** (aspects biologiques, psychologiques et sociaux) pour l'aider au sevrage tabagique.

Patiente 5 : « Elle m'écoute sur tout, et c'est ça qui est génial. (...) C'est quelqu'un qui me permet de libérer ce que je garde en moi. »

Patiente 6 : « Elle m'a jamais jugée. »

Patient 7 : « Elle a été vraiment là pour moi, elle a su me comprendre, et elle a toujours été à l'écoute, peu importe de quoi je lui parlais, que ce soit de ma vie de famille, ou autre. »

Patiente 10 : « Il prend le temps d'écouter les gens et voir s'il y a des petits problèmes qui pourraient nous embêter et nous aider à reprendre un peu la cigarette, quoi. (...) Il attend, il sait s'effacer pour nous laisser parler, même si c'est que pour parler de la pluie et du beau temps. (...) S'il y a quelque chose qui va pas (...) qui me dérange et peut influencer sur ma santé, je vais lui en parler. »

Patiente 11 : « Beaucoup d'analyse psychologique, donc beaucoup de discussions sur (...) tous les sujets en fait. »

Patient 12 : « Elle m'a aidé moralement. (...) Essayer de me connaître plus entièrement pour savoir comment je pourrais agir sur plein de choses, quoi. »

Les IDSP ASALEE utilisaient des **outils pédagogiques** différents. La plupart donnaient des brochures (Description de l'association ASALEE, *Les bénéfices de l'arrêt du tabac*, *Comment contrer le manque*, des conseils diététiques, le « Moi(s) sans tabac » ...). Certains avaient des affiches dans leur salle d'attente et/ou de consultation, d'autres avaient des cartes avec les « humeurs » lors des consultations, ou encore des documents à remplir à la maison tels que le *Bilan des aides et des freins à l'arrêt du tabac* et parfois aussi un *Planning de cigarettes* à faire, afin de connaître les situations qui amenaient les patients à fumer.

Patiente 6 : « Elle avait un système de cartes avec des smileys, pour savoir si j'étais anxieuse, tranquille, nerveuse... C'était en fin de séance, elle me demandait le bilan de ma semaine, ou mon mois, ou ma journée, pour savoir dans quel état d'esprit je me sentais à l'heure actuelle, donc je sortais toutes les cartes que j'avais besoin de sortir, et on les reprenait une à une en disant : "Je me sens comme ça parce que..." (...) Elle m'avait donné en tout début d'arrêt de tabac... comme un calendrier, un petit planning, où il fallait que je marque l'horaire de ma première cigarette, le lieu, et pourquoi j'avais fumé cette cigarette, et faire ça jusqu'à ce que j'arrête complètement. (...) Le rendez-vous d'après, c'était pour savoir laquelle on pouvait enlever plus facilement. (...) Les petits fascicules, les petits livrets, des fiches informatives, qu'elle me fournissait, à lire. »

Patient 7 : « Quand c'était le "Mois sans tabac", bien souvent, je repartais avec des brochures... un ballon, je pense que j'ai eu un peu toute la panoplie (rires) du "Mois sans tabac". »

Patient 8 : « Elle m'avait donné un dépliant pour savoir, au début, ce que j'allais retrouver comme sensation tout ça. »

Patiente 11 : « Elle m'avait donné un descriptif qui me disait quand j'avais des envies impétueuses, qu'est-ce que je pouvais faire : me laver les dents, boire de l'eau, manger une pastille, manger un fruit en cas de proximité avec les repas, pour pas non plus surcharger le repas. »

Patient 12 : « Elle m'a même donné une feuille pour mettre mes motivations : le contre, le pour. Quand j'ai envie de fumer, de marquer pourquoi j'ai envie, de boire un verre d'eau quand j'ai vraiment envie ou de sortir dehors... ça c'est des petits conseils qu'elle m'a donné. (...) Marquer sur une feuille pour quelle raison j'ai arrêté de fumer, et pour quelle raison j'arrêterai pas. »

Quelques IDSP réalisaient des **examens** différents lors des consultations : il pouvait s'agir de la **mesure du monoxyde de carbone expiré** pour déterminer le besoin en substituts nicotiniques et évaluer le comportement du patient vis-à-vis du tabac, d'un **électrocardiogramme**, ou d'une spirométrie. Ils pouvaient surveiller également la **pression artérielle** et les **mensurations** des patients.

Patiente 6 : « Pour le premier rendez-vous je fumais, elle m'a fait souffler dans un petit appareil pour savoir au niveau de mon taux de monoxyde de carbone je crois... et là j'ai été frappée, c'est là en fait que je me suis rendue compte que j'ai toujours été une petite fumeuse on va dire (...). Il y avait un impact que je ne voyais pas, qui était invisible, et tant que j'ai pas arrêté complètement, d'une semaine sur l'autre elle me faisait souffler dans cet appareil pour voir, et d'une semaine sur l'autre je divisais par deux ce taux, ce qui est très impressionnant. »

Patiente 5 : « Elle m'a dit qu'on suivra quand même l'évolution au niveau des poumons, on fera de temps en temps ce petit test de souffle. C'est un but pour moi aussi, pour voir s'il peut y avoir une évolution... »

Patiente 10 : « Il nous a fait tester avec son petit appareil pour savoir quel dosage on pourrait avoir. (...) Il nous faisait souffler dans un truc, il nous faisait faire ça au départ pour savoir si les patchs étaient adaptés par rapport à notre besoin (...). C'est le monoxyde de carbone (...). Il calculait à peu près tout ça. »

Patient 12 : « J'ai soufflé dans un truc, j'avais déjà fait chez... parce que je fais de l'asthme, donc chez... (réfléchit) **Les pneumologues ?** Voilà ! Chez lui j'allais tous les ans, et je soufflais

(...). **C'est la spirométrie ?** Voilà ! C'est ça. C'était pour voir la puissance du soufflage que j'avais. »

Patient 9 : « Elle m'a fait un "électrogramme" **Elle vous a déjà fait un électrocardiogramme ?** Oui. (...) Elle me pèse à chaque fois pour voir si j'ai pris des kilos. **Elle vous a pris la tension aussi ?** Elle prend la tension aussi, oui. »

S'ils en avaient besoin, les IDSP pouvaient faire des **prescriptions de substituts nicotiniques** aux patients. Ils décidaient ensemble de façon adaptée des dosages et de la forme utilisés. La plupart des patients se sentaient compris et non jugés et pouvaient diminuer la nicotine à leur rythme.

Patiente 5 : « Sur mon tabagisme, on a commencé à voir sur les doses de patchs, et à chaque fois on faisait une analyse pour voir ce qui allait, ce qui allait pas, s'il fallait pas qu'on augmente, s'il fallait ajouter ci et ça, donc elle m'a accompagnée dans le dosage de mes patchs, jusqu'à ce qu'on arrive au bon dosage qui me convienne. »

Patient 4 : « C'est lui qui m'a indiqué les patchs et les pastilles à sucer en cas de besoin extrême. (...) J'avais Nicopatch® je crois, parce que les autres, j'étais allergique et ça me provoquait des rougeurs et des démangeaisons. (...) Avec l'infirmier ASALEE, on a regardé tous les systèmes de patchs, et quand j'ai essayé celui-ci, ça a fonctionné parfaitement. »

Patiente 10 : « C'était pour lui le substitut le plus intéressant. Au départ, il nous avait prescrit des chewing-gums, mais on ne s'en est jamais servi, parce que d'abord c'est pas bon, et puis qu'on n'en a pas eu l'utilité (...) On se contente des patchs. Après, les dosages, il nous a expliqué comment ça se passait : 21, 17... c'est nous qui choisissons si on veut baisser le dosage ou pas. Parce qu'au début il nous conseille de faire 1 mois, 1 mois, 1 mois, 1 mois, mais quand on est passés de 21 à 14, j'ai souhaité garder 14 un peu plus longtemps pour ne pas avoir envie de retomber dans le truc. Il m'a dit : "Faut adapter par rapport à votre besoin. Si vous vous sentez pas prête à passer au 7, on continue au 14". »

Certains patients ont été suivis par l'IDSP pour d'autres problèmes de santé, particulièrement pour la prise de poids liée au sevrage tabagique (**suivi diététique**), mais il pouvait aussi s'agir de la **surveillance d'une hypertension artérielle**.

Patiente 1 : « Elle m'a bien aidé à perdre là, elle m'aide bien pour ça. »

Patient 4 : « Ça a été une des conséquences aussi de l'arrêt du tabac, c'est la prise de poids, qui pour moi a été énorme, et là donc je suis toujours avec l'infirmier ASALEE pour réguler un peu. »

Patient 12 : « Je fais de l'hypertension, c'est comme ça que j'ai connu ASALEE hein. C'est quand elle m'a fait avec des appareils pour tester la tension (...), pendant 3 jours-là. (...) Elle avait donné les résultats au médecin (...). Qu'est-ce que j'en attends ? Qu'elle continue à me suivre pour ma tension. »

Certains IDSP faisaient des activités hors des consultations : il y avait parfois des **groupes de marche** organisés par ASALEE, ou des **séances de groupes** autour du sevrage tabagique.

Patient 4 : « Il m'a dit qu'il avait créé un groupe de marche, et je voulais y participer. (...) Avec l'infirmier ASALEE, toutes les semaines on fait une marche. Le fait de le faire comme ça en

groupe, c'est une motivation supplémentaire. J'avoue qu'individuellement je l'aurais pas fait. (...) Ça fait du bien. »

Patient 7 : « Elle cherchait un groupe en fait, c'était un peu comme un groupe de soutien pour arrêter de fumer, donc moi il y avait ce côté là où ça me plaisait pas trop... »

Patiente 11 : « Des réunions avec d'autres fumeurs, parce qu'elle voulait absolument que je vienne, mais pas de bol je devais travailler ce matin-là et finir tard, donc j'ai pas pu y aller. »

3.2.4. Place du médecin traitant et de l'infirmier de santé publique : différences et complémentarité. Travail en équipe.

➤ Rôle général du médecin traitant dans le dispositif ASALEE :

Le rôle principal du médecin traitant le plus souvent perçu par les patients était de leur faire **connaître le dispositif ASALEE** et de leur **présenter l'IDSP**. Il leur avait permis d'intégrer le dispositif ASALEE.

Patient 9 : « Je voulais arrêter, alors j'en ai parlé à mon médecin traitant, qui m'a dit qu'il y avait une infirmière, qu'elle pouvait m'aider si je voulais arrêter de fumer. (...) **Quel a été le rôle de votre médecin traitant dans ce protocole ? Le rôle important. C'était quoi exactement comme rôle ? À quoi il a servi le médecin traitant ? Il a servi à me faire rencontrer ASALEE, et qui m'a bien aidé à arrêter de fumer.** »

Patiente 11 : « Je lui ai dit : "J'aimerais bien arrêter de fumer, j'ai vraiment envie". Il me dit : "Je vais vous donner les coordonnées de ma collègue et puis vous allez voir ça avec elle". »

Plus rarement, c'était le médecin traitant qui **suggérerait au patient d'arrêter le tabac** et l'aidait à trouver la motivation afin de se sevrer. Parfois, il s'agissait d'un travail de longue date avec des conseils itératifs, et quelques fois, une maladie aiguë venait servir d'appui pour motiver les patients.

Patient 9 : « Il m'a dit que ce serait bien pour moi que j'arrête de fumer, que ce serait mieux, que la tension resterait normale. (...) Autrement, je risquais des gros problèmes de santé, alors ça m'a fait un petit peu peur, et puis bon ben c'est pour ça que j'ai été voir ASALEE. »

Patient 4 : « **Est-ce que votre médecin traitant vous avait déjà parlé du tabagisme et du sevrage tabagique avant ça ?** Pas du sevrage, mais du tabagisme oui, par rapport à moi, que je devrais arrêter, par rapport à mon état de santé... Quand ça nous prenait au niveau respiratoire on sentait l'encombrement quand même, les quintes de toux étaient tous les jours, et assez souvent, donc c'est vrai que c'est elle qui m'a conseillé ça hein. De toute manière, elle m'en avait déjà parlé mais ça m'a aidé à prendre ma décision le fait de consulter aussi. »

Certains patients trouvaient que **leur relation avec leur médecin traitant avait changé** depuis leur inclusion dans le dispositif ASALEE.

Patiente 6 : « Il l'a renforcée je pense. Déjà, c'est un médecin que j'ai depuis presque deux ans, et c'est un médecin en qui j'ai entièrement confiance, et c'est vrai que ça s'est renforcé encore plus. »

Patient 9 : « Il est plus abordable, il est plus gentil avec moi (rires). **Ça vous a rapprochés ?** Voilà, c'est ça, oui. **Vous êtes plus à l'aise.** Oui voilà, plus à l'aise, oui. »

Certains patients remarquaient que leur médecin traitant apportait de l'**intérêt à leur suivi** pour le sevrage tabagique avec l'IDSP. Souvent, cet échange suscitait de la joie et de la **satisfaction** chez le médecin traitant du patient.

Patiente 10 : « Même si elle (son médecin) est moins présente que l'infirmier ASALEE, puisqu'elle prend pas son travail à sa place, elle s'informe quand même de ce qui se passe et s'inquiète de savoir... comment on le vit. (...) Elle était très contente (rires). »

Patient 12 : « À chaque fois que j'allais la voir, elle me demandait seulement si ça allait. (...) Étant donné que je lui répondais : "Oui, ça va très bien", donc voilà. »

Pour d'autres patients, le médecin gardait une certaine distance par rapport au suivi pour le sevrage.

Patient 8 : « **Votre médecin traitant ne vous pose pas de questions par rapport à votre sevrage tabagique ?** Sans plus. Il m'a demandé comment ça se passait, ben j'ai dit : "bon, ça allait", puis c'est resté comme ça, quoi. »

➤ **La complémentarité entre le médecin traitant et l'IDSP pour le suivi du sevrage tabagique :**

- Comme il a été dit précédemment, certains patients savaient qu'il y avait des **échanges entre le médecin traitant et l'IDSP ASALEE** à propos de leur suivi et de leur évolution dans leur sevrage tabagique.

- Une patiente avait évoqué le fait que son médecin traitant **guidait parfois son IDSP** à propos de sa prise en charge dans le sevrage tabagique.

Patiente 1 : « Elle (son médecin) dit à ASALEE 1 : "faut plus travailler sur ci, sur ça". (...) **Elle lui donne des instructions ?** Ouai voilà. »

- Parfois, le médecin traitant faisait des **prescriptions complémentaires** au patient, dans le cadre de son sevrage tabagique. Il pouvait s'agir d'anxiolytiques, de somnifères ou d'antidépresseurs liés à des troubles psychiques voire psychiatriques secondaires au sevrage tabagique, ou encore de substituts nicotiniques si l'IDSP ne pouvait pas en prescrire à ce moment-là.

Patient 4 : « J'ai pris dans un premier temps par rapport à l'état nerveux un anxiolytique. (...) C'est elle qui me prescrivait les anxiolytiques. (son médecin) Lui, je pense qu'il n'avait pas le droit de prescrire ce genre de médicament. Lui, c'était patches, et les petites pastilles à sucer. »

Patient 9 : « Quand j'ai plus de pastilles, je demande à mon médecin traitant, puis il m'a fait une ordonnance tout de suite pour pas que je sois en manque. »

- Certains patients ont dit que leur **médecin traitant** faisait un véritable **suivi parallèle** du sevrage tabagique. Il les encourageait, les motivait, les **accompagnait** et pouvait leur donner aussi des compléments d'information.

(En parlant de leurs médecins) :

Patiente 1 : « Elle me donne des petits conseils. »

Patient 4 : « Elle m'a beaucoup encouragé pour l'arrêt du tabac, en me disant qu'il fallait continuer, que c'était bien. (...) Elle était impliquée aussi dans l'arrêt du tabac. »

Patient 12 : « Elle me demandait où c'est que j'en étais rendu, quels patchs, et comment je faisais, pi voilà. **D'accord. Il y avait quand même un petit suivi de son côté, elle regardait où vous en étiez.** Ah oui, quand même, oui, oui. (...) Quand elle me demande si j'ai recommencé à fumer, quand je lui dis "non"... : "C'est très bien, continuez", voilà, ça motive. (...) Elle m'a dit : "De toute façon, si vous avez besoin d'un conseil, on a l'infirmière ASALEE qui est là, et si vous voulez, on peut vous aider aussi bien elle que moi". (...) **Et quel a été le rôle de votre médecin traitant dans ce protocole ?** Me dire qu'elle était là (son médecin) et qu'elle pouvait m'aider. »

Patient 9 : « Il me félicite, et me dit de continuer comme ça, et à part ça il m'encourage à continuer. »

- Certains patients ont trouvé que le médecin traitant avait un rôle secondaire par rapport à l'**IDSP** pour le tabac, et que ce dernier aurait un **rôle prépondérant, central** pour le sevrage tabagique.

Patient 4 : « Un rôle quand même, mais un rôle secondaire (parle de son médecin), mis à part le fait qu'elle m'a dit d'arrêter de fumer, et de prendre un rendez-vous avec l'infirmier ASALEE, après il y a eu un suivi qu'elle a fait, mais voilà sans plus. (...) C'est plus l'infirmier ASALEE qui me suit parfaitement bien. »

Patient 7 : « **Qu'est-ce que votre médecin traitant apporte en plus de l'infirmière ?** Pas grand-chose. C'est vraiment l'infirmière qui m'a aidé. »

- Certains patients ont souligné l'importance de la collaboration entre le médecin traitant et l'**IDSP**, qui **déchargeait le médecin traitant** et lui laissait plus de temps pour faire d'autres activités. Ils trouvaient que les **dérogations** données à l'**IDSP** étaient bénéfiques pour le médecin.

Patiente 3 : « Oui, et puis c'est vrai qu'en fait les médecins étant très, très occupés maintenant, ça peut être une décharge justement pour le médecin. On n'a peut-être pas forcément besoin d'aller voir un médecin pour arrêter de fumer. »

Patient 12 : « C'est des choses qui sont vraiment utiles, et qui aident un médecin, parce qu'en fin de compte il y a beaucoup de choses que le médecin, ben on n'a pas besoin de lui demander, l'infirmière est là. (...) C'est des petites bricoles comme ça, qu'on n'a pas besoin du médecin, que l'infirmière ça suffit largement. Comment arrêter de fumer, les trucs comme ça, c'est toujours ça en moins pour que le médecin perde du temps. Pour lui c'est vraiment un peu une perte de temps, quoi, parce que c'est des choses que l'infirmière peut faire, alors que le médecin il a autre chose de plus important à faire. »

- Certains patients ont évoqué que cette collaboration était aussi bénéfique au patient, par le fait d'avoir **deux avis différents**, donc deux regards différents sur le patient.

Patient 9 : « Je trouve que c'est bien, parce qu'on deux avis différents, et puis on est mieux renseignés... »

Patient 12 : « Est-ce qu'elles sont complémentaires ? Oui, parce qu'il y en a une, c'est plus moral, et l'autre plus médical. »

Patiente 6 : « Pas la même profession non plus (rires). »

- Quelques patients évoquaient le fait que le médecin traitant les **réadressait parfois à l'IDSP**, s'ils avaient besoin de reprendre un suivi, que ce soit pour le sevrage tabagique, l'hypertension artérielle, ou encore un suivi diététique.

Patiente 6 : « Si j'en parle au médecin, voir pour le poids si je peux faire quelque chose, et s'il me dit "En parallèle ce serait bien que vous revoyiez l'infirmière", y'a pas de souci. »

Patiente 1 : « Comme elle me dit (son médecin), si ça va pas je vais voir l'ASALEE. (...) J'ai un médecin qui est bien, parce qu'elle me connaît bien, donc si je lui dis que j'ai envie de fumer, du coup tout de suite elle va me prendre et va dire "vois ASALEE 1". »

- Une patiente avait fait remarquer que son médecin traitant prenait **des rendez-vous** directement auprès de l'IDSP, à sa demande.

Patiente 1 : « C'est mon médecin qui va prendre le rendez-vous avec ASALEE 1 directement. Moi ça marche comme ça pour moi. »

➤ **Différences perçues dans la prise en charge par les patients entre leur médecin généraliste et leur IDSP ASALEE :**

Certains patients n'avaient **pas trouvé de différence** entre la prise en charge du médecin et celle de l'IDSP. Ils se sentaient autant écoutés, à l'aise et en confiance avec les deux. Ils n'avaient de secret ni pour l'un, ni pour l'autre.

Patiente 6 : « J'ai entièrement confiance en l'une et en l'autre, donc ce que je dis à l'une, je peux le dire à l'autre. J'ai pas de barrière vis à vis de mon médecin ou vis à vis de l'infirmière. »

Patiente 10 : « J'y vais aussi décontractée avec l'un qu'avec l'autre. (...) Je pense que je parle assez librement avec le médecin et je me donne pas de barrières. S'il y a quelque chose qui va pas, je vais lui dire. (...) Je fais pas de différence avec l'un ou avec l'autre. C'est deux personnels de santé donc dans ma tête ils sont aptes tous les deux à me comprendre et à pouvoir répondre à mes questions donc... Si le monsieur d'ASALEE me disait qu'il a un empêchement familial, ou quelque chose, qu'il peut pas me recevoir, et que j'ai besoin de parler, j'en parlerai avec mon médecin traitant. Ça me pose pas problème du tout. »

En revanche, pour d'autres, ce n'était pas forcément le cas. En effet, certains patients avaient évoqué que la **prise en charge** était **notablement différente** entre médecin et IDSP :

- Certains patients ont précisé que l'IDSP et le médecin n'avaient **pas les mêmes compétences** ou les mêmes **formations**.

Patient 7 : « L'infirmière connaît plus le côté sevrage tabagique, peut-être mieux informée là-dessus, et donc a pu mieux me conseiller, en fait. **Et en termes de compétences, par rapport au sevrage, vous trouviez donc que l'infirmière ASALEE vous donnait quand même plus d'informations que votre médecin généraliste ?** Tout à fait, oui, oui. »

Patient 8 : « **Comment votre médecin traitant vous a présenté ASALEE pour que vous y alliez ?** Ben il préférerait me faire suivre par l'infirmière ASALEE, que de faire n'importe quoi ou en passant par lui directement, voilà quoi, rester tout seul à le faire... faire ça correctement quoi. »

- Quelques patients ont insisté sur le fait que l'IDSP avait un rôle précis, qu'il devait **rester dans son domaine de compétences**, et notamment qu'il ne devait pas prescrire plus que les substituts nicotiniques. Il était important pour certains patients que le médecin et l'infirmière gardent **chacun leur place**.

Patient 12 : « J'aurais pas accepté qu'elle me donne des médicaments, et des trucs comme ça. (...) J'aurai préféré que ce soit le docteur qui me le donne. (...) Personnellement, elle n'a pas été plus loin que le métier que je lui ai demandé, donc pour moi, super, c'est pas quelqu'un qui s'est pris à la place du médecin, et tout ça. Elle est restée à sa place. (...) **C'est important que chacun ait sa place ?** Oui, c'est important, oui. »

- Certains patients ont évoqué qu'ils avaient **plus de temps pour parler** lors des consultations avec l'IDSP et qu'ils se sentaient plus écoutés.

Patient 4 : « Il y a beaucoup plus de personnes dans son cabinet médical (au médecin), les temps sont réduits, alors que lui (l'IDSP) prend davantage le temps. »

Patiente 6 : « Dans les premiers temps elle savait que j'avais besoin d'être beaucoup écoutée, ben elle me consacrait 1 heure, minimum, 1 heure et quart, voire 1 heure et demie... qu'un médecin peut malheureusement pas s'autoriser. Donc beaucoup plus de disponibilité, mais pas forcément... pas la même profession non plus (rires). »

Patient 12 : « Ah ben le médecin a moins de temps que l'infirmière. Je le sens. Quand on est en consultation, on sent bien : l'infirmière prend plus le temps de discuter, de faire des choses, que le médecin c'est un petit peu la course. Il écoute, mais c'est vrai qu'on sent bien qu'il y en a d'autres derrière, quoi. (...) Avec l'infirmière, c'est plus souvent une demi-heure, trois quart d'heure, que le médecin c'est 10 minutes, un quart d'heure (rires). »

- Certains patients avaient ressenti une **écoute différente** entre le médecin et l'IDSP.

Patient 4 : « Je pense qu'un médecin généraliste est peut-être moins à l'écoute. (...) Tout ce qui est lié à l'arrêt du tabac, à la prise de poids, je me confie davantage avec lui qu'avec mon médecin traitant, ça c'est sûr. L'écoute est complètement différente. »

Patiente 5 : « C'est plus détendu, on n'est pas là pour une consultation spéciale (...), le docteur c'est « consultation, consultation ». L'infirmière ASALEE a vraiment du temps, elle nous écoute et tout, elle prend le temps de nous écouter. »

Certains trouvaient que leur **médecin** était **plus strict**, et que l'IDSP avait une démarche **plus souple et sans jugement**.

Patiente 5 : « C'est pas l'image d'un docteur qui va donner que des ordonnances et dire : "C'est pas bien, c'est pas ci, c'est pas ça". »

Patient 12 : « En fin de compte c'est pas plus mal qu'on ait deux personnes. Il y a des choses qu'elle peut résoudre que le docteur sera moins accessible qu'elle, voilà. **D'accord. Vous êtes plus proches, peut-être ?** Peut-être, oui. Oui. **C'est plus facile de lui parler.** Oui, voilà. C'est plus facile de lui parler qu'au docteur. Pourtant, j'ai confiance en mon docteur. Elle est quelqu'un de très bien, c'est une femme très, très bien, mais je sais que le docteur sera plus sévère ou elle sera moins à l'écoute que l'infirmière. »

- Certains patients se sentaient donc **plus proches de l'IDSP**. Ils évoquaient qu'il était plus facile de lui parler, qu'ils se sentaient **plus à l'aise** et qu'ils allaient plus facilement dans la **confiance**.

Patiente 5 : « **Est-ce qu'il y a des éléments que vous n'évoquez pas avec votre médecin mais dont vous parlez avec l'infirmière ?** Oui, tout à fait, parce que c'est plus détendu. ».

Patient 9 : « On peut mieux parler du tabac, je suis plus à l'aise à parler du tabac avec madame ASALEE qu'avec mon médecin traitant. **Est-ce qu'il y a des éléments que vous n'évoquez pas avec votre médecin mais dont vous parlez avec l'infirmière ?** Oui. (...) Elle rassure les gens (...), elle les met à l'aise. »

- D'autres patients évoquaient le fait que l'IDSP était **plus disponible** que le médecin. Mais ils disaient aussi **ne pas vouloir trop déranger leur médecin**.

Patiente 6 : « Je savais que je pouvais faire appel à elle ; plus difficilement avec mon médecin généraliste, parce que bon ben c'est un médecin... c'est moins disponible. (...) (Parlant de son IDSP) : Beaucoup plus de disponibilité »

Patient 9 : « Je préfère que ce soit l'infirmière qui me fasse l'ordonnance. Puisque le médecin, il n'a pas toujours le temps, il est occupé, alors... »

- Enfin, certains patients ont évoqué le fait que le **médecin traitant** avait plutôt une **approche scientifique**, somatique, alors que l'IDSP avait une **approche plus psychologique**, psychique.

Patiente 10 : « Je consulte ASALEE pour le tabac, et le médecin pour la généralité de mon organisme, et qu'elle m'aide... **Pour le côté somatique, le corps.** Oui. Un pour la tête, et l'autre pour la santé générale. »

Patient 4 : « D'un côté c'est le côté vraiment médical, les besoins, le suivi, et de l'autre côté c'est plus psychologique, le suivi thérapeutique on va dire, l'échange, c'est beaucoup plus ça, on prend le temps de parler. On prend le temps. »

Patient 12 : « Le médecin généraliste, c'est plus médical, voilà, c'est la tension, santé, le cœur, les poumons, vraiment c'est très médical, que l'infirmière c'est plus... vu que j'ai eu avec la tension, bah c'est plus : "Comment vous allez ? Comment va le reste ? Comment va le travail et tout", parce que non, que le médecin c'est vraiment médical, médical. (...) Je fais la séparation entre l'infirmière, j'y vais pour le tabac et tout, et puis le moral et tout, tandis que le médecin, quand j'y vais, c'est pour le renouvellement des médicaments, et, ou alors quand je suis malade. »

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

Les 12 patients interrogés dans le Poitou-Charentes se disent satisfaits de la prise en charge au sein du dispositif ASALEE dans le cadre de leur sevrage tabagique et la plupart le recommandent à leurs proches. Une étude qualitative par Marion Sorel en 2019 sur des patients en cours de sevrage tabagique avec des IDSP ASALEE de Haute-Normandie retrouve des avis concordants ⁽⁵⁹⁾.

Beaucoup plus d'études, évaluant le ressenti des patients à propos du dispositif ASALEE, ont été réalisées sur des patients diabétiques de type 2 ⁽⁶⁰⁻⁶²⁾ et plus généralement sur la prise en charge dans le dispositif ASALEE ⁽⁶³⁾. Elles retrouvent cette satisfaction des patients, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge de leurs pathologies chroniques, appuyant les conclusions d'études de l'IRDES de 2008 ⁽⁵⁵⁾.

4.1.1. Caractéristiques des patients étudiés et comparaison à la population de référence

Cette étude se situe dans un contexte particulier, car ASALEE ne concerne pas toute la population française, et donc cette étude n'est pas superposable à la population générale en France.

- L'âge moyen des patients interviewés était de 52,25 ans.
- La majorité des patients interrogés étaient des femmes.
- Les patients recrutés venaient le plus souvent de zones rurales ou semi-urbaines. En effet, deux tiers des cabinets disposant d'un IDSP ASALEE se trouvent en milieu rural ⁽⁵²⁾. Tout comme au Royaume-Uni avec les *nurse practitioners*, ASALEE se développe sur un fond de pénurie de médecins et d'infirmiers et par des médecins surchargés ⁽⁵⁴⁾. Ces zones où il manque des médecins peuvent être des lieux ruraux isolés et même certaines zones urbaines, comme par exemple la région parisienne. Une forte densité médicale sur une zone freine le développement des infirmières de pratique avancées et des IDSP ASALEE.
- La plupart des patients n'étaient pas des gens aisés et venaient d'une catégorie socio-économique défavorisée. Comme le décrit le *Baromètre santé 2010* ⁽²⁶⁾, la réussite du sevrage

tabagique augmente lorsque le niveau socio-économique (diplôme, revenu, profession ou situation professionnelle) croît, malgré le fait que la tendance des individus à tenter le sevrage tabagique soit plutôt homogène. Peut-être que cette population est justement suivie par ASALEE car elle se trouverait davantage en difficulté et en besoin d'aide pour le sevrage.

- La plupart des personnes interrogées étaient inactives à ce moment-là. Les patients ayant une activité professionnelle, en particulier si elle est éloignée de leur domicile ou prenante, pourraient avoir plus de difficulté à être suivis de cette façon. Celle-ci demande une grande disponibilité et une grande régularité pour réussir le sevrage tabagique. Il se pourrait que ce type de dispositif ne soit pas à la portée de tous les patients, mais plutôt à celle des personnes pouvant consacrer un temps suffisant à leur santé et dont le vécu (âge) les place dans l'urgence d'organiser leur sevrage, quitte à le réaliser au détriment du temps consacré aux loisirs et à la famille. Ce temps pourrait être plus faible pour les personnes en difficultés socio-économiques ou éloignées des lieux culturels comme c'est souvent le cas en milieu rural.

- L'entourage des patients était parfois un élément facilitateur dans la prise en charge, du fait des encouragements et des retours positifs inhérents aux bienfaits de l'arrêt du tabagisme passif, notamment pour les enfants.

- Il est confirmé dans cette étude que les comorbidités psychiques ou psychiatriques viennent ajouter de la difficulté au sevrage tabagique. Les maladies associées au tabagisme, comme les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires sont aussi retrouvées dans la population étudiée.

- La tentative d'arrêt lors du « Moi(s) sans tabac », qui peut être un mode d'entrée dans le dispositif d'ASALEE, est peu attractive chez les patients que j'ai interrogés. Comme nous le rappelle le *Baromètre santé 2017* ⁽³⁸⁾, cette tentative d'arrêt est plus prisée dans certaines catégories socio-professionnelles comme les étudiants, retraités et les personnes sans activité professionnelle, contrairement aux agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprises. De par le nombre limité de patients interrogés, il est probable que ma population ne soit pas assez significative pour appuyer cette étude.

4.1.2. Le suivi pour le sevrage tabagique avec l'IDSP selon les patients

Quelques patients, avant de débiter le suivi avec les IDSP, ont eu une appréhension fugace, de peur d'un nouvel échec, d'autres n'avaient aucune attente et ont voulu tenter l'expérience.

En effet, les patients ayant déjà tenté plusieurs fois d'arrêter le tabac, avec ou sans aide, ont peur d'un nouvel échec.

La prise en charge était décrite comme rapide et réactive par les patients, dès la première prise de rendez-vous avec l'IDSP. Certains patients ont confirmé que le médecin traitant et l'IDSP leur avaient demandé leur accord avant d'échanger entre eux.

Lors de la première consultation, le plus souvent, l'IDSP faisait le point sur la dépendance du patient au tabac et organisait avec lui la suite de la prise en charge. C'était aussi le moment de parler de l'association ASALEE aux patients. Certains patients suivis connaissaient les missions d'ASALEE, et d'autres non, par désintérêt, parce qu'ils ne s'en souvenaient plus, ou parce qu'ils n'avaient pas été informés.

Les entretiens se déroulaient au sein du cabinet médical du médecin traitant, à proximité du lieu de domicile des patients, ce qui leur en facilitait l'accès. Les patients décrivaient une durée et une fréquence des entretiens variables et réellement adaptées à leurs besoins.

Les patients décrivaient pour la plupart une prise en charge pour le sevrage tabagique par l'IDSP concordant avec les étapes des recommandations de la HAS 2014 ⁽⁴⁴⁾ pour les professionnels de santé. En effet, les IDSP dépistaient, évaluaient puis réévaluaient la dépendance au sevrage tabagique, ils aidaient au sevrage grâce au soutien psychologique, réalisaient de l'entretien motivationnel et pouvaient prescrire des traitements nicotiniques de substitution par dérogation. Le plus souvent, ils proposaient une forme transdermique de TNS associée à une forme à action rapide (pastilles ou gommes) en cas de sensation de manque insurmontable, particulièrement en début de traitement.

Les outils pédagogiques utilisés étaient des documents de tabac-info-service.fr et ameli.fr.

Chaque IDSP disposait d'une panoplie de moyens et d'examens différents, adaptée aux besoins des patients, comme la mesure du monoxyde de carbone expiré, la spirométrie, afin de leur donner des objectifs palpables et de les motiver dans leur démarche d'arrêt du tabac. Certains relevaient aussi la pression artérielle, suivaient le poids, ou réalisaient un électrocardiogramme.

D'autres patients étaient suivis régulièrement pour plusieurs motifs par les IDSP, comme l'hypertension artérielle, ou le surpoids.

Une patiente consultait son IDSP en même temps que son compagnon et y trouvait de la motivation. En effet, elle décrivait le fait de se sentir réconfortée de pouvoir parler sans tabou à son IDSP devant son compagnon. D'autres patients, au contraire, disaient qu'ils se sentiraient mal à l'aise s'ils devaient se « justifier » devant quelqu'un d'autre et appréciaient la confidentialité qui régnait dans cette prise en charge.

Parfois les IDSP proposaient des séances de groupe pour le sevrage tabagique, mais aucun des patients interrogés n'y ont participé, car ils n'étaient pas disponibles ou pas intéressés (notamment par timidité ou difficulté à s'exprimer en public).

Quelques patients ont été sollicités pour participer à un groupe de marche organisé par ASALEE, l'un d'entre eux s'en est félicité.

Les IDSP apprenaient aux patients à acquérir une certaine autonomie dans leur prise en charge (dosages des TNS, moment des prises, diminution des cigarettes, gestion des envies...) et les aidaient à changer leurs comportements (comme dans le cercle de Prochaska Di Clemente ⁽⁴⁶⁾, [Figure 1]) pour améliorer leur qualité de vie, en travaillant sur leurs ambivalences avec empathie. Chaque patient diminuait le tabac et/ou le traitement nicotinique de substitution à son rythme.

La plupart des patients qui ont achevé leur suivi avec ASALEE pour leur sevrage tabagique étaient rassurés par la disponibilité de l'IDSP, car ils savaient qu'ils auraient pu reprendre les entretiens à tout moment, si nécessaire.

4.1.3. Les patients sont satisfaits de la prise en charge

Plusieurs études montrent la satisfaction des patients suivis par le dispositif ASALEE. Une étude qualitative en Midi-Pyrénées de 2017 ⁽⁶³⁾ montre que les patients étaient satisfaits de la qualité et des compétences des infirmiers ASALEE, notamment grâce à leur écoute, la confiance qu'ils procurent, la bienveillance et la pédagogie. En effet, ces caractéristiques ont été retrouvées dans cette étude et viennent appuyer ces observations.

Certains patients se disaient chanceux de pouvoir être inclus dans ce dispositif, dont la gratuité et la proximité en facilitait l'accès. Des patients s'étonnaient de découvrir la diversité

des compétences de ces nouveaux infirmiers. Les actes dérogatoires tels que les prescriptions et les différents examens réalisés et interprétés en consultation viennent appuyer ce ressenti, ainsi que sa spécialisation dans la prise en charge de multiples pathologies chroniques.

L'IDSP a été perçu comme un professionnel de santé formé à l'éducation thérapeutique, compétent dans ses multiples tâches et engagé dans ce qu'il fait. Les patients avaient souvent la conviction que l'IDSP était plus compétent pour les aider lors du sevrage tabagique que les personnes rencontrées auparavant dans ce but.

Une des qualités des IDSP était leur adaptabilité face aux patients, dans leur singularité, leurs représentations. Cette prise en charge basée sur l'estime de soi cassait la relation maître-élève qui aurait pu se mettre en place et créait un lien relationnel de confiance. Parfois, ils pouvaient même devenir leurs confidents. Ce lien permettait ainsi le soutien psychologique nécessaire à la modification du comportement des patients face au tabac. Il facilitait notamment l'appropriation par le patient de son sevrage tabagique. Les patients ne se sentaient pas jugés ou précipités dans la prise en charge, mais compris et accompagnés à leur rythme avec empathie. Certains patients ont décrit leur IDSP comme une personne unique, irremplaçable, très proche.

L'infirmier ASALEE est décrit comme un professionnel de santé qui prend le patient en charge dans sa globalité et le place au cœur de sa prise en charge. L'IDSP l'aidait à trouver sa propre motivation, la maintenir et la faire grandir : il devenait ainsi responsable de sa prise en charge. Certains patients décrivaient un gain de confiance en eux : ils étaient fiers d'expliquer qu'il s'agissait de leur décision, de leur combat et de leur réussite.

Tous les patients étaient particulièrement satisfaits de la disponibilité de l'IDSP et du temps qui leur était accordé en fonction de leur besoin.

En effet, certaines études montrent que le médecin traitant n'a pas toujours assez de temps et parfois de formation pour aider le patient dans sa démarche de sevrage tabagique ⁽⁶⁴⁾.

Les patients interrogés se disaient confiants pour leur avenir, que ce soit pour leur sevrage tabagique ou pour leur maintien en abstinence.

Les patients qui avaient arrêté le suivi croyaient en la durabilité de leur sevrage tabagique, car ils se sentaient soutenus en cas de problème. Ils étaient encadrés, que ce soit par le médecin traitant ou par l'IDSP qui restait à leur disposition en cas de besoin. Ils estimaient que le résultat de ce suivi était positif, et certains patients pensaient même qu'ils n'y seraient pas arrivés par une autre méthode.

Les patients qui étaient encore en cours de suivi disaient pour la plupart éprouver du bien-être à la suite des consultations, mais se sentaient encore fébriles à l'idée de maintenir l'abstinence seuls. Ils exprimaient un besoin de motivation et de soutien complémentaire.

La totalité des patients exprimaient de la gratitude envers leur IDSP, et certains se sentaient même redevables à la personne qu'était l'IDSP.

4.1.4. Aspects à améliorer perçus par les patients et propositions d'amélioration

Comme nous l'ont montré d'autres études, notamment l'étude de M. Sorel ⁽⁵⁹⁾, le point principal à améliorer est la méconnaissance du dispositif ASALEE par les patients, voire par certains professionnels de santé.

Certains patients disaient ne jamais avoir vu, avant leur première rencontre avec l'infirmier ASALEE, une affiche ou un prospectus signalant ce dispositif dans leur cabinet médical. D'autres, malgré la présence d'affiches, n'avaient pas compris les actions menées par cette association. Ces patients demandaient donc que l'information autour d'ASALEE soit plus développée.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la prise en charge du sevrage tabagique par ASALEE est relativement récente et qu'elle continue encore à s'étendre sur le plan national. Tous les IDSP ne sont pas encore formés à cet effet, mais leur formation au sevrage tabagique est maintenant obligatoire dès leur adhésion à l'association. Peut-être faudrait-il aussi s'interroger sur l'ergonomie et la qualité de l'information apportées sur ces affiches.

Certains patients signalaient aussi que le dispositif ASALEE n'était pas assez répandu sur le territoire et que trop peu de cabinets en bénéficiaient.

Effectivement, ASALEE se répand progressivement et de plus en plus rapidement sur la France, mais certaines résistances inhérentes au changement sont ressenties à degrés différents

par les médecins, patients, voire infirmiers et ralentissent le processus malgré une satisfaction prépondérante des acteurs déjà en place. Ces difficultés peuvent être liées au manque de matériel, à la configuration des lieux, au rôle du patient, à la subjectivité des médecins sur leur ressenti à propos des patients, à l'IDSP ou encore aux protocoles mis en place ⁽⁶⁵⁾.

Un autre aspect a été abordé : l'accès au dispositif ASALEE. Certains patients auraient souhaité que tous les fumeurs puissent accéder à ces consultations sans critère d'éligibilité.

De fait, pour que le patient puisse bénéficier des services d'un IDSP ASALEE, deux possibilités lui sont offertes, soit son médecin traitant a signé un accord avec la HAS, soit il a eu l'opportunité de rencontrer un IDSP lors de la période du « Moi(s) sans tabac ». Ainsi, à l'heure actuelle, nombre de patients désireux d'être suivis ne verront pas leur vœu s'exaucer car la charge de travail pour l'IDSP serait trop lourde et le mode de fonctionnement de son travail devrait être modifié. Dans ce cas, l'efficacité du dispositif serait alors mise à l'épreuve.

Certains patients se questionnaient sur le maintien du financement et sur la pérennité d'ASALEE. Le développement actuel du nombre d'infirmiers de pratiques avancées en France irait dans le sens de la continuation d'ASALEE, car le rôle de ces infirmiers deviendrait un atout de santé publique. D'autres études socio-économiques discutent de l'optimisation du dispositif et de son maintien sur le long terme. C'est le but de l'étude DAPHNEE ^(56,57), qui a déjà produit des résultats et qui est encore en cours.

Quelques patients ont proposé des améliorations du dispositif ASALEE, par l'acquisition de nouveaux domaines de compétences, comme le suivi du sevrage de l'alcool ou du cannabis, le soutien psychologique et l'aide aux personnes âgées isolées, voire de nouvelles dérogations, comme une plus grande liberté de prescription (antidépresseurs notamment). Pour d'autres, l'infirmier ne doit pas avoir trop de responsabilités, car il n'a pas la formation du médecin.

Effectivement, les infirmiers ne font pas les mêmes études que les médecins, mais bénéficient de formations spécifiques au suivi des maladies chroniques concernées et peuvent même parfois en savoir plus que le médecin lui-même à ce propos. Certains médecins de patients interrogés l'admettaient, et quelques études sont en faveur d'une carence en formation en tabacologie du généraliste ⁽⁶⁴⁾. Si les infirmiers étaient amenés à suivre d'autres pathologies,

ils auraient les formations et outils adaptés, et la validation par les ARS et la HAS encadreraient le travail de ces derniers.

Certains patients ont proposé que d'autres acteurs interviennent de temps en temps dans la prise en charge, que ce soit en binôme lors de consultations avec l'IDSP, ou en parallèle, dans une consultation dédiée. Ils proposaient un suivi par une diététicienne, et certains ont même évoqué qu'un psychologue pourrait les aider. Pour la plupart, l'infirmier suffisait et était déjà perçu comme un professionnel de santé à multiples « casquettes ».

4.1.5. Le rôle de leur médecin traitant et de l'IDSP : coopération et différences

Pour la majorité des patients, le rôle principal de leur médecin traitant a été de leur faire rencontrer l'infirmier ASALEE, en conseillant et prescrivant ce suivi. D'autres patients n'arrivaient pas à arrêter seuls et étaient en demande d'aide. Parfois, le médecin a permis d'amorcer le désir de sevrage tabagique chez les patients n'en ayant pas la volonté initialement.

Plusieurs patients décrivent le rôle du médecin comme secondaire dans la prise en charge de leur sevrage avec ASALEE. Quelques fois, le médecin se déclarait moins qualifié à l'aide au sevrage que l'infirmier et n'intervenait pas dans le suivi du patient. Pour d'autres patients, le médecin traitant agissait comme un deuxième moteur : il lui apportait un deuxième soutien, le réévaluait et participait à l'amélioration de sa motivation. Le médecin pouvait aussi participer à l'information du patient, notamment à propos des risques du tabac. Le plus souvent, le médecin était satisfait de la prise en charge du patient.

Pour peu de patients, la relation avec leur médecin avait changé à la suite de la prise en charge par ASALEE. Ils s'étaient sentis plus proches et en confiance. Pour la plupart, elle ne s'était pas vue modifiée.

Une complémentarité entre le médecin et l'infirmier s'était fait ressentir sur plusieurs points, de façon variable en fonction des binômes :

- Un **travail d'équipe** et de **coopération** entre le médecin et l'infirmier s'était établi. La plupart du temps, les patients savaient qu'ils communiquaient entre eux à propos de leur suivi afin d'enrichir et d'optimiser la prise en charge de leur point de vue différent pour aller vers

l'objectif commun de l'arrêt du tabagisme. La parole de l'IDSP faisait écho à celle du médecin. La communication par informatique entre les soignants, que certains patients ont confirmée, favorise et accélère les échanges lors des consultations. Le fait d'être dans un milieu médical (avec le médecin à proximité, dans le même cabinet) rassure les patients. Cette coopération permet le partage des connaissances entre professionnels de santé.

- Le médecin traitant était parfois amené à conseiller l'IDSP sur la conduite à tenir concernant le patient, et parfois il réadressait le patient à l'IDSP s'il pensait que c'était nécessaire. Les patients ressentaient souvent cette hiérarchie entre le médecin et l'infirmier, qui avait tendance à s'estomper dans la prise en charge. Celle-ci restait majoritairement faite par l'infirmier, qui développait ses compétences en toute autonomie. Les IDSP n'hésitaient pas aussi à réadresser le patient au médecin traitant en cas de problèmes médicaux ou décompensations non supportées par ASALEE.

- L'IDSP prescrivait des traitements nicotiniques de substitution, et le médecin pouvait prescrire de façon complémentaire d'autres traitements pour compenser les effets indésirables liés au sevrage.

En effet, les échanges entre l'IDSP et le médecin sont primordiaux pour une prise en charge optimale, afin de limiter le risque de rechute du patient.

- Les actes dérogatoires tels que la prescription de TNS, la réalisation de spirométrie, la mesure du monoxyde de carbone expiré participent au gain de temps médical en faveur du médecin. Les patients en étaient conscients et préféraient même parfois que l'infirmier les réalisent, car ils avaient de la compassion pour leur médecin, dont la charge de travail est de plus en plus lourde.

Les patients avaient aussi identifié des différences dans la prise en charge du médecin traitant et de l'IDSP ASALEE :

- Tout d'abord, ils n'avaient pas les mêmes compétences, ni les mêmes formations. Mais les patients reconnaissaient que les IDSP étaient très bien formés et compétents pour ce qu'ils faisaient. Certains patients insistaient sur le fait que chacun devait garder son domaine d'influence et ne pas empiéter sur la compétence de l'autre.

- Les IDSP offraient plus de temps de consultation que le médecin et étaient plus disponibles. Ils avaient moins de patients et pouvaient donc adapter leur emploi du temps à la

demande de ceux-ci. Quelques patients évoquaient leur anxiété à déranger leur médecin pour « pas grand-chose » en parlant du tabac.

- Certains patients avaient l'impression que leur IDSP était plus à l'écoute et moins dans le jugement que leur médecin. Quelques patients se sentaient plus à l'aise avec l'IDSP et pouvaient même se confier davantage à ce dernier plutôt qu'à leur médecin. Peut-être serait-ce lié au manque de temps des médecins lors des consultations, qui impacterait le temps laissé au patient pour s'exprimer. Celui-ci ressentirait alors une certaine frustration. Néanmoins, cela ne modifiait en rien la confiance accordée au médecin traitant.

- Enfin, la majorité des patients considérait que leur médecin abordait davantage le côté somatique, scientifique, alors que l'IDSP s'attachait plutôt à leur psychologie et à l'écoute. Cette remarque est probablement liée à la formation du médecin qui est différente et plus générale que celle de l'infirmier ASALEE, formé pour répondre à cette demande spécialisée. Notons aussi que le patient vient voir l'IDSP pour son sevrage, mais voit souvent son médecin pour un ou des problème(s) de santé autre(s).

4.2. Limites de cette étude

Plusieurs limites apparaissent dans l'étude :

- Les patients inclus étaient volontaires, disponibles et motivés. Ils avaient un bon ressenti et voulaient relater leur expérience positive. En effet, sur mon échantillon de 12 patients, j'ai pu remarquer qu'il y avait une majorité de personnes retraitées ou invalides, ou en arrêt de travail. Certaines personnes ont même précisé qu'elles ne voulaient pas être contactées lorsqu'elles reprendraient le travail.

- J'ai recruté les patients sans les trier, dans l'ordre d'arrivée de leur candidature, sauf le dernier que j'ai choisi suivant des critères indiqués précédemment. Cet échantillon tend à représenter la population disponible pour adhérer avec succès au protocole pour le sevrage tabagique de ASALEE et la population du Poitou-Charentes susceptible de s'intéresser à ce dispositif. C'est une véritable opportunité pour cette population.

- Les patients viennent tous d'un milieu rural ou semi-urbain et je n'ai donc pas d'avis de patients venant des secteurs urbains. Cette étude n'est pas généralisable dans toute la France, où les problématiques sont différentes selon les régions. Il n'est pas certain qu'ASALEE puisse

s'implanter avec autant de succès dans ces milieux avec une population plus jeune, active et pressée pour des raisons propres à ce dispositif (temps, disponibilité, protocoles à suivre...)

- Je n'ai pas demandé aux IDSP les raisons de refus de participer à cette étude des autres patients. Mais certaines IDSP m'ont fait part du sentiment de honte de quelques patients face à l'échec à la suite du suivi par ASALEE. Quelques patients se sont désistés plus tard pour raisons d'indisponibilité.

- J'ai essayé de ne pas faire preuve de subjectivité dans mes interprétations en restant fidèle autant que je pouvais à la parole du patient dans ma démarche d'étude qualitative. Mon guide d'entretien était long, et j'ai dû reformuler certaines questions trop vagues ou trop fermées pour éviter de lasser le patient interrogé et pour obtenir des réponses. Il se peut qu'insidieusement certaines de ses réponses ne fussent pas spontanées ou sincères.

D'autre part, cette étude présentait aussi certains points forts :

- Elle était multicentrique, grâce au recrutement demandé à tous les IDSP du Poitou-Charentes. Ils n'ont certes pas tous répondu, mais j'ai pu interviewer des patients de divers cabinets médicaux ou maisons de santé médicales, suivis par différents IDSP et médecins. Cela a permis une variété dans les opinions.

- Les entretiens semi-directifs ont permis aux patients de s'exprimer librement. Ils ont pu expliciter leurs différentes représentations et leurs vécus personnels, ce qui a permis une diversité dans les réponses recueillies.

4.3. Perspectives

Des études complémentaires pourraient être réalisées pour étayer ou infirmer les hypothèses avancées concernant la prise en charge des patients pour le sevrage tabagique par ASALEE :

- d'autres études qualitatives sur le ressenti des patients, des IDSP et des médecins généralistes concernant d'autres départements français, voire la France entière. Il faudrait vérifier notamment si le ressenti des patients en zones urbaines ou de catégories socio-professionnelles élevées est différent.

- des études quantitatives afin de mieux comprendre le type de population ciblée par ces interventions et pouvoir développer un meilleur moyen de les informer de l'existence d'ASALEE.

- des études quantitatives étudiant l'efficacité sur l'abstinence totale à long terme.

- évaluer le ressenti des patients en échec de sevrage tabagique par ASALEE.

- évaluer le rôle de la mesure du monoxyde de carbone expiré et de la prise de poids, entre autres, dans la motivation des patients suivis par ASALEE pour le sevrage.

Les IDSP ASALEE ont progressivement de nouvelles compétences, mais si des freins continuent à limiter leur nombre sur le territoire français, celles-ci ne pourront pas être mises en place. Une autre étude pourrait évaluer les freins à l'implantation des IDSP au niveau national et proposer des solutions pour favoriser son déploiement.

Peut-être faudrait-il adapter un dispositif propre aux populations urbaines, souvent moins disponibles, en donnant par exemple la possibilité aux patients qui le souhaiteraient de rencontrer les infirmières ASALEE sur leur lieu de travail, dans leur entreprise. Les médecins du travail pourraient donc eux-mêmes être adhérents à ce dispositif.

5. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le ressenti des patients suivis dans le cadre de leur sevrage tabagique par le dispositif ASALEE.

Le médecin traitant est le professionnel de santé de soins primaires le plus proche des patients, premier à être sollicité pour aider les patients dans leur démarche d'arrêt du tabac. Les besoins de santé de la population évoluent, avec notamment son vieillissement et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Pour compenser des problèmes d'accès aux soins liés notamment à la diminution de la démographie des médecins, et améliorer la qualité du parcours des patients, de nouvelles stratégies ont été mises en place, telles que les infirmiers de pratiques avancées depuis 2016, qui travaillent en coopération avec les généralistes. Ils peuvent en particulier prescrire des traitements nicotiniques de substitution et réalisent des actes dérogatoires, comme ici la réalisation et l'interprétation de spirométries et de mesure du monoxyde de carbone expiré.

Dans le dispositif ASALEE, ces IDSP font notamment de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique autour du sevrage tabagique depuis le premier « Moi(s) sans tabac », en novembre 2016. Avec le remboursement à 65 % des traitements nicotiniques de substitution par l'Assurance Maladie à partir de janvier 2019, les patients ont plus facilement accès au sevrage tabagique et s'y intéressent donc davantage.

Cette étude montre la satisfaction globale des patients inclus dans le dispositif pour leur sevrage tabagique, avec notamment une importance majeure pour le soutien psychologique et un suivi régulier adaptable à la carte. Pour la majorité des patients, c'est cette écoute active, avec empathie et ce temps de consultation, qui a fait la différence avec les autres méthodes de sevrage.

Il serait recommandé de réaliser une étude de plus grande ampleur, sur une population plus diversifiée, tant sur le plan socio-professionnel que sur l'âge, le sexe, ou la zone urbaine/rurale. Les patients éprouvent le regret de ne pas avoir connu le dispositif plus tôt, notamment par manque d'information. En effet, par rapport à la population ayant répondu à cette étude, l'hypothèse que le dispositif ASALEE vient combler un manque dans un profil précis de la population française se pose : peut-être faudrait-il mieux cibler cette population pour déployer ASALEE auprès de ces personnes en exprimant le besoin, et chez qui l'amélioration de la prise en charge serait plus importante.

Les infirmiers de ASALEE semblent avoir un avenir prometteur dans le domaine du sevrage tabagique, et des études complémentaires concernant l'efficacité du dispositif dans ce contexte pourraient confirmer la nécessité de leur développement.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) World Health Organization (WHO). Monitoring tobacco use and prevention policies : Report on the global tobacco epidemic, 2017. [En ligne] : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=049F79BF8FD0C44D1EA4E6C9C3C5E277?sequence=1>
Consulté le 28/08/19.
- (2) Abrous N, Aubin HJ, Berlin I, Junien C, Kaminski M, Le Foll B, et al. (INSERM, rapport d'expertise collective). Tabac : Comprendre la dépendance pour mieux agir. Paris: Les éditions Inserm; 2004. Chapitre 2, Composition chimique du tabac. p11-28. [En ligne] : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/expcol_2004_tabac.pdf?sequence=1
Consulté le 28/08/19.
- (3) Delcroix M, Gomez C, Marquis P, Guibert J. Tabac, fertilité et grossesse. EMC - Obstétrique 2007;1-16 [Article 5-048-M-30]
- (4) Dani JA, De Biasi M. Cellular mechanisms of nicotine addiction. Pharmacol Biochem Behav. 2001 Dec;70(4):439-46
- (5) Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med. 2016;4:363-71.
- (6) Benowitz NL. Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. Am J Med. 2008 Apr;121(4, Supplement):S3-10.
- (7) Benowitz NL. Nicotine Addiction. N Engl J Med. 2010 Jun;362(24):2295-2303.
[En ligne] : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928221/>
Consulté le 28/08/19.
- (8) Placzek AN, Zhang TA, Dani JA. Age dependent nicotinic influences over dopamine neuron synaptic plasticity. Biochem Pharmacol. 2009 Oct;78:686-92
- (9) Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future : National survey results on drug use, 1975-2006. Volume I : Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2007 Sep. (NIH publication no. 07-6205.)
- (10) Lynch BS, Bonnie RJ. Growing up tobacco free : Preventing nicotine addiction in children and youths. Washington, DC: National Academy Press; 1994. The nature of nicotine addiction; p. 28-68. [En ligne] : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236759/>
Consulté le 28/08/19.
- (11) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness : A population-based prevalence study. JAMA. 2000 Nov;284:2606-10.
- (12) Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. Am J Addict. 2005 Sep;14:106-123.

- (13) Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 2008 Dec;10:1691-715.
- (14) Martin LF, Freedman R. Schizophrenia and the alpha7 nicotinic acetylcholine receptor. *Int Rev Neurobiol.* 2007;78:225-46.
- (15) Lewis A, Miller JH, Lea RA. Monoamine oxidase and tobacco dependence. *Neurotoxicology.* 2007 Jan;28:182-95.
- (16) Perkins KA, Jacobs L, Sanders M, Caggiula AR. Sex differences in the subjective and reinforcing effects of cigarette nicotine dose. *Psychopharmacology (Berl).* 2002 Sep;163:194-201.
- (17) Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE, Jacob P. Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clin Pharmacol Ther.* 2006 May;79:480-8.
- (18) Perkins KA, Scott J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine Tob Res.* 2008 Jul;10:1245-50.
- (19) Lerman C, Tyndale R, Patterson F, Wileyto EP, Shields PG, Pinto A, et al. Nicotine metabolite ratio predicts efficacy of transdermal nicotine for smoking cessation. *Clin Pharmacol Ther.* 2006 Jun;79:600-8.
- (20) Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB. Rate of nicotine metabolism and withdrawal symptoms in adolescent light smokers. *Pediatrics.* 2008 Sep;122(3):e643-e647.
[En ligne] : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722964/>
Consulté le 28/08/19.
- (21) Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. *Clin Pharmacol Ther.* 2005 Mar;77:145-58.
- (22) Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(15):270-1. [En ligne] : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15_0.pdf
Consulté 28/08/19.
- (23) Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(15):278-84. [En ligne] : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15_2.pdf
Consulté le 28/08/19.
- (24) Andler R, Richard JB, 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. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(15):271-7. [En ligne] : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15_1.pdf
Consulté le 28/08/19.

(25) Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives : rapport remis au secrétaire d'état à la santé : France ; 1999. Les déterminants des pratiques addictives. p. 44-58. [En ligne] : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/994000987.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(26) Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé; 2013. 56 p. [En ligne] : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119605/file/152048_1513.pdf
Consulté le 28/08/19.

(27) Kopp P. Le coût social des drogues en France. Note de synthèse. Saint-Denis: OFDT; Sep 2015. 10 p. [En ligne] : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(28) Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Version consolidée au 28 août 2019. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000334398>
Consulté le 28/08/19.

(29) Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JORF n°10 du 12 janvier 1991 page 609. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=&categorieLien=id>
Consulté le 28/08/19.

(30) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184. Texte n°1. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
Consulté le 28/08/19

(31) Setbon M, Guérin O, Karsenty S, Kopp P. Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), Rapport général OFDT. Paris: OFDT; 2003. 380 p. [En ligne] : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmsj9.pdf>
Consulté le 28/08/19

(32) Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. France: La Documentation Française, Rapports officiels; 2004. 113 p. [En ligne] : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000392.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(33) Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011. France: La documentation Française, Rapports officiels; 2008. 110 p. [En ligne] : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000436.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(34) Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. France: La documentation Française, Rapports officiels; 2013. 121 p. [En ligne] :

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf

Consulté le 28/08/19.

(35) Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA). Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 : Alcool, tabac, drogues, écrans. France, 2018. 132 p. [En ligne] :

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf

Consulté le 28/08/19.

(36) Hill C, Legoupil C. Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):309-16. [En ligne] :

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_8.pdf

Consulté le 28/08/19.

(37) Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019 : Guérir et prévenir les cancers : Donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Deuxième édition incluant le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT), Fév 2015. 210 p. [En ligne] :

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>

Consulté le 28/08/19.

(38) Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al; Le groupe Baromètre santé 2017. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. Bull Épidémiol Hebd. 2018;(14-15):298-303. [En ligne] :

https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119662/file/152124_2018-14-15-6.pdf

Consulté 28/08/19.

(39) Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? Drug Alcohol Depend. 2014 Feb;135:52-58. [En ligne] :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929003/>

Consulté le 28/08/19.

(40) West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. Eur Respir Rev. 2008;17(110):199-204. [En ligne] :

<https://err.ersjournals.com/content/17/110/199>

Consulté le 28/08/19.

(41) Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministre de l'Action et des Comptes publics. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (PNLT). France, 2018. 45 p. [En ligne] :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

Consulté le 28/08/19.

(42) Stead L, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3. [En ligne] : <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/physician-advice.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(43) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). L'arrêt de la consommation de tabac : conférence de consensus. Paris: Eds EDK; Oct 1998. Le conseil minimal d'aide à l'arrêt des fumeurs. p. 50-53. [En ligne] : <http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf>

Consulté le 28/08/19.

(44) Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles. Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Mise à jour : Octobre 2014. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf

Consulté le 28/08/19.

(45) Clinical practice guideline treating tobacco use and dependance 2008 update panel, liaisons, and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence : 2008 update. A US Public health service report. Am J Prev Med. 2008 Aug;35:158-76. [En ligne] : <http://www.tobaccoprogram.org/clientuploads/documents/Consumer%20Materials/Clinicians%20Systems%20Mat/2008-Guidelines.pdf>

Consulté le 28/08/19.

(46) Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change : Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992 Sep;47(9):1102-1114.

(47) Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. Oct 2014. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

Consulté le 28/08/19.

(48) World Health Organization. Offer help to quit tobacco use : WHO report on the global tobacco epidemic, Geneva/Rio de Janeiro. 26 July 2019. [En ligne] : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>

Consulté le 28/08/19.

(49) Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(12):214-22. [En ligne] :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/145628/2131661>

Consulté le 28/08/19.

(50) Lalam N, Weinberger D, Lermenier A, Martineau H. L'observation du marché illicite du tabac en France. Focus : consommations et conséquences. OFDT. juin 2012. 49 p. [En ligne] : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxnls6.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(51) Berland Y, Gausseron T. Mission « Démographie des professions de santé ». France : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; Déc 2002. 114 p. Rapport n°2002135. [En ligne] : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(52) Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. Questions d'économie de la santé (IRDES). Fév 2019;239. [En ligne] : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(53) Ministère des Affaires sociales et de la santé. Le « Pacte territoire-santé » : Pour lutter contre les déserts médicaux. Dossier de presse. 13 Décembre 2012. [En ligne] : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf
Consulté le 28/08/19.

(54) Midy F. (IRDES). Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Questions d'économie de la santé. Mar 2003;65. [En ligne] : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>
Consulté le 28/08/19

(55) Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 : Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES. Décembre 2008. Rapport n°1733. [En ligne] : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(56) Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. IRDES. avril 2019. Document de travail n°77. [En ligne] : <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/077-impact-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-medecin-generaliste-et-infirmiere-asalee-sur-l-activite-des-medecins.pdf>
Consulté le 28/08/19.

(57) Afrite A, Fournier C, Célant N, Gilles de La Londe J, Loussouarn C, Menini T, et al. Évaluer l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalée (Action de Santé Libérale En Equipe) - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (Projet DAPHNEE). IRDES. avril 2019. [En ligne] : <https://www.irdes.fr/recherche/projets/evaluer-l-impact-de-la-cooperation-entre-medecin-generaliste-et-infirmiere-dans-le-cadre-de-l-experimentation-asalee.pdf>
Consulté le 28/09/19.

(58) Gautier J, Fievre JL, Fourneau C (Association Asalée). « ASALEE 1608 TABAC V2 » ASALEE s'engage dans le sevrage tabagique [En ligne]. France ; 2016 [cité le 8 sept. 2016]. Vidéo sur YouTube^{FR} : 1'23 min. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=wJrOWrCdKco>

Consulté le 28/08/19.

(59) Sorel M. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique ? Rouen : Médecine humaine et pathologie; 2019. 40 p. dumas-02140634

(60) Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE : Analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients du nord Deux-Sèvres. Université de Poitiers, 2017. 73 p.

(61) Puthod E, Rougeron G. Vécu de la maladie et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE : une étude qualitative. Grenoble : Médecine humaine et pathologie; 2019. 194 p. dumas-02000623

(62) Deleau E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en Médecine générale : Installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de Médecine générale, sur le mode de la Délégation de tâches. Exemple de la prise en charge du diabète de type 2. Université de Poitiers, 2005. 83 p.

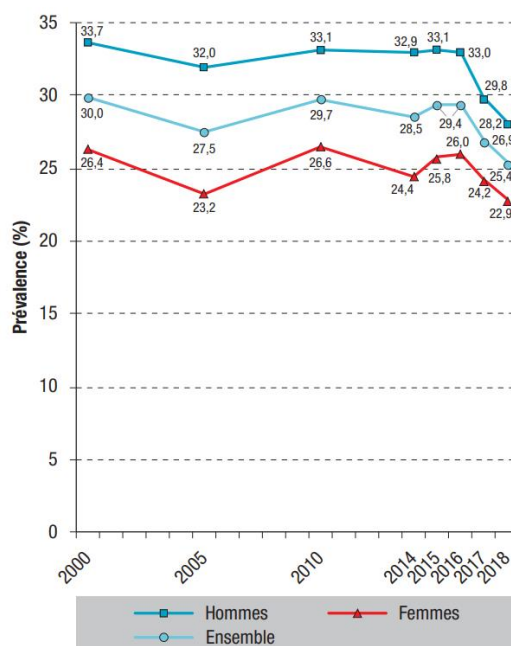
(63) Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vue des patients. Université de Toulouse, 2017. 58 p.

(64) Cliquennois S, Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Université de Bourgogne, Dijon, 2017. 101 p.

(65) Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre Médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente. Université de Poitiers, 2017. 73 p.

7. ANNEXES

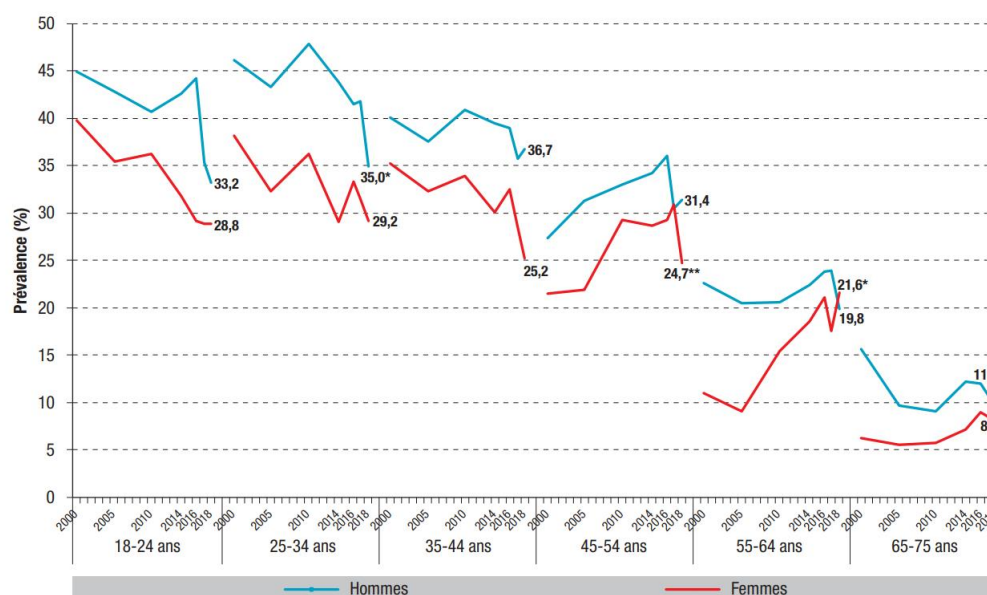
ANNEXE 1 : Prévalence du tabagisme quotidien (%) selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, de 2000 à 2018 ⁽²⁴⁾



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa.

* : évolution significative entre 2017 et 2018 ($p < 0,05$).

ANNEXE 2 : Prévalence du tabagisme (%) quotidien selon l'âge et le sexe en France entre 2000 et 2018 ⁽²⁴⁾

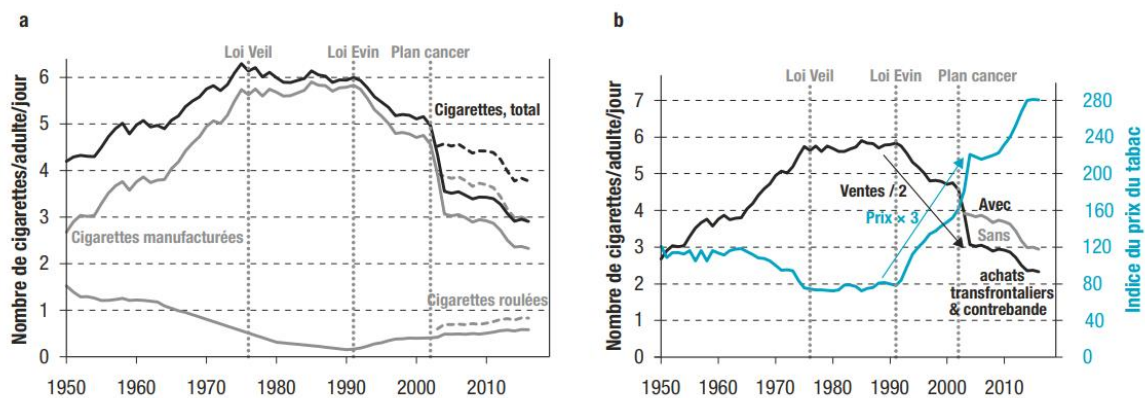


Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France.

Les * indiquent une évolution significative entre 2017 et 2018 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Les prévalences indiquées correspondent à l'année 2018.

ANNEXE 3 : Ventes de cigarettes manufacturées et roulées en France métropolitaine de 1950 à 2017 ⁽³⁶⁾. Corse comprise depuis 2000. En pointillé estimation incluant les achats transfrontaliers et en contrebande à partir de 2004 (a), et ventes de cigarettes manufacturées et indice du prix réel du tabac (b)



ANNEXE 4 : Notice d'information destinée aux patients

**NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PATIENTS
POUR PARTICIPATION À UNE ÉTUDE DANS LE CADRE
D'UNE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Madame, Monsieur,

Vous avez participé à un programme d'aide au sevrage tabagique avec votre médecin généraliste et un(e) infirmier(e) ASALEE dans le Poitou-Charentes.

Je réalise une thèse pour obtenir le Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale à ce sujet. Titre de ma thèse de Médecine Générale : ***Ressenti des patients sur la coopération entre les médecins généralistes et les infirmiers ASALEE dans le Poitou-Charentes pour le sevrage tabagique.***

Pour ce travail de thèse, j'aurai besoin de récupérer auprès de votre médecin traitant des données médicales concernant votre prise en charge pour le sevrage tabagique, et il faudra que je réalise avec vous un **entretien individuel enregistré** à propos de votre **ressenti par rapport à l'aide au sevrage tabagique que vous avez reçue par votre médecin traitant et votre infirmier(e) ASALEE.**

La finalité du travail est d'améliorer notre pratique professionnelle pour obtenir une meilleure qualité des soins pour le sevrage tabagique, notamment à travers le protocole ASALEE.

Ce travail de thèse répond en totalité aux exigences du secret médical. Aucune information vous concernant ne sera révélée. Toutes les données sont anonymes. Les données récoltées seront conservées pendant la durée du travail de thèse et seront ensuite détruites.

Ce travail de thèse a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Selon l'Article 6 du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vous avez à tout moment les droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation du traitement de vos données.

Si vous acceptez de participer à mon étude, pourriez-vous me joindre au [REDACTED] (Mme Clotilde ADOLLE, médecin généraliste) ou à l'adresse mail : [REDACTED] afin de fixer un rendez-vous. Vous pouvez aussi me contacter si vous avez besoin de plus d'informations.

Plus vous serez nombreux à participer à ce travail, plus les conclusions du travail seront pertinentes, et nous améliorerons nos pratiques professionnelles afin de mieux aider les personnes demandeuses d'un sevrage tabagique.

Le 26/11/2018

 Signature

Mme Clotilde ADOLLE, Médecin Généraliste

ANNEXE 5 : Grille d'entretien finale

Guide d'entretien pour entretiens individuels dans le cadre de ma thèse pour le doctorat de médecine générale

Présentation aux enquêtés :

Enquêteur : Je suis Madame Clotilde ADOLLE, médecin généraliste qui prépare ma thèse pour devenir Docteur.

Thème abordé : Je voudrais vous poser des questions sur votre sevrage tabagique réalisé avec l'aide de l'infirmier(e) ASALEE. Mon objectif est de recueillir votre opinion dans le but d'évaluer l'intérêt et les difficultés perçus par les patients dans le cadre du protocole ASALEE.
Durée 30 min

En tant que médecin, je suis sensible à la question de l'arrêt du tabac, qui n'est pas une tâche facile. Avec cette thèse, j'aimerais analyser le ressenti des patients en cours de sevrage tabagique avec la méthode des infirmier(e)s « ASALEE ».

CONSENTEMENT ORAL PATIENT A ENREGISTRER

Cet entretien sera enregistré, mais il restera anonyme c'est à dire que la transcription de ces données utilisera des pseudonymes et remplacera toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez.

Autorisez-vous par la présente Mme Clotilde ADOLLE à enregistrer en audio l'entretien réalisé le ... / ... / 2019 ? (*Date de l'entretien*)

Autorisez-vous l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur **forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique ?**

Remarque : les suggestions de relance sont en italique.

L'entretien :

****Entretien individuel :**

- Commençons par quelques questions d'ordre général afin d'apprendre à mieux vous connaître :

1- Où en êtes-vous avec le tabac ?

2- Quand avez-vous arrêté de fumer ? (**Le cas échéant**)

3- Avez-vous arrêté brutalement ou progressivement votre consommation ?

4- Depuis quel âge avez-vous commencé à fumer vraiment ?

5- Qu'est ce qui a favorisé les débuts de votre tabagisme ?

6- Fumiez-vous des cigarettes ?

7- Pour vous tous les jours, qu'est ce qui contribuait à vous donner envie de fumer ? Quel était le bénéfice à fumer ? (*Ex : coupe faim ? Café ? Moment de la journée ? anxiolytique ? contre l'ennui ? Convivialité ? Détente ? Etc.*)

8- Combien de cigarettes avez-vous fumé en moyenne par jour ?

9- Quels ont été les événements déclencheurs de vos désirs d'arrêter de fumer (comprenant les tentatives antérieures) ? *Relances (autre chose ?) Si pas d'idées uniquement : Le mois sans tabac ? Arrêt de fumer de proches ? Campagnes anti-tabac ? Grossesse ? Naissance ? Coût ? Esthétisme ? (Couleur dents, haleine, odeur...) Conseils d'un proche ou d'un médecin ? Maladie ? Etc. Facilitation de l'entourage avec maladie/décès d'un proche, statut d'exemple du proche avec effet d'entraînement. Défi personnel ? Conflits, pression de l'entourage à cause du tabac ?*

10- Avez-vous déjà entendu parler du mois sans tabac ? (Ça ne vous a pas donné envie d'essayer d'arrêter à ce moment-là ?)

11- Que pensez-vous plus largement de la politique de santé publique dans le domaine du sevrage tabagique ? De la prévention ? (*Paquet neutre, augmentation des prix, interdictions de fumer dans lieux publics, pub, implication des professionnels de santé, remboursement des substituts... ?*)

12- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer avant ? Combien de fois ? Par quels moyens ? (*Seul ? ASALEE ? Autres ?*)

13- Aviez-vous demandé conseil à votre médecin traitant ?

14- Quelles ont été les difficultés personnelles ou environnementales qui vous ont fait rechuter ? (*Facteurs humains et non humains*) *ex : le stress a fait rechuter, mon conjoint ou les collègues fument, j'ai grossi, difficultés à trouver un moyen de substitution adapté, événement marquant, manque motivation, simple envie, etc.*

15- Avez-vous des maladies cardio-vasculaires comme de l'hypertension artérielle, du diabète, du cholestérol, des antécédents d'infarctus, d'AVC, ou problèmes vasculaires ?

16- Avez-vous des antécédents de dépression ? Depuis le sevrage ou datant d'avant ?

17- Avez-vous d'autres dépendances ?

18- Avant d'arrêter de fumer, vous étiez-vous documenté sur l'arrêt du tabac ? Livres ? Internet ? Autre...

- Débuts avec ASALEE, et connaissances sur l'Association :

19- Depuis quand êtes-vous inclus dans le protocole ASALEE pour votre sevrage tabagique ?

20- Savez-vous combien de fois vous avez rencontré l'infirmier(e) ASALEE ? *Ou bien : à quelle fréquence le(la) voyez-vous ?*

21- De quelle façon avez-vous connu le réseau ASALEE ? (*Médecin traitant ? Proches ? Infirmier(e) libérale, spécialiste ? Autre ?*)

22- Saviez-vous, avant, qu'il y avait un(e) infirmier(e) dans votre cabinet médical ?

23- Avant d'avoir débuté le programme, qu'est-ce qu'on vous en avait dit, et à quoi vous vous attendiez ?

24- Comment l'infirmier(e) peut-il(elle) vous accompagner dans votre sevrage ? (*Suivi, maintien abstinence*)

25- Qu'est-ce que vous attendez de cette infirmier(e) ? (*Conseils pratiques, concrets, explications, accompagnement, suivi, écoute, encouragements ? Autre ?*)

26- Au premier entretien avec l'infirmier(e) ASALEE, vous a-t-il(elle) présenté l'association ASALEE, ce qu'elle faisait ? Si oui, préciser.

27- Que pouvez-vous me dire sur ce qu'est ASALEE, et quelles sont leurs missions ?

28- Combien de temps cela a pris avant que vous parliez de votre envie d'arrêter de fumer à un professionnel de santé ? (*Était-ce le médecin traitant ? = sauf si déjà dit plus haut*)

29- Avez-vous consulté spécialement votre médecin pour l'arrêt du tabac, ou avez-vous consulté pour un autre motif, et vous en avez profité pour en parler de votre envie d'arrêter ? (*Consultation dédiée ? si autre motif, lequel ?*)

30- Est-ce que votre médecin vous avait déjà parlé précédemment du tabac et/ou sevrage tabagique ? Vous avait-il donné des conseils, des brochures, un traitement substitutif, ou même adressé à une consultation anti-tabac ?

31- Si vous en avez parlé en premier à votre médecin traitant, quel a été le délai entre la consultation avec le médecin traitant et celui de la première consultation avec l'infirmier(e) ASALEE ?

32- Quel traitement, médical ou autre, avez-vous pris pour vous aider à arrêter le tabac ? (*Antidépresseurs ? Anxiolytiques ?*) Où en êtes-vous actuellement avec ces traitements ? Ont-ils été utiles ? Effets secondaires ?

33- (**si sevré**) Combien de temps cela vous a pris pour arrêter de fumer avec l'infirmier(e) ASALEE ? *Nombre de mois, nombre de séances ?*

34- Avez-vous eu recours à d'autres professionnels ? Dans quel cas ? Coût ? Ces consultations vous ont-elles été bénéfiques ? (*Ex : Hypnose, sophrologie, acupuncture, diététicienne, psychologue, tabacologue, pneumologue, autre médecin, etc.*)

35- Avez-vous eu des effets négatifs, indésirables, liés au sevrage tabagique ? Lesquels ?
Seulement si pas de réponse : Dépression réactionnelle, anxiété (dans les 12 mois suivant début sevrage) irritabilité, prise de poids... ?

36- Ressentez-vous des bénéfices de l'arrêt du tabac ? Lesquels ?

- Le rôle du médecin traitant et de l'infirmier(e) ASALEE :

37- Savez-vous si votre médecin traitant a échangé à propos de votre sevrage tabagique avec l'infirmier(e) ASALEE ?

38- Par quel moyen ? (*Courrier, échange, réunions ?*)

39- Vous pose-t-il des questions à propos de votre sevrage tabagique et du suivi avec l'infirmier(e) ASALEE ? (*Sur votre avancée*)

40- Que connaissez-vous de leur relation ? Comment la décririez-vous ?

41- Quelles sont les réactions et l'attitude de votre médecin par rapport à votre sevrage ? (*Satisfait, neutre... (Motivation, information, responsabilisation, accompagnement, disponibilité, orientation vers d'autres professionnels... ?)*)

42- Quel a été le rôle de votre médecin traitant dans ce protocole ? (*Initiateur dans protocole ASALEE ? Initiateur de l'envie d'arrêter de fumer ? Prescription substituts, autre ?*)

43- Qu'est-ce que votre médecin traitant apporte en plus de l'infirmier(e) ? (*Sont-ils complémentaires ? Temps ? Relation médecin-patient ?*).

- 44- Est-ce que le protocole ASALEE a modifié votre relation avec votre médecin traitant ? *(Confiance, proximité, etc.)*
- 45- Quelles sont les différences entre les consultations avec l'infirmier(e) ASALEE et les consultations avec le médecin généraliste ? Le suivi est-il différent ?
- 46- Est-ce qu'il y a des éléments que vous n'évoquez pas avec votre médecin mais dont vous parlez avec l'IDSP ?

- Le déroulement des consultations avec l'infirmier(e) :

- 47- Quelle est la durée de l'entretien ?
- 48- Où se passe la consultation avec l'infirmier(e) ? *(Est-ce que cela vous convient ? Proximité de votre domicile ?)*
- 49- Comment se déroule l'entretien ? *Que faites-vous lors de l'entretien ?*
- 50- Comment s'est passé le premier entretien ? *A-t-il(elle) donné un planning, ou un déroulement pour les consultations ?*
- 51- Quels sont ses conseils ? Les suivez-vous ?
- 52- Comment vous le(la) contactez ? *Secrétariat ? Directement ?* Quels sont les délais pour le(la) voir ?
- 53- Remplissait-il(elle) des cahiers ou feuilles d'enquête, des scores de dépendance, afin de savoir où vous en êtes ? Aviez-vous un carnet de suivi à remplir chez vous ? Fait-il(elle) des examens avec vous ? *(Spirométrie, CO expiré ?)* Utilise-t-il(elle) des outils ou techniques pédagogiques ? *(Jeux, brochures, CD, DVD, ateliers, affiches, site internet, jeux de rôles, simulations de gestes ou situations, enseignement assisté par ordinateur, séances de groupe, etc.)*
- 54- Que pensez-vous du suivi et de son organisation ? *(Disponibilité, temps)* En quoi consiste le suivi ?
- 55- Comment vous êtes-vous senti après les consultations ?
- 56- Que pensez-vous de l'écoute de l'infirmier(e) ASALEE ? *(Bienveillance ?)*
- 57- Vous accompagne-t-il(elle) dans votre sens, ou de façon plus protocolaire avec des obligations, et objectifs ? *Directif(-ive) ?*
- 58- Vous a-t-il(elle) fait des prescriptions ? Lesquelles ?
- 59- Que pensez-vous du fait qu'il(elle) puisse prescrire certaines choses ?
- 60- Que pensez-vous du fait que les consultations avec ces infirmier(e)s soient gratuites par rapport à votre suivi ? *(Apport, motivation, moins de discrimination...)* et le remboursement des traitements ? Les auriez-vous quand même pris s'ils étaient payants ?
- 61- Est-ce que vous pensez que si vous deviez payer la consultation et le traitement, ça aurait plus d'efficacité ?
- 62- Pensez-vous que le travail avec l'infirmier(e) ASALEE est doit être poursuivi ? **(Le cas échéant)** *Pourquoi ? (Autres conseils, besoin d'être motivé, suivi, autre)*

- Avantages/Inconvénients, Perspectives d'amélioration :

- 63- Qu'est-ce que ce suivi avec l'infirmier(e) ASALEE a changé pour vous dans votre vie quotidienne ? Quels ont été les changements depuis son intervention ? *Qualité de vie ? Relations sociales, familiales, professionnelles, maintien abstinence, nouvelle activité physique... ? Anxiété ? Habitudes de vie ?*
- 64- Qu'est-ce que votre infirmier(e) ASALEE vous a apporté en plus par rapport aux autres méthodes de sevrage ?
- 65- Avec quel sentiment pourriez-vous, en 1 ou 2 mots, décrire la prise en charge par l'infirmier(e) pour le sevrage tabagique ?

66- Auriez-vous préféré être suivi différemment, et pourquoi ? (*Autre protocole, avec tabacologue, médecin traitant seul, centre anti-tabac, psychologue, diététicien...*)

67- Qui d'autre aurait pu vous aider à arrêter de fumer ? *Vous-même ? Votre médecin traitant ? Famille ? Amis ? Médecin du travail ? Spécialiste ? Infirmier(e) ? Psychologue ? Diététicienne ? Pharmacien ? Centre consultation anti-tabac ? Tabac Info Service ? Internet ?*

68- Que pensez-vous de cette méthode de prise en charge pour le sevrage tabagique, et pourquoi ?

69- Y a-t-il des points positifs ? Lesquels ? (*Avantages*) : *conseils, explications, écoute, plus à l'aise pour parler, conseils adaptés à votre cas et besoins...*

70- Y a-t-il également des points négatifs ? Lesquels ? (*Inconvénients*) : *difficultés à se déplacer, pas compris tous les conseils, trop stricts, pas assez, pas réalisables à cause de famille, travail... autre.*

71- Comment pourrait-on améliorer le protocole ASALEE ? Y a-t-il des choses que vous voudriez que l'infirmier(e) vous propose ? (*Si ne dit rien : disponibilité de l'IDSP ASALEE, séances de groupe, facilité de contact si peur de rechute, participation entourage, remise support écrit en fin de séance, séances avec d'autres pro de santé (diététicienne, psychologue), etc.*)

72- Êtes-vous satisfait(e) ? Parfaitement, plutôt oui, plutôt non, pas du tout.

73- Est ce que vous recommanderiez ASALEE à vos proches ?

74- Si vous avez parlé de votre suivi avec ASALEE avec des proches, qu'en ont-ils pensé ?

75- En avez-vous parlé à d'autres fumeurs ?

76- Est-ce que des proches utilisent ASALEE, et dans quel contexte ?

77- Voyez-vous l'infirmier(e) ASALEE pour autre chose ? (*Diabète, HTA, cholestérol, régime etc*)

78- Que pensez-vous de l'avenir d'ASALEE ? Évolution de l'activité ? Nouvelles compétences ?

- Synthèse :

79- Avez-vous des choses à rajouter ?

Avez-vous d'autres sujets que vous voudriez aborder au sujet du sevrage tabagique ?

Qu'avez-vous pensé de notre entretien ? Avez-vous des suggestions ou remarques afin d'améliorer ce questionnaire ?

- Remerciements.

Je vous remercie beaucoup pour votre aide et je vous souhaite une bonne fin de journée.

Questionnaire pour caractériser les personnes : (anonymisé)

Nom : Prénom : Age : Sexe : Nombre d'enfants : Situation maritale :

Département et ville du lieu de vie : Profession : Activités loisirs :

Votre médecin traitant et sa ville d'exercice : Exerce en cabinet médical ou maison de santé ?

Votre infirmier(e) ASALEE :

8. RÉSUMÉ

Introduction : Le tabac est un problème majeur de santé publique : la première cause de mortalité évitable en France. L'aide par un professionnel de santé augmente de façon importante la probabilité de réussite du sevrage tabagique. Depuis le premier « Moi(s) sans tabac » en France en 2016, l'association ASALEE a commencé à former ses infirmiers pour aider les patients dans leur démarche d'arrêt du tabac. Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé, les infirmiers ont pu élargir leurs compétences, notamment prescrire des substituts nicotiniques. ASALEE pourrait être une aide supplémentaire dans un contexte de diminution du nombre des médecins généralistes et de leur disponibilité, particulièrement dans certaines régions. Il est donc pertinent d'évaluer le ressenti des patients suivis dans le cadre de leur sevrage tabagique par un infirmier ASALEE.

Méthode : Cette étude qualitative a été réalisée auprès de 12 patients du Poitou-Charentes, à l'aide d'entretiens semi-directifs enregistrés, retranscrits littéralement, puis analysés. Les *verbatim* ont été doublement encodés afin de renforcer la validité de l'étude.

Résultats : Les patients ont évoqué de nombreux motifs de satisfaction, telle que la disponibilité à tout moment, l'écoute empathique, la grande adaptabilité, la formation spécifique de l'infirmier, la personnalisation du suivi, dans le cadre d'un travail en équipe avec le médecin, ce qui était rassurant.

Il a été exprimé en revanche que le dispositif ASALEE était encore méconnu par une grande partie de la population, ainsi que par certains soignants.

Conclusion : Les patients interrogés sont tous satisfaits par la prise en charge. Ce dispositif répond parfaitement aux attentes de sevrage tabagique en milieu rural et semi-urbain auprès d'une population disponible qui peine à trouver une médecine de proximité. Mais est-il applicable en milieu urbain.

Mots clés : Sevrage tabagique, dispositif ASALEE, infirmier(e) délégué(e) à la santé publique, médecin généraliste, coopération médecin-infirmier(e), Moi(s) sans tabac, actes dérogatoires.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

