

Université de Poitiers—
Faculté de Médecine et Pharmacie

2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le six, Décembre, 2018 à Poitiers

par **Thimothée Collin**

Pertinence et efficacité d'une pratique infirmière avancée en libéral dans le sevrage tabagique
--

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

- Monsieur le Docteur Yann BRABANT
- Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse :

- Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM
- Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ
- Monsieur Jérôme JACQUELIN

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le six, Décembre, 2018 à Poitiers

par Thimothée Collin

Pertinence et efficacité d'une pratique infirmière avancée en libéral dans le sevrage tabagique

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

- Madame la Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET
- Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse :

- Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM
- Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ
- Monsieur Jérôme JACQUELIN



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- 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
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- 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 t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT 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
- RIGOARD 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
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

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
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

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 (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- 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
- BECCO-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
- 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
- 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 :

Je tiens à remercier mes directeurs de thèse, Messieurs les Docteurs Benoit Tudrej et Paul Vanderkam ainsi que Monsieur Jérôme Jacquelin infirmier libéral pour leur encadrement, leurs conseils et leur soutien. Monsieur le Président, Professeur Philippe Binder, que je remercie pour sa disponibilité. Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet et Monsieur le docteur Pierrick Archambault qui ont tous deux pris le temps de faire partie de mon jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude. Ainsi qu'au Docteur Yann Brabant qui a accepté de remplacer le Dr Victor-Chapelet au pied levé en temps que membre de mon jury.

Je tiens à remercier aussi mes amis fidèles qui m'accompagnent depuis plus d'une décennie pour certains d'entre eux. Je parle bien évidemment de vous Erwann, Emilien, Henri et Ophélie.

Sans oublier le docteur Jacky Liaigre qui m'a beaucoup appris sur la médecine et à tous les autres médecins du Nord Deux-sèvres.

A mes futurs confrères de la Chataigneraie.

A ma famille.

Au studio Paradox pour ses jeux de qualité.

Préambule :

J'écris ce court préambule pour expliquer clairement quel a été mon rôle dans la réalisation de cette étude.

Mon travail s'intègre dans le projet d'accompagnement tabagique porté par la maison de santé des couronneries à Poitiers.

La mise en place du projet s'est faite fin 2016. Le recueil des données a été réalisé par Mr Jérôme Jacquelin, infirmier Asalée, et le Docteur Benoit Tudrej.

Mon travail a consisté à exploiter les données recueillies et à les analyser à la lumière des connaissances actuellement disponibles dans ce domaine. Il est rédigé en format article et fait l'objet d'une soumission en cours au périodique « La revue de l'infirmière ».

Table des matières

Introduction	7
Matériels et méthodes	9
Résultats.....	10
Discussion.....	16
Validité interne et externe	16
Sevrage tabagique sans accompagnement.....	17
Représentation des patients sur les aides techniques au sevrage.....	17
Perspectives.....	18
Sevrage tabagique par IDE libéral	19
Conclusion.....	21
Bibliographie	22
Annexes.....	25
Résumé et mots-clefs	28
Serment.....	30

Introduction :

Le rôle de l'infirmier (IDE) est d'assurer les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'IDE a les compétences pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires [1]. A ce rôle s'associe celui médico-délégué relevant des prescriptions du médecin. Ainsi l'éventail d'action de l'IDE va aller des soins occasionnels tel que la réalisation de prises de sang et de pansements (qui peuvent concerner tout type de population) jusqu'à l'accompagnement de patient complexe et polypathologique chez qui le sevrage tabagique présente un rôle clef.

Ainsi on peut citer l'initiative de l'association ASALEE [2], qui se présente sous la forme d'un réseau dynamique et pluriprofessionnel à l'intérieur des maisons de santé [3]. Cette association qui a déjà fait ses preuves dans la prise en charge du diabète [4] a récemment intégré le sevrage tabagique dans ses missions. Mais de telles actions restent pour le moment cantonnées à certains cabinets médicaux et ne sont pas encore répandues à très grande échelle sur tout le territoire national. En pratique libérale, un frein majeur à ce type de prévention réside dans le modèle économique et de financement, les IDE libéraux n'ayant pas accès à une cotation d'acte spécifique pour mener une telle action de prévention.

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) représentent une opportunité en permettant notamment de financer des soins infirmiers non cotés par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) grâce aux modes de rémunérations relatifs à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Représentant la première population de professionnels de santé [5] et ayant un impact positif démontré sur l'aide au sevrage tabagique [6] l'implication des IDE en France dans ce sevrage semble être une piste pleine de promesses.

Ces éléments sont d'autant plus importants que le tabac est un enjeu de santé public majeur. C'est la première cause de décès évitable à l'échelle mondiale [7] avec un coût financier annuel estimé à 120 milliards par an en France [8]. Avec une diminution de l'incidence des cancers bronchiques de 50% dans les 10 ans et une augmentation

significative de l'espérance de vie [9], le sevrage tabagique est un élément essentiel dans la lutte contre le tabac.

Mais le sevrage tabagique reste un processus difficile avec un taux de rechute à un mois de 80% des fumeurs tentant de s'arrêter seul [10]. La motivation joue un rôle non négligeable dans le sevrage et la maintenir est une tâche ardue. C'est pourquoi une prise en charge avec l'aide des professionnelles de santé est importante. Avec une majorité de fumeurs se situant au stade de pré-contemplation et de contemplation pour seulement 20% d'entre eux au stade de préparation [11,12,13], une prise en charge spécifique ciblant leur motivation au changement semble essentielle. Il a été notamment retrouvé un impact significatif de la spirométrie sur la motivation des patients [14].

Devant ce contexte nous nous sommes interrogés sur une prise en charge spécifique du sevrage tabagique par un infirmier libéral et son impact sur la motivation des fumeurs.

Matériels et méthodes :

Cette étude a inclus des patients de novembre 2016 à juin 2017 dans la Maison de Santé Pluriprofessionnelle des Couronneries à Poitiers (Vienne) comprenant dix médecins généralistes, deux cardiologues, une gynécologue, un pédiatre, une dermatologue, une infirmière Asalée, six IDE, un kinésithérapeute, une sage-femme, cinq pharmaciens, une coordinatrice, deux secrétaires ; 16 étudiants en médecine de 2^{ème} cycle et 12 étudiants de 3^{ème} cycle ainsi que 3 étudiants IDE sont formés dans la structure chaque année. La population des Couronneries est constituée de 13.8% de plus de 75 ans et 44% de moins de 30 ans. Entre 30% et 45% d'individus vivent sous le seuil de pauvreté. 52.6% des familles sont monoparentales. 60% des plus de 80 ans vivent seuls dans leurs logements. Entre 35% et 50% sont bénéficiaire de la CMU-C. Enfin 16% à 18% sont en ALD [15]. Le recrutement était effectué par tous les professionnels de santé du pôle en contact avec un patient fumeur. Le patient était alors adressé à l'un des infirmiers du pôle.

La consultation initiale était réalisée par un IDE investigateur du projet. Elle comprenait la réalisation du conseil minimal, la détermination du profil tabagique, ainsi que la réalisation d'une spirométrie. Toutes ces données étaient incluses dans une grille de remplissage. Les patients étaient ensuite invités à revoir leur médecin pour l'analyse des résultats et une prise en charge adaptée à leur profil tabagique et notamment au stade de prochaska [16]. Enfin chaque patient était recontacté par l'IDE investigateur six à neuf mois plus tard pour réévaluer sa situation tabagique selon le même questionnaire qu'à la première rencontre. Tous les professionnels de santé du pôle de santé pouvaient adresser les patients. Les dépenses représentaient 3000€ par an. Il comprenait le financement de la formation de l'IDE investigateur du projet et l'achat du matériel de spirométrie.

Les critères de jugement étaient le degré de dépendance au tabac par le biais d'un test de Fagerström simplifié, la motivation à l'arrêt des patients par un test de Richmond, l'auto-évaluation de leur moral sur une échelle de 1 à 10, leur capacité à arrêter ou diminuer dans le mois qui suivait leur consommation tabagique. De plus les différents types de consommation tabagique, la représentation des patients sur les différents moyens de sevrage ainsi que les consommations d'alcool et de stupéfiant associé ont été abordés.

Résultats :

	n=33
Sexe [n (%)] :	
- Homme	15 (45,5%)
- Femme	18 (54,5%)
Sexe-Ratio	0,83
Age [moyenne (écart-type)]	42,09 (16,05)
Profession [n (%)] :	
- Actif	15 (45,4%)
- Au chômage	2 (6,1%)
- Beneficiaire du RSA	3 (9,1%)
- En formation, étudiant	1 (3,0%)
- Retraité	6 (18,2%)
- Sans Activité	4 (12,1%)
- Invalidité, Allocation adulte handicapé	2 (6,1%)

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

Une majorité de femmes a bénéficié de cette action de prévention (54,5%) avec un sex-ratio équilibré. L'âge moyen était de 42 ans et la plupart des répondants sont des actifs (tableau 1). La classe d'âge la plus représentée est celle des 18-29 ans.

	Initial (n=33)	De 6 à 9 mois (n=19)
Fumeurs quotidiens	84,8% (28) [<i>manquant* : 2</i>]	17 (89,5%) [<i>manquant* : 2</i>]
Age de début (année) [moyenne (écart-type)]	16,27 (3,08)	15,38 (1,22) [<i>manquant* : 11</i>]
Formes de tabac particulières [% (n)] :		[<i>manquant* : 1</i>]
- Cigarettes	25 (75,8%)	18 (94,7%)
- Cigarillo	2 (6,1%)	0 (0%)
- Cigare	1 (3,0%)	0 (0%)
- Cigarettes roulées	12 (36,4%)	0 (0%)
- Narguilé/chicha	1 (3,0%)	0 (0%)
Score de fagerström [moyenne (écart-type)]	3 (1,87)	3 (1,61) [<i>manquant* : 2</i>]
Degré de dépendance [% (n)] :		[<i>manquant* : 2</i>]
- 0-1 : pas dépendance	8 (24,3%)	4 (21,1%)
- 2-3 : Dépendance modérée	12 (36,3%)	7 (36,8%)
- 4-5-6 : Dépendance Forte	13(39,4%)	6 (31,6%)
Consommation d'alcool dans le mois [% (n)] :	[<i>manquant* : 1</i>]	[<i>manquant* : 1</i>]
- Jamais	20 (60,6%)	13 (68,4%)
- Moins de 5 verres par jour	10 (30,3%)	4 (21,0%)
- Plus de 5 verres par le jour	2 (6,1%)	1 (5,3%)
Consommation de cannabis dans le mois [% (n)] :	[<i>manquant* : 18</i>]	[<i>manquant* : 3</i>]
- Jamais	11 (33,3%)	14 (73,7%)
- 1 ou 2 fois	1 (3,0%)	1 (5,3%)
- Plus de 3 fois	3 (9,1%)	1 (5,3%)
Moral (sur 10) [moyenne (écart-type)]	6,13 (2,34) [<i>manquant* : 2</i>]	6,06 (1,75) [<i>manquant* : 3</i>]

Tableau 2: Profil tabagique des répondants à 0 et 9 mois. *Le terme manquant concerne en valeur absolu le nombre d'individu pour lesquels les données ne sont pas connues.

Une très forte majorité de répondants sont des fumeurs quotidiens avec un âge moyen de début de consommation à la fin de l'adolescence. Plus de la moitié de l'échantillon

consomme des cigarettes industrielles. Les consommations à risque d'alcool et de cannabis semblent rester marginales dans l'échantillon étudié. Leur moral est en moyenne de 6.

Les patients de l'étude étaient surtout des fumeurs à dépendance modérée et forte avec une dépendance moyenne à 3 qui correspond à une dépendance modérée (tableau 2).

	Initial (n=33)
Patients ayant déjà arrêté de fumer [n (%)] :	26 (78,8%)
- Durée maximum (mois) [moyenne (écart-type)]	14,73 (32,6)
Patients ayant eu une aide à l'arrêt¹ [n (%)]	13 (39,4%)
- Par le Médecin généraliste	7 (21,2%)
- Par le Tabacologue	0 (0%)
- Autre	6 (18,2%)
Utilisation d'une méthode d'aide¹ [n (%)]	[manquant² : 5]
- Patch de nicotine	5 (15,1%)
- Cigarette électronique	2 (6,1%)
- Psychothérapies	1 (3,0%)
- Formes orales de nicotine	1 (3,0%)
- Acupuncture	0 (0%)
- Hypnose	0 (0%)
- Varénicline (Champix*)	2 (6,1%)
- Bupropion (Zyban*)	0 (0%)
- Relaxation/sophrologie	0 (0%)
- Anxiolytique	1 (3,0%)
- Aucune	10 (30,3%)

Tableau 3: Tentatives d'arrêt. ¹question avec plusieurs réponses possibles, les pourcentages sont calculés par rapport à l'échantillon total (33) ²Cf tableau 2

Si 78.8% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer, la plupart l'ont fait sans aide (60,6%), avec un taux de prise en charge par le médecin généraliste de 21.2%. Un tiers des personnes interrogées a essayé une méthode d'aide au sevrage. Parmi les dispositifs les plus utilisés on retrouve les substituts nicotiniques. La durée moyenne d'arrêt maximum est de 14.7 mois avec une forte dispersion (tableau 3).

	Initial (n=33)	De 6 à 9 mois (n=19)
Score de Richmond [moyenne (écart-type)]	5,39 (2,09)	4,33 (1,91) <i>[manquant* : 1]</i>
Niveaux de motivation [n (%)]		<i>[manquant* : 1]</i>
- <= à 5 motivation faible	18 (54,5%)	13 (68,4%)
- 6-8 motivation moyenne	13 (39,4%)	4 (21,0%)
- > 8 motivation forte	2 (6,1%)	1 (5,3%)
Prêt à arrêter dans le mois [n (%)]		<i>[manquant* : 1]</i>
- Oui	25 (75,8%)	6 (31,6%)
- Non	8 (24,2%)	12 (63,1%)
Prêt à diminuer dans le mois [n (%)]	<i>[manquant* : 5]</i>	<i>[manquant* : 2]</i>
- Oui	26 (78,8%)	12 (63,1%)
- Non	2 (6,1%)	5 (26,3%)

Tableau 4: motivation et désir d'arrêt *Cf tableau 2

La majorité des réponders avec 54.5% avait un niveau de motivation faible (tableau 4). La moyenne du score de Richmond était de 5.39 soit une motivation faible. 75.8% des réponders se sentent capable de stopper leur consommation dans le mois qui vient et 78.8% sont prêts à diminuer leur consommation dans le mois qui vient.

	Aide à l'arrêt	Aide à la diminution	Ni l'un ni l'autre	Ne se prononce pas
Patchs nicotiniques	6 (18,2%)	7 (21,2%)	10 (30,3%)	10 (30,3%)
Formes Orales	3 (9,1%)	3 (9,1%)	15 (45,4%)	12 (36,4%)
Bupropion	1 (3,0%)	1 (3,0%)	5 (15,2%)	26 (78,8%)
Varéniciline	2 (6,1%)	1 (3,0%)	4 (12,1%)	26 (78,8%)
Cigarettes électroniques	4 (12,1%)	8 (24,2%)	11 (33,3%)	10 (30,3%)
TCC	4 (12,1%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	25 (75,8%)
Acupuncture	8 (24,2%)	3 (9,1%)	3 (9,1%)	19 (57,6%)
Hypnose	11 (33,3%)	7 (21,2%)	4 (12,1%)	11 (33,3%)

Tableau 5: Avis des sujets sur les différentes méthodes d'aides au sevrage tabagique [NB=n(%)]. Les réponses positive pour l'aide à l'arrêt et diminution ont été incluses dans l'aide à l'arrêt.

La distribution des fumeurs dans leur perception des différentes méthodes d'aides au sevrage est très hétérogène (tableau 5). Une majorité des fumeurs pense que les patchs

nicotiques et la cigarette électronique ont un effet dans la diminution de consommation et/ou l'arrêt. La majorité des réponders semble sceptique quant à l'efficacité des formes orales. Environ 79 % des réponders ne se prononcent pas sur l'efficacité de la varénicline et du bupropion. Une majorité des réponders a également une opinion positive sur l'hypnose et un tiers sur l'acupuncture.

[Manquant* : 1]	n=19 (%)
Diminution du tabac	10 (52,6%)
Stabilité de la consommation	4 (21,0%)
Augmentation du tabac	1 (5,3%)
Augmentation du tabac mais diminution du cannabis	1 (5,3%)
Arrêt suite problème de santé	1 (5,3%)
Arrêt et rechute	1 (5,3%)

Tableau 6: Modification de la consommation tabagique. *Cf tableau 2

A neuf mois seulement 19 des 33 patients ont pu être recontacté, par simplification nous les nommerons le groupe retour. La proportion de fumeur quotidien et l'âge de début étaient similaires à celle du groupe initial. Sur l'échantillon restant une vaste majorité était des consommateurs de cigarettes. La moyenne du Fagerström et du moral obtenu ainsi que la répartition des patients selon leur degré de dépendance reste superposable aux données initiales (tableau 2).

Le Groupe retour présente proportionnellement un moins grand nombre de consommateur d'alcool que l'échantillon initial. Du point de vue du cannabis on observe un nombre plus restreint de consommateur dans le groupe retour en nombre absolu (tableau 2).

Du point de vue des comportements de consommation tabagique la moitié de l'échantillon déclare avoir diminué sa consommation à la suite de l'entretien initial (tableau 5).

Un abaissement de la motivation était noté avec proportionnellement une diminution du nombre d'individus ayant motivation moyenne (21.0% contre 39.4% initialement) et une augmentation de ceux ayant une motivation faible (68.4% du groupe retour contre 54.5 % initialement). A noter une stabilité du pourcentage d'individus à forte

motivation. De plus on retrouve un plus grand nombre d'individu se déclarant incapable d'arrêter leur consommation de tabac dans le mois (63.1% contre 24.2% initialement) et une diminution à 63.2% (contre 78.8% initialement) du pourcentage d'individus déclarant être capable de diminuer leur consommation dans le mois (tableau 4).

Discussion :

Dans notre étude un fort pourcentage de personnes se sent capable d'arrêter leur consommation dans le mois ou pense au moins pouvoir la diminuer. Une grande majorité des patients interrogés ayant déjà arrêté de fumer par le passé avec pour la plupart aucune aide du généraliste ou d'un tabacologue.

Les patients inclus dans le protocole « T'abats le tabac » présentent une dépendance modérée et une motivation faible à l'arrêt selon le test de Richmond.

Une confiance plus importante des capacités de sevrage des médecines dites « alternatives » était aussi notée.

Enfin les entretiens à 9 mois retrouvent une dépendance selon le Fagerstrom simplifié stable mais avec une diminution de la consommation rapportée.

Validité interne et externe :

Le faible échantillon d'individus (33) avec un nombre de perdu de vue conséquent (14 soit environ 42% du groupe initial) est une limite de ce travail. Le groupe retour compte moins de consommateurs d'alcool ce qui pourrait laisser supposer que les répondants sont les plus déterminés à arrêter.

La variabilité de 6 à 9 mois dans la période de rappel des patients peut avoir apporter un biais mais celui-ci n'est pas évaluable.

Concernant la représentation sur les méthodes de sevrage, le taux élevé de réponse « ne se prononce pas » pour le Bupropion et la Varanécycline rend difficile la comparaison et interprétation des résultats entre les différentes méthodes. Un grand nombre de patient ne semble pas connaître ces traitements ce qui témoigne d'une faible promotion et utilisation de ces traitements dans la population générale.

Concernant la validité externe, l'étude est monocentrique et n'inclut que les patients qui consultent spontanément leur médecin généraliste. Ces données ne sont donc pas exportables à toutes les structures de soins mais elles permettent une évaluation des populations tabagiques les plus précaires qui sont aussi les plus dépendantes [17].

Sevrage tabagique sans accompagnement :

Les patients avec un faible niveau de motivation sont prêts à diminuer voire arrêter dans le mois suivant. Cette donnée est concordante avec la littérature et est encourageante pour la mise en place de stratégie de sevrage en soins premiers ciblant la diminution quand l'arrêt n'est pas possible dans l'immédiat [18,19]. De plus on constate qu'un grand nombre de patient a déjà réalisé des tentatives de sevrage sans aide de leur médecin généraliste ou d'un autre professionnel de santé [10]. Il serait intéressant de poursuivre les recherches pour comprendre les raisons de ces sevrages solitaires d'autant que la majorité des travaux les concernant se focalise plus sur les risques d'échec et de rechute que sur leurs raisons [10].

Nos données sur les tentatives de sevrage sont concordantes avec les données nationales du baromètre de la santé : 70.7% des patients de l'étude ont déjà arrêté de fumer une semaine contre 78.8% selon les chiffres nationaux de 2014 [20]. Par ailleurs on retrouve 59.5 % de patients ayant envie d'arrêter de fumer contre 75.8% des patients prêt à arrêter dans le mois et 78.8% prêts à diminuer dans notre étude. Ces différences peuvent s'expliquer par une formulation différente des questions, sans compter que le baromètre n'explorait pas le souhait de diminuer sa consommation. De plus, les patients de notre étude devaient d'abord passer par un professionnel du pôle de santé avant de voir l'IDE pour réaliser l'évaluation impliquant par là-même un biais de sélection. Toutefois les résultats semblent concorder pour dire qu'il existe une majorité de patients désireux de se sevrer.

Un autre élément important est l'absence de recours au tabacologue, retrouvée dans l'étude. Il n'existe pas d'étude sur l'accessibilité des tabacologues même si l'on sait qu'ils reçoivent surtout les fumeurs les plus dépendants [20]. Cependant les tabacologues sont peu nombreux sur le territoire avec 0.12 médecins formés en équivalent temps plein (ETP), 0.33 infirmières en ETP et 0.20 secrétaires médicales en ETP selon une enquête en ligne menée en 2014 auprès des consultations de tabacologie participant à CDTnet et dont le taux de réponse était de 41 % [21]. Alors que les médecins généralistes présentent des difficultés à pratiquer le conseil minimal de manière systématique [22] il semble pertinent d'envisager une implication à vaste échelle des IDE dans l'accompagnement du sevrage tabagique. Ce d'autant qu'un accès au conseil d'un professionnel de santé prenant en compte les

problèmes spécifiques des patients semble être un pallier important vers une réduction de la consommation tabagique [23].

Représentation des patients sur les aides techniques au sevrage :

Les patients sont peu confiants envers les différentes méthodes de sevrage validées par la science [24]. Le Bupropion, la Varénicline semblent méconnus de la majorité des patients et majoritairement perçus comme inefficaces par ceux se prononçant sur leur efficacité. Ceci peut s'expliquer par le faible taux de patients traités par ces produits. Ces produits représentaient seulement 3.1% des patients traités en 2017 [25], ceci peut être renforcé par les polémiques et le déremboursement pendant plusieurs années de ces traitements. Les thérapies cognitivo-comportementales semblent elles aussi largement ignorées par les patients. Pour ce qui est des patchs nicotiniques ils semblent être le moyen de sevrage « conventionnel » le plus apprécié de l'étude concordant avec les chiffres de 2017 montrant qu'il représente 40% des patients traités [25]. Les formes orales de substitut sont majoritairement perçues de manière péjorative par les patients de l'étude alors qu'ils représentent 56% [21%] du marché devant l'absence d'étude spécifique traitant de la perception des substituts oraux nicotiniques par les patients il semble difficile de conclure.

D'un autre côté, les techniques de sevrage n'ayant pas fait preuve d'une efficacité supérieure au placebo [24] semblent mieux perçues par les patients. Ainsi on constate qu'environ un quart des patients pense l'acupuncture efficace pour arrêter de fumer et un tiers pour l'hypnose.

Ces éléments concordent avec la tendance actuelle des populations des pays développés à se méfier des produits médicamenteux et à vouloir se tourner vers des traitements plus « naturels » [26].

Perspectives :

Concernant les examens complémentaires réalisés, la réalisation de la spirométrie a déjà été étudiée par le passé sur une population réduite [27]. Les résultats ont montré la faisabilité de la pratique d'une spirométrie dans un plan d'action destiné au sevrage tabagique en médecine générale, ainsi qu'une capacité à faire évoluer la motivation au sevrage tabagique du fumeur au stade « précontemplatif ».

La plupart des patients jeunes présente une spirométrie normale quelle que soit leur consommation tabagique [28]. C'est pourquoi à l'avenir nous pensons nous tourner plutôt vers la mesure du taux de monoxyde de carbone. Une telle mesure aurait un effet bénéfique sur la motivation des patients [29] et permettrait un nouveau contrôle à 6 mois d'un critère biométrique. De plus, celle-ci peut accrocher plus facilement les représentations des patients sur ce que représente le tabagisme avec des comparaisons (parking, périphériques, etc...) qu'une spirométrie.

Sevrage tabagique par IDE libéral :

Notre étude retrouvait un groupe retour présentant un plus faible taux de motivation et un moins grand nombre d'individus se sentant capable d'arrêter. Dans ce contexte il semble qu'une intervention par des IDE ne peut être seulement ponctuelle mais doit plutôt s'intégrer dans un suivi des patients en coordination avec les autres professionnels de la MSP. C'est dans ce sens que la MSP a décidé de renforcer son approche en terme de sevrage tabagique. Depuis, les professionnels de santé ont pu bénéficier d'une formation interprofessionnelle sur l'entretien motivationnel et un groupe de travail étudie les perspectives pour améliorer le suivi interdisciplinaire des patients fumeurs en intégrant un plus large spectre de professionnels impliqués ; les IDE, les médecins généralistes, mais aussi les pharmaciens qui sont concernés par des demandes d'aide au sevrage, la sage-femme notamment dans le cadre du tabagisme pendant la grossesse ou encore les kinésithérapeutes qui abordent les éléments de prévention en santé quel que soit le motif des séances. Les échanges inter-professionnels organisés qui en découlent sont valorisés par l'ACI qui reconnaît ce travail comme protocole interdisciplinaire validé par la CNAM.

Afin de renforcer son impact sur la santé du quartier ce projet est en train de s'intégrer dans un projet plus global dans le cadre du Mois sans tabac avec les partenaires du territoire et du quartier.

La réalisation de ce projet n'a été possible que grâce au financement de l'ARS et de la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) qui a permis d'investir dans les 800€ de matériels, les 600€ de formation pour l'IDE et le financement des actes IDE à hauteur de 10€ par patients.

La présente étude semble confirmer qu'il existe une place pour une prise en charge infirmier du sevrage tabagique en soins primaires. Ce d'autant que l'on constate une efficacité importante du soutien et du suivi même sans prescription de substitut nicotinique [30]. Un pas a déjà été fait dans cette direction avec l'intégration du budget Asalée dans le plan de financement de la sécurité sociale. Toutefois il n'y a pas encore de financement d'acte du sevrage tabagique concernant tous les IDE. Les perspectives des pratiques infirmières avancées vont en ce sens [31]. Nous pourrions renouveler l'étude réalisée avec un plus grand nombre de patients et des situations sociales plus variées, un groupe témoin qui bénéficierait seulement d'un conseil minimal et un groupe test qui suivrait le protocole présenté ici avec l'utilisation du test au CO. Une telle étude serait, d'autant plus intéressante que l'efficacité de la prise en charge infirmier du sevrage tabagique n'a jamais été évaluée rigoureusement en France. La dernière revue Cochrane [32] sur ce sujet conclue qu'il existe des preuves de qualité modérée sur le fait que le soutien comportemental pour motiver et maintenir le sevrage tabagique délivré par les infirmières peut entraîner une augmentation modeste du nombre de personnes qui parviennent à une abstinence prolongée. Il n'y avait aucune preuve que l'effet du soutien différerait selon le groupe de patients ou entre les différents milieux de soins.

Conclusions :

En conclusion le tabac reste un problème majeur de santé publique. La prise en charge d'aide au sevrage par un IDE libéral dans une équipe interdisciplinaire a sa place dans le cadre des MSP. L'implication plus large des IDE dans le sevrage tabagique est particulièrement pertinente car les patients ayant déjà effectué une tentative d'arrêt ou désireux de se sevrer sont nombreux et actuellement insuffisamment accompagnés.

Bibliographie :

1. Article R.4311-3 du code de santé publique
2. Asalée. Eléments constitutifs de la fiche de poste infirmière ASALEE. 2014 Jan.
3. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé: recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Paris: IRDES; 2014.
4. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy*. déc 2010;98(2-3):131-43.
5. Youdan B, Queally B. Nurses' role in promoting and supporting smoking cessation. *Nursing Times* 2005;101 (10):26.
6. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 12 août 2013 [cité 30 nov 2015];8.
7. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco .
8. Kopp P. Le coût social des drogues, les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. CNCT; 2010.
9. Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *Am J Public Health*. 2002;92(6):990 6.
10. Huges JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29–38.
11. Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med*. août 1997;26(4):580 5.
12. Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO. Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addict Behav*. 1995;20(2):189 203.

13. Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of Smokers by Stage in Three Representative Samples. *Prev Med.* 1995;24(4):401-11.
14. Lorenzo M, Delacour C. La pratique d'une spirométrie systématique au cabinet de médecine générale chez des fumeurs sans projet de sevrage tabagique permet-elle de faire progresser leur motivation ? *exercer* 2016;123:22-3.
15. Analyse des Besoins Sociaux Diagnostic local de santé Ville de Poitiers. Le Compas. sept 2017
16. Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO. Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addict Behav.* 1995;20(2):189-203.
17. Merson F, Perriot J, Underner M, Peiffer G, Fieulaine N. Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Revue des Maladies Respiratoires.* déc 2014;31(10):916-36.
18. Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25(6):611-24.
19. Le Houezec J, Säwe U. Réduction de consommation tabagique et abstinence temporaire : de nouvelles approches pour l'arrêt du tabac. *J Mal Vasc.* 2003;28(5):293-300.
20. Romain Guignard, François Beck, Jean-Baptiste Richard, Aurélie Lermenier, Jean-Louis Wilquin, Viet Nguyeb-Thanh. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*, janvier 2015, vol. 31 : 6 p.
21. Baha M, Boussadi A, Le Faou AL. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):541-7.
22. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2005
23. Hammett PJ, Fu SS, Burgess DJ, Nelson D, Clothier B, Saul JE, Nyman JA, Widome R, Joseph AM. Treatment barriers among younger and older socioeconomically disadvantaged smokers. *Am J Manag Care.* 2017 Sep 1;23(9):e295-e302.
24. Alba LH, Murillo R, Becerra N, Páez N, Cañas A, Mosquera C, Castillo JS, Camacho N, Gómez J, García-Herreros P, Bernal LG. Recommendations for smoking cessation in Colombia. *Biomedica.* 2013 Apr-Jun;33(2):186-204.
25. Aurélie Lermenier-Jeannet. Tabagisme et arrêt du tabac en 2017. 2018 Mar.

26. Lynda Buske. Popularity of alternative health care providers continues to grow. CMAJ. 2002 Feb 5; 166(3): 366.
27. A. Lorenzo, F. Noël, M. Lorenzo, J. Van Den Broucke. Intérêt de la spirométrie en médecine générale pour la motivation au sevrage tabagique. Étude pilote de faisabilité et intérêt de l'« âge pulmonaire ». Rev Mal Respir. 2016 oct 26;34(7):734-741
28. Fernández VH, Beligoy ME, Lima YV, Barissi PF. Smoking and spirometric values in third year medical students: cross-sectional study. Medwave. 2015 Apr 17;15(3):e6124.
29. Sejourne C, Parot-Schinckel E, Rouquette A, Pare F, Delcroix M, Fanello S. Évaluation de l'impact de la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. Étude randomisée effectuée auprès de 578 fumeurs consultant en médecine générale. 2010 mar;27(3):213-2018.
30. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. In: The Cochrane Library [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cité 4 juill 2018].
31. Delamaire, M. et G. Lafortune. « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés ». 2010.
32. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 15;12:CD001188

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

1- Vous êtes

☐ Un homme

☐ une femme

1- Votre âge : ____ ans

2- Quelle est votre profession actuelle ?

☐ Actif

☐ Au chômage

☐ Bénéficiaire du RMI

☐ En formation, étudiant

☐ Retraité

☐ Sans activité

☐ Invalidité/Allocation adulte handicapé

VOTRE HISTOIRE AVEC LE TABAC

3- Fumez-vous tous les jours ?

☐ OUI

☐ NON

4- Fumez-vous les formes de tabac suivants :

☐ Cigarillos

☐ Cigare

☐ Cigarettes roulées

☐ Pipe

☐ Tabac à mâcher

☐ Snus

☐ Narguillé/Chicha

5- A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? A l'âge de ____ ans

6- Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

☐ Dans les 5 minutes

☐ 6 - 30 minutes

☐ 31 - 60 minutes

☐ Plus de 1 heure

7- Combien de cigarettes fumez-vous par jours, en moyenne ? (1 cigarillo = 2 cigarettes)

☐ 10 ou moins

☐ 11 à 20

☐ 21 à 30

☐ 31 ou plus

8- Vous a-t-on déjà aidé à arrêter le tabac ?

☐ OUI

☐ NON

9- Si oui, qui ?

☐ Mon médecin généraliste

☐ Une équipe de tabacologie

☐ Autre, Précisez :

10-Avez-vous déjà arrêté de fumer ?

☐ OUI

☐ NON

11-Si oui, combien de temps maximum (précisez en jours/mois/année) ? _____

12-Si oui avec quelles méthodes ?

☐ Patchs nicotiniques

☐ Substituts oraux

☐ Cigarette électronique

☐ Champix®

☐ Zyban®

☐ Psychothérapies

☐ Hypnose

☐ Acupuncture

☐ Relaxation/Sophrologie

REPONDEZ AUX AFFIRMATIONS SUIVANTES

13-Depuis 1 mois, j'ai fumé du cannabis

- ☐ Jamais ☐ 1 ou 2 fois ☐ Plus de 3 fois

14-Depuis 1 mois, j'ai bu de l'alcool

- ☐ Jamais ☐ Moins de 5 verres par jours ☐ Plus de 5 verres par jours

15- Sur 10, à combien estimeriez-vous votre moral (entourez la bonne réponse)

Pas de moral du tout

Moral excellent

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

VOTRE MOTIVATION A L'ARRET

16-Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?

- ☐ OUI ☐ NON

17-Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

- ☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

18-Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

- ☐ Non ☐ Peut-être ☐ Vraisemblablement ☐ Certainement

19-Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?

- ☐ Non ☐ Peut-être ☐ Vraisemblablement ☐ Certainement

20-Vous sentez vous capables d'arrêter votre consommation dans le mois qui vient ?

- ☐ OUI ☐ NON

21-Si non seriez-vous prêt à diminuer votre consommation de tabac dans le mois qui vient ?

- ☐ OUI ☐ NON

VOTRE AVIS SUR LES DIFFERENTES METHODES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

(Plusieurs réponses possibles pour chaque question)

22- Les patchs nicotiniques

- | | |
|--|--|
| ☐ Permettent d'arrêter de fumer | ☐ Permettent de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

23- Les formes orales (gommes à mâcher, pastilles, comprimés à sucer, inhalateur, spray buccal...)

- | | |
|--|--|
| ☐ Permettent d'arrêter de fumer | ☐ Permettent de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

24-Le Bupropion (Zyban ®)

- | | |
|--|--|
| ☐ Permettent d'arrêter de fumer | ☐ Permettent de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

25-La Varénicline (Champix ®)

- | | |
|--|--|
| ☐ Permet d'arrêter de fumer | ☐ Permet de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

26- La Cigarette électronique :

- | | |
|--|--|
| ☐ Permet d'arrêter de fumer | ☐ Permet de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

27- Les psychothérapies (ex : thérapies comportementales [TCC])

- | | |
|--|--|
| ☐ Permettent d'arrêter de fumer | ☐ Permettent de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

28- L'Acupuncture

- | | |
|--|--|
| ☐ Permet d'arrêter de fumer | ☐ Permet de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

29- L'hypnose

- | | |
|--|--|
| ☐ Permet d'arrêter de fumer | ☐ Permet de diminuer la consommation de tabac |
| ☐ Ni l'un ni l'autre | ☐ Ne se prononce pas |

Résumé et mots clefs

Benoit Tudrej (1,2), Thimothée Collin (2), Claire Reif (1,2), François Birault (1,2), Jérôme Jacquelin (1), Paul Vanderkam (2)

(1) Maison de Santé des Couronneries, 115 rue des Couronneries, 86000 Poitiers, France

(2) Université de Poitiers, Département de Médecine Générale, 6 Rue de la Milétrie, 86073 Poitiers

CONTEXTE : Avec un taux de rechute à un mois de 80% des fumeurs tentant de s'arrêter seul le sevrage tabagique reste un processus difficile. La motivation y joue un rôle important et la maintenir est une tâche ardue. Une prise en charge spécifique ciblant la motivation au changement semble donc essentielle. Représentant la première population de professionnels de santé et ayant un impact positif démontré sur l'aide au sevrage, l'implication des infirmiers libéraux en France dans ce processus semble être une piste pleine de promesses. Ceci est notamment possible grâce à l'organisation des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles permettant un financement de pratiques de soins nouvelles et coordonnées.

OBJECTIF : Quelle est l'efficacité d'une prise en charge du sevrage tabagique par un infirmier libéral et son impact sur la motivation des fumeurs.

MÉTHODE : Evaluation d'une nouvelle pratique professionnelle de soins infirmiers avancés, par des infirmiers (IDE) libéraux dans une maison de santé pluriprofessionnelle entre novembre 2016 et juin 2017.

La consultation IDE comprenait la réalisation du conseil minimal, la détermination du profil tabagique, le degré de dépendance par le score de Fagerstrom simplifié, l'évaluation du stade de sevrage et une spirométrie.

L'IDE rappelait tous les patients entre 6 à 9 mois pour reprendre le questionnaire et évaluer des modifications de consommation tabagique et le stade de sevrage.

RÉSULTATS : Si 78.8% des fumeurs (n=33) ont déjà tenté d'arrêter de fumer, 60,6% l'ont fait sans aide et 21,9% avec leur médecin généraliste.

Le score de Fagerstrom simplifié n'a pas été modifié par l'intervention. La moitié de l'échantillon déclare avoir diminué sa consommation. Un abaissement de la motivation était noté avec proportionnellement une diminution du nombre d'individus ayant motivation moyenne (22% contre 39% initialement) et une augmentation de ceux ayant une motivation faible (72% du groupe retour contre 55 % initialement).

De plus on retrouve un plus grand nombre d'individus se déclarant incapable d'arrêter leur consommation de tabac dans le mois (67% contre 25% initialement).

DISCUSSION : Malgré le nombre modeste de patients inclus et la nature monocentrique de l'étude ce travail met en évidence la possibilité pour les IDE libéraux d'agir dans le sevrage tabagique. De plus on peut souligner la pertinence de l'interdisciplinarité de la prise en charge du sevrage tabagique qui ne peut se résumer à un simple transfert de compétences.

CONCLUSION : Cette étude appuie la pertinence d'une implication plus large des IDE dans le sevrage tabagique chez des patients, nombreux à souhaiter arrêter et actuellement insuffisamment accompagnés.

Mots clés : Sevrage tabagique, infirmier libéral, maison de santé, santé publique

CONTEXT : A failure rate, within a month, of 80% of smokers trying to stop on their own, indicates that breaking the addiction to tobacco remains a difficult process. Motivation plays an important rôle and maintaining this motivation is a hard task. Individual care which targets the motivation for wanting to stop seems paramount therefore. Nurses, representing the largest number of healthcare providers worldwide and having a clear positive impact on reducing addiction, their involvement in this process seems to be a promising line to follow. This would be clearly possible thanks to the organisation of Multi- professional Health Centres providing the funding for new and coordinated treatments.

OBJECTIVE : To determine how effective the involvement of private nurses would be in helping to break tobacco addiction and their impact on the motivation of smokers.

METHOD : This is an evaluation of a new professional practice of nursing care provided by private qualified nurses in a Multi-professional Health Centre between November 2016 and June 2017.

The qualified nurse involvement consisted of the organisation of « Minimal Advice », establishing the tobacco dependence profile, the degree of dependence measured on a simplified Fagerstrom scale, the evaluation of the degree of severance and a spirometry test. All patients were recalled between 6 and 9 months by the qualified nurse to again fill in the questionnaire and evaluate the changes in tobacco consumption and the degree of severance attained.

RESULTS : If 78.8 % of the smokers (n=33) had already tried to stop smoking, 60.6 % had done so without help and 21.9 % had done so with the help of their own doctor. The simplified Fagerstrom scale had not been modified by the intervention. Half of the sample declared they had reduced their consumption. Motivation was noted to have diminished from 39% to 22% of those with average motivation, along with an increase from 55% to 72% of those with little motivation. Moreover, a larger number of persons declared themselves unable of stopping their consumption of tobacco in the month (67% compared to 25% initially).

DISCUSSION : Despite the modest number of patients involved and the monocentric nature of the study, this work highlights the possibility of qualified nurses being instrumental in reducing tobacco addiction. Moreover, it underlines the importance of a multi-disciplinary approach to the task of tobacco severance, a task which cannot be achieved by a single specialism.

CONCLUSION : This study emphasizes the usefulness of greater involvement by qualified nurses in tobacco severance with the large number of patients who wish to stop smoking and who are, at present, insufficiently helped to do so.

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. Admis 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. Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et mots clefs

Benoit Tudrej (1,2), Thimothée Collin (2), Claire Reif (1,2), François Birault (1,2), Jérôme Jacquelin (1), Paul Vanderkam (2)

(1) Maison de Santé des Couronneries, 115 rue des Couronneries, 86000 Poitiers, France

(2) Université de Poitiers, Département de Médecine Générale, 6 Rue de la Milétrie, 86073 Poitiers

CONTEXTE : Avec un taux de rechute à un mois de 80% des fumeurs tentant de s'arrêter seul le sevrage tabagique reste un processus difficile. La motivation y joue un rôle important et la maintenir est une tâche ardue. Une prise en charge spécifique ciblant la motivation au changement semble donc essentielle. Représentant la première population de professionnels de santé et ayant un impact positif démontré sur l'aide au sevrage, l'implication des infirmiers libéraux en France dans ce processus semble être une piste pleine de promesses. Ceci est notamment possible grâce à l'organisation des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles permettant un financement de pratiques de soins nouvelles et coordonnées.

OBJECTIF : Quelle est l'efficacité d'une prise en charge du sevrage tabagique par un infirmier libéral et son impact sur la motivation des fumeurs.

MÉTHODE : Evaluation d'une nouvelle pratique professionnelle de soins infirmiers avancés, par des infirmiers (IDE) libéraux dans une maison de santé pluriprofessionnelle entre novembre 2016 et juin 2017.

La consultation IDE comprenait la réalisation du conseil minimal, la détermination du profil tabagique, le degré de dépendance par le score de Fagerstrom simplifié, l'évaluation du stade de sevrage et une spirométrie.

L'IDE rappelait tous les patients entre 6 à 9 mois pour reprendre le questionnaire et évaluer des modifications de consommation tabagique et le stade de sevrage.

RÉSULTATS : Si 78.8% des fumeurs (n=33) ont déjà tenté d'arrêter de fumer, 60,6% l'ont fait sans aide et 21,9% avec leur médecin généraliste.

Le score de Fagerstrom simplifié n'a pas été modifié par l'intervention. La moitié de l'échantillon déclare avoir diminué sa consommation. Un abaissement de la motivation était noté avec proportionnellement une diminution du nombre d'individus ayant motivation moyenne (22% contre 39% initialement) et une augmentation de ceux ayant une motivation faible (72% du groupe retour contre 55 % initialement).

De plus on retrouve un plus grand nombre d'individus se déclarant incapable d'arrêter leur consommation de tabac dans le mois (67% contre 25% initialement).

DISCUSSION : Malgré le nombre modeste de patients inclus et la nature monocentrique de l'étude ce travail met en évidence la possibilité pour les IDE libéraux d'agir dans le sevrage tabagique. De plus on peut souligner la pertinence de l'interdisciplinarité de la prise en charge du sevrage tabagique qui ne peut se résumer à un simple transfert de compétences.

CONCLUSION : Cette étude appuie la pertinence d'une implication plus large des IDE dans le sevrage tabagique chez des patients, nombreux à souhaiter arrêter et actuellement insuffisamment accompagnés.

Mots clés : Sevrage tabagique, infirmier libéral, maison de santé, santé publique